

205



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

0290961

LA RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y LOS DIFERENTES NIVELES
DE COMPLEXIÓN CORPORAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DEYANIRA QUIÑONEZ NAVA

DIRECTOR: DR. RODOLFO E. GUTIÉRREZ MARTÍNEZ
ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. JAVIER MORENO TAPIA

Proyecto DGPA-ES-305098

Proyecto CONACYT-27774H



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: José Quiñones y Sara Nava por el gran apoyo que hasta ahora me han brindado.

A Alfredo por su valiosa amistad incondicional y gran apoyo.

A Marco Verdejo y Liliana Del Rio por su apoyo en el análisis estadístico.

A Virginia Muñoz y Gerardo Vázquez por su apoyo para la obtención de información.

A Jorge Tinoco, por su apoyo y múltiples consejos.

A mis amigos, Ana, Gerardo, Jacobo y Alfredo por su gran apoyo moral y amistad.

A Adalberto Villegas, por sus sabios consejos y su múltiple apoyo moral.

A Nicky y al Lobo, por su eterna compañía.

A todos aquellos que de alguna manera contribuyeron para el logro de esta investigación ¡mil gracias!.

AGRADECIMIENTOS

Al jurado en general por sus valiosas aportaciones reflejadas en la calidad de este trabajo, al Dr. Rodolfo Gutiérrez, a la Mtra. Mirna Valle Gómez, al Lic. Felipe Uribe, a la Lic. Isaura López y al Lic. Juan Varela.

Al Dr. Rodolfo Gutiérrez por su gran asesoría y profesionalismo durante la realización de este trabajo.

A la Mtra. Mirna Valle y a la Lic. Isaura López por su valiosa críticas constructivas para el mejoramiento de este trabajo.

Al Lic. Javier Moreno por su valioso y gran apoyo en la realización del análisis estadístico.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1 ESTRÉS

1.01	Evolución del concepto estrés.-----	5
1.02	Definición de estrés.-----	6
1.03	Psicofisiología del estrés.-----	10
1.04	Síndrome general de adaptación (S.G.A.).-----	10
1.05	Consecuencias del estrés.-----	12
1.06	Taxonomía de las consecuencias.-----	13
1.07	Estrés y salud.-----	14
1.08	Regulación homeostática.	16
1.09	La relación estrés-enfermedad.-----	19
1.10	Etiología de las enfermedades.-----	20
1.11	Padecimientos de adaptación.-----	21
1.12	Estrés y salud mental-----	23
1.13	Estrés y obesidad o desórdenes alimenticios.-----	24
1.14	Las diferencias individuales y la percepción del estrés.---	41
1.15	Evaluación cognitiva y estrés.-----	43
1.16	Afrontamiento al estrés.-----	44

2 CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS.

2.01	Conductas de alimetación. -----	47
2.02	Autocontrol. -----	49
2.03	Hábitos alimenticios. -----	50
2.04	La emoción y la conducta de ingestión. -----	50
2.05	Obesidad (concepto). -----	52
2.06	Clasificación de la obesidad. -----	54
2.07	Etiología de la obesidad. -----	56
2.08	Modelos explicativos de la obesidad. -----	60
2.09	Psicología de la obesidad. -----	62
2.10	Personalidad del obeso. -----	64
2.11	Factores comportamentales del obeso. -----	70
2.12	Estilo de alimentación del obeso. -----	70
2.13	Patrones de actividad física en el obeso. -----	74
2.14	Factores socioambientales en la obesidad. -----	78
2.15	Anorexia (concepto). -----	80
2.16	Psicología de la anorexia. -----	87
2.17	Efectos psicológicos de la inanición. -----	84
2.18	Bulimia (concepto). -----	86
2.19	Psicología de la bulimia. -----	89
2.20	Similitudes entre anorexia nerviosa y bulimia nervios. -----	93
2.21	Trastorno de la conducta alimenticia no especificado (EDNOS). -----	96

3	METODOLOGÍA	
3.01	Planteamiento y justificación del problema. -----	99
3.02	Hipótesis. -----	101
3.03	Variables. -----	102
3.04	Definición de variables. -----	102
3.05	Sujetos. -----	104
3.06	Muestreo. -----	105
3.07	Tipo de estudio. -----	105
3.08	Diseño. -----	105
3.09	Instrumento. -----	106
3.10	Procedimiento. -----	107
3.11	Análisis estadístico de datos. -----	107
4	RESULTADOS -----	108
5	DISCUSIÓN -----	116
6	CONCLUSIONES -----	121
7	SUGERENCIAS Y LIMITACIONES -----	124
	ANEXOS -----	126
	BIBLIOGRAFÍA -----	134

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es analizar la relación entre el estrés y la complexión corporal, las diferencias en la cantidad y tipo de estrés presentado en los diferentes grupos de complexión corporal, así como estas diferencias según la edad, sexo, nivel económico, nivel jerárquico en el puesto, estado civil y número de dependientes.

La muestra consistió de 114 sujetos con un rango de edad de 15-60 años, de los cuales 29 son de complexión delgada, 26 con complexión normal, 31 de complexión robusta y 28 de complexión obesa, a quienes se les aplicó una escala de actitud tipo likert de estrés y salud mental (SWS-Survey- forma GP).

Para el análisis estadístico se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, ANOVA (de una vía y factorial) y regresión múltiple logística, encontrándose una relación negativa entre el apoyo social percibido y la complexión corporal, así como diferencias entre el grupo con complexión delgada y los grupos con complexión robusta y obesa en cuanto a la percepción de apoyo social. El nivel de significancia fue menor o igual a .05.

Los resultados de esta investigación sugieren que para el control de peso es necesario aumentar la percepción de apoyo social.

INTRODUCCIÓN:

En la primera parte de la presente investigación se trata el tema del estrés, evolución del concepto, definición, psicofisiología, estrés y salud, la relación estrés enfermedad, estrés y obesidad y los trastornos de la alimentación, las diferencias individuales y la percepción del estrés y para finalizar el capítulo se desarrolló el tema de afrontamiento al estrés; en la segunda parte se abordan las conducta de la alimentación, los desórdenes de la alimentación, así como la obesidad y la similitud entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Existe polémica en cuanto a la etiología de la obesidad: biológica versus mental, así como por su estrecha relación con la alimentación compulsiva.

Al igual que en otras enfermedades existe una propensión hereditaria a la obesidad. El 90% de los casos de obesidad son de tipo exógeno, es decir propiciados por el medio ambiente y los hábitos alimenticios de las familias. El restante 10% puede deberse a problemas endocrinológicos. Por tanto, se puede decir que el 80% de los casos no tienen que ver con la herencia.

Resultados de investigaciones epidemiológicas señalan que la obesidad se incrementa con la edad (mayor frecuencia en adultos que en jóvenes y adolescentes).

Braguinsky, Mendelson, D'Alessandro, Della Valle, Goldberg, Matkman, Mestres, Fainhole y Reinhold, (1976); Forman, Trowbridge, Gentry, Marks y Hogelin, (1986) también refieren diferencias por sexo: más hombres que mujeres con sobrepeso dentro de un rango etario de 18 a 49, pero más mujeres obesas dentro del mismo rango.

Por otro lado, la palabra estrés se deriva del griego straggo, que pasó al latín en stringo cuyo infinitivo es stringere: apretar, estrechar, estar cercado y oprimido (Skeat, 1985).

El empleo actual del término tiene su antecedente en Hans Selye (1946), endocrinólogo de la Universidad de Montreal, quien es considerado como el padre del concepto.

La medición científica tiene algunas ventajas, ya que favorece el avance en el conocimiento, gracias a que se pueden realizar comparaciones entre los diversos hallazgos y se fortalece la comunicación entre los investigadores con la utilización de medidas estandarizadas; reduce, además la necesidad de hacer conjeturas, permite hacer deducciones, verificación de datos, conduce a la objetividad y ahorra tiempo a los investigadores y gerentes.

En ocasiones los científicos del comportamiento miden de manera directa las variables, pero no siempre resulta posible por lo que utilizan medidas indicativas de la variable de interés (Sheridan, 1976). Estas mediciones se utilizan frecuentemente en las ciencias del comportamiento, debido a la dificultad que presentan muchas de las variables, como por ejemplo los valores, las necesidades, la autorrealización y el compromiso.

Las mediciones conductuales directas son difíciles de obtener, ya que se requiere seleccionar conductas que puedan considerarse como indicadores. Algunas veces los indicadores conductuales reflejan claramente el asunto de interés; en otros casos, como el estrés, puede resultar difícil identificar indicadores conductuales que sean precisos.

Entre los métodos para medir el estrés se encuentran los cuestionarios, las entrevistas y las pruebas fisiológicas.

La evaluación Michigan del estrés (French y Kahn, 1962) es un modelo para identificar las principales variables que desempeñan un papel sociopsicológico en la etiología del padecimiento cardíaco de las coronarias. Abarca los ambientes objetivo y subjetivo que experimenta una persona. Sus medidas no se han sometido a pruebas rigurosas de validación; es la evaluación del estrés percibido más utilizada.

La escala de rangos de reajuste social (ERRS) fue desarrollada por Thomas Holmes y Richard Rahe (1967). es una escala de eventos relacionados con la vida. Esta escala se ha utilizado como una estimación aproximada del grado de estrés que experimenta una persona a la hora de responder la prueba. Menos de una cuarta parte de los eventos totalmente estresantes se relacionan con el trabajo que realiza el individuo; y de los cuarenta y tres eventos, tan sólo diez son definitivamente negativos en cuanto a la forma de expresarlos.

La escala no toma en cuenta la capacidad de la persona para afrontar al estrés y sobreponerse a él.

Las medidas del estrés que ofrecen la ERRS y las mediciones Michigan, se basan en informes verbales, hojas de registro y datos obtenidos en informes personales.

Se han realizado diferentes investigaciones acerca de la relación obesidad/trastornos de la alimentación-estrés por ejemplo, Walf y Crowter (1983) encontraron que la cantidad de estrés experimentado el año pasado fue el único predictor demográfico/histórico significativo de la bulimia.

Parkerson, Michener, Wu y Finch (1989), realizaron otra investigación donde examinaron el efecto de la intervención de un asistente familiar por teléfono en salud de pacientes con elevado estrés familiar identificándose 570 problemas de salud entre los cuales se encuentran: 1) uso oral de anticonceptivos, 2) hipertensión, 3) obesidad, 4) abuso de tabaco, 5) depresión y 6) ansiedad.

Keller y Hargrove (1992) realizaron una investigación encontrando diferencias individuales en cuanto a la circunstancia de estrés que conduce a la sobrealimentación.

Como hemos visto, el estrés puede conducir a la sobrealimentación, a la obesidad y a la bulimia, además de que estas últimas también pueden conducir al estrés, como se verá en el apartado de estrés obesidad o desórdenes alimenticios.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

1.01 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO ESTRÉS

Como el estrés se hizo presente seguramente desde los inicios de la historia, el concepto cobró interés antes de que el término se aplicara para definirlo. Estrés se deriva del griego straggo, pasó al latín stringo, cuyo infinitivo es stringere: apretar, estrechar, estar cercado, oprimido, etc. (Skeat, 1958). La palabra estrés se utilizó por primera vez alrededor del siglo XIV, y a partir de entonces, se utilizaron muchas variantes, como stress, stresse, strest y straise (ver Lazarus y Folkman, 1986).

A mediados del siglo XIX el fisiólogo francés Claude Bernard sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo, y que era esencial mantener el propio ajuste y alcanzar la estabilidad del "milieu intérieur" (medio interno, Bernard, 1867). Éste parece ser el primer reconocimiento de sus consecuencias, provocadas por el rompimiento del equilibrio, al someter al individuo al estrés.

Walter Cannon creó el término homeóstasis para denotar el mantenimiento de la estabilidad del medio interno (Cannon, 1922), y adoptó el término stress e hizo referencia a "los niveles críticos de estrés", definiéndolos como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos (Cannon, 1935).

El empleo actual del término se debe al doctor Hans Selye, (1946) endocrinólogo de la Universidad de Montreal y padre del concepto "estrés". Sus aportaciones sentaron las bases para llevar a cabo investigaciones posteriores alrededor de este concepto. En sus experimentos con animales concluyó que el daño de los tejidos generaba una respuesta no específica a casi cualquier estímulo nocivo y la denominó "Síndrome general de adaptación" (Selye, 1936).

Selye empezó a usar en sus escritos el término estrés una década después, refiriéndose a las fuerzas externas que actúan en el organismo o, al desgaste y al deterioro que en éste ocasiona la vida.

Más tarde, Selye en su obra "stress" modificó su definición de estrés: condición interna del organismo, que se traduce en una respuesta a agentes evocadores. A éstos agentes los llamó estresores (Selye, 1950).

En un principio los investigadores del estrés se centraron en el modelo médico que centra su atención en los estímulos físicos y las consecuencias fisiológicas. En las últimas dos o tres décadas el estudio del estrés ha aumentado en el ámbito de las ciencias del comportamiento, lo que ha hecho crecer la controversia en cuanto a lo que significa estrés. (Ivancevich y Matteson, 1985).

1.02 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

Ivancevich y Matteson, (1985) encontraron que no hay un acuerdo ni entre expertos sobre la definición de estrés o la de sus propiedades.

Estrés implica la interacción del organismo con su medio ambiente. Existen muchas definiciones (Lazarus, 1966; Appley y Trumbull, 1967; Weitz, 1970; Selye, 1974 y Cox, 1978), aunque la mayoría caen dentro de alguna de éstas tres categorías: A) las definiciones basadas en los estímulos, B) las fundamentadas en las respuestas y C) las centradas en el concepto estímulo-respuesta.

A) DEFINICIÓN DE ESTRÉS BASADA EN LOS ESTÍMULOS:

Un ejemplo dentro de éste tipo de definiciones es el siguiente: "estrés es la fuerza o estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión", en éste caso, tensión es sinónimo de presión o, en sentido físico, de deformación. Ésta definición considera al estrés como cierta característica, evento o situación en el ambiente, que tiene consecuencias perturbadoras (fig. 1.1).

Esta definición está basada en las ciencias físicas. De acuerdo con la ley de la elasticidad de Hooke, si la tensión sobre una viga se mantiene dentro de los límites de elasticidad del material que la constituye, el material permanecerá

inalterado cuando cese el estrés. Análogamente, si la tensión sobre un ser humano no excede "los límites de resistencia individuales", éste no quedará dañado al interrumpirse el estrés.

Las características del estímulo, por sí solas, pueden resultar deficientes para predecir la respuesta del individuo. Sujetos sometidos al mismo grado de estrés pueden experimentar diferentes niveles de tensión (Ivancevich y Matteson, 1985).

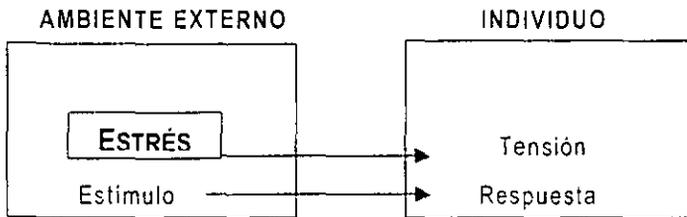


Fig.1.1 Definición de estrés basada en el estímulo (Ivancevich y Matteson, 1985).

La Organización Mundial de la Salud define al estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción".

Las variaciones de respuesta al estrés en un mismo individuo, tales como: las temporales, en el nivel de manifestación y en el grado de tensión no pueden ser explicadas a través de la ley de Hooke.

Otra limitación a éste tipo de definiciones es que la existencia del estrés es independiente del individuo, es decir, el estrés se localiza en el ambiente externo del individuo y seguramente este es reconocido antes de que se produzca el estrés, lo que hace suponer la existencia de algún proceso que éste modelo no puede explicar.

B) DEFINICIÓN DE ESTRÉS BASADA EN LA RESPUESTA:

Estrés es la respuesta psicológica ante un estresor ambiental, donde el estresor puede ser un estímulo externo y/o interno, ambos dañinos (véase figura 1.2).

Éste enfoque tiene el mismo problema que el enfoque basado en el estímulo, el reconocimiento del estresor no permite predecir la naturaleza de la respuesta y por lo mismo no se puede asegurar que la respuesta sea necesariamente consecuencia del estrés. Además, los mismos antecedentes del estresor pueden asociarse a diferentes respuestas significativas de estrés en un solo individuo.

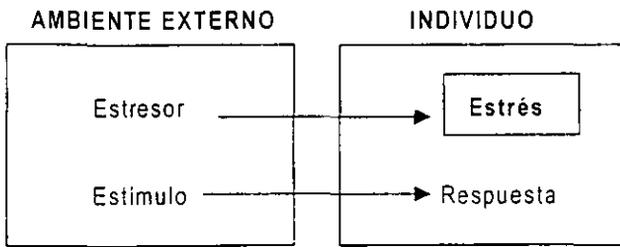


Fig.1.2 Definición de estrés basada en la respuesta (Ivancevich y Matteson, 1985).

C) DEFINICIÓN BASADA EN EL CONCEPTO ESTÍMULO-RESPUESTA.

Un ejemplo de este tipo de definiciones sería la siguiente: estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo (fig. 1.3).

Lazarus, (1966) lo define como "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar".

Al estrés le debemos todo progreso. "Es la raíz de nuestra vida". Cuando se perturba la conducción de los círculos reguladores del mecanismo del estrés y se sufre un desarreglo, se desarrolla el distrés pudiendo, afectar a nuestro cuerpo y espíritu (Selye, 1974 p.23).

Ivancevich y Matteson (1985) proponen una **definición funcional del estrés** en donde, la esencia de la respuesta está en función de los procesos psicológicos que intervienen, por lo que este tipo de definición no facilita la predicción de la respuesta.

La definición funcional del estrés considera a éste como una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y por procesos psicológicos, como consecuencia de alguna acción o situación, que plantea algún esfuerzo físico y psicológico.

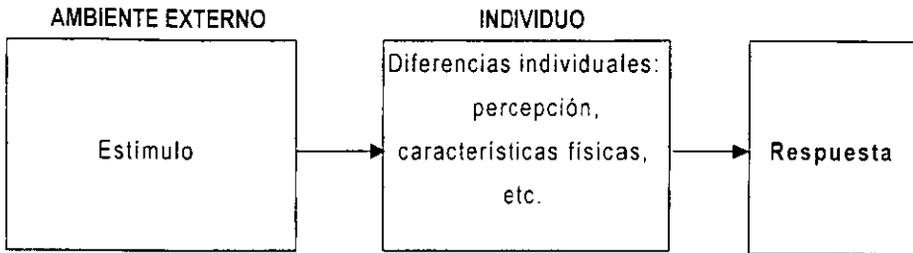


Fig.1.3. Definición de estrés basada en el concepto estímulo-respuesta. (Ivancevich y Matteson, 1985).

Las características individuales abarcan variables como la edad, sexo, raza, herencia, etc. los procesos psicológicos pueden incluir algunos de los componentes de las actitudes, creencias, valores y dimensiones de la personalidad, como locus de control, tolerancia a la ambigüedad, etc.

La definición funcional es una variante del tipo de definiciones basadas en la respuesta, hace hincapié en el carácter adaptativo de la respuesta. La mayoría de nuestras respuestas a los estímulos ambientales no requieren adaptación de nuestra parte, por lo que, no son realmente fuentes de estrés.

Por otra parte, ansiedad es un sentimiento de tensión que acarrea consigo preocupaciones, falta de atención, olvido, etc. Es el temor a alguna experiencia temida, sin embargo, la amenaza que produce ansia es vaga y amorfa, mientras que aquella que crea estrés es específica y bien determinada, aún así el

organismo se prepara a responder, el resultado es una especie de torbellino cognoscitivo, fisiológico y conductual en el cual todos los sistemas están altamente activos" (Lira, 1989).

Para fines prácticos de esta investigación no se hará diferencia entre la ansiedad y el estrés ya que en ambos está presente la tensión.

1.03 PSICOFISIOLOGÍA DEL ESTRÉS

La adaptación que se exige al afrontar el estrés da lugar a numerosas alteraciones bioquímicas. Éstas pueden resultar necesarias para garantizar una respuesta eficaz. También pueden resultar impropias y disfuncionales, los efectos de las alteraciones pueden pues acumularse a través del tiempo, hasta que ocurren cambios fisiológicos significativos que señalan el inicio de la enfermedad. Estas reacciones bioquímicas ante los estresores físicos pueden resultar similares en una gran variedad de situaciones incluyendo la falta de armonía familiar, las presiones económicas, etc. (Ver Spielberg y Sarason, 1975).

La única forma que tenían nuestros antepasados de responder a los estresores era enfrentando o evadiendo al estresor. Nuestro sistema nervioso sigue respondiendo de la misma manera que con nuestros antepasados aún cuando las situaciones que enfrentamos en la actualidad son totalmente diferentes. Nuestra conducta está regulada por convencionalismos sociales y se espera que se responda de forma digna, serena y condescendiente, ya que la respuesta que tenemos programada (de enfrentamiento o evasión) no ayuda a disminuir el estrés o a enfrentar a los estresores con éxito. (Ivancevich y Matteson, 1985).

1.04 SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN (S.G.A.)

Como ya se mencionó, las bases de la teoría del estrés fueron sentadas por Selye al crear el concepto de síndrome general de adaptación (S.G.A., Selye, 1976) y considerar al estrés como una respuesta no específica a cualquier estímulo. Al S.G.A. lo llamó *síndrome* para denotar que la reacción se presenta en varias partes aunque en forma conjunta e interdependiente, utilizó el término

general, porque los estresores pueden estimular diferentes partes de nuestro cuerpo, y el de *adaptación* lo utilizó para hacer referencia a la estimulación de las defensas que ayudan al organismo a mantener su equilibrio.

En el S.G.A., lo primero que se presenta es el estado de alarma, donde ocurren las alteraciones bioquímicas más importantes ya que activa todo el cuerpo y acciona todas las reservas de energía de todo el organismo. Uno de los primeros cambios es el incremento de la secreción de la hormona adrenocorticotrópica secretada por la glándula pituitaria, que provoca el aumento de secreciones corticoides, como la adrenalina, que hace que los músculos y tejidos gruesos liberen las sustancias que almacenan, para que así el hígado las convierta en glucosa, que el corazón y otros órganos utilizan como fuente de energía.

El aumento en el ritmo de respiración, la frecuencia cardíaca y el colesterol en la sangre; la disminución del proceso digestivo, la activación de los mecanismos de coagulación sanguínea y la hiper-activación de todos los sentidos, son otras consecuencias del estado de alarma.

Posteriormente se cambia al segundo estado, el de resistencia, que es cuando el estresor no desaparece. Puede sobrellevarse; este estado consiste en la identificación del órgano o sistema mejor preparado para afrontar al estresor.

Los síntomas asociados al estado de alarma son reemplazados por otros característicos de la estrategia que adopte la persona. La resistencia a un estresor específico puede resultar excesiva o insuficiente debido al S.G.A. y al hecho de que los recursos finitos se concentran en un perímetro de defensas, dejando expuestas las otras partes.

La exposición prolongada y continua a un mismo estresor puede llevarnos a la etapa final, de agotamiento en donde eventualmente se acaba la energía disponible del órgano responsable y el sistema se agota dando lugar al

restablecimiento de muchas de las actividades propias del sistema u órgano del cuerpo con lo que surge la posibilidad de que el S.G.A. se repita. Si no hay disponibilidad de un sistema alternativo para que el individuo se defienda, éste se rinde.

Un individuo se vuelve propenso a la fatiga, a la enfermedad, al envejecimiento, o en caso extremo, a la muerte, pero en todos los casos, se presenta una disminución del desempeño, cuanto más frecuente y prolongadamente se active su S.G.A. (Ivancevich y Matteson, 1985).

1.05 CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

La activación de las defensas es una de las consecuencias del estrés además de otras consecuencias primarias y directas o secundarias y terciarias de forma indirecta que sólo se relacionan hipotéticamente con el estrés. Éstas pueden ser positivas, como el impulso exaltado y el incremento de la automotivación o disfuncionales y provocar un desequilibrio.

Bruce S., afirma que cada persona paga un precio diferente por adaptarse a las situaciones estresantes, lo que denomina carga alostática y la define como el desgaste acumulativo producido por una actividad extrema o una actividad demasiado baja del sistema nervioso central, el eje hipotalámico hipofisiario (HPA), el sistema cardiovascular, el metabólico y el inmunológico, responden al estrés dependiendo de su forma de percibir el mundo, el estado de salud y la genética. Por ejemplo, a la mayoría de las personas se les activa el HPA al hablar en público y se incrementa el nivel de cortisol. Muchas personas se habitúan después de repetidas veces pero, un 10 por ciento se pondrá siempre tenso y sus niveles de cortisol aumentarán cada vez. Otros, pagarán esa tensión aumentando su presión arterial. Generalmente estos últimos tienen antecedentes de hipertensión arterial en su familia (Mainieri, 1999).

1.06 TAXONOMÍA DE LAS CONSECUENCIAS

A Cox (1978) le debemos la taxonomía de las consecuencias del estrés que consiste en los efectos subjetivos, conductuales, cognoscitivos, fisiológicos y organizacionales.

Los efectos subjetivos están relacionados con la ansiedad, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad y vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, baja autoestima, amenaza y tensión, nerviosismo y soledad.

Los efectos conductuales están relacionados con la predisposición a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de bebida o de tabaco, excitabilidad, conducta impulsiva, lenguaje afectado, risa nerviosa, inquietud y temblor.

Los efectos cognoscitivos consisten en la incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.

Los efectos fisiológicos se relacionan con el aumento de catecolaminas y corticoesteroides en la sangre y orina, elevación de la glucosa en la sangre, incremento del ritmo cardíaco, y la presión arterial, sequedad de la boca, sudoración, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, nudo en la garganta, extremidades entumidas con escozor, etc.

Los efectos organizacionales se reflejan en el ausentismo, las relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación de personal, clima organizacional pobre, contradicción e insatisfacción en el trabajo.

No siempre es el estrés el que produce tales consecuencias e incluso puede que éstas no tengan relación alguna con el estrés pero, no puede

descartarse la posibilidad de que el estrés sea el causante primario de tales efectos o el factor que contribuye a que éstos se presenten.

En general, los efectos en la salud incluyen el asma, la amenorrea, dolores en el pecho y la espalda, afecciones cardíacas de las coronarias, micciones frecuentes, migrañas y dolores de cabeza, neurosis, pesadillas, insomnio, psicosis, alteraciones psicosomáticas, diabetes mellitus, erupciones cutáneas, úlceras, apatía sexual y debilitamiento. La mayoría de estas consecuencias en la salud física se encuentran también en los llamados padecimientos de adaptación.

Maineri (1999) menciona que el estrés ha sido relacionado con enfermedades cardíacas, desórdenes alimenticios, derrames cerebrales, insomnio, dolores de cabeza crónicos, diabetes, depresión, abuso de sustancias, dolores crónicos, cáncer, disminución de las defensas, fatiga crónica, etc.

Se estima que de un 50 a un 80 por ciento de todos los desórdenes físicos tienen un origen psicosomático o están relacionados al estrés.

Analizando la acción de las hormonas y las estructuras involucradas en el estrés se infirió su acción sobre enfermedades digestivas, como úlceras, estreñimiento y diarreas; nutricionales y metabólicas; trastornos articulares y musculares; sexuales y ginecológicos.

1.07 ESTRÉS Y SALUD

Todos estamos expuestos a una serie de estímulos que pueden o no ser estresantes, dependiendo de nuestra situación bio-psico-social actual. La reacción ante estos estímulos puede ser leve., sin embargo, si estas reacciones se experimentan con frecuencia, la reacción se convierte en un problema potencial para la salud, por lo que la gravedad de la respuesta puede no ser tan importante como la duración de la misma. Schwab y Pritchard, (1950) reconocieron que la duración de un hecho estresante juega un papel crítico en la determinación de sus posibles consecuencias. Desarrollaron una tipología de hechos estresantes, clasificada de acuerdo con la duración del hecho.

- Situaciones breves de estrés: incluye todas las situaciones leves que se enfrentan diariamente en la vida cotidiana. Algunos hechos duran desde algunos segundos hasta unas cuantas horas, su duración e influencia son de poca importancia a menos que se experimente una cadena continua de estos hechos.
- Situaciones moderadas de estrés: esta categoría incluye hechos que duran desde varias horas a algunos días. La importancia de esta categoría radica en el papel que estos hechos puedan jugar en el inicio de problemas físicos donde existe una predisposición.
- Situaciones graves de estrés: son situaciones crónicas que pueden durar algunas semanas, meses o años. No se tiene la certeza de que la exposición a alguna de estas situaciones graves de estrés conduce inevitablemente a resultados negativos en la salud, aunque varias pruebas sostienen que situaciones de severo estrés son precursoras de resultados negativos en la salud.

La alimentación puede influir tanto en la tolerancia que se pueda tener hacia el estrés así, como en la respuesta ante éste. Existen alimentos que pueden tener un efecto negativo sobre la tolerancia al estrés y alimentos que tienen un efecto positivo en la tolerancia al estrés.

De manera muy general, entre los elementos negativos en la dieta se encuentran: la cafeína, el alcohol, el tabaco, el azúcar, la sal, la carne y los productos lácteos.

Entre los alimentos con efecto positivo en la tolerancia al estrés podemos encontrar los siguientes: cereales integrales, alubias y otras legumbres, frutas y verduras frescas (Terrass, 1994).

1.08 REGULACIÓN HOMEOSTÁTICA

La homeostasis es el mantenimiento del equilibrio. Los mecanismos homeostáticos del organismo tienen como papel primordial el mantenimiento del equilibrio interno ante los estímulos externos. La temperatura del cuerpo, el nivel de glucosa y la presión sanguínea pueden ajustarse para responder a los cambios ambientales. El esfuerzo por mantener el equilibrio interno, puede afectar varios sistemas del cuerpo.

La respuesta al estrés es una consecuencia del esfuerzo que el cuerpo hace por adaptarse a un ambiente cambiante. Si la adaptación que se hace es correcta, probablemente los efectos pasarán inadvertidos y no se tendrán efectos colaterales negativos. Si no se consigue el éxito, el resultado podría ser un sentimiento de tensión, incomodidad, ansiedad, frustración, etc. y si es una situación crónica, tendrá como consecuencia el producir efectos colaterales indeseables.

El sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino son los sistemas principalmente afectados ante una respuesta al estrés en la lucha para mantener el equilibrio del medio interno.

La respuesta se inicia cuando el cerebro percibe al estresor. La parte del cerebro responsable de iniciar la cadena de respuestas es la corteza cerebral. Es el órgano más directamente involucrado con la conducta y con los procesos mentales conscientes. El hipotálamo es controlado por la corteza y es el órgano más involucrado con la respuesta al estrés.

El hipotálamo se encuentra en el cerebro medio y se encarga de procesos viscerales y reguladores. Participa en la regularización de emociones como el temor, la ira y la euforia y también está involucrado con el control de la temperatura corporal y la regulación del apetito. También activa al sistema nervioso autónomo y regula a la glándula pituitaria, que es la glándula central del

sistema endocrino. El hipotálamo tiene un papel muy importante en la respuesta al estrés ya que cuenta con la habilidad para responder a estímulos psicológicos percibidos en forma de estresores.

La destrucción bilateral de los núcleos ventromedianos (que se encuentran en la parte media del lado anterior) del hipotálamo da como resultado una hiperfagia continua (ingestión de alimentos en cantidad superior a la óptima), esto fue comprobado en 1933. En perros y gatos provoca una gran voracidad provocando la obesidad, después la bulimia se atenúa (Soulaïrac, 1947 y Teitelbaum, 1955, citados por Paillard, Bloch y Piéron, 1966). La destrucción de una zona próxima lateral tiene efectos contrarios en el hipotálamo (Ananand y Brobeck, 1951, citados por Paillard y cols, 1966), pues su destrucción provoca anorexia, una afagia completa (perdida de la capacidad de deglutir), que la mayoría de la veces conduce a la muerte, acompañada eventualmente por una adipsia pasajera (ausencia de sed).

El sistema nervioso autónomo es responsable de controlar funciones gastrointestinales, cardiovasculares y reproductivas. Éste responde a través de dos sistemas interdependientes, el sistema nervioso simpático y el parasimpático. El simpático activa varios sistemas que son parte de los cambios que sufre el cuerpo mientras se prepara para la defensa. Como resultado del estado de alerta de este sistema el individuo experimenta pulso acelerado, sudor, un vacío en el estómago y otras sensaciones que asociamos con amenazas de algún tipo. El sistema parasimpático, tiene una función opuesta a la del sistema simpático, ya que es responsable de calmar y relajar al organismo.

El sistema endocrino está integrado por varias glándulas que producen una gran variedad de hormonas que pasan al torrente sanguíneo y regulan la actividad fisiológica. Existe una interacción estrecha entre éste, el sistema nervioso autónomo y el hipotálamo en situaciones estresantes.

Las glándulas suprarrenales y la pituitaria son glándulas endocrinas. Esta última está relacionada con el hipotálamo y se encarga de regular la producción y actividad hormonal del sistema endocrino. Al detectar una situación de estrés mediante el sistema nervioso y el hipotálamo descarga hormonas en el torrente sanguíneo que activan otras partes del sistema endocrino. Estas hormonas preparan al organismo para que se enfrente o se adapte al estresor mediante el aumento del flujo sanguíneo, la respiración, etc.

Las glándulas suprarrenales son activadas por la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) de la pituitaria que produce las hormonas adrenalina, noradrenalina y una familia de hormonas llamadas corticoides. En una situación de estrés aumenta temporalmente la potencia de los músculos gracias a las suprarrenales que al aumentar la secreción de la adrenalina pone en alerta al organismo para que esté en guardia contra cualquier estresor.

La respuesta corporal al estrés es bastante compleja ya que se activan todos los mecanismos de adaptación disponibles para enfrentar al estresor. Dentro de estos cambios se encuentra la liberación de los azúcares y grasas para proporcionar energía, el aumento de los ritmos cardíaco y respiratorio para brindar una mayor oxigenación; el aumento en la presión sanguínea para asegurar el adecuado abastecimiento de sangre en las zonas críticas; la activación de los mecanismos de coagulación sanguínea para ayudar a la protección en caso de lesiones físicas; la tensión de los músculos los prepara para el movimiento rápido; una mayor agudeza en el oído y la visión, y cambios en la acidez estomacal. Otros procesos tienden a disminuir en lugar de aumentar por ejemplo, los procesos digestivos se hacen más lentos y los intestinos y la vejiga se relajan.

Todos estos cambios producidos ante una situación estresante requieren la utilización de una gran cantidad de energía y el tiempo en que el cuerpo puede abastecer grandes cantidades de adrenalina es limitado pues la adrenalina disponible puede agotarse y en un caso extremo llevar a la muerte; de lo contrario

tal vez sólo se presente una menor resistencia al estrés, depresión, pérdida de motivación o inestabilidad emocional.

1.09 LA RELACION ESTRÉS-ENFERMEDAD

Nuestro cuerpo no cuenta con una respuesta correcta para el estado de alerta, pues se prepara para luchar o huir ante una situación estresante lo cual, no es adecuado para los estresores del siglo XX, ya que no nos enfrentamos a animales salvajes como lo hacían nuestros antepasados. Esta impropiedad de nuestra respuesta explica parcialmente la relación entre estrés y enfermedad ya que, como se mencionó anteriormente se gasta una gran cantidad de energía al responder ante los estresores y los órganos involucrados van perdiendo fuerza. La respuesta de huida o enfrentamiento probablemente hace que se intensifique el estrés, en lugar de aminorarlo.

Wolf y Shepard (1950), reportaron un caso en donde un individuo al enfrentarse al estresor, pudo reducir su presión sanguínea en cuarenta puntos, lo que hace la excepción a esta regla.

Legerlof (1967), creó una fórmula en donde se expresa la relación entre estrés crónico y otras variables relacionadas con enfermedad:

$$\text{Enfermedad} = f(S) \times (C) \times (F)$$

Donde, S es el estresor, C es la constitución o el estado general de salud del individuo y F son otros factores, como las condiciones ambientales, la historia clínica del sujeto, etc.

Esta fórmula ayuda a explicar por qué algunas personas desarrollan una enfermedad sin que haya una exposición considerable a estresores, mientras algunas continúan estando sanas ante una exposición prolongada y severa. La fórmula también resalta las dificultades en la determinación del papel exacto que juega el estrés en el desarrollo y evolución de enfermedades. A pesar de estas incógnitas y las dificultades que se presentan, queda claro que muchas

enfermedades, y tal vez la mayoría, están relacionadas en cierto grado con el estrés.

1.10 ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES

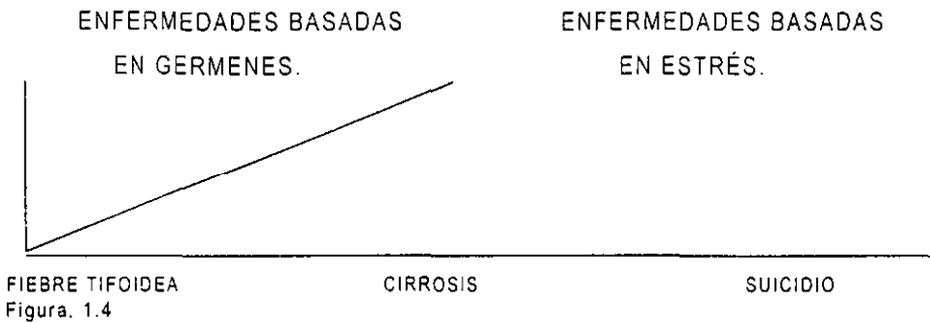
La combinación de tres características determina la posible ausencia o presencia de la enfermedad. Estas son: la susceptibilidad del individuo a la enfermedad, el agente o agentes productores de la enfermedad, y el medio ambiente que comparten el individuo y agente(s). Este diseño trifactorial ayuda a diferenciar dos tipos de enfermedades a saber, las infecciosas y las crónicas con respecto al estrés.

Factores como la herencia, la nutrición, la personalidad, el estado actual de salud y la actitud misma ante la enfermedad, determinan la susceptibilidad del individuo a la enfermedad. La susceptibilidad individual, junto con la resistencia a la enfermedad, desempeña un papel más crítico en las enfermedades relacionadas con el estrés crónico que en las enfermedades infecciosas (relacionadas con microorganismos).

La enfermedad crónica se caracteriza por su larga duración, por lo regular no se relaciona con la existencia de algún microorganismo por lo que no es contagiosa. Ivancevich y Matteson (1985), postulan que las enfermedades crónicas se encuentran relacionadas al estrés y que los estresores, con diferente grado de importancia juegan un papel como agentes causantes.

La fuerza de un estresor o su duración, pueden desempeñar un papel crítico en el inicio de una enfermedad crónica, así como las condiciones ambientales, estructura organizacional o el estilo gerencial pueden ser condiciones relevantes para el inicio de enfermedades crónicas. No se ha comprobado científica ni médicamente que alguna enfermedad haya sido causada por el estrés.

La industrialización ha contribuido al control y a la eliminación de las enfermedades infecciosas pero ha contribuido también al aumento de las enfermedades relacionadas con el estrés. Dodge y Martín (1970), plantean que existe relación entre la incidencia de una enfermedad y la persistencia del estrés en la sociedad. Éstos sugieren una alta correlación positiva entre los niveles de estrés y las enfermedades que origina. También sugieren una alta correlación negativa entre el nivel de estrés en una sociedad y las enfermedades basadas en gérmenes, lo que puede explicar el hecho de que las enfermedades microbianas tienden a prevalecer en los países menos desarrollados, libres de estresores adicionales creados por el nivel y ritmo de la sofisticación tecnológica (Ver figura 1.4).



1.11 PADECIMIENTOS DE ADAPTACIÓN

Los padecimientos de adaptación (Selye, 1950, 1976) son la clasificación general más vasta y de uso más extenso en cuanto a las consecuencias sobre salud física inducidas por estrés. Las respuestas al estrés son intentos que el organismo hace para cambiar las condiciones externas del ambiente y poder adaptarse a ellas; cuando estos intentos fallan, dan un resultado físico negativo o el llamado padecimiento de adaptación, el cual puede afectar al corazón, los vasos sanguíneos y al riñón, además de artritis e inflamaciones de la piel. Sin embargo, Selye no argumenta que estas enfermedades puedan deberse exclusivamente al estrés, ni que el estrés generalmente las provoque (Ivancevich Y Matteson, 1985).

Por otra parte, varios estudios muestran una correlación entre las situaciones estresantes y los cambios fisiológicos que sufre un individuo. Una investigación realizada por Kiritz y Mass (1974), reveló que los integrantes de grupos con un alto grado de cooperación con cualquier miembro del grupo durante la realización de una labor difícil, producen una menor cantidad de ácidos grasos que los integrantes de grupos en donde no hay cooperación en este tipo de tareas.

La afección más significativa derivada de la relación estrés–padecimiento físico es la de las coronarias.

Los factores de riesgo asociados con los padecimientos de las coronarias como son la obesidad, el tabaquismo, el colesterol alto y la hipertensión, no contribuyen con más de una cuarta parte de la varianza.

Las personas que están sometidas al estrés pueden experimentar frustración, ansiedad y depresión. Éste puede manifestarse en diferentes formas como es el alcoholismo, la drogadicción y el suicidio así como otras aparentemente menos importantes como la incapacidad para concentrarse, la reducción de los rangos de atención y el deterioro de las habilidades para tomar decisiones que pueden afectar a las empresas de manera significativa, ya que se refleja en la eficiencia y la efectividad (Ivancevich y Matteson, 1985).

El síndrome general de adaptación (S.G.A.) no es perfecto y la enfermedad puede ser el resultado derivado de ese intento. Las enfermedades originadas por el estrés (de adaptación) no son siempre el resultado de algún agente externo, como las enfermedades microbianas, sino que son consecuencia del intento imperfecto de nuestro cuerpo por enfrentar a uno o más agentes externos.

Estas respuestas de adaptación tienen como fin mantener la homeóstasis y resulta irónico que estos intentos por mantener el equilibrio interno sean la causa de rompimientos del mismo.

No existe un acuerdo universal en cuanto a cuáles son las enfermedades de adaptación. Selye (1976) incluyó en esta categoría la presión sanguínea, las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, las enfermedades del riñón, la artritis reumática y reumatoide, las enfermedades inflamatorias de la piel y ojos, las enfermedades alérgicas y de hipersensibilidad, las enfermedades nerviosas y mentales, algunas disfunciones sexuales, diversas enfermedades digestivas, las enfermedades metabólicas y posiblemente, el cáncer y las enfermedades de resistencia en general.

El daño fisiológico que empezó de manera psicológico puede crecer por lo menos parcialmente si el estrés se prolonga. Las enfermedades de adaptación no son inducidas o están basadas únicamente en el estrés. Éste puede desempeñar diferentes papeles dependiendo de la enfermedad de que se trate. En toda enfermedad hay un elemento de adaptación, en algunos casos éste juega un papel central y es cuando el individuo se encuentra sujeto a más estresores, y entre más predispuesto se encuentre a sobreadaptarse o a subadaptarse a los estresores, habrá mayor probabilidad de que resulten consecuencias negativas para la salud.

1.12 ESTRÉS Y SALUD MENTAL

El estrés está directamente relacionado con las disfunciones que afectan a la salud mental. Las consecuencias psicológicas directas del estrés pueden incluir depresión, ansiedad, frustración, agotamiento nervioso, desorientación, sentimientos de inadecuación, pérdida de la autoestima, una menor tolerancia a la ambigüedad, apatía, pérdida de motivación para la obtención de metas y aumento de la irritabilidad.

Estos resultados pueden formar un circuito cerrado de niveles de estrés en aumento, por ejemplo, una persona con estrés puede aumentar su irritabilidad y ésta a su vez aumentar su grado de estrés y así sucesivamente aumentan tanto su estrés como su grado de irritabilidad. El proceso de reacción estresor-estrés

puede convertirse en un círculo vicioso que asuma la forma de espiral ascendente.

En la década de 1950 a 1960, Kornhouser, (1965) estudió los efectos del estrés en la salud mental de los trabajadores industriales de Detroit, encontrando que la salud mental deficiente se asoció a la frustración surgida de no tener un trabajo satisfactorio pero, no existe prueba rigurosa, estrictamente científica, de que el estrés origine cualesquiera de las enfermedades de adaptación lo cual, no niega ni disminuye la relación estrés-enfermedad (Ivancevich y Matteson, 1985).

1.13 ESTRÉS Y OBESIDAD O DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Se han realizado diferentes estudios de tipo fisiológico y psicológico para encontrar la relación entre el estrés y los trastornos de la alimentación o la obesidad.

Se ha observado que algunos obesos sin disfunción pituitaria aparente, presentan en la orina una gran cantidad de corticoesteroides. La pérdida de peso deja disponible una mayor cantidad de esta sustancia proveniente de las glándulas hiperactivas y posiblemente también de los depósitos de grasa. Este proceso fisiológico puede ser la base de la compulsión psíquica a comer exageradamente, y este mecanismo también puede presentarse en personas no obesas sujetas a estrés, ya que en ese estado se secretan también corticoesteroides (Madera, 1983).

Por otro lado, Charles S. C., (1984) estudió la relación entre endorfinas y el estrés emparentado con la comida, encontrando que el estrés puede estimular tanto la pérdida como la ganancia de peso en humanos.

Estudios de laboratorio han demostrado que el apetito puede ser condicionado por estados emocionales que originalmente están conectados con la actividad alimenticia.

Por medio de la observación clínica se ha visto que el comer es uno de los métodos eficaces y frecuentemente usados para reducir la angustia (Madera, 1983).

Entre los estudios de tipo *psicológico* podemos encontrar aquellos que sugieren que *el estrés es una causa de la obesidad o de los desórdenes alimenticios*; (Rosen, Compas y Tacy, 1993 y Halmi, Catherine A., 1997); *los estudios que sugieren que la obesidad o los desórdenes alimenticios son una causa del estrés*; (Cocchi, R., 1976; Wolf, E. M. Y Crowther, J. H., 1983; Levitan, A. A. Y Ronan, W. J., 1988; D. B. Allison Y S. Heshka, citado por Van Strien, T., 1995 y Craighead, Linda Wilcoxon y Aribel, Carolyn, 2000); *los que sugieren sólo una relación entre éstos*; (Loro, A. D. Y Orleáns, C. S., 1981; Edelman, B., 1981; Hällström, T. Y Noppa, H., 1981; Sahakian, B. J., 1982-3; Madera, 1983; Mehrabian, A. Y Riccioni, M., 1986; Lira, 1989; Bonaiuto, Paolo; Biasi, Valeria; Bonaiuto, Flavia y Bartoli, Gabrielle, 1993; Webber, 1994; Leal y Dood, 1995; Tuschen-Caffier, Voegele, Kuhnhardt y Clave-Prinz, 1995; Prior y Wiederman, 1996; Mitchell, y Epstein, 1996; Venditi, Wing, Jakicic, Butler y Marcus, 1996; Meyer, 1997; Levine y Marcus, 1997; Wamala, Alicja y Orth-Gomer, 1997; Berg, 1998; Wechawlblatt, 1998 Tauschen-Caffier y Voegele, 1999; Ball, Lee y Brown, 1999; Brewerton, Danski, Kilpatrick y O'Neil, 1999; Schmidt, Tropo y Treasure, 1999 Oliver y Wardle, 1999; Polivy y Hermant, 1999, Conner, Fitter y Fletcher, 1999; Gershuny y Thayer, 1999; Staiger, Dawe y McCarthy, 2000; Tanofsky-Kraff, Wikfley y Spurrell, 2000; Wechselblatt, Gurnick y Simon, 2000); *los estudios de tipo multifactorial*; (Loro, A. D. Y Orleáns, C. S., 1981; Harmatz, M. G. y Kerr, B. B., 1981; Sahakian, B. J.; 1982-3; Edelman, B. A.; 1984; Trounbley, P. F; Burman, K. D; Rinke, W. J. y Lenz, E. R; 1990; Webber, E. M.; 1994; Shalford y Evans; 1986 y Greenberg, 1986). *y los estudios sobre los desórdenes alimenticios como forma de afrontar el estrés* (Folkman y Lazarus, 1980; Laney, 1986; Root y Fallon, 1989; Slade, 1982; Madera, 1983; Steptoe, Lipsey y Wardley, 1998; Rutledge y Linden, 1998 y Tropo, 1998).

Dentro de los estudios que sugieren sólo una relación entre el estrés y la obesidad o los trastornos de la alimentación se encuentran los siguientes autores:

Loro, A. D. y Orleáns, C. S. (1981) mencionan que investigaciones previas sobre bulimia en sujetos con sobrepeso y los resultados de la presente investigación (realizada en 280 sujetos con un rango de edad de 18-78 años, participaron en un programa intenso de reducción de peso), corroboran que la bulimia es frecuentemente acompañada por problemas interpersonales, baja autoestima y un difícil manejo de estrés.

Edelman, B., (1981) investigó la incidencia del distrés emocional con el hábito de comer y su incidencia con el peso corporal. Encontró que el distrés emocional ocurre con frecuencia, particularmente en mujeres (el 15% de las mujeres reportó bulimia por lo menos tres veces al mes). Existe variabilidad individual en los motivos dados para presentar bulimia (ansiedad, soledad, frustración), no existe relación entre sobrepeso y bulimia, 41% de los hombres y sólo el 11% de las mujeres reportaron comer regularmente como respuesta a estímulos ambientales (el aspecto o el olor de la comida, nada que hacer). Para mucha gente la bulimia aparece para reducir el estrés, el cual tal vez esté relacionado al efecto que tiene la comida en los neurotransmisores y las funciones del cerebro.

En contraste, Hällström, T. y Noppa, H., (1981) encontraron que no existe relación significativa entre el número de estresores psicosociales y la obesidad. Estos autores, estudiaron la relación entre la obesidad en mujeres, enfermedad mental, factores sociales y personalidad.

Sahakian, B. J., (1982-3) sugiere que la alimentación es inducida por estrés, confusión emocional, compulsión (bulimia) y aburrimiento.

Por su parte Madera, (1983) realizó una investigación con 30 sujetos obesos y 30 no obesos de ambos sexos, con un rango de edad entre 15 a 55 años sin enfermedad metabólica aparente. Les aplicó 2 pruebas de ansiedad (A.S.i. y

S.A.S.) encontrando que la ansiedad es mayor en sujetos obesos que en los de peso normal; que ésta es mayor en mujeres obesas que en las no obesas y la ansiedad también es mayor en hombres obesos que en los no obesos.

Mehrabian, A. Y Riccioni, M., (1986) analizaron a 260 sujetos no graduados con un cuestionario que valora un amplio rango de las características relacionadas con el comer en dos pasos propuestos por A. L. Comrey, (1984). Se identificaron 12 ítems que producen 3 factores de nivel primario en el segundo nivel de análisis: 1) predisposición a la obesidad, 2) incontrolable urgencia de comer y 3) predisposición a la anorexia. Los tres factores se correlacionaron positivamente y mostraron un grado de significancia. La validez de constructo para el factor 1 fue dada por un auto-reporte del consumo de comida cuando se sentían estresados, trastornados o ansiosos. Las altas puntuaciones en el factor 2 reportaron altos niveles de consumo de comida cuando se sentían tristes, solos o aburridos.

En una investigación realizada por Lira, (1989) se encontró que los sujetos redujeron su peso después de un tratamiento para reducir la ansiedad. Lo que nos sugiere que la obesidad está relacionada con el estrés.

Bonaiuto, Paolo; Biasi, Valeria; Bonaiuto, Flavia y Bartoli, Gabrielle, (1993) utilizaron una escala para evaluar los estados de estrés (o de confort) en 28 sujetos adultos, obesos y no obesos. El estudio verificó que los sujetos obesos son hipersensibles al estrés pues, desarrollaron casi el doble de la norma de ansiedad, cólera, tristeza y sentimientos inadecuados, dolor y aburrimiento y mostraron un incremento en el deseo de dulces y café.

Webber, E. M. (1994) estudió 112 mujeres no graduadas identificándolas como obesas bulímicas, obesas no bulímicas, de peso normal bulímicas y de peso normal no bulímicas. Las mujeres bulímicas en las diferentes categorías de peso sufren más altos niveles de depresión y ansiedad y más bajos niveles de

autoestima que las mujeres no bulímicas de las diferentes categorías de peso. Las mujeres obesas no bulímicas no se distinguieron en estas variables de las de peso normal no bulímicas, ambos grupos de no bulímicas experimentan menos distrés emocional. Los resultados de esta investigación apoyan la posición de que la población obesa debe ser conceptualizada y tratada como un grupo distinto con necesidades y características psicológicas diferentes.

Good Sitt, Jonson y Connors; (citados por Yager, Rorty y Rossotto, 1995) mencionan que en un estudio se dieron a estudiantes de bachillerato cuatro tareas de estrés psicológico y se encontró que los estudiantes con desórdenes alimenticios reportaron más estrés y un incremento en el deseo de tener respuestas a los estresores.

Lacey, Soukup y Strober; (citados por Yager, Roty y Rossotto, 1995) mencionan que la mujer con bulimia nerviosa tiende a ser excesivamente temperamental, reactiva, sensitiva y se percibe ella misma con un alto grado de estrés

Leaf, Weise y Dood, (1995) llevaron a cabo una investigación con estudiantes universitarios y no estudiantes sobre bulimia y tolerancia al estrés, en la cual las mujeres reportaron más síntomas de bulimia junto con una menor tolerancia al estrés que los hombres; y de las mujeres, las del primer año fueron las que presentaron más estos síntomas que las que no estudiaban o las que ya habían terminado sus estudios. Tanto en hombres como en mujeres los síntomas de bulimia encontrados se relacionaron con menores niveles de tolerancia al estrés.

Estos autores también mencionan que varias investigaciones sugieren que la mujer experimenta más estrés en su vida cotidiana que los hombres y es más susceptible de desarrollar bulimia.

Tuschen-Caffier, Brunna, Voegele, Claus; Kuhnhardt, Karin y Clave-Prinz, Wolfgang, (1995) estudiaron los efectos del estrés mental inducido experimentalmente en sujetos bulímicos (no pacientes) hambrientos y con un deseo incontrolable de comer. Participaron: 20 mujeres adultas germanas con bulimia y peso normal y 20 mujeres adultas germanas sin bulimia y peso normal en una tarea de aritmética mental y una tarea con imágenes que provocan sentimientos de soledad y rechazo. Se obtuvieron puntajes del deseo incontrolable de comer y hambre y mal humor durante las pruebas experimentales así como medidas fisiológicas.

Prior, Tamara y Wiederman, Michael W., (1996). Investigaron las características no clínicas de la personalidad en 35 mujeres con anorexia nerviosa y 45 con bulimia nerviosa para lo cual se utilizó el cuestionario de la personalidad multidimensional; evidenciándose puntajes bajos en cuanto estar bien, relaciones sociales estrechas y afectividad positiva; se obtuvieron altos puntajes en la reacción hacia el estrés, agresividad y afectividad negativa, estos resultados, enfatizan la importancia de considerar las características no clínicas de la personalidad y el temperamento. Éste sugiere variar los métodos de evaluación para entender la predisposición de factores en los desórdenes de la alimentación. En otra investigación (Tellengen et al. 1988, citado por Prior) el análisis de regresión logística mostró que las mujeres con anorexia nerviosa tienen un mayor grado de control e inhibición general y un menor grado en absorción de experiencias sensitivas en comparación con las mujeres bulímicas.

Mitchell, Shari L. y Epstein, Leonard H., (1996). estudiaron el modelo diferencial en la comida como respuesta al estrés, midiendo respuestas fisiológicas y subjetivas hacia la comida después de exponer a situaciones de estrés a 16 sujetos con restricción de dieta y a 16 sin esta restricción. Los sujetos sin restricción mostraron un incremento en la cantidad de hambre y los sujetos con restricción no mostraron ningún modelo de dirección estable hacia la comida

Venditti, Elizabeth M; Wing, Rena R; Jakicic, John M; Butler, Betsy A. y Marcus, Marsha D., (1996) examinaron la relación entre el ciclo del peso y la salud psicológica en 120 mujeres obesas, evaluando síntomas psiquiátricos, conductas de alimentación, humor, estrés y la percepción de la salud física. La asociación más consistente resultó entre el ciclo del peso y la bulimia. Ésta también se asoció fuertemente al distrés psicológico, como fue encontrado también en estudios previos.

Meyer, Dinah F., (1997) examinó el papel de la codependencia en la relación entre eventos estresantes y el desarrollo de los desórdenes alimenticios en 95 mujeres de 18 a 35 años no graduadas a quienes les aplicó una evaluación de codependencia, el inventario-II de los desórdenes alimenticios, la diferenciación de autoescala y un cuestionario acerca de sus experiencias estresantes incluyendo su relación con miembros de la familia alcohólicos. Las mujeres con una situación de estrés crónica, exhibieron altos niveles de conducta relacionada con desórdenes alimenticios.

Levine, Michele D. Y Marcus , Marsha D., (1997) examinaron los efectos del estrés interpersonal en 40 mujeres con una edad promedio de 18.5 años con y sin sintomatología bulímica significativa. Los sujetos participaron en dos sesiones de laboratorio (estrés y no estrés), autorreportaron su estado de ánimo y ansiedad antes y después de cada sesión experimental, fueron provistos de botanas después de cada sesión. Los resultados del consumo de cada nutriente, indicaron, que en ambos grupos las mujeres aumentaron su consumo de carbohidratos después de la sesión de estrés, sin embargo, las mujeres bulímicas no incrementaron el consumo de los demás nutrientes. Tal vez sea, que las mujeres con síntomas bulímicos no sean diferencialmente vulnerables a comer como respuesta al estrés o que el modelo del laboratorio utilizado es incapaz de detectar diferencias en el consumo de alimentos como respuesta a las sesiones de estrés.

Wamala, Sarah P; Wolk, Alicja y Orth-Gomer, Kristina, (1997) elaboraron la hipótesis de que el bajo nivel socioeconómico esta asociado con el estrés psicosocial, estilo de vida no saludable y la historia reproductiva, las cuales talvez, incrementen la posibilidad de que la mujer con un bajo nivel socioeconómico tenga sobrepeso u obesidad.

Examinaron 300 mujeres saludables con un edad de 30-65 años. El sobrepeso fue definido de acuerdo con el índice de masa corporal entre 23.8 y 28.6 kg/mts² y la obesidad mayor a 28.6 kg/mts². Los resultados mostraron que un bajo nivel socioeconómico fue un determinante fuerte del sobrepeso y la obesidad en mujeres de edad media y con buena salud. La obesidad fue relacionada con la historia reproductiva, hábitos de dieta no saludables y factores psicosociales desfavorables (pobre calidad de vida, baja autoestima y estrés en el trabajo), todos estos factores explican el 63% de la asociación entre el bajo nivel socioeconómico y la obesidad. Se concluyó que los hábitos de dieta y el estrés psicosocial son factores potencialmente modificables, los cuales deben ser tomados en cuenta en programas entre mujeres de un nivel socioeconómico bajo.

Berg, Frances-M., (1998) afirmó que "la dieta yo-yo" o el ciclo del peso está asociado con un elevado riesgo de padecer problemas de salud físico y mental lo cual, incrementa el riesgo de recuperar peso perdido. Berg, también sostiene que la gente con una historia de peso inestable muestra un incremento en los niveles de estrés, especialmente aquellas que pierden y ganan por lo menos como 5 libras.

En contraste Gleaves, David H; Eberenz, Kathleen P. y May, Mary, (1998) examinaron la prevalencia de experiencias traumáticas y los desórdenes postraumáticos del estrés (PTSD), exploraron también el grado de ocurrencia de los síntomas del PTSD que son relacionados a la sintomatología específica de los desórdenes de la alimentación y a la psicopatología entre mujeres de 14 a 52 años con desórdenes de la alimentación. 121 mujeres fueron diagnosticadas con anorexia nerviosa, 103 con bulimia nerviosa y 70 sin desórdenes de la

alimentación. A éstas se les aplicó la escala de los síntomas de los desórdenes postraumáticos del estrés. Los resultados mostraron que del total de la muestra, 154 sujetos reportaron sintomatología relacionada con el PTSD, y esta sintomatología no fue relacionada a algún tipo de desorden alimenticio. Los resultados sugieren que la sintomatología del PTSD es común y es una variable clínica importante entre mujeres con desórdenes de la alimentación.

Simkin-Silverman, Laurey R; Wing, Rena R; Plantinga, Pam; Matthews, Karen A. y Kuller, Lewis H., (1998) examinaron la relación entre la historia cíclica del peso y la salud psicológica en una muestra de 429 mujeres de peso normal y sobrepeso con una edad promedio de 50.5 años. Los datos fueron examinados usando el total del peso perdido y la frecuencia de los ciclos del peso mayor o igual a 10 libras, se tomaron medidas por medio de autorreportes de depresión, estrés, ansiedad y enojo, estos fueron usados para evaluar la salud psicológica.

Los resultados muestran que para ambos grupos (peso normal y sobrepeso) no hay una relación desfavorable entre la historia cíclica del peso y las medidas psicológicas.

Wechselblatt, Tracy Ellen, (1998) Investigó el patrón histórico de las relaciones reportadas por mujeres con anorexia nerviosa, aplicó entrevistas semi-estructuradas a 11 mujeres que fueron diagnosticadas recientemente como anoréxicas, con un rango de edad de entre 18-25 años y pertenecientes a culturas diferentes. A partir, de la evidencia dada por ellas mismas se elaboró la hipótesis de que las mujeres con características de personalidad específicas, que crecieron en culturas y familias que las alientan a reemplazar sus propias necesidades por otras, están en riesgo de desarrollar anorexia nerviosa bajo estrés físico y social durante su proceso de maduración.

Tuschen-Caffier, Brunna y Voegelé, Claus, (1999) examinaron la respuesta de sujetos bulímicos hacia el estrés con un deseo incrementado de comer y si ese incremento es acompañado de una alta reacción psicofisiológica comparada con

medidas de sujetos saludables. Se analizaron 27 pacientes con bulimia nerviosa, 27 comedores restringidos y 27 sujetos como grupo control. Los 3 grupos participaron en 2 sesiones experimentales en las cuales se les tomaron algunas medidas (deseo incontrolable de comer, mal humor y hambre). Bajo la realización de tareas (aritmética mental y el test de stroop) y la presencia de estrés personal provocando sentimientos de soledad y rechazo social (películas e imágenes). Los pacientes bulímicos respondieron a las imágenes con incrementos en los deseos incontrolables de comer y hambre, los comedores restringidos y los controles no mostraron cambios y no se encontraron grandes diferencias en los grupos en cuanto a la reacción psicofisiológica.

Ball, Kylie; Lee, Christina y Brown, Wendy, (1999) dirigieron un estudio longitudinal para examinar la relación entre estrés psicológico y los desórdenes de la alimentación, en una muestra de 212 mujeres australianas, con una edad de 18-22 años. El 22.4 % de los casos llenaron un cuestionario para valorar los problemas de salud de la mujer incluyendo, los eventos estresantes de la vida, los desórdenes de la conducta alimenticia y lo concerniente al peso y la alimentación. Los resultados mostraron poca relación entre el estrés y las variables de la alimentación, las mujeres con un alto nivel de estrés psicológico resultaron tener más probabilidad de desarrollar desórdenes alimenticios que las mujeres con un bajo nivel de estrés.

Brewerton, Timothy D; Dansky, Bonnie S; Kilpatrick, Dean G. y O'Neil, Patrick M., (1999) encontraron en su estudio que la prevalencia de olvidos (PO) esta altamente relacionada con los desórdenes postraumáticos del estrés (DPTS), la PO esta asociada con la obesidad y la ganancia de peso y las fluctuaciones de peso; la PO está asociada con la bulimia.

Schmidt, Utrike H; Ttroop, Nicholas A. y Treasure, Janet L., (1999) examinaron las diferencias entre mujeres que desarrollaron y que no desarrollaron desórdenes de la alimentación como respuesta al estrés, participaron 70 mujeres

con anorexia nerviosa y 29 con bulimia nerviosa, la única diferencia significativa que se encontró fue que las mujeres que desarrollaron anorexia nerviosa más tarde desarrollaron síntomas bulímicos.

Oliver, Georgina y Wardle, Jane, (1999) investigaron la frecuencia con que el estrés induce al aumento o disminución de la ingestión de alimentos, evaluando la asociación estrés-alimentación con género y el nivel de dieta y si el aumento en la ingestión de alimentos tiene más probabilidad de ser reportada con tentempiés que con comida (fruta, vegetales, carne y pescado). Los resultados mostraron que el consumo de tentempiés se incrementó por el estrés, en contraste, el consumo comida reportó un decremento durante los periodos estresantes y la mayoría de los participantes reportaron una variación en la cantidad de comida. El cambio de dirección en el consumo podría predecirse en parte, por el nivel de dieta pues, los dietantes tienen más probabilidad de reportar aumento en la ingestión de alimentos al ser sometidos a estrés y los que no están a dieta tienen más probabilidad de reportar disminución en la ingestión de alimentos al ser sometidos a estrés.

Polivy, Janet y Hermant, C. Peter, (1999) encontraron que el distrés induce a la sobrealimentación en los sujetos que están a dieta, la cual probablemente tenga funciones psicológicas para los individuos, lo cual permite una distracción al estrés o enmascara la fuente de la disforia.

Conner, Mark; Fitter, Michelle y Fletcher, Wayne, (1999) investigaron la relación entre la ocurrencia de estrés y la conducta de alimentación en 60 estudiantes universitarios. Se encontró que el número de problemas y el consumo de botanas están positiva y moderadamente correlacionados.

Gershuny, Beth S. y Thayer, Julian F., (1999) concluyen que en general los estudios han revelado una mediana y consistente relación entre trauma,

disociación y el distrés relacionado al trauma (desorden postraumático del estrés, desordenes de la personalidad, bulimia).

Staiger, P; Dawe, Sharon y McCarthy, (2000) en su estudio encontraron que el grupo de sujetos bulímicos reportaron una gran urgencia de comer y altos niveles de estrés en comparación con el grupo control.

Tanofsky-Kraff, Marian; Wiklfley, Dense E. y Spurrell, Emily, (2000) examinaron el impacto de diferentes tipos de estrés 1) interpersonal y 2) relacionado al ego, en una condición de control, en las condiciones de la conducta de alimentación, en individuos con diferentes grados de dietas. Se formaron 3 grupos, a partir de una muestra de 82 mujeres de 16-23 años de edad las cuales fueron asignadas al azar. Los resultados revelaron que los participantes con un alto nivel de restricción en la dieta, (aquellos con un nivel de manipulación estresante) comieron significativamente más que aquellos participantes del grupo control.

Wechselblatt, Tracy; Gurnick, Gregory y Simon, Ruth, (2000) propusieron un prototipo en el desarrollo de la anorexia nerviosa: con base a una serie de entrevistas clínicas a 11 mujeres de 18-24 años con este desorden. Sugieren que las mujeres caracterizadas por una personalidad de acatamiento y perfeccionismo y que son alentadas por los familiares y la cultura a sustituir otras necesidades por las propias están en un gran riesgo de convertirse en anoréxicas durante periodos estresantes del desarrollo de su vida. No obstante, existe la necesidad adicional de revisar la especificidad y generalización de este prototipo.

Entre las investigaciones que sugieren que *la obesidad y los trastornos de la alimentación son causa del estrés* se pueden citar a los siguientes autores:

Cocchi, R., (1976) en su estudio sobre la obesidad exógena (sobrecompensación de la regulación de los mecanismos bio-fisiológicos) comenta, que la literatura enfatiza los factores socio-fisiológicos de la obesidad

exógena y que ésta es considerada como una defensa psicosomática contra la ansiedad y la tensión emocional.

Wolf, E. M. y Crowther, J. H., (1983) estudiaron la personalidad y los hábitos alimenticios como predictores de la bulimia y la obesidad, encontrando que la cantidad de estrés experimentado el año pasado fue el único predictor demográfico/histórico significativo de la bulimia.

Levitan, A. A. y Ronan, W. J., (1988) examinaron factores físicos y psicológicos que probablemente juegan un papel importante en la obesidad. Sugieren que la incapacidad para perder peso es debido a las características del cuerpo (el peso predeterminado no puede ser alterado) el tamaño de la células obesas y el número de mecanismos de defensa en el cuerpo, además se ha notado que el estrés (los choques eléctricos) elevan la conducta de alimentación en animales y que el estrés asociado con eventos emocionales traumáticos en humanos contribuyen a la sobrealimentación (obesidad reactiva).

En contraste, Trounbley, P. F; Burman, K. D; Rinke, W. J. y Lenz, E. R., (1990) encontraron que el estrés no es un factor causal de la obesidad, realizando una comparación entre riesgos de salud, grado de salud, automotivación y síntomas psicológicos del distrés en soldados obesos, con sobrepeso y peso normal.

D. B. Allison y S. Heshka realizaron un análisis crítico sobre la teoría psicosomática, afirmando que las personas obesas comen más que las personas no obesas en respuesta al estrés emocional. Esta afirmación de que las personas obesas reportan más "comer emocional" como respuesta a sus características, deseos sociales y expectativas interpersonales está en duda ya que, su supuesto de que existe una alta correlación entre los instrumentos de medición y el deseo social invalida su investigación, también se cuestionan las razones por las que el

"comer emocional" explican poco el cambio de peso y la obesidad (Van Strien, T., 1995).

Craighead, Linda Wilcoxon y Aribel, Carolyn, (2000) en su libro mencionan que la ansiedad talvez, esté relacionada con la etiología y el mantenimiento de los problemas de peso. Sugieren un tratamiento cognitivo-conductual para la obesidad y poder así tratar problemas específicos de ansiedad que talvez pudieran interferir con el éxito del tratamiento. Cuando las personas con sobrepeso se presentan para un tratamiento de pérdida de peso, normalmente se evalúan su ansiedad y se identifica el rol que juega la ansiedad en la alimentación de cada individuo. Una vez que las fuentes de la ansiedad han sido identificadas, los tratamientos para la pérdida de peso pueden ser adoptados para tratar esas áreas, de lo contrario, podrían frustrarse los cambios de conducta necesarios para una efectiva pérdida de peso.

Como parte de los estudios que sugieren que *el estrés es causa de la obesidad o de los desórdenes de la alimentación* se tienen a los siguientes autores:

Rosen, Compas y Tacy, (1993) en su estudio, sugieren que el estrés puede ser una consecuencia más que una causa de los desórdenes alimenticios.

Halmi, Catherine A., (1997) propuso un modelo conceptual sobre el desarrollo de la bulimia nerviosa y realizó revisiones de este problema para investigar los factores de riesgo. Este modelo propone que la bulimia nerviosa desarrolla después un estrés ocasionado por la dieta. Esta experiencia ocasionada por la dieta esta influenciada por antecedentes que incluyen genética, vulnerabilidad fisiológica y predisposición psicológica que está siempre afectada por la familia e influencias sociales.

Por otra parte Folkman y Lazarus, (1980) propusieron dos formas de afrontar el estrés, El afrontamiento enfocado al problema, que involucra el hacer

algo a cerca del problema para mejorarlo y el afrontamiento enfocado a la emoción, que regula la emoción provocada por el estrés. Los siguientes autores realizaron estudios de los *trastornos alimenticios como forma de afrontamiento al estrés*:

Estas investigaciones sugieren que la conducta de alimentación puede tener un valor funcional en el afrontamiento al estrés. Por ejemplo, la bulimia podría aliviar el estrés emocional causado por estrés (Laney, 1986; Root y Fallon, 1989), al mismo tiempo que la conducta anoréxica podría ser un camino para reducir la percepción del estrés ya que se incrementa la percepción del control en otras áreas (Slade, 1982).

Aunque, existe un gran número de personas que encuentran en la bebida y en los alimentos un "escape" a las presiones de la vida cotidiana, no se ha podido encontrar un tipo específico de personalidad que se asocie a la obesidad (Madera, 1983).

Stephoe, Andrew; Lipsey, Zara y Wardley, Jan., (1998) evaluaron el impacto del estrés en algunas conductas de la vida diaria (consumo de alcohol, selección de la comida y ejercicio físico) que influyen en los riesgos de salud. Estas conductas se evaluaron diariamente durante un periodo de 8 semanas, se compararon las semanas de alto y bajo estrés percibido. La "comida rápida" fue consumida más frecuentemente durante las semanas de alto estrés, los sujetos reportaron que el control del humor tubo una importante influencia en la selección de su comida, mostraron incremento en el consumo de la cantidad de queso y alimentos dulces que comieron.

Rutledge, Thomas y Linden, Wolfgang, (1998) propusieron métodos para medir la actividad cardiovascular y el paradigma de las dietas restringidas para el entendimiento de cómo el estrés induce la conducta de la alimentación. 77 mujeres estudiantes no graduadas completaron un protocolo de frases de control

con una duración de 15 minutos, 12 minutos de frases que inducen al estrés (frases cognitivas) y 12 minutos de frases de recuperación (FR), se dispuso comida para los sujetos durante las frases de recuperación. Los resultados replicaron el nivel de restricción observado en la literatura, las medidas psicológicas podrían explicar la conducta alimenticia distresada.

Tropo, Nicholas A., (1998) menciona que en investigaciones anteriores la conclusión popular ha sido que los síntomas de los desórdenes de la alimentación tal vez representen una estrategia de afrontamiento. Desde entonces el afrontamiento forma parte de el proceso de el estrés, es posible que muchos autores hallan confundido este proceso (de estrés) con los resultados (desórdenes alimenticios). Las sugerencias de que los desórdenes alimenticios son estrategias de afrontamiento son discutidas en términos de una definición precisa de afrontamiento. Los síntomas sólo pueden ser considerados como estrategias de afrontamiento si éstos están dirigidos a la meta y motivados por el deseo de influir en los niveles de estrés. Aunque se sugiere que es improbable el hecho de que los desórdenes alimenticios sean estrategias de afrontamiento, estos tal vez adquieran un nivel funcional por medio del reforzamiento, aunque esto no signifique que los desórdenes alimenticios sean necesariamente estrategias de afrontamiento.

En los estudios *multifactorial* de la obesidad tenemos a los siguientes autores:

Harmatz, M. G. Y Kerr, B. B; (1981) en su intento por identificar múltiples causas en la conducta de sobrealimentación, cuestionó a 179 no graduadas a cerca de su conducta alimenticia. El análisis estadístico de estos datos dio como resultado 5 factores independientes: reducción de la tensión, estimulación, deseos, control y relaciones placenteras. La comparación de las medias de los puntajes de los sujetos con sobrepeso y peso normal en cada uno de estos factores mostró diferencias significativas en la reducción de la tensión y los

deseos. Los resultados fueron discutidos en términos del modelo multicausal de la conducta alimenticia.

Existen dos razones principales del porque la naturaleza de la relación entre estrés y los desórdenes alimenticios no es clara. Primero, la etiología de los desordenes alimenticios es multifactorial por naturaleza. Segundo, la conceptualización del estrés utilizada en varios estudios ha sido limitada, pues algunos estudios han utilizado los eventos de la vida cotidiana como una medida del estrés (Madera, 1983).

Edelman, B. A., (1984) propuso una teoría multifactorial para la regulación del peso corporal, donde intervienen elementos de la teoría de autopercepción, para contribuir al conocimiento de la etiología de la obesidad en humanos. Cuatro factores influyeron en la incidencia de la alimentación: el distrés emocional, las restricciones en la dieta, el nivel de actividad y el estilo de alimentación. La bulimia fue la variable más importante pues, se encontraron diferencias entre los grupos de peso normal y sobrepeso en cuanto al estilo de alimentación, estrés emocional, dieta y nivel de actividad.

Oliver, J. M; Reed, Cynthia K. S. y Smith, Bruce W., (1998). Estudiaron la relación entre diferentes problemas psicológicos significativos en 248 estudiantes universitarios no graduados y correlaciones potenciales de problemas psicológicos, para lo cual, se tomaron medidas de ansiedad, depresión, estrés emocional, síntomas físicos, cantidad y consecuencias del consumo de alcohol, problemas alimenticios y problemas psicológicos asociados con problemas alimenticios. El distrés consistió de ansiedad, depresión, estrés emocional, síntomas físicos, problemas alimenticios y trastornos alimenticios. El análisis de la regresión múltiple indicó que los estresores fueron correlacionados con dos factores, el género femenino predijo altos puntajes en el distrés interiorizado cuando el género masculino predijo altos puntajes en el abuso de alcohol.

Como ya se observó, en diferentes investigaciones se ha encontrado que existe relación entre estrés y obesidad y se espera que la presente investigación corrobore este resultado ya que, forma parte de sus objetivos.

1.14 LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y LA PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS

Las diferencias individuales moderan la relación entre el estrés percibido y los diversos resultados fisiológicos y los psicológicos. Un moderador es una condición, conducta o característica que afecta la relación entre dos variables pudiendo intensificar o debilitar esta relación. Las diferencias individuales son clasificadas de acuerdo a su naturaleza, en demográficas/conductuales o cognitivas/afectivas.

Se cree que las diferencias demográficas y conductuales moderan principalmente la relación entre el estrés percibido y los resultados. Este tipo de diferencias incluyen la edad, el sexo, la ocupación, la educación, el horario de trabajo, el estado de salud, etc.(Ivancevich y Matteson, 1985)

Las diferencias de grupo e individuales se manifiestan en el grado y la clase de respuesta. Cada persona difiere en sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en su interpretación y reacción a modelos de afrontamiento ante éstos (Banner, Roskies y Lazarus, 1980). Por ejemplo, algunos individuos ante la misma situación pueden sentirse amenazados en lugar de provocados. Para entender las diferencias de respuesta ante situaciones similares, hay que tener en cuenta los procesos cognitivos que intervienen entre el encuentro con el estímulo y la reacción.

Parte de las diferencias individuales observadas son el resultado de las diferencias en el entorno (Lewin, 1936) pero, la "situación psicológica", es el resultado de la interacción entre el entorno y los factores del individuo.

En el hombre y en menor grado en primates y mamíferos, el proceso de evaluación cognitiva media su reacción psicológica y su relación con el entorno, mismo que debe interpretarse y predecirse.

El filósofo Epicteo, (1979) afirmó que "el hombre no se ve distorsionado por los acontecimientos sino por la visión que tiene de ellos". Shakespeare expresó el mismo concepto en Hamlet, "no hay nada bueno ni malo en sí mismo, es nuestro pensamiento quien lo transforma".

Los eventos precipitantes de la ansiedad son influenciados altamente por la cultura. Beck y Emery (en Levine, 1995) explican que la percepción de una situación, o las cogniciones asociadas a la ansiedad, son las que determinan la extensión con la cual se evocará la ansiedad.

La respuesta individual al estrés reside en gran parte en nuestra educación. Desde que nacemos, estamos condicionados por nuestro entorno y educación, por lo que desarrollamos un comportamiento y un forma de pensar que pueden de alguna manera influir en nuestra percepción de los acontecimientos a partir de ese momento. Las respuestas aprendidas pueden ser más bien una reacción habitual adoptada en la infancia (Stephen Terras, 1994).

En psicología se enfatiza la importancia del significado subjetivo en cada situación. Murria, (1983) distinguió entre las propiedades de los elementos del entorno por medio de la observación objetiva y el significado de los objetos al ser percibidos o interpretados por el individuo.

Al conjunto de recursos físicos, psicológicos y sociales de que dispone un individuo para hacer frente a las demandas adaptativas del medio se le denomina vulnerabilidad. Weisman, (1976) la define como una insuficiente capacidad de afrontamiento y una distorsión emocional asociada a actitudes pesimistas en cuanto a recobrar la salud y a recibir un apoyo social adecuado.

La vulnerabilidad psicológica no está determinada solo por un déficit de recursos, sino también por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de los que disponga para evitar la amenaza de las consecuencias.

1.14 EVALUACIÓN COGNITIVA Y ESTRÉS

La evaluación cognitiva es un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento provocará en el individuo.

La reacción ante el estrés y la valoración de la situación dependen de los datos objetivos, así como de las capacidades de la persona para afrontar la situación. Éstas a su vez dependen de su historia personal, de las experiencias consigo mismo y con otras personas y de su autoestima o confianza en si mismo (Plattner, 1995).

Para Lazarus y Folkman, (1986) hay dos formas básicas de evaluación, la primaria (irrelevante, benigna-positiva y estresante) y la secundaria.

La evaluación irrelevante se presenta cuando el encuentro con el entorno no conlleva a implicaciones para el individuo.

La evaluación benigno-positiva tiene lugar si las consecuencias de la situación logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Se caracterizan por generar emociones placenteras.

Entre las evaluaciones estresantes están aquellas que significan daño/pérdida, amenaza y desafío. La amenaza se distingue del daño/pérdida que permite el afrontamiento anticipativo y el desafío tiene mucho en común con la amenaza en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia está en que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias caracterizada por la generación de emociones placenteras, tales como impaciencia, excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo que puede acompañarse de emociones negativas tales como miedo, ansiedad y mal humor.

La evaluación secundaria se refiere a la forma de determinar que es lo que puede hacerse. Es una característica de cada confrontación estresante, pues, los resultados dependen de que es lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego.

La reevaluación tiene lugar cuando se da un cambio en la evaluación inicial conforme a la nueva información recibida del entorno y/o en base a la información que se desprende de las propias reacciones del sujeto.

Otra forma de reevaluación es la reevaluación defensiva que consiste en cualquier esfuerzo para reinterpretar una situación del pasado de forma más positiva o para afrontar los daños y amenazas del presente percibiéndolos de una forma menos negativa.

La evaluación defensiva es autoinducida, proviene de la necesidad interna del individuo más que de las presiones del entorno.

1.16 AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Rodríguez, (1995) menciona que existen diversas definiciones y que van desde patrones de actividad neuroendocrinas y anatómicas hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo e interacción social (ver Sarason y Spielberg, 1976)

De acuerdo con Moliner (Rodríguez, 1995), el término afrontamiento es una traducción al castellano del término en inglés coping, que corresponde a la acción de afrontar, hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc. a un estresor.

Muchas investigaciones definen el afrontamiento como un conjunto de respuestas ante una situación estresante con el fin de reducir las cualidades adversas de tal situación.

El afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés. Somerfield y MacCrae (1966) hacen una distinción entre adaptación y afrontamiento. Adaptación es un término muy amplio que cubre la totalidad de la conducta y afrontamiento es una categoría especial de adaptación bajo circunstancias inusualmente abrumadoras.

(Lazarus y Folkman, 1984 / 1986) lo definen como los "esfuerzos (actos, procesos) cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes (adaptativos, flexibles) para manejar las demandas específicas externas o internas percibidas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo". El afrontamiento entraña la adquisición de cierto control que varía mucho: desde el dominio, hacerse dueño de la situación, hasta el simple arreglarselas como uno pueda o, el sólo control de las emociones causadas por el evento estresante. Distinguen dos funciones del afrontamiento, el dirigido al problema objetivo y el dirigido a la emoción del sujeto ante la situación estresante.

La estrategia de afrontamiento para una u otra función no siempre coinciden. Regularmente se facilitan mutuamente pues, estar bien preparado para un examen permite resolver bien el problema, reduciendo a mismo tiempo la ansiedad (emoción). También pueden interferir entre sí al adoptar una decisión prematura, poco meditada, lo que contribuye a disminuir la preocupación (emoción), pero al precio de renunciar a obtener más información para un mejor juicio y así poder hacer frente al problema de una manera más adecuada (Hombrados, 1997).

Cada persona experimenta de manera diferente el estrés, involucrando tanto los incidentes pasados y actuales como la interacción de factores como la valoración cognitiva, variables de personalidad y la funcionalidad de estrategias de afrontamiento. Existe evidencia de que las mujeres jóvenes con bulimia nerviosa, experimentan los eventos de su vida de forma más estresante que otras mujeres (Lacey, Soukup y Strober; citados por Yager, Roty y Rossotto, 1995)

CAPÍTULO 2

CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS

2.01 CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN

La conducta alimenticia es una conducta psicosocial. En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en un principio por la relación madre-hijo. La conducta alimenticia también puede verse influida por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores.

Las conductas alimenticias pueden llegar a ser conductas de riesgo (dietas restrictivas, ayunos, saltarse comidas, etc.) las cuales están directamente relacionadas con el estado de salud / enfermedad individual o colectiva. Los desórdenes alimenticios se caracterizan por severas alteraciones de la conducta alimenticia. La incidencia de estos desórdenes se ha ido incrementando dramáticamente en las últimas décadas y parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental, sobre todo en las grandes ciudades Shisslak y Crago, 1987; citados por Saucedo, 1996).

En el campo de estudio de las anomalías de la conducta alimenticia se encuentran cuatro principales entidades: obesidad, bulimia, anorexia nerviosa y alimentación compulsiva. Son fenómenos complejos, íntimamente relacionados que difícilmente se encuentran en forma pura. En el manejo del balance calórico es donde confluyen estas anomalías y donde se encuentra la interacción de diferentes factores (biológicos, psicológicos y sociales; Gómez Pérez-Mitré, 1993).

En un estudio realizado por Gómez (1993) se identificaron prácticas alimenticias que pueden considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimenticios, también se encontraron tres factores relacionados con estas prácticas: las purgas, accesos bulímicos o "binge eating" y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

Es necesario distinguir entre alimentación y nutrición ya que a menudo son utilizados de manera indiferenciada. Higashida (1991; citado por Álvarez y colab., 1996) establece que la alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles, y está mediada por aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales e incluso los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos, por lo que el proceso llamado alimentación adopta formas muy diferentes de país a país, de región a región; de un estrato social a otro, de familia a familia, entre un miembro y otro de la misma familia e inclusive en términos generales, se dan variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto sociocultural en que se encuentre (Álvarez y colab., 1996).

TABLA 2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS SEGÚN LAS VARIABLES DETERMINANTES	
VARIABLES	PROBLEMAS
VELOCIDAD	<p>Excesiva rapidez:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rumiación <p>Excesiva lentitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bolo
CANTIDAD	<p>Mucha:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sobrepeso, ○ Obesidad, ○ Bulimia y ○ Alimentación compulsiva. <p>Poca:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anorexia
VARIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> ○ Negación, ○ Rigidez y ○ Vómitos.
ELABORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ○ Negación y ○ Vómitos.
CAMBIOS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Negación, ○ Rigidez y ○ Vómitos.

Los patrones de alimentación de México van desde la comida "chatarra" y los antojitos mexicanos, que se consumen por cuestiones de educación, ambiente y economía aunque, en los últimos años, la dieta se ha modificado ya que en la actualidad se consume comida "chatarra" con más grasas e hidratos de carbono

que antes pues, con la urbanización, se han introducido alimentos más elaborados, con más calorías, que contienen grasas y azúcares.

Según una encuesta elaborada en el área metropolitana del D.F., la clase baja es la que consume más hidratos de carbono (tortillas, frijoles, etc.) y menos proteínas. Esta dieta basada en cereales es muy balanceada aunque, la forma de preparación no siempre es la adecuada cuando contiene un alto contenido de grasas (Brito, 1999, en Excelsior).

2.02 AUTOCONTROL

La motivación es un elemento importante en el autocontrol exitoso, parece que aquella está compuesta por varios factores, entre los más importantes están:

1. El valor del cambio anticipado (por ejemplo: la salud, la apariencia personal, la aceptación social, etc.) y
2. La confianza en su capacidad de control. Por ejemplo, si una persona valora altamente algún cambio y tiene confianza de que el cambio se puede realizar, su motivación es generalmente fuerte. Parece ser que uno de los factores más importantes en la motivación personal es lo que la persona se dice a si misma.

Los factores genéticos, metabólicos y psicológicos pudieran explicar la diferencia entre la persona de peso normal y la que está excedida de peso. Aunque cada área presenta posibles influencias que pudieran contribuir en los problemas de peso, ninguna de ellas es suficiente ya que, la obesidad es el resultado de un conjunto muy complejo de factores.

Las principales diferencias entre las personas obesas y las que no lo son radican en sus patrones de alimentación y de actividad física. Aún cuando los factores fisiológicos y metabólicos pueden influir en la movilización de la grasa y en un intercambio eficiente de energía y la diferencia básica entre las personas que cuidan su peso con éxito y las que fracasan en el intento estriba en sus

habilidades de autocontrol. Una pérdida de peso significativa y permanente se logra por medio de un conjunto de habilidades personales adecuadas que ayudan a la persona a efectuar los cambios adecuados en sus patrones de alimentación y de actividad física. Siendo responsables de los problemas de control de peso la ingestión de alimentos y el gasto de energía (Mahoney, M., Kathry, M., 1990).

2.03 HÁBITOS ALIMENTICIOS

La variabilidad en los estilos de alimentación puede observarse en diversos aspectos que van desde el número de comidas al día, los alimentos más consumidos en la dieta, o bien, los evitados y erradicados de la dieta, la manera de prepararlos y combinarlos, el número y tamaño de las porciones, hasta llegar a los ritos sociales (familiares o individuales) que rodean el acto de comer. En la conducta alimenticia intervienen varios factores como son: biológicos (hambre, necesidades especiales debido al crecimiento, lactancia, etc.); geográficos (disponibilidad de los alimentos de acuerdo a la región, clima y estación del año) y psicológicos: apetito, gustos, experiencias ligadas a los alimentos, ritos y tradiciones (Bourges, 1987; citado por Álvarez y colab., 1996).

Dependiendo de la velocidad, cantidad, variedad, elaboración y cambios de comida podemos encontrar una serie de problemas alimentarios (ver tabla 2.1) que adquieren el grado de alteraciones psicopatológicas si su frecuencia y magnitud son tales que alteran la vida cotidiana e incluso dañan tanto la salud que pueden llevar a la muerte (Gavino, 1995).

2.04 LA EMOCIÓN Y LA CONDUCTA DE INGESTIÓN

Esta línea de investigación que intenta demostrar la posible relación entre estados emocionales, estrés o ansiedad y sobre ingestión es una de las líneas de investigación psicológica que mayor número de publicaciones ha generado. Los primeros estudios en este sentido fueron los que partían de la hipótesis psicósomática planteada por Kaplan y Kaplan, (1957) según la cual, la sobre ingestión es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como

mecanismo para reducir la ansiedad. Posteriormente, varios autores consideraron la ingestión como un instrumento para reducir la activación generada por estados emocionales internos (Bruch, 1973; León y Roth, 1977). Bruch, propuso que los indicadores de hambre podrían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, y que esta falta de discriminación podía producir una ingestión inadecuada y consideraba posible que el obeso confundiera con frecuencia sus diversos estados de activación emocional con el hambre y en consecuencia de este error, comiera cuando estuviera activado emocionalmente¹

Schower, (1976) realizó una investigación donde encontró que los sujetos obesos mostraron un incremento significativo en su ingestión cuando no pudieron identificar la causa de su estrés, siendo menor cuando esta era identificada, mientras que los sujetos con peso normal mostraron una reducción en su consumo de alimentos en la condición de estrés no etiquetable.

Robbins y Fray en 1980 presentaron un trabajo a partir de una revisión exhaustiva de la literatura existente, concluyendo que la conducta de ingestión está inducida por el estrés, pero que dicho comportamiento no actúa como un reductor del estrés, tal como se mantenía en la hipótesis de Kaplan y Kaplan, (1957). Robbins y Fray mantienen que los sujetos obesos no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre por lo que comen inapropiadamente como respuesta a la activación emocional, manteniendo esta conducta a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés².

Parece evidente que todavía no se puede determinar la relación entre activación emocional y sobre ingestión. Sin embargo, de las investigaciones realizadas hasta el momento, Saldaña y Rossell, (1988) sacaron algunas conclusiones:

¹ Saldaña y Rossell, 1988.

² Saldaña y Rossell, 1988.

1. La conducta de sobre ingestión está inducida por estados emocionales de ansiedad y estrés, aunque no se puede demostrar que dicha conducta como reductor de los estados emocionales.
2. Parece necesario estudiar si la ingestión emocional se produce de diferente manera en función del porcentaje de sobrepeso que presenta el individuo.

2.05 OBESIDAD (CONCEPTO)

Los trastornos de la conducta alimenticia fueron identificados y delimitados no hace más de dos décadas. Hasta 1980 fueron contemplados por la American Psychiatric Association e incluidos en su Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III, 1980), y en el DSM IV de 1994 se mencionan los siguientes trastornos de la conducta alimenticia: anorexia nerviosa (caracterizada por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales), bulimia nerviosa (manifiesta episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, estos dos trastornos se tratarán más adelante) trastorno por alimentación compulsiva, pica (ingestión persistente de sustancias no nutritivas) y rumiación en la infancia (expulsión de los alimentos que se encuentran en el estómago hacia la boca para su remasticación).

El trastorno por alimentación compulsiva apenas fue incluido, ya que en el DSM-III-R (1987) aún no se había considerado.

El DSM III no incluye a la obesidad entre los trastornos de la conducta alimenticia ya que la considera una enfermedad orgánica o incluida en la categoría de los trastornos "psicosomáticos" y también porque según algunos autores, la forma de comer de la población obesa no difiere de la no obesa (Zukerfeld, 1996).

La obesidad es excluida como trastorno de la conducta alimenticia, ya que en el ICD-10-CM este estado es considerado como un trastorno físico pues no se le relaciona con ningún síndrome psicológico o conductual con características

propias. Existe polémica en cuanto a su etiología: biológica versus mental, así como por su estrecha relación con la alimentación compulsiva.

El peso corporal comprende varios factores: complejión, musculatura, distribución de la grasa y la estructura ósea. Estos factores causan una gran variación en el peso de un individuo de acuerdo a determinada edad, sexo y estatura. Al tomar en consideración estos indicadores, se podrá obtener una mejor evaluación del peso ya que se deberá realizar de manera personalizada.

La medición más empleada por los médicos para definir la normalidad del peso es la relación del peso con la talla, de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) entre el resultado de la estatura en (metros) elevada al cuadrado. El IMC también se conoce como Índice de Quetelet, nombre del investigador belga que fue el primero en proponerlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera un peso deseable entre el IMC, de 18.5 a 24.9 Kg/m². Según Melchor Alpizar (1999, en excelsior), un paciente tiene sobrepeso cuando su IMC es de 25.0 a 29.9 Kg/m².

En mujeres de hasta 150 cm. y en hombres de hasta 160 cm. de estatura la obesidad se considerara a partir de un IMC de 25 Kg/m².

En mujeres de más de 150 cm. de estatura, la obesidad se considerara a partir de un IMC de 27.3 Kg/m². y en hombres de más de 160 cm. de estatura, la obesidad se considerara a partir de un IMC de 27.8 Kg/m².

Existen varias definiciones de obesidad pero, en la que la mayoría de los autores coinciden es la siguiente: acumulación excesiva de tejido adiposo traducida en un aumento de peso corporal. (Saldaña y Rosseil, 1988).

De lo anterior podemos desprender que existen 3 formas de establecer la obesidad: en relación al peso ideal o peso deseable, en relación al IMC y en relación a la acumulación de tejido adiposo.

El peso ideal está estandarizado en las tablas del mismo nombre en las que se expresa el peso que previsiblemente favorecerá una mayor longevidad del individuo; éste variará de acuerdo a la talla y sexo.

Entre el 90% y 110% del peso ideal, se considera que existe un peso normal, cuando el peso está entre el 110% y 120% se considera sobrepeso, y por encima del 120%, obesidad. Únicamente por arriba del 130% del peso ideal, la obesidad se asocia a complicaciones metabólicas, cardiovasculares o respiratorias, enfermedades que podrían anticipar la muerte del obeso, por lo que a partir de ese grado de sobrepeso, la obesidad se considera peligrosa para la salud (Weinsier, 1976³).

Cuando el contenido del tejido adiposo excede el 20% del contenido normal en el hombre y el 30% en la mujer se considera obesidad (Christian, 1964), debido a que la cantidad de grasa en esta es superior a la del hombre.

No todas las personas exhiben la misma distribución de la grasa, ni todas presentan las mismas complicaciones, ni todos los obesos lo son por la misma causa, por eso, la obesidad se considera como un síndrome que engloba anormalidades o patologías diferentes⁴.

2.06 CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Existen diversas formas de clasificar la obesidad: de acuerdo a los rasgos morfológicos del tejido adiposo, la edad en que comienza, de acuerdo al peso considerado, la distribución anatómica del tejido adiposo, o según la causa.

De acuerdo a las características morfológicas del tejido adiposo, se distinguen dos tipos de obesidad: la hipertrófica y la hiperplásica.

³ Saldaña y Rossell, 1988.

⁴ Saldaña y Rossell, 1988.

La obesidad hipertrófica se caracteriza por el aumento de contenido lipídico en las células del tejido adiposo, sin que aumente la cantidad de éstas. Ésta regularmente se observa en los obesos que se desarrollan en la edad adulta.

La obesidad hiperplásica se caracteriza por el aumento en el número de células adiposas que pueden acompañarse o no de un mayor contenido lipídico. Este tipo de obesidad es más frecuente en la infancia (Hirsch, 1976) aunque, se ha detectado también en la edad adulta (Jung, 1978). Se considera que cuando la necesidad de almacenar grasa es moderada, las células aumentan su capacidad de almacenamiento, mientras que cuando la necesidad de almacenamiento es muy elevada, es necesario también aumentar el número de células, razón por la cual se produce la obesidad hiperplásica⁵.

Según la distribución corporal de la grasa, se distinguen dos tipos de obesidad: la obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo manzana y la obesidad con predominio de la grasa en la mitad inferior o tipo pera. Este tipo de obesidad es más frecuente en las mujeres (obesidad ginoide, Vague, 1980⁶). La obesidad tipo manzana se presenta más en hombres que en mujeres (obesidad androide). Algunas de las enfermedades que acompañan a la obesidad (hiperlipidemia, diabetes, hipertensión, etc.) son más frecuentes en este tipo de obesidad.

De acuerdo a la edad en que comienza, la obesidad se clasifica en infantil y adulta. La primera se inicia en la infancia del sujeto, es más difícil de tratar y tiende a reincidir siempre que se suspende el tratamiento; la segunda se inicia después de la adolescencia.

En base al peso la obesidad se clasifica en: obesidad grado I con un sobrepeso entre el 10 y el 25% del peso ideal; grado II con un sobrepeso entre el

⁵ Saldaña y Rossell, 1988.

⁶ Saldaña y Rossell, 1988

25 y 40% y grado III más del 40% (A. Chávez, D. Díaz, 1967 y R. L. Weinsier, 1987; citados por Campollo, 1995).

En función del grado de obesidad, Stunkard (1984, citado por Saldaña y Rossell, 1988), ha clasificado la obesidad en tres categorías: leve, del 120 al 140% del peso ideal; moderada del 141 al 200% del peso ideal; y severa o grave, cuando el peso excede del 200% del peso ideal.

De acuerdo a la etiología, la obesidad puede ser causada por enfermedades endocrinas, lesiones hipotalámicas, síndromes genéticos, posible origen genético y obesidad de origen metabólico.

La obesidad endocrina es producida por el mal funcionamiento de alguna glándula endocrina, la obesidad endógena es originada por las alteraciones en el metabolismo y por último la obesidad exógena es producida por un desequilibrio entre la cantidad de calorías consumidas y las necesarias de acuerdo a la edad, sexo, estatura y actividad física de la persona.

La obesidad constituye un fenotipo heterogéneo y cada variante fenotípica es modulada por un grupo diferente de factores causales. C. Bouchard, (1991; citado por Campollo, 1995) propuso clasificar la obesidad en cuatro fenotipos:

1. Tipo I: exceso en la cantidad de grasa corporal total.
2. Tipo II: exceso en la cantidad de grasa subcutánea en el tronco y abdomen.
3. Tipo III: grasa visceral abdominal en cantidad excesiva.
4. Tipo IV: cantidad de grasa glúteo-femoral en exceso.

2.07 ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

Como ya se mencionó, son varias las causas que pueden originar obesidad (endocrinas, lesiones hipotalámicas, síndromes genéticos, posible origen genético y metabólicas) pero, probablemente la más frecuente es la ingestión excesiva de

alimentos. El argumento de que en situaciones o épocas de hambre no existen obesos, está a favor de la teoría de la ingestión excesiva de alimentos. Aunque para que exista una acumulación de reservas energéticas, los sustratos energéticos deben llegar al organismo por medio de los alimentos. Pudiera ser que la utilización de estos sustratos es diferente en los sujetos obesos en comparación con los sujetos que no lo son, haciendo que el almacenamiento de grasa también sea distinto.

La cantidad de grasa almacenada dependerá del equilibrio entre el aporte de sustratos y el gasto energético que se realice, cuando el aporte supere al gasto se producirá almacenamiento.

La mayoría de los sujetos obesos presentan la llamada obesidad de origen metabólico, que aparece por un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética. Este desequilibrio es generado por un exceso de ingestión alimenticia (oferta acalórica), o bien por un descenso en el gasto energético o por ambas situaciones a la vez.

En la especie humana no se ha podido demostrar la transmisión genética de la obesidad, y aunque el 95% de los sujetos obesos tienen antecedentes familiares de obesidad, resulta difícil deslindar la influencia genética propiamente dicha, de los condicionamientos ambientales que originan la convivencia con un progenitor obeso (Withers, 1964, citado por Saldaña y Rossell, 1988).

En conclusión, parece ser, que la causa más frecuente de la obesidad es la ingestión excesiva de alimentos, considerada como tal o en relación a las necesidades energéticas del individuo.

Existen evidencias que apoyan la participación de factores hereditarios en la etiología de la obesidad (S. Armendares, 1991; citado por Campollo, 1995):

1. Evidencia de estudios realizados en familias donde el 80% de los hijos de dos progenitores obesos presentan fenotipo obeso comparado con el 14% en los hijos de dos progenitores de peso normal.

2. Estudios en gemelos, donde se ha encontrado correlaciones de hasta el 97% para gemelos monocigotos. Aunque en otros estudios en gemelos idénticos, creados en el mismo ambiente la variación fue de 1.31%, mientras que la variación en gemelos criados en ambientes diferentes fue de 3.6%, lo cual sugiere que tanto los factores hereditarios como los ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la obesidad. Por otro lado, otros autores encontraron poca evidencia de factores hereditarios en el peso de gemelos en edad adulta, lo que indica que el peso corporal del adulto es modificado por factores como la salud, nutrición, ejercicio y autocontrol.
3. Estudios en niños adoptados han demostrado que existe una mayor correlación entre el peso de los hijos verdaderos y sus progenitores, que entre el peso de niños adaptados y el de sus padres adoptivos, sugiriendo un efecto mínimo de la herencia "social" sobre peso corporal.

En base a lo anterior algunos autores han propuesto que en sociedades donde la comida es abundante y el trabajo físico es mínimo, debe haber factores genéticos que predispongan a la obesidad.

Para investigar lo anterior, se han realizado estudios epidemiológicos en donde se han utilizado estrategias de investigación basadas en estudios que utilizan métodos de estudios de "arriba hacia abajo" (estudios de núcleos familiares, pedigrís extendidos y estudios de gemelos e hijos adoptados); estrategias de "abajo hacia arriba" donde se inicia con el estudio de la variación genética en una localización específica, para relacionar el polimorfismo genético con la variación del fenotipo de interés; clonación posicional que incluye la localización de la región cromosómica que aparenta tener el o los genes responsables de la característica fenotípicas indeseables, y la identificación de los genes involucrados y la variación de la secuencia del ADN relacionado (C. Bouchard, 1993; citado por Campollo, 1995).

En estos análisis se ha demostrado que existen evidencias que apoyan a su vez la presencia de factores genéticos en la etiología de la obesidad.

Otros estudios sugieren que la herencia influye hasta en el 40% de la varianza en el IMC, con un efecto moderado pero significativo de transmisión cultural (C. Bouchard, 1993, citado por Saldaña y Rossell, 1988). De igual manera, se ha observado que el patrón de distribución de la grasa corporal es determinado en parte por el genotipo.

No hay que olvidar que los estudios de herencia y de factores genéticos involucrados no pueden explicar algunos hechos como el aumento de la incidencia de la obesidad en sociedades industrializadas (A. Chávez, D. Díaz, 1967; R. L. Weinsier, 1987), la heterogeneidad de la obesidad con relación a factores sociales y culturales (H. P. Hazuada, 1991, B. D. Mitchell, S. M. Haffer, M. P. Stern, 1991; I. G. Pawson, R. Martorell, F. E. Mendoza, 1991) y las diferencias en la frecuencia de la obesidad entre áreas urbanas y rurales (A. Chávez, D. Díaz, 1967; R. L. Weinsier, 1987), todos estos aspectos hacen recordar el origen multifactorial de la obesidad⁷.

Una vez desarrollada la obesidad, frecuentemente el propio sujeto tiende a restringir la ingestión, pero ésta no consigue detener el proceso del aumento de peso, cuando este se ha sobrepasado, pues parece ser que el organismo humano y animal posee mecanismos reguladores del peso corporal, localizados en el hipotálamo. Estos mecanismos tienden a mantener estable el peso corporal dentro de ciertos valores, impidiendo la ganancia o pérdida excesivas (Pitts, 1978, citado por Campollo, 1995). Una vez superados estos valores, la pérdida o la ganancia de peso se verán favorecidas.

En algunos casos la obesidad es secundaria a una enfermedad endocrina, como el hipotiroidismo y en el síndrome de Cushing. Estas enfermedades deben

⁷ Campollo, 1995

tomarse en cuenta para la evaluación del sujeto obeso. Son menos frecuentes las obesidades secundarias asociadas a un hipogonadismo primario o al síndrome de ovario poliquístico.

También cabe considerar que existan lesiones hipotalámicas (tumorales, quirúrgicas o inflamatorias) que hayan provocado la obesidad o que esta se halle asociada con algunos síndromes genéticos.

En la mayoría de los casos de obesidad, los desórdenes del comer son de origen indiferenciado, no hay etiología definida (Braguinsky, 1987 citado por Rossell y Saldaña, 1988).

La obesidad es producto de un alto consumo calórico o de un bajo gasto calórico, y muy rara vez se debe a causas endocrinas, hipotalámicas o genéticas (Garrow, 1976⁸; y Gómez, 1993).

Solo un número limitado de obesos lo son por causas endocrinas, la mayoría lo son porque, al igual que en otras enfermedades, existe una susceptibilidad hereditaria de padecer la obesidad. 90% de los casos de la obesidad son de tipo exógeno, es decir, propiciados por el medio ambiente y los hábitos de las familias. El restante 10% puede deberse a problemas endocrinos. Por tanto, se puede decir que el 80% de los casos tienen que ver con la herencia (Excelsior, "sobrepeso y enfermedades asociadas", jun. 1999).

2.08 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA OBESIDAD

Los modelos explicativos actuales dan respuestas más o menos exactas sobre el origen y desarrollo de la obesidad crónica.

MODELO DEL BALANCE ENERGÉTICO.

Este modelo sostiene que la mayoría de las obesidades son consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por el individuo y la cantidad de calorías gastadas por dicho individuo. Generalmente,

este desequilibrio energético es producto del consumo de dietas con un alto valor calórico y de una insuficiente actividad física, lo cual conduce al individuo a una ganancia de peso gradual lo que incrementará la cantidad de tejido adiposo.

LA TEORÍA DEL PUNTO FIJO (SET POINT THEORY).

Esta teoría fue elaborada por Keesy (1980; citado por Saldaña, 1994) y postula que cada individuo tiene un peso ideal (set point) biológicamente programado y una serie de procesos reguladores que actúan para mantener este peso constante, ajustando la ingestión y gasto energético. De acuerdo a esta teoría, la herencia determina en gran manera el punto fijo en el peso de la persona, influenciado a su vez por la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica. Al hacer dieta se presenta un balance energético positivo durante un periodo prolongado, por lo que cambiará el punto fijo del peso a un nivel superior con lo que conseguirá ganar peso y en el futuro tendrá dificultades para restaurar su peso por debajo del nuevo punto fijo de peso que se ha establecido.

MODELO CONDUCTUAL DEL APRENDIZAJE.

Existen factores psicológicos que justifican el hecho de que las personas con sobrepeso comen más de lo que gastan. Los principios de reforzamiento son muy útiles para explicar el mantenimiento de estos patrones de comportamiento inadecuados.

Este modelo de aprendizaje permite explicar claramente los aspectos motivacionales que justifican la sobrealimentación del obeso y su sedentarismo: ante las presiones socioambientales, el obeso responde con la adopción de una dieta, de la que obtiene consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo por ejemplo, el seguimiento de una dieta conduce a corto plazo a la pérdida de peso, con lo que el sujeto recibirá aprobación social y mejorará su autoestima (consecuencias positivas) aun cuando le implique esfuerzo, renuncia a alimentos preferidos y apetitosos (consecuencias negativas. Penkins, McKenzie y Stoney,

ª Saldaña y Rossell, 1988.

1987, citados por Saldaña, 1994) A largo plazo se obtienen consecuencias negativas, tales como el incremento de peso, posible rechazo social y/o la aparición de problemas de salud asociados a tal incremento de peso (Saldaña y Rossell, 1988).

LA HIPÓTESIS DE LA EXTERNALIDAD.

Esta hipótesis sugiere que la ingestión de las personas con peso normal está regulada por estímulos internos, principalmente por señales fisiológicas de hambre y saciedad (Schachter, Goldman y Gordan, 1968, citados por Saldaña, 1994).

LA HIPÓTESIS DE LA INGESTIÓN EMOCIONAL.

Generalmente se acepta que los estados emocionales positivos o negativos afectan el comportamiento alimenticio.

Se parte de la hipótesis psicósomática planteada por Kaplan y Kaplan (1957) según la cual la sobre ingestión es una conducta aprendida y utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Buch propuso que los indicadores de hambre podrían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, lo que podría producir una ingestión inadecuada.

En 1980, Robbins y Fray concluyeron que la conducta de ingestión está inducida por el estrés, pero que dicho comportamiento no actúa como reductor del estrés, tal como se mantenía en la hipótesis psicósomática⁹.

2.09 PSICOLOGÍA DE LA OBESIDAD

Existe una gran variación respecto a la actitud hacia la obesidad, dependiendo de factores socioculturales; ya que en algunas sociedades la obesidad es un reflejo del éxito (S. Armendares, 1991), mientras que en otras sociedades, como las industrializadas, se tiene una actitud negativa hacia ella (E. J. Drenick), lo que contribuye a una disminución de la autoestima y a problemas

psicológicos en los pacientes que son candidatos a cirugía: incidencia elevada de hipocondría, depresión, histeria, desviaciones psicopáticas e introversión social (S. C. Charles, 1987)⁹.

Los sujetos obesos y con sobrepeso presentan problemas psicológicos tales como pérdida de autoestima, pobre autoimagen, depresión, relaciones interpersonales pobres que los conducen a un aislamiento social. Todo esto hace que los sujetos obesos, en especial la mujer obesa, experimente altos niveles de ansiedad (Saldaña y Rossell, 1988).

Como ya se mencionó, la mayoría de los obesos lo son gracias a un desequilibrio energético positivo, ya sea por ingesta excesiva, por un déficit de consumo energético o por ambos factores por lo que, en ese sentido es aceptado que los obesos comen demasiado y desde ese punto de vista, el interés de la Psicología se ha centrado en formular modelos teóricos que expliquen el porque los sujetos obesos comen demasiado. Las distintas explicaciones teóricas desde la perspectiva psicológica son las siguientes:

1. Los obesos tienen problemas de personalidad que alivian mediante la conducta de ingestión.
2. La ansiedad juega un papel fundamental en la conducta de ingesta. Los obesos comen más ante situaciones de elevada ansiedad, utilizando la sobre ingestión como un mecanismo para reducir la actividad emocional.
3. La conducta de comer en los obesos está bajo el control de estímulos externos (control ambiental), mientras que en los sujetos con peso normal está bajo el control de estímulos internos (control fisiológico).
4. El peso y masa corporal están determinados por una programación biológica preestablecida, siendo mayor en los sujetos obesos que en los no obesos.

⁹ Saldaña, 1994.

¹⁰ Campollo, 1995.

5. Las personas obesas tienen un estilo de alimentación diferente a l de las personas delgadas.
6. El desequilibrio energético causa de la obesidad se debe fundamentalmente a la falta de actividad.

2.10 PERSONALIDAD DEL OBESO

Varias teorías psicodinámicas han explicado el problema de la obesidad, haciendo referencia a una alteración de la fase oral como la causa de tal fenómeno pero Rascovsky, De Rascovsky y Schlossberg, 1950, (citados por Saldaña y Rossell, 1988) afirman que la mayoría de las investigaciones que siguen esta línea carecen de rigor metodológico, por lo que sus conclusiones no son muy aceptables.

Mirella Márquez (1999, en Excelsior), señala que los pacientes con sobrepeso desarrollan una personalidad cíclica caracterizada por complejos de culpa, depresiones, temores, autocastigos, autoengaño, frustraciones constantes y un autoestima baja, además de propósitos aparentemente muy firmes, pero en realidad muy frágiles.

Las personas con sobrepeso eligen el lunes como un buen día para empezar una dieta pero al siguiente día se les olvida y comen todo lo que no deberían. En ese momento empieza el autorregañó y el sentimiento de culpa, pero a la vez se apapachan e inician un nuevo propósito: "no importa, mañana empiezo". Pareciera que al tener alimento cerca ya no pueden detenerse.

Los sujetos con sobrepeso rompen reglas o promesas que ellas mismas se imponen, aceptando que son frágiles y faltos de carácter y en lugar que esto le sirva de freno les funciona como acelerador: "bueno, pues si ya comí y falte a mi promesa, ¡pues ahora le sigo! que ya empezare después". Sus justificaciones y conductas son iguales a las de un alcohólico, ya que una vez que empiezan ya no pueden parar.

El hecho de no controlar los impulsos es la característica principal que comparten con quienes incurren en prácticas como la bulimia o la anorexia.

El bulímico tiene la necesidad de comer en forma exagerada, para luego provocarse el vómito, aplicarse laxantes o someterse a periodos largos y extenuantes de ejercicios, a fin de no ganar peso. O el anoréxico, que ante el temor de subir de peso desarrolla un verdadero temor a los alimentos, y no le importa provocarse erosiones en el estómago ni arritmias o sufrir un desequilibrio hidroelectrolítico, etc. en quienes, el hábito repetitivo es el no comer.

El paciente con sobrepeso que a pesar de sus complicaciones digestivas y no seguir una dieta adecuada sigue comiendo; se vuelven más lentos, no pueden respirar, se les hinchan los pies, tienen presión alta, se sienten relegados, sienten que se burlan de ellos y les preocupa las enfermedades como la diabetes y la hipertensión. Lo real es que el paciente obeso confiesa que después de comer se siente tranquilo, seguro, calmado, en paz, es como si la comida fuera para ellos un calmante.

Otro punto interesante es que, el obeso tiene muy pocas formas para liberar tensión y su principal fuente de gratificación y liberación de tensiones la encuentra en el comer. Los que sufren de sobrepeso, no saben que hacer con su tiempo.

Los sujetos con sobrepeso tienen inseguridad, baja autoestima, miedo al abandono, se sienten poco atractivos, devaluados, descalificados y con un discurso interno que no corresponde al externo.

Los niños con sobrepeso, sufren una dualidad muy fuerte, ya que en su escuela y su ámbito social pueden ser objeto de burlas y en su casa, experimentan lo contrario (si los padres también son obesos), ya que se establece una alianza –"ellos me entienden yo los entiendo; entonces, no hay problema" y no se da ninguna confrontación (Márquez, 1999, en Excelsior).

Se han realizado otros estudios para analizar la importancia de variables psicológicas en la obesidad como son la depresión, el neuroticismo, la autoestima, el autoconcepto, etc., con el fin de responder a la creencia de que los problemas psicológicos están más presentes en los obesos que en los sujetos con peso normal (Buch, 1973, citado por Saldaña y Rossell, 1988). También se han investigado los cambios de estado de ánimo que se producen después de una pérdida de peso, pero a través de los resultados de estos estudios, es difícil concluir si cualquier dificultad de la personalidad descubierta es causa o consecuencia de la obesidad.

La obesidad no es solo un problema médico sino que también tiene implicaciones psicológicas y sociales importantes. De acuerdo con Brownell, (1972¹¹) el obeso no solo sufre por el hecho de ser obeso sino que, también culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece pues con frecuencia, los obesos son etiquetados con términos que implican responsabilidad personal (perezosos, débiles, autodestructivos, etc.), y es frecuente que detesten su cuerpo y estén preocupados por su peso.

Se ha observado con la aplicación de la prueba Multiphasic Personality Inventory (MMPI), que los sujetos obesos muestran diferencias, en comparación a los sujetos no obesos (S. F. Jonson, W. M. Swenson, C. F. Gastineau, 1976; citados por Campoillo, 1995), dichas diferencias radican en la posible insatisfacción en las relaciones familiares y sociales e inquietud subjetiva. Se encontró que las mujeres obesas fueron más inconformes e impulsivas y con una mayor sensibilidad personal que las mujeres no obesas; esto probablemente asociado a sentimientos provocados por la falta de aceptación social hacia la obesidad. Aunque, no se pudo determinar si las características de personalidad descritas son la causa o el resultado de la obesidad.

¹¹ Rossell y Saldaña, 1988.

Es preciso señalar que la frecuencia de alteraciones psicopatológicas observadas en pacientes con alto grado de obesidad es similar a la que se observa en la población con peso normal (S. C. Charles, 1987). En los casos de obesidad mórbida donde se prescribe la cirugía como tratamiento, se recomienda la valuación psicológica; incluso algunos especialistas recomiendan también una evaluación psiquiátrica (D. M. Grace, 1987). Aunque hay que considerar que en dicha evaluación del obeso es necesario distinguir entre los factores que contribuyen a la obesidad, de los factores que son resultado de ésta y de los que se presentan a consecuencia de los intentos por controlarla (S. C. Charles, 1987)¹².

Charles, (1987, citado por Campollo, 1995) ha encontrado una mayor frecuencia de personalidad pasivo-dependiente o pasivo-agresivo en pacientes con obesidad mórbida; éstos son tercos, desafiantes y resistentes a aceptar ayuda. Los pacientes pasivos en realidad son hostiles por medio del aislamiento, obstrucción y bloqueo a los esfuerzos por ayudarlos. También presentan inmadures y poco control de impulsos.

Respecto a la percepción de su aspecto, los sujetos obesos frecuentemente consideran que tienen cuerpos grotescos y desproporcionados, por lo que evitan verse en los espejos.

Se ha encontrado la presencia de estereotipos en relación con el tipo de dieta que llevan los pacientes. Por ejemplo, se ha encontrado que la mayoría de los jóvenes norteamericanos encuestados consideran a los que comen dietas bajas en colesterol y grasa como gentes aburridas, mientras que los que comen mucha grasa y comida chatarra fueron considerados como más divertidos abiertos y sociables (E. Fries, R. T. Croyle, 1993¹³). Esto es importante en la modificación de la conducta, ya que se debe de evaluar la percepción que tiene el paciente de

¹² Campollo, 1995.

¹³ Campollo, 1995.

las personas que llevan una dieta sana para poder así corregir la percepción errónea al respecto en los adolescentes obesos.

La alimentación esta interrelacionada con varios aspectos de la función familiar (atmósfera del hogar, comunicación, división de roles, etc.) y los problemas como: la disfunción triangular padre-hijo, la disfunción con secreto sobre un tema especial y la desaprobación de los padres en la conducta de la alimentación son problemas que deben investigarse durante la evaluación de los pacientes obesos (R. Jiménez, J. Díaz de León y J. M. Malacara, 1992).

Otra característica frecuente en los obesos es el antecedente de una experiencia emocional trascendente a una edad temprana.

Entre los pacientes que desarrollan obesidad a un edad adulta, la característica más frecuente es la de comer para sentir calma y equilibrio. Estos pacientes tienen un rasgo en común con los pacientes alcohólicos pues presentan un comportamiento impulsivo y un necesidad de gratificación oral descontrolada. Actualmente, se piensa que el hambre está controlada por factores internos (Genéticos y fisiológicos) y externos (ambientales y psicosociales; J. E. Blumdell, 1990).

Un aspecto muy importante en el manejo del paciente obeso, es la detección de factores de tensión o estrés que requieran de un apoyo psicológico y/o tratamiento médico como la neurosis, la depresión, etc. (Campollo, 1995).

El conocimiento que se tiene de la relación entre obesidad y las alteraciones psicológicas es confuso, por lo que es imposible exponer conclusiones definitivas debido básicamente a:

1. Muchos de los resultados se basan en medidas psicológicas inadecuadas y en las que no se han incluido grupos control (Coates y Thoresen, 1980).
2. La mayoría de las investigaciones se han basado casi exclusivamente en individuos que buscan tratamiento para su problema de obesidad, lo

que imposibilita la generalización de los resultados a sujetos que no buscan tratamiento a su problema de obesidad.

3. Rodin, (1981) sostiene que la psicopatología que puede estar asociada a la obesidad surge de la reacción que la sociedad tiene contra la obesidad y el consecuente rechazo que experimentan estos sujetos y no necesariamente de alteraciones psicológicas encontradas en el individuo¹⁴

Teniendo en cuenta que en las sociedades occidentales la esbeltez es signo de salud, belleza y aceptación social, la obesidad es discriminada dentro de la población con peso normal. Diversos investigadores han estudiado las actitudes de los no obesos con respecto a los obesos, encontrando que tanto las mujeres como los hombres obesos son vistos como menos femeninas o masculinos respectivamente (Dawyer, Feldman, Seltzer y Mayer, 1969), o menos atractivos (Berscheid y Walster, 1969) o incluso más desagradables que las personas deformes o con padecimientos físicos (Maddox, Back y Liederman, 1968). Estas actitudes hacia los obesos son compartidas por los sujetos con sobrepeso que, con frecuencia, presentan problemas psicológicos como son, pérdida de autoestima, pobre autoimagen, depresión y relaciones interpersonales pobres que los conducen al aislamiento social. Todos estos factores hacen que el sujeto obeso, especialmente las mujeres, experimenten altos niveles de ansiedad¹⁵.

En la obesidad y sobrepeso pueden presentarse o no accesos bulímicos. En general las personas con obesidad o sobrepeso se convierten en dietantes crónicos y suelen exhibir conductas reactivas y recurrentes, presentan periodos de dietas altamente restrictivas, que conllevan a accesos bulímicos con o sin prácticas de expulsión. Estas conductas reactivas y recurrentes llevan consigo costos psicológicos como son, sentimientos de culpa, una lucha desgastante que la persona sostiene con ella misma y que pone a prueba su control; temores

¹⁴ Saldaña y Rossell, 1988.

¹⁵ Saldaña y Rossell, 1988.

asociados con la pérdida del control, inseguridad y autoevaluación y baja autoestima.

En la obesidad y el sobrepeso, la insatisfacción de la imagen corporal tiene un fundamento real, es decir, en la obesidad puede existir un importante exceso de grasa corporal, (o no tan importante y darse una sobrevaloración) mientras que en la anorexia nerviosa, ésta puede basarse en una autopercepción muy alejada de la realidad, no siendo así en la bulimia.

La insatisfacción de la imagen corporal se caracteriza por la fragmentación del conocimiento del propio cuerpo. La persona obesa se relaciona pobremente con su cuerpo: lo "ven" poco; no lo quieren ver; si lo ven reflejado lo desconocen, lo rechazan; lo "usan" poco.

2.11 FACTORES COMPORTAMENTALES DEL OBESO

Es necesario analizar si los comportamientos que emiten las personas que padecen obesidad, difieren de los que emiten las personas que la sufren para poder dar una perspectiva psicológica al problema de la obesidad.

La literatura a cerca de los patrones comportamentales de los obesos es variada, amplia y hasta cierto punto contradictoria aunque, se han podido obtener los puntos básicos que se deben estudiar:

1. Estilo de alimentación,
2. influencia de los estímulos externos en la conducta de sobre ingestión y
3. Los patrones de actividad física.

2.12 ESTILO DE ALIMENTACIÓN DEL OBESO

En esta sección se tratará el ritmo, el horario y la cantidad diaria de ingestión, así como la elección de los alimentos.

La mayoría de las investigaciones realizadas en la década de 1970 reflejan el supuesto de que los sujetos obesos difieren de los que no lo son en un ritmo de ingesta más rápido, alcanzado mediante el consumo de grandes bocados a intervalos más frecuentes y masticando menos en cada bocadito. Estos patrones de

consumo fueron sugeridos por primera vez por Fester, Nurnberger y Levitt, 1962 y Stuart (1967, 1971). Posteriormente la creencia en el estilo de alimentación del obeso fue reforzada por la pérdida de peso observada en sujetos con sobrepeso y que fueron entrenados para adoptar un estilo de alimentación semejante a la de los sujetos con peso normal (Mahoney, 1975). Sin embargo las investigaciones realizadas que han estudiado el ritmo de ingestión analizando variables como la cantidad y tamaño de los bocados, el número de masticadas por bocado y la cantidad total de alimento ingerido por comida, no han podido demostrar plenamente este estilo de alimentación diferencial del obeso¹⁶.

Algunas investigaciones han tratado de averiguar si la elección de los alimentos, en función de su valor calórico y nutricional, es una característica diferencial en el estilo de alimentación obeso.

Estudios realizados en ambientes naturales muestran resultados que apoyan la hipótesis de la alimentación diferencial, pues se ha encontrado que bajo ciertas circunstancias (comer solo o acompañado, en cafetería o restaurante, con menú fijo o buffet libre), los obesos elegían alimentos con mayor cantidad de contenido calórico o una mayor cantidad de alimentos que los sujetos con peso normal (Coll, Meyer y Stunkard, 1979; Stunkard y Mazer, 1978; Dodd y colab., 1976; Krants, 1979; S. C. Wooley, O. C. Woole y Dyrenforth, 1979).

Dodd y colab., (1976) encontraron que los sujetos obesos consumían alimentos con un porcentaje significativamente menor de proteínas que las personas no obesas¹⁷.

Existe la creencia de que los sujetos obesos comen más que la personas delgadas, siendo ésta una de las causas principales de su obesidad pero, en la revisión de los estudios que analizan esta hipótesis, no se han podido encontrar pruebas convincentes con relación a un mayor consumo calórico diario por parte de los sujetos obesos en comparación con los no obesos (Garrow, 1974, 1978;

¹⁶ Saldaña y Rossell, 1988.

¹⁷ Saldaña y Rossell, 1988.

Osancovay Hejda, 1975; S. C. Wooley y Colab., 1979; Citados por Saldaña y Rossell, 1988).

Saldaña y Rossell, (1988) concluyen que las investigaciones realizadas hasta el momento aportan las siguientes pruebas:

1. No se ha demostrado la existencia de un estilo de alimentación diferencial en los obesos y solamente es en la infancia donde se manifiesta con mayor claridad.
2. La única diferencia clara en el estilo de alimentación del obeso, parece ser el número de masticadas por bocado, por lo cual consumen el alimento introducido en la boca más rápidamente aunque, esto no quiere decir que coman más rápidamente. Existen evidencias de que un ritmo de ingestión más lento aumenta la saciedad Wooley, Wooley y Turner, 1976).
3. No se ha podido comprobar que los sujetos obesos consuman más calorías por día que los no obesos, a pesar de que este es uno de los factores más importantes en la obesidad.
4. Existen evidencias de que el sujeto obeso come con menor frecuencia que los sujetos delgados y que esto incide directamente en el aumento de peso. Por ejemplo, Fabry, Hejda, Cerny, Osancova y Pechar, (1966) han demostrado que la reducción en la frecuencia del consumo de alimentos en niños de edad escolar ha conducido a un aumento de peso y del grosor del pliegue cutáneo. La ingestión de pocas comidas al día está también asociada a un incremento en la lipogénesis e hipercolesterolamina y a una reducción en la tolerancia a la glucosa (Fabry y Colab., 1964)¹⁸.

La hipótesis de que los estímulos externos influyen sobre la conducta de la ingestión fue examinada por primera vez por Schachter y sus colaboradores

¹⁸ Saldaña y Rossell, 1988.

(Goldman, Joffe y Schachter, 1968; Nisbett y Kanousa, 1969; Schachter y Gross, 1968; Schachter y Rodin, 1974). En base a los resultados de las investigaciones realizadas, Schachter (1968) sugirió que la conducta de ingestión de las personas con peso normal estaba controlada por estímulos fisiológicos internos relacionados con estados de hambre y saciedad, mientras que en las personas con sobrepeso la ingestión está determinada por factores externos al individuo como son: la hora del día, el sabor, el olor, la variedad de los alimentos y la visión de otras personas comiendo. Este concepto de externalidad fue derivada, en parte, por los planteamientos realizados por Bruch, (1961). sobre el error de discriminación que comete el obeso entre estados emocionales internos y hambre, y por los resultados del estudio de Stunkard y Koch, (1964). en el que encontraron que la sensación de hambre estaba correlacionada con las contracciones gástricas en los sujetos con peso normal, no siendo así en los sujetos obesos¹⁹.

La teoría de la sensibilidad ante los estímulos externos ha sido ampliamente estudiada, aunque los resultados obtenidos no conducen a una aceptación plena de la misma pues, solo se han obtenido datos consistentes respecto al factor "alimentos apetitosos", ante los cuales los sujetos obesos parecen comer más que los individuos de peso normal, mientras que el paso del tiempo, el número e importancia de los estímulos visuales relacionados con alimentos y el sabor de los mismos no parecen ser factores externos que afecten de manera distinta a sujetos con peso normal y obesos (Wooley y colab., 1979; Citados por Saldaña y Rossell, 1988).

La revisión de los estudios que examinan otros aspectos fundamentales de la teoría de la externalidad —una mayor regulación de la ingesta por medio de factores fisiológicos internos entre los sujetos con peso normal que entre los sujetos obesos— muestra menos resultados positivos.

¹⁹ Citados por Saldaña y Rossell, 1988.

Saldaña y Rossell, (1988) concluyen que la mayor sensibilidad ante estímulos alimenticios externos se produce en toda las categorías de peso, a pesar de que puede ser de mayor prevalencia en los sujetos con sobrepeso moderado. Algunos estímulos externos como, la hora del día, la apariencia de los alimentos, y especialmente la apetitocidad, es posible que influyan más en la ingestión de los obesos que de los no obesos, aunque esta diferencia parece ser más importante en el aumento de peso producido en corto periodo de tiempo.

2.13 PATRONES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL OBESO.

Otro factor comportamental de la obesidad que requiere ser estudiado es la actividad física. Las aportaciones realizadas en torno a la importancia de la actividad física en la adquisición y mantenimiento de la obesidad no son concluyentes.

Algunos autores argumentan que los sujetos obesos no comen más que los delgados, sino que realizan menos ejercicio físico (Bloom y Eidex, 1967; Bullen, Bullen, Reed y Mayer, 1956; Stephanic, Heald y Mayer, 1959).

Durante el último siglo, se han reducido notablemente los patrones de actividad física en los países industrializados. Una de las causa principales de estos cambios comportamentales es la automatización que han dado en estas sociedades, tanto en el ámbito laboral como en el doméstico y en los medios de locomoción, y en consecuencia, los individuos requieren menos calorías para mantener su peso corporal. Aparentemente esta reducción de la actividad física puede ser ligera pero, con el transcurso de los meses y años, puede jugar un papel importante en el desarrollo de la obesidad. Por ejemplo, en relación con el uso del ascensor y/o escalera mecánica, Brownell, Stunkard y Albaum, (1980), señalan que, a lo largo de un año, la ganancia calórica que aporta el sustituir el subir o bajar escaleras mecánicamente y utilizar el ascensor diariamente, equivale a 2.7 Kg. para un hombre de peso medio (de 80 Kg.)²⁰.

²⁰ Citados por Rossell y Saldaña, 1988.

El papel que desempeña el gasto energético en el desarrollo de la obesidad ha sido estudiado comparando la actividad física que desempeña el sujeto obeso y sujetos que no lo son.

Los resultados de los diferentes estudios no son concordantes pero, existen evidencias de que los niños obesos son igual de activos que sus padres con peso normal y de que los adultos obesos son probablemente menos activos que los adultos no obesos.

La mayoría de los estudios que señalan que existe una diferencia en el patrón de actividad física de niños obesos y delgados han sido realizados con medidas poco objetivas y los estudios que han sido realizados de manera más objetiva no han encontrado diferencias en cuanto al nivel de actividad física.

Waxman y Stunkard, (1980*) convirtieron medidas de actividad física en gasto calórico, por medio del gasto de oxígeno, encontrando que los sujetos obesos gastaban más calorías en la realización de actividades que los chicos de peso normal. Sin embargo, ningún estudio con obesos ha convertido la actividad física en medidas de consumo energético, por lo que es difícil determinar con exactitud el papel que juega la actividad en el desarrollo de la obesidad.

Según Mann, (1974*) la obesidad es causada simplemente por la falta de actividad física. Sin embargo la falta de ejercicio puede ser tanto una causa como una consecuencia de la obesidad.

De manera contraria, Brownel y Stunkard (1980) señalan que:

1. Los niveles bajos de actividad no representan necesariamente niveles bajos en el gasto energético pues, una misma actividad representa mayor gasto energético para un obeso que para aquél que no lo es.
2. El hecho de que los adultos obesos parezcan ser menos activos que los no obesos y que esa diferencia no se pueda confirmar entre niños obesos y no obesos, sugiere la posibilidad de que la inactividad sea una consecuencia de la obesidad y no una causa²¹.

²¹ Saldaña, 1988.

La actividad física puede afectar el apetito, el peso y composición del cuerpo y el metabolismo basal.

La relación entre ejercicio físico y el consumo de alimentos no es tan clara, ya que las investigaciones que se han realizado sobre este tema muestran que el ejercicio puede aumentar, disminuir o no afectar la ingestión de alimentos. Estas diferencias en la ingestión podrían ser explicadas, en parte por diferencias de edad y sexo en los sujetos como a la intensidad, duración y tipo de ejercicio practicado (Stern, 1984)

Los estudios con animales han señalado claramente que la actividad física reduce el consumo de alimentos pero, no son muchos los estudios realizados con humanos respecto al tema, sin embargo, los primeros estudios muestran los mismos resultados que los obtenidos en los estudios realizados con animales. Por ejemplo, Holm, Björntorp y Jagenburg (1978), encontraron que los sujetos de su estudio mostraban una disminución del apetito después de practicar ejercicio²².

Aunque, casi ningún estudio ha evaluado la duración en la disminución de la ingestión provocada por la práctica de ejercicio, Stern, (1984;Citado por Rossell y Saldaña, 1988) señala que la reducción de la ingestión se produce a corto plazo en sujetos moderadamente activos, mientras que para individuos sedentarios esta disminución no se observa hasta después de un periodo proiongado de actividad física.

Si la actividad física disminuye el apetito, es evidente que prescribir ejercicio corporal es indispensable para tratar la reducción de peso. Está comprobado que (aunque en un principio por el ejercicio aumente el peso) a largo plazo la cantidad de alimento consumido se reducirá, favoreciendo la pérdida de peso.

²² Rossell y Saldaña, 1988.

La magnitud de la pérdida de peso es proporcional a la frecuencia e intensidad del ejercicio, (Brownell y Stunkard, 1980; citados por Rossell y Saldaña, 1988). así como al peso del sujeto.

Los trabajos realizados para investigar la pérdida de peso muestran resultados que difícilmente pueden ser interpretados como efectos exclusivos de la actividad física, sino que con frecuencia van acompañados con cambios en los hábitos alimenticios.

El ejercicio conduce tanto a la pérdida de peso como a la reducción de grasa corporal y al aumento de la musculatura. León, Conard, Hunninghaka y Serfan (1979*) sometieron a obesos sedentarios a un programa de 16 semanas observando que la pérdida media de peso fue de 5.7 Kg., y que la mayor parte del peso perdido procedía del tejido graso. Sin embargo, se debe tener presente que estos cambios no surgen inmediatamente por lo que es necesario mantener los programas de actividad física para que se den los cambios (Garrow, 1974 y Wooley y colab, 1979)

Las personas obesas que siguen solamente un régimen alimenticio para perder peso, pueden perder tejido muscular además de grasa y cuando la dieta se combina con un programa de ejercicio, además de no tener pérdida de tejido muscular, puede llegar a incrementarse la musculatura (Speaker, Schultz, Grinker y Stern, 1983)²³.

Además de los efectos positivos que la actividad física tiene sobre el peso, el tejido adiposo y el tejido muscular, también puede incrementar el ritmo metabólico y contrarrestar la reducción de ese, producida por ingestiones calóricas restrictivas (dietas).

²³ Rossell y Saldaña, 1988.

Muchos autores señalan que las dietas provocan una reducción del 15 al 30% en el ritmo metabólico basal, tanto en obesos como en sujetos delgados (Apfelbaum, Bostsarron y Lactáis, 1971; Bray, 1969; Drenick y Denin, 1973; Howard, Grant, Challand y colab., 1978).

La reducción del peso mediante una dieta favorece que el organismo se adapte al nuevo consumo calórico, lo que puede impedir futuras pérdidas de peso. Apfelbaujm y otros. (1971) calcularon que la grasa corporal decrecía aproximadamente 40 gr. por día en un sujeto que redujera su ingestión de 2000 a 1.500 calorías diarias. Por tanto, al final de la segundo mes solo reducirá 20 gr. por día, siguiendo el ritmo decreciente hasta llegar a 10 gr. diarios al final del tercer mes, momento en el que el ritmo se detendrá por completo. Estos cálculos han sido confirmados posteriormente por Garrow (1974) y Wooley y colab. (1979)²⁴.

2.14 FACTORES SOCIOAMBIENTALES EN LA OBESIDAD

Para un análisis profundo de la obesidad es necesario determinar las variables socioambientales que facilitan o impiden la adquisición de hábitos alimenticios y de actividad física adecuada así como un control permanente del peso. Este análisis es de vital importancia para poder establecer una política preventiva de la obesidad y de todas aquellas alteraciones físicas que tienen su base fundamental en el sobrepeso.

La mayoría de nuestras preferencias alimenticias, hábitos de alimentación y patrones de actividad física son adquiridos mediante imitación y modelamiento (Bayes; citado por Saldaña y Rossell, 1988). Por ejemplo, los niños observan e imitan las conductas relacionadas con la alimentación y actividad física de sus padres, ya que, obtienen reforzamiento cuando adoptan estilos comportamentales semejantes.

La información transmitida, fundamentalmente por la televisión, no proporciona bases para que la población (en especial la infantil) adquiera

hábitos alimenticios y actividad física sanos. La relevancia de la influencia del contexto familiar y socioambiental en el aprendizaje de comportamientos sanos, está bien estudiada Jeffrey y Lemnitzer (1981; citado por Saldaña y Rossell, 1988) mencionan que en E.U.A. se ha sustituido el hábito de comer tres veces al día con una dieta básica de carne y patatas, por comidas rápidas combinadas con aperitivos e ingestión entre horas. Gracias a la invasión de cadenas multinacionales de autoservicio, se están modificando los hábitos alimenticios, especialmente en la población infantil y juvenil.

Casi el 90% de los pacientes que sufren de sobrepeso u obesidad lo niegan, y esta negación es más frecuente en las mujeres. Si analizamos la parte social del sobrepeso, nos damos cuenta que en la actualidad mantener la figura es una tarea bastante difícil y que requiere cierto nivel económico; la moda requiere figuras "light" y la que más sufre estas exigencias es la mujer. Aunado también lo estricto que es el varón (sobretudo el adolescente) con el peso y figura de su pareja, "actualmente no hay mujeres mexicanas (adolescentes) que no consuman un producto light" (Mirella Márquez, 1999).

La publicidad también ha sido motivo de estudio como un factor modificador de las pautas comportamentales. La publicidad en general y la televisión en particular, tienen un gran potencial intrínseco y extrínseco para promover los hábitos en la población, ya que el número de horas que las personas pasan frente a la televisión es elevado. Durante estos periodos frente al televisor, la persona se ve bombardeada de información de la cual, más de la cuarta parte está relacionada con productos alimenticios, no siempre dietéticamente y nutritivamente sanos.

Además de los factores arriba mencionados, la alimentación, especialmente en algunos países latinos tiene una gran importancia ya que es signo de amistad y acontecimiento social pues, la mayoría de las celebraciones de los adultos van

²⁴ Saldaña y Rossell, 1988.

acompañadas de grandes banquetes que consisten en abundante ingestión de comida y bebidas alcohólicas con altas contribuciones calóricas. Esta forma de celebración es trasladado al modo de vivir infantil, de tal manera que sus acontecimientos importantes como cumpleaños, éxitos escolares o deportivos son celebrados con grandes cantidades de comida y golosinas. Sin embargo, la alimentación no solo va asociada a estados de alegría, sino también se utiliza para contrarrestar estados de ánimo insatisfactorios, tales como depresión, ansiedad, aburrimiento o soledad.

Desde el punto de vista de la psicología del comportamiento, de la misma manera que se adquieren los malos hábitos alimenticios (mediante la imitación y el modelamiento) se puede facilitar que se adquieran buenos hábitos alimenticios y de actividad física.

Para finalizar esta sección sería importante señalar que es más relevante poner atención en la prevención del trastorno, en la eliminación de los factores de riesgo y en la mejora de la calidad de vida, que en el tratamiento para la reducción de peso.

2.15 ANOREXIA (CONCEPTO)

De acuerdo con el CIE-10 (1992) la anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones se presenta en varones adolescentes y jóvenes, así como en niños y mujeres maduras hasta la menopausia.

Las causas principales de la anorexia nerviosa no se conocen aunque, existen evidencias de que factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a la presencia de este trastorno, en el que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la

personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales.

Según el DSM-IV, (1994) para el diagnóstico de la anorexia nerviosa se deben cumplir cuatro criterios:

1. Un 15% por debajo del peso teórico, en relación al peso y talla, así como un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal;
2. Temor intenso a ganar peso o a acumular grasa, aún sin tener sobrepeso;
3. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; y
4. Ausencia de al menos 3 ciclos menstruales.

Además, el DSM-IV (1994) establece subtipos:

- 1) Tipo restrictivo: el paciente no presenta conductas compensatorias inapropiadas (auto-provocación del vómito, o el consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos).
- 2) Tipo bulímico: el paciente presenta conductas compensatorias inapropiadas.

La edad promedio de inicio de la anorexia es de 17 años, El inicio de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar . El curso y el desenlace del trastorno es muy variable. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otros sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

2.16 PSICOLOGIA DE LA ANOREXIA

Cuando los sujetos con anorexia nerviosa sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida del interés por el sexo. Pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor.

Se han observado en estos sujetos la presencia de características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación a la comida o no, aunque, la mayoría de estos sujetos con anorexia nerviosa están ocupados con pensamientos relacionados con la comida. Las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida puede producirse por la desnutrición. También existen otras características que pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como la preocupación por comer en público (como en la fobia social), poca espontaneidad social, preocupación por un defecto corporal imaginario (al igual que en el trastorno dismórfico), sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

Good Sitt, Jonson y Connors; (citados por Yager, Rorty y Rossotto, 1995) mencionan que en un estudio se dieron a estudiantes de bachillerato cuatro tareas de estrés psicológico y se encontró que los estudiantes con desórdenes alimenticios reportaron más estrés y un incremento en el deseo de tener respuestas a los estresores.

Los sujetos con anorexia de tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidad que los sujetos con anorexia nerviosa del tipo restrictivo de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente (CIE-10, 1992).

Los criterios médicos para el reconocimiento de la anorexia nerviosa consisten en dos tipos de información: los síntomas físicos de la inanición y la actitud de la enferma hacia la comida y el control corporal.

Algunas mediciones psicológicas revelan que mientras una anoréxica se siente impulsada a resolver su profundo sentido de ineptitud personal, controlando en extremo su forma de comer y su cuerpo, en la población en general existen muchas personas cuyo sentido de valía propia depende de que puedan establecer o mantener regímenes estrictos de control alimenticio y de ejercicio, no todas estas personas en algún momento los síntomas de alimentación deficiente, aunque, están expuestas a desarrollar problemas relacionados con la anorexia. El control alimentario y corporal es un "remedio" sumamente efectivo para generar cierto sentido de sí mismo donde hace falta, ya que se propicia una serie de cambios de la personalidad que se convierten en una trampa y es probable que estos cambios pasen inadvertidos, ya que son apreciados dentro del sistema de valores establecidos en la sociedad (Duker y Slade, 1992).

Por ejemplo, las ideas relativas a la importancia del trabajo duro, el autocontrol, la responsabilidad personal, la dedicación y el éxito son algunos de los valores y creencias de la sociedad los cuales, generan una espiral que fácilmente atrae a cualquiera al cambio psicológico y la inanición exacerba estas ideas al grado de que ya no son reconocibles por su misma intensidad.

El especialista cuyo enfoque teórico tenga en cuenta los efectos psicológicos de la inanición considerará a la anorexia como una enfermedad cada vez más incapacitante, en el cual se podrán observar distintos procesos en diferentes etapas.

De otra manera, el enfoque que no toma en cuenta las consecuencias psicológicas de la inanición suele ser más rígido, pues sólo hace una interpretación del significado simbólico de la negativa a comer. Este enfoque no se percata de que en la anoréxica de bajo peso el problema no son tanto las defensas inconscientes, sino la atenuación de sentimientos y emociones propias

de toda persona de bajo peso sometida a inanición voluntaria. Estos pacientes son especialmente vulnerables a ser objeto de críticas de la gente, también pueden sentir que las interpretaciones de su conducta son muy opresivas (Durker y Slade, 1992).

2.17 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INANICIÓN

La continua restricción de los alimentos y la pérdida de peso provocan varios cambios psicológicos los cuales, veremos en esta sección.

CAMBIOS INTELECTUALES

El hambre deteriora progresivamente la capacidad de razonar pero, este daño es reversible, ya que desaparece cuando el peso vuelve a la normalidad.

La inanición deteriora el funcionamiento intelectual reduciendo la capacidad de pensamiento complejo, ya que a medida que se va perdiendo peso las ideas se van volviendo simples. Por ejemplo, las personas sometidas a inanición clasifican sus experiencias en muy pocas categorías, cada vez en menos, las cuales están bien delimitadas y son altamente polarizadas. Y no solo es el mundo el que perciben de esta manera también, se ven a sí mismas con base en esta manera de pensar de "todo o nada".

Al restringir constantemente la ingestión de alimentos, lo primero que desaparece es la capacidad de pensamiento abstracto y a medida que éste se agudiza, va disminuyendo gradualmente la capacidad para realizar otras actividades complejas: se pierde la capacidad de ser imaginativo, creativo o de abordar situaciones complejas o que requieren de gran dedicación.

Por ejemplo, puede resultar difícil tratar con un reducido grupo de personas, por lo que la enferma evitará cada vez más ese tipo de situaciones pues, se siente confundida y abrumada por la gran cantidad de interacciones que se dan dentro de un grupo, también siente que es imposible hallar una coherencia a lo que sucede dentro del grupo e incluso, a veces no puede desenvolverse adecuadamente con una sola persona. Así, la enferma siente la necesidad de que

todos los aspectos de su vida sean totalmente previsibles y estén organizados de antemano pues, ya no existe la capacidad para responder espontáneamente y se reduce la capacidad de enfrentar la frustración por lo que la anoréxica se aísla y no sale de rutinas bien definidas.

Conforme el pensamiento se polariza y la capacidad mental que sobrevive se enfoca cada vez más en ideas de comida, el hambre asegura que los alimentos sean la preocupación primordial. Esto no siempre implica sensaciones de hambre, pero es evidente en la conducta de la persona.

Con la pérdida de peso también, se pierde la capacidad para concentrarse ya que, es difícil leer, o se distrae al trabajar o estudiar. Si adelgaza demasiado, otras funciones también resienten los efectos. Por ejemplo, se reduce la memoria y la capacidad de controlar los movimientos corporales. Mientras más baja de peso, el paciente se siente más desorientado y pierde más el contacto con la realidad.

SEXUALIDAD

El interés sexual disminuye cuando se deja de comer adecuadamente por un periodo prolongado de tiempo, lo que refleja el cambio hormonal en sujetos al perder peso y después de rebasarse cierto límite, se inhibe la secreción de hormonas reproductoras. Las mujeres dejan de menstruar y en los hombres es más difícil de observar estos cambios endocrinos aunque, llegan a informar que, conforme pierden peso dejan de tener sueños eróticos. Sea hombre o mujer, dejan de tener escaso interés en la actividad sexual.

ESTADOS DE ÁNIMO Y SENTIMIENTOS

Los sujetos mal nutridos también experimentan cierto deterioro de sus sentimientos y emociones ya que se experimentan con menos fuerza a medida que la pérdida de peso continúa. Esto genera cierto sentido de aislamiento, un sentimiento de encontrarse "por encima de las tensiones ordinarias de la vida", de estar anestesiado para protegerse de ellas. Esta experiencia es la que confiere a la persona anoréxica su actitud tan distante, de superioridad e indiferencia.

La inanición también induce cierto grado de regocijo o euforia, ocurre siempre que las personas reducen consistentemente la cantidad de alimentos que ingieren.

Las anoréxicas se autonomban hambrientas irremediables y algunos psiquiatras piensan que las de bajo peso son dependientas de los estados biológicos que resultan de la inanición, están "enganchadas" a fijaciones recurrentes de sustancias químicas cerebrales generadas internamente (Szmuckler y Tantam, 1984; citados por Duker y Slade, 1992).

En este estado la anoréxica experimenta hiperactividad consistente en una mayor sensibilidad a la luz, sonidos, colores y otros estímulos externos a medida que aumenta el hambre. La hiperactividad también se manifiesta por la necesidad de estar "activa" y se refleja en un sueño muy alterado (Crisp, Stonehill y Fenton, 1971; citados por Duker y Slade, 1992). Las anoréxicas suelen levantarse muy temprano y con frecuencia corren tres millas.

Experiencias "positivas" como las anteriores son aún más apreciadas por el enfermo gracias a otras sensaciones físicas que le parecen muy placenteras, como sentirse totalmente vacío y sin alimento, y en efecto más ligero²⁵.

2.18 BULIMIA (CONCEPTO)

A partir de 1980, se ha observado un cuadro en el que predominan mujeres jóvenes, este cuadro se caracteriza por atracones (consumo rápido de grandes cantidades de comida en poco tiempo) seguidos de purgas (ayunos, uso de laxantes, diuréticos, vómitos autoprovocados y otros procedimientos), constante temor a engordar y a no poder parar de comer, trastornos de la imagen corporal y estados de ánimo depresivo. Esta sintomatología se puede presentar en mujeres (aunque últimamente también se presenta en hombres) con bajo peso, peso normal o sobrepeso.

²⁵Duker y Slade, 1992.

Nosológicamente es una patología que aparece en continuidad con la obesidad y la anorexia nerviosa, generando variabilidad en las conductas alimenticias.

El uso del término "bulimia" se ha utilizado en la literatura a veces como síntoma y otras como síndrome. En 1956 Stunkard describió en obesos el síndrome binge-eating refiriéndose a episodios de alimentación descontrolada; como síndrome se refiere a síntomas tanto físicos como psicológicos significativos. A partir de 1980 adquiere identidad propia en el DSM-III.

El CIE-10 (1992) menciona que la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para reducir el aumento de peso producido por la ingesta excesiva de comida. La epidemiología por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología aunque, la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse de manera contraria).

Para el diagnóstico de la bulimia nerviosa deben considerarse cinco criterios (DSM-IV, 1994):

1. Recurrentes episodios de ingestión compulsiva, caracterizada por:
 - 1.1 Ingestión de una cantidad de comida definitivamente mayor a la que la mayoría de la gente consumiría en un periodo corto de tiempo (menor a 2 horas);
 - 1.2 Sensación de falta de control sobre la conducta alimenticia durante los episodios de voracidad, no pueden parar la ingestión, ni controlar la cantidad de alimento;
2. Recurrentes conductas compensatorias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, como la auto-provocación del vómito, uso de laxantes

y diuréticos, práctica de dietas estrictas o ayunos, o la realización de ejercicio excesivo;

3. La ingestión compulsiva y las conductas compensatorias inapropiadas deben ocurrir en un promedio de dos veces a la semana durante tres meses;
4. Los síntomas no ocurren durante los episodios de anorexia nerviosa.

El DSM-IV, (1994) estableció dos subtipos para este tipo de trastorno alimenticio:

- 1) Tipo con purga: el paciente presenta regularmente conductas compensatorias se provoca el vómito regularmente y usa laxantes, diuréticos o enemas.
- 2) Tipo sin purga: el paciente ha practicado conductas compensatorias inadecuadas como la dieta o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito regularmente ni usa laxantes, diuréticos o enemas.

En el DSM-IV podemos encontrar los aspectos que se deben de tener en cuenta para el reconocimiento y la objetivación de los episodios de atracones presentes en pacientes aquejados por bulimia nerviosa:

1. Tener en cuenta el contexto en el que se produce el atracón.
2. El tiempo en el que ocurre el atracón suele ser inferior a 2 horas.
3. Los atracones pueden empezar en un lugar y continuar en otro.
4. No se considera atracón el ir "picando" pequeñas cantidades de comida durante el día.
5. El tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada pero, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico como pasteles o helados.
6. Los atracones se realizan por lo general a escondidas o lo más disimuladamente posible.
7. los episodios de atracones pueden haberse planeado o no y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingestión.

8. Los atracones pueden prolongarse hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.
9. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta.
10. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Sorosky, (1988) menciona que la bulimia es el trastorno más desconcertante, en la medida que puede coexistir con la obesidad, con la anorexia, o bien presentarse como una entidad aparte.

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de dieta. La alteración persiste al menos durante varios años y el curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo (CIE-10, 1992).

2.19 PSICOLOGÍA DE LA BULIMIA

Los sujetos con bulimia nerviosa presentan una alta frecuencia de síntomas depresivos (baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado de ánimo se empieza al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Así mismo, hay una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (por ejemplo, miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad (CIE-10, 1992).

La bulimia es similar al alcoholismo y a la adicción a las drogas en cuanto a que la bulímica se introduce sustancias al organismo en su esfuerzo por luchar indirectamente con los problemas de la vida; puede empeorar al intensificarse la depresión ya que este esfuerzo vano conduce a la depresión. La bulimia causa problemas físicos y psicológicos y con el tiempo el problema se agrava.

En algunas bulímicas la misma depresión que causa su trastorno puede conducirles al consumo de alcohol y drogas. El mismo impulso que la lleva a desarrollar y mantener la bulimia, facilita que se experimente y abuse de las drogas y el alcohol.

Las características psicológicas más comunes en las bulímicas son: fuerte preocupación por la comida, búsqueda implacable de peso y figura ideal, baja autoestima, baja sensación de autocontrol, depresión, enojo y ansiedad, pensamiento extremista, dificultad para expresar emociones en forma directa y hábitos y comportamientos alimentarios raros (Scherman yThompson, 1999).

FUERTE PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA

Muchas bulímicas pasan hasta el 95 % de sus horas de vigilia pensando qué comer, cuándo, dónde, cómo excederse sin que la sorprendan, dónde y cuándo vomitar, si quiere usar diuréticos, laxantes, cómo hacerlo, cuándo hacer ejercicio y cuándo ayunar o seguir una dieta pero cuanto más se priva de alimento, mayor se vuelve el impulso, tanto fisiológico como psicológico, de excederse en las comidas.

BÚSQUEDA IMPLACABLE DE PESO Y FIGURA IDEAL

La bulímica está convencida de que sólo puede ser feliz si es lo suficientemente esbelta para lograr la figura soñada. Esta búsqueda le impide proseguir con su vida, por ejemplo, tener novio, buscar un empleo, hacer amigos, etc.

BAJA AUTOESTIMA

La bulímica considera que vale poco por lo que es capaz de hacer (sobrealimentarse) y devalúa sus destrezas, habilidades o aptitudes. La baja autoestima contribuye a la bulimia, lo cual, confirma su baja sensación de dignidad personal.

BAJA SENSACIÓN DE AUTOCONTROL

A la bulímica le resulta difícil controlar sus impulsos debido en parte a una baja tolerancia a la frustración y ansiedad.

DEPRESIÓN ENOJO Y ANSIEDAD

Son varios los sentimientos (ocultos o manifiestos) que la bulímica puede estar experimentando. La depresión es la más común, además de el enojo y la ansiedad pero, también puede presentar otros sentimientos conflictivos.

PENSAMIENTO EXTREMISTA

Para la bulímica todos los comportamientos son buenos o malos y se ve así misma como gorda o flaca aunque, por lo general se percibe gorda.

DIFICULTAD PARA EXPRESAR EMOCIONES EN FORMA DIRECTA

Muchas bulímicas temen perder el control sobre sus emociones o que desagraden a personas importantes en su vida, por lo que la bulímica usa la comida como un medio para distraerse (protegerse) de sus sentimientos.

HÁBITOS Y COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS RAROS

Además del exceso en la comida y los vómitos, la bulímica puede presentar muchos otros hábitos alimentarios inusuales por ejemplo, la hora del día en que come, la forma en que prepara los alimentos (o cuando no prepara comida) y con quién comerá o si no comerá, el tipo de alimentos que eliminará de su dieta, etc. Estas dificultades psicológicas pueden considerarse como factores de riesgo para desarrollar bulimia (Sherman y Thompson, 1999).

Loro, A. D. y Orleáns, C. S. (1981) mencionan que investigaciones previas sobre bulimia en sujetos con sobrepeso y los resultados de su investigación (realizada en 280 sujetos con un rango de edad de 18-78 años, participaron en un programa intenso de reducción de peso), corroboran que la bulimia es frecuentemente acompañada por problemas interpersonales, baja autoestima y un difícil manejo de estrés.

Webber, E. M. (1994) estudió 112 mujeres no graduadas identificándolas como obesas bulímicas, obesas no bulímicas, bulímicas de peso normal y no bulímicas de peso normal. Las mujeres bulímicas en las diferentes categorías de peso sufren más altos niveles de depresión y ansiedad y más bajos niveles de autoestima que las mujeres no bulímicas de las diferentes categorías de peso. Las mujeres obesas no bulímicas no se distinguieron en estas variables de las de peso normal no bulímicas, ambos grupos de no bulímicas experimentan menos estrés emocional. Los resultados de esta investigación apoyan la posición de que la población obesa debe ser conceptualizada y tratada como un grupo distinto con necesidades y características psicológicas diferentes.

De acuerdo al CIE-10 (1992) se ha observado dependencia y abuso de sustancias (como alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los sujetos. El inicio del abuso de sustancias suele ser un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad).

Datos preliminares sugieren que en caso del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo (CIE-10, 1992).

Lacey, Soukup y Strober; (citados por Yager, Roty y Rossotto, 1995) mencionan que la mujer con bulimia nerviosa tiende a ser excesivamente

temperamental, reactiva, sensitiva y se percibe ella misma con un alto grado de estrés

En una investigación realizada por Álvarez, Román, Manríquez, Mercado y Mancilla, (1966) se compararon sujetos bulímicos con un grupo control, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a los factores de miedo a madurar, motivación para adelgazar, ineffectividad y perfeccionismo, pero no así en cuanto a desconfianza interpersonal.

Existen puntos de acuerdo y de convergencia entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa que se verán en la siguiente sección.

2.20 SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa comparten el deseo de adelgazar, fobia a la obesidad e incluso al sobrepeso, asociándose a un trastorno de la imagen corporal; por lo que algunos autores establecen que la presión social respecto a la delgadez, es un factor importante para su desarrollo (Toro, Salamero y Martínez, 1994).

Si tomamos el peso y el grado de éxito de la conducta de control de peso o alimentación, podría hablarse de un continuo en ambas patologías y no como entidades diferenciadas, así, a favor de este argumento, el 50% de los pacientes anoréxicos desarrollan síntomas bulímicos (Kasser y colab., 1988; Casper y colab., 1980) y muchos pacientes bulímicos presentan historia previa de anorexia nerviosa (Liedtke, Jüger, Künsebeck, Buhl y Kersting, 1990).

Norman y Herzog (1983) compararon los dos subtipos de pacientes anoréxicos (restrictivo y purgativo) con un grupo de pacientes bulímicos de peso normal, mediante el MMPI, obteniendo perfiles similares en los distintos grupos; sin embargo, el subgrupo de pacientes bulímicos (anoréxicos y no anoréxicos) obtuvo mayores puntuaciones en la escala de desviación psicopática.

Garner, Garfinkel y O'Shaugnessy (1985) compararon tres grupos de pacientes: 59 anoréxicos restrictivos, 59 anoréxicos de tipo bulímico y 50 pacientes bulímicos con peso normal. Los resultados muestran que en los dos grupos de pacientes con episodios bulímicos se presentan un mayor número de intentos de suicidio, impulsividad, número de robos, uso de alcohol y/o drogas y labilidad emocional. Tanto pacientes bulímicos como pacientes anoréxicos del subtipo purgativo presentaron mayor tenencia en la realización de dietas, más preocupación en la propia imagen y más baja autoestima que pacientes con anorexia del tipo restrictivo²⁶.

Fairburn y Cooper (1984) encontraron que pacientes bulímicas con historia previa de anorexia no se diferenciaban de las pacientes bulímicas que no presentaban tales antecedentes. Así, Fairburn y Garner (1988) encontraron que muchos pacientes bulímicos se encontraban en "bajo peso" por ser este su peso "normal o habitual". De acuerdo con estos autores el significado de peso "normal" debería de carecer de importancia en el ámbito clínico y terapéutico, y proponen no tener en cuenta este criterio para diferenciar a los pacientes anoréxicos purgativos de los bulímicos, sino los rasgos de personalidad y sintomatología comunes. Por lo que según estos autores se podrían agrupar pacientes anoréxicos del tipo purgativo como pacientes con bulimia nerviosa²⁷.

El régimen dietético ha sido vinculado por algunos autores con los trastornos mayores de la alimentación (Steigel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986; Polivy y Herman, 1987). De tal forma, que el régimen dietético restrictivo se puede establecer como un factor de riesgo para el desarrollo de la bulimia o la anorexia nerviosa. Así, se identifica que la obesidad antecedente y la práctica de una dieta pudiesen ser los factores desencadenantes de los trastornos de la alimentación (Wardle, 1980, Wardle y Beinart, 1981; Thompson y Schwartz, 1982, citados. En Polivy y Herman, 1987).

²⁶ Fernández y Turón, 1998.

²⁷ Fernández y Turón, 1998.

Es necesario aclarar que, esta asociación no implica una relación unidireccional, ya que los trastornos de la alimentación son fenómenos multicausales y por tanto multidimensionales.

La principal diferencia entre la bulímica y la anoréxica es que, mientras que la bulímica tiene que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y lo que come, la anoréxica que pierde peso siente que el control es un triunfo, algo positivo. Aunque las consecuencias son distintas la necesidad es la misma, crear y mantener cierto sentido de sí misma (Durker y Slade, 1992, Fernández y Turón, 1998).

Otra importante diferencia entre la anoréxica y la bulímica es que la primera mantiene una actitud de superioridad, distancia, austeridad y rigidez mientras que la segunda es impulsiva, variable, confundida y con sentimiento de culpa. Gran parte de las diferencias aparentes en las personalidades de estas pacientes más bien son efecto que causa del estado. La personalidad es la variable dependiente.

A la anoréxica le aterra pensar que podría fallar su control. "Nunca me va a suceder. No quiero acabar así", es el comentario típico de la anoréxica acerca de la bulímica. La anoréxica no quiere sentirse menos al relacionarse con personas que comen de manera tan incontrolable y que emplean métodos tan "antiestéticos" e "inaceptables" de recuperar el control.

Por su parte la bulímica, que come sin freno y se priva de alimento de manera alternada, se purga, vomita o utiliza diuréticos, y quien está convencida de que si tan solo pudiese lograr o recuperar el control total de su apetito y su peso se solucionarían todas sus dificultades. No se siente feliz si le dice que su anhelo, aún si lo alcanza no sería viable.

Prior, Tamara y Wiederman, Michael W., (1996). investigaron las características no clínicas de la personalidad en 35 mujeres con anorexia nerviosa y 45 con bulimia nerviosa para lo cual se utilizó el cuestionario de la personalidad multidimensional; evidenciándose puntajes bajos en cuanto estar bien, relaciones sociales estrechas y afectividad positiva; se obtuvieron altos puntajes en la reacción hacia el estrés, agresividad y afectividad negativa, estos resultados, enfatizan la importancia de considerar las características no clínicas de la personalidad y el temperamento. éste sugiere variar los métodos de evaluación para entender la predisposición de factores en los desórdenes de la alimentación. en otra investigación (Tellengen et al., 1988, citado por Prior) el análisis de regresión logística mostró que las mujeres con anorexia nerviosa tienen un mayor grado de control e inhibición general y un menor grado en absorción de experiencias sensitivas en comparación con las mujeres bulímicas.

Para realizar un diagnóstico y una orientación adecuados, el clínico tendrá en cuenta aspectos como evolución e historia del trastorno y no tan sólo aspectos cuantitativos (Fernández y Turón, 1998).

A manera de conclusión, la bulimia es la pesadilla de la anoréxica y la anorexia es el sueño dorado de la bulímica. El que la anorexia nerviosa y la bulimia sean etapas distintas de la misma enfermedad no es una noticia agradable para ninguno de los afectados (Durker y Slade, 1992).

2.21 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA NO ESPECIFICADO (EDNOS).

El trastorno de la conducta alimenticia se refiere a los pacientes que no cumplen con cada uno de los criterios necesarios para poder ser diagnosticados con un trastorno típico de la conducta alimenticia (anorexia y/o bulimia nerviosa) ejemplos:

1. Mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero que, presentan una menstruación regular.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. El empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo que se encuentra en su peso normal.
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por ingesta compulsiva: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la bulimia nerviosa.
7. Fobia a la mayoría de los alimentos y/o conducta de vómitos que, según el paciente, justifiquen el bajo peso y la escasa ingestión alimenticia; pero que, sin embargo, no exista un miedo a aumentar de peso (Fernández y Turón, 1998).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.01. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar la relación estrés-complexión corporal.

Objetivos específicos:

1. Determinar la relación estrés-complexión corporal en función de las siguientes variables: edad, estado civil, número de dependientes, nivel económico, nivel jerárquico del puesto, sexo y escolaridad.
2. Determinar la diferencia en la cantidad y tipo de estrés entre los sujetos con complexión delgada, normal, robusta y obesa.
3. Determinar la diferencia en la cantidad y tipo de estrés en los diferentes grados de complexión corporal en función de las siguientes variables: edad, estado civil, número de dependientes, nivel económico, nivel jerárquico del puesto, sexo y escolaridad.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿El estrés está relacionado con la complexión corporal?
2. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa en la cantidad y tipo de estrés presentado entre sujetos obesos y no obesos?
3. ¿Existe relación en la cantidad y tipo de estrés presentado entre sujetos obesos y no obesos de diferentes edades?
4. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa en la cantidad y tipo de estrés presentado entre sujetos obesos y no obesos con diferente estado civil?
5. ¿Existe correlación en la cantidad y tipo de estrés presentado entre sujetos obesos y no obesos de distinto sexo?

6. ¿Existe correlación en la cantidad y tipo de estrés presentado entre sujetos obesos y no obesos con distinto número de dependientes?
7. ¿Existe correlación en la cantidad y tipo de estrés presentado entre sujetos obesos y no obesos con distinto nivel económico?
8. ¿Existe correlación en la cantidad y tipo de estrés presentado entre sujetos obesos y no obesos de distinto grado de escolaridad?
9. ¿Existe correlación en la cantidad y tipo de estrés presentado entre sujetos obesos y no obesos con distinto nivel jerárquico en el puesto?

JUSTIFICACIÓN

La obesidad constituye uno de los problemas más graves de salud pública en el mundo, al grado de que la Organización Mundial de la Salud la considera una "pandemia ascendente". En México, el 6% de la población rural padece de obesidad y en la población urbana este porcentaje asciende al 45%. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, que hizo la Secretaría de Salud en 1993, la presencia de la obesidad en México es de 37.5 por ciento

En Inglaterra entre 1980 y 1985 casi se duplicó la obesidad (de un 8% a un 15%); en el resto de Europa, "más de la mitad de los adultos de 35 a 65 años, tienen sobrepeso u obesidad"; los norteamericanos tienen el porcentaje de obesidad y sobrepeso más alto del mundo pues, el 50% de su población padece obesidad o sobrepeso. Con base en estudios oficiales, la alta frecuencia de obesidad en México ha repercutido en un alto índice de mortalidad en la población, sólo superada por el número de muertes ocasionadas por accidentes (Alpizar, 1999, en Excelsior).

El objetivo de este trabajo es abordar la relación entre la complejidad corporal y el estrés en función de la edad, el estado civil, el sexo, escolaridad, número de dependientes, nivel económico, y nivel jerárquico en el puesto y poder

así contribuir al entendimiento de los problemas de peso corporal (falta de peso, sobrepeso y obesidad)

La teoría y la investigación relativas al vínculo estrés-compleción corporal pueden aprovecharse por todos aquellos interesados en las áreas social, clínica y/o de la salud, además de que pueda ser el inicio de una serie de investigaciones posteriores.

3.02 HIPÓTESIS

H1: El estrés está relacionado con la compleción corporal.

H2: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos.

H3: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función de la edad.

H4: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del estado civil.

H5: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del sexo.

H6: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del número de dependientes.

H7: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del nivel económico.

H8: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del grado de escolaridad.

H9: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del nivel jerárquico en el puesto.

3.03 VARIABLES

- o Complexión corporal.
- o Estrés.

- o Variables categóricas: edad, estado civil, nivel económico, nivel jerárquico en el puesto, sexo, escolaridad, y número de dependientes.

3.04 DEFINICIÓN DE VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

ESTRÉS: Respuesta mediada por las características individuales y/o por procesos psicológicos, a consecuencia de una acción o situación, que plantea algún esfuerzo físico y/o psicológico (Diccionario Enciclopédico Grijalbo, 1996).

OBESIDAD (complexión obesa): Síndrome caracterizado por un aumento excesivo de peso corporal (arriba del 120 % de su peso ideal, Saldaña y Rossell, 1988) debido a la acumulación de tejido adiposo.

SOBREPESO (complexión robusta): Síndrome caracterizado por un aumento de peso por encima del 110 % y por debajo del 120% de su peso ideal o peso deseable, estandarizado en las tablas de peso ideal (Saldaña y Rossell, 1988) debido a la acumulación de tejido adiposo.

PESO NORMAL (complexión normal): Valor que se encuentra entre el 90 y 110 % de su peso ideal o peso deseable, estandarizado en las tablas de peso ideal (Saldaña y Rossell, 1988).

FALTA DE PESO (complexión delgada): Valor por debajo del 90% del peso ideal o peso deseable, estandarizado en las tablas de peso ideal.

EDAD CRONOLÓGICA: Tiempo que lleva viviendo una persona o animal desde que nació (Grijalbo, 1996).

ESTADO CIVIL: Conjunto de condiciones de nacimiento, convivencia, etc. de una persona, que determina su capacidad civil*.

SEXO: Conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos machos de las hembras en el seno de cada especie*.

DEPENDIENTE: Persona que está bajo el dominio o protección de algo o alguien.*

GRADO DE ESCOLARIDAD: Título que se concede al que se gradúa en una escuela.*

NIVEL ECONÓMICO: lugar que ocupa una persona en la escala social.

NIVEL JERÁRQUICO DEL PUESTO: rango o categoría en el puesto.*

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

ESTRÉS: Respuestas al SWS-SURVEY—de estrés y salud mental en las 8 escalas.

COMPLEXIÓN CORPORAL: Por medio de la observación clínica (con validez entre jueces).

EDAD CRONOLÓGICA: 15-29 y de 30 a 50 años o más.

ESTADO CIVIL: Soltero(a) y casado(a).

*Grijalbo, 1996.

SEXO: Masculino y femenino.

DEPENDIENTES: De 0-6 y de 7 a más de 9.

GRADO DE ESCOLARIDAD: Primaria, secundaria, técnico o comercio, licenciatura y posgrado.

NIVEL ECONÓMICO: muy bajo, bajo, moderado, alto, muy alto.

NIVEL JERÁRQUICO: operativo, administrativo, mando medio y directivo.

3.05 SUJETOS

La muestra comprendió 114 sujetos con un rango de edad de 15-50 años o más de ambos sexos (41 hombres y 71 mujeres, ver tabla 3.1) con una escolaridad predominante a nivel comercial o técnica (32 con primaria, 28 con secundaria, 23 con preparatoria, 6 con licenciatura y 2 con posgrado) y con un puesto predominante a nivel administrativo (79, operativos, 13 mandos medios y 10 a nivel directivo). Se formaron cuatro grupos: 28 con complexión obesa, 31 con complexión robusta, 26 con complexión normal y 30 con complexión delgada

TABLA 3.1: DESCRIPTIVA DE LA MUESTRA

CATEGORIAS	SOLTEROS	CASADOS	HOMBRES	MUJERES
C. DELGADA	11	16	9	18
C. NORMAL	11	14	4	22
C. ROBUSTA	13	17	12	18
C. OBESA	16	12	16	12

3.06 MUESTREO

La técnica de muestreo que se utilizó para los fines de ésta investigación fue la de muestreo no probabilístico de sujetos tipo.

Este tipo de muestreo se utiliza en estudios exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objeto es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad, ni la estandarización (Sampieri, 1991)

3.07 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación correlacional ya que, el objetivo de este tipo de estudio en particular es medir el grado de relación que existe entre el estrés y la complexión corporal (Sampieri, 1991).

3.08 DISEÑO

Transeccional correlacional de 4 grupos, asignados de acuerdo a la complexión corporal: 28 con complexión obesa, 31 con complexión robusta, 26 con complexión normal y 30 con complexión delgada.

Los grupos se formaron de acuerdo a un criterio morfológico ya establecido entre jueces, basado en el peso ideal establecido en las tablas de peso ideal.

Más del 10% por debajo del peso ideal (PI) para la complexión delgada, una variación de hasta el 10% del PI para la complexión delgada, más del 10% y menos del 20% del PI para la complexión robusta y más del 20 % del PI para la complexión obesa

Es un diseño exploratorio pues, no se manipuló ninguna variable, ni se construyó ninguna situación.

Es transeccional o transversal ya que, la recolección de los datos se hizo en un momento único teniendo como propósito describir la relación entre estrés y complexión corporal (Sampieri, 1991).

3.09 INSTRUMENTO

SWS-SURVEY (de estrés y salud mental), avaluada por la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH, Gutiérrez y Ostermann, 1994). El SWS es cuestionario autoaplicable (de lápiz y papel). Consta de 200 preguntas las cuales están divididas en 8 escalas, que evalúan tanto el apoyo percibido como el estrés en las áreas laboral, social y personal, así como la salud mental (ver anexo II). Estas escalas son:

Salud Mental Pobre (SP) incluye los síntomas clásicos y los reportes de dolencias físicas asociadas con inestabilidad emocional, disminución del tono emocional y comportamiento socialmente inapropiado.

Buena Salud Mental (BS) Comprende los comportamientos de un individuo optimista, positivo, relajado, ecuánime, que mantiene una alta autoestima, buena salud física y una actitud y porte apropiados con los demás.

Estrés en el Trabajo (ET) se refiere a los factores de estrés en el lugar de trabajo, debidos a la naturaleza de la ocupación, sus condiciones conflictivas interpersonales y supervisión, gerencia o dirección ineficaz y a los conflictos entre los intereses, las obligaciones y las necesidades personales y de trabajo.

Apoyo en el Trabajo (AT) son los elementos que propician el desarrollo de la potencialidad de la persona, buenas relaciones interpersonales y, en general, condiciones de trabajo confortables.

Estrés Personal (EP) Refleja la disposición individual y de comportamientos (incluyen emociones) que generan culpa, fracasos e inefectividad, y comportamientos socialmente inapropiados, como la evitación, proyección y reserva extrema.

Apoyo Personal (AP) refleja la disposición individual y de comportamiento consistente con actitudes de autoconfianza, habilidad para manejar y controlar eventos de la vida, satisfacción de ser uno mismo y tener perspectivas congruentes de sí mismo.

Estrés Social (ES) comprende situaciones que ocurren fuera del ámbito de trabajo e incluyen condiciones de vida caóticas, peligrosas e insalubres, relaciones conflictivas en la dinámica de la familia, con los amigos y los vecinos.

Apoyo Social (AS) se refiere a la ayuda proporcionada por amigos y parientes que dan a la persona, que está bajo situaciones de estrés, un confort tanto físico como psicológico. Comprende situaciones compatibles, útiles y satisfactorias, como condiciones de vida confortables y protegidas.

La validez de contenido del SWS se realizó por 90 jueces mexicanos, profesionales de la salud mental (Gutiérrez et al., 1994). En la dimensión de la salud mental (alfa de Cronbach de .9; Ostermann y Gutiérrez, 1992 y Gutiérrez, et al., 1994).

3.10 PROCEDIMIENTO

La escala SWS-SURVEY (de estrés y Salud Mental) se aplicó en forma grupal, clasificando a los sujetos de acuerdo al criterio morfológico ya establecido entre los jueces.

La escala se calificó asignando un valor numérico a cada respuesta (nunca = 1, casi nunca = 2, ocasionalmente = 3, frecuentemente = 4, muy frecuentemente = 5), se obtuvieron los totales de cada sujeto para las 8 escalas (3 de estrés, 3 de apoyos y 2 de salud mental), se sumaron estos totales obteniéndose en solo total para cada una de las escalas y por último se obtuvo un total con la suma de todas las escalas.

El acercamiento a la muestra fue variada, aunque a la mayoría de los sujetos se les contacto por medio de la empresa en que trabajaban, para lo cual se pidió permiso a 3 empresas para la aplicación de la escala en forma grupal (ésta se aplicó por áreas de trabajo). A los demás sujetos se les aplicó la escala de forma individual, ya que éstos pertenecían a diferentes empresas y no se contactaron por medio de éstas.

3.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Estadística descriptiva, el coeficiente de correlación de pearson, ANOVA de una vía, Duncan, Análisis factorial de varianza y regresión múltiple logística.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron a partir de la evaluación previa que se realizó en 115 sujetos por medio de la escala SWS-SURVEY-forma GP (de estrés y Salud Mental). Las aplicaciones se calificaron asignando un valor numérico a cada respuesta (nunca = 1, casi nunca = 2, ocasionalmente = 3, frecuentemente = 4, muy frecuentemente = 5) y se obtuvieron los totales de cada sujeto para las 8 escalas (3 de estrés, 3 de apoyos y 2 de salud mental).

En general, la población total presenta salud pobre y estrés en el área laboral; en las áreas personal y social no presentan estrés aunque, en esta última el apoyo social percibido es deficiente, lo que nos indica que es un área susceptible al desequilibrio bajo cualquier situación de estrés (ver tabla 3.2 y 3.3).

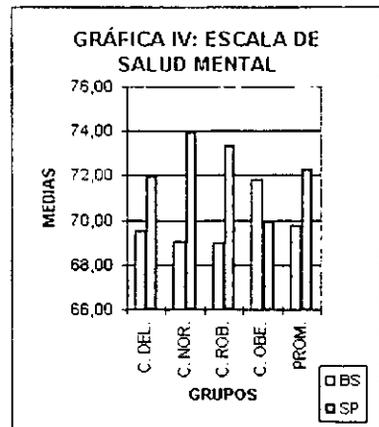
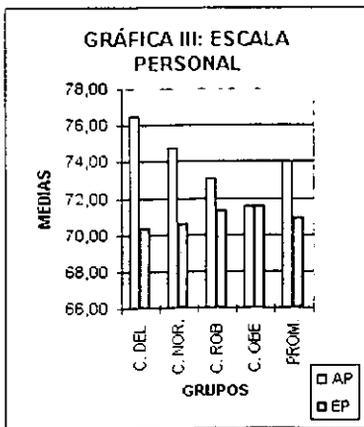
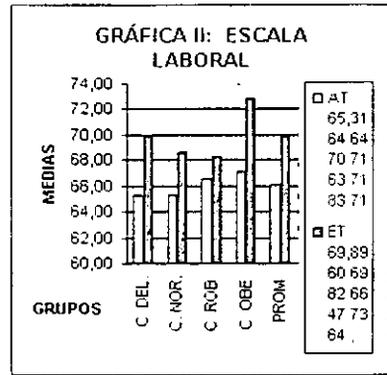
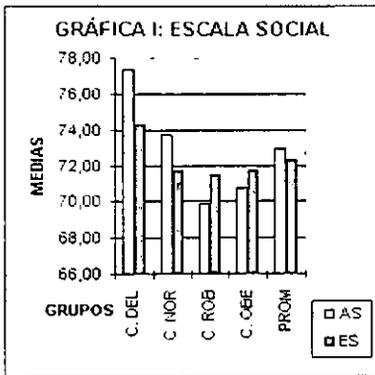


TABLA 3.2 RANGOS PARA INTERPRETAR EL SWS-SURVEY

	MUY BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO
PUNTAJE POR DIMENSIÓN	25-37	38-62	63-87	88-112	113-125
PUNTAJE TOTAL	75-112	113-187	188-262	263-337	338-375

TABLA 3.3: TOTALES DEL SWS-SURVEY POR GRUPO

GRUPO	BS	SP	AS	ES	AP	EP	AT	ET
C. DELG.	70.0	72.0	77.4	74.3	76.5	70.3	65.3	69.9
C. NORM.	69.0	74.0	74.0	71.7	74.8	70.6	65.3	68.7
C. ROB.	68.9	73.3	70.0	71.5	73.1	71.3	66.5	68.3
C. OBE	71.9	70.0	70.7	71.7	71.6	71.5	67.1	72.9
MEDIA	69.8	72.3	73.0	72.3	74.0	71.0	66.1	69.9

En el área social, los sujetos con complexión delgada perciben un mayor grado de apoyo social que los demás grupos (c. normal, robusta y obesa) y sólo los sujetos con complexión robusta y obesa perciben estrés social (ver gráfica I y tabla 3.3).

En el área personal: ninguno de los grupos percibe estrés aunque, los sujetos de complexión obesa están más propensos a romper su equilibrio. Los sujetos con complexión delgada perciben más apoyo personal que los sujetos con complexión robusta (ver gráfica III).

En el área laboral: los cuatro grupos perciben estrés aunque, los sujetos de complexión obesa lo perciben en mayor grado (ver gráfica II).

En el área de salud mental: los sujetos con complexión delgada, complexión normal y robusta presentan salud mental pobre, no siendo así en los sujetos de complexión obesa (ver gráfica IV).

Enseguida se exponen los resultados del análisis estadístico en forma de tablas y gráficas en tres sesiones: la sesión I comprende los resultados obtenidos

del coeficiente de correlación de Spearman, la sesión II los resultados obtenidos de la aplicación de ANOVA unidireccional factorial y Duncan, y por último, la sección III los resultados obtenidos en la aplicación de la regresión múltiple logística.

SESION I: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON

El coeficiente de correlación de Pearson se aplicó en los cuatro diferentes grupos de complexión (delgada, normal, robusta y obesa), incluyendo las variables demográficas y los totales de cada escala de estrés y apoyo. El nivel de significancia aceptable es igual o menor a .05 exponiéndose sólo aquellos resultados significativos.

Los sujetos con complexión delgada presentan correlación media-baja negativa con un nivel de significancia menor a .05 entre edad y estrés personal y estrés en el trabajo (ver tabla 3.4) con lo que se pude concluir que:

- A mayor edad, menor grado de estrés personal y
- A mayor edad, menor grado de estrés en el trabajo.

TABLA 3.4: RESULTADOS DE PEARSON (COMPLEXIÓN DELGADA)

CATEG.	N. JER.	EDAD	ESCOL.	DEPEND.	N.ECO.	HOM.	MUJ.	CASADO	SOLTE.
AP									
AS									
AT									
BS									
ES									
EP		-.41 p= .04							
ET		-.44 p=.03							
SP									

En los sujetos con complexión normal existe una correlación media negativa entre puesto y apoyo social y estrés social con un nivel de significancia menor a .10 y .05 respectivamente (ver tabla 3.5); escolaridad está relacionada positiva y medianamente con estrés social con un nivel de significancia menor a .01; escolaridad está relacionada mediana y negativamente con estrés en el

trabajo con un nivel de significancia menor a .05 y nivel económico está relacionado mediana y positivamente con estrés social a un nivel de significancia menor a .05 pudiendo llegar a las siguientes conclusiones:

- A mayor apoyo social percibido, menor nivel jerárquico en el puesto.
- A mayor grado estrés social percibido, menor nivel jerárquico en el puesto
- A mayor grado de estrés social percibido, mayor grado de escolaridad.
- A menor grado de estrés percibido en el trabajo, mayor grado de escolaridad.
- A mayor grado de estrés social percibido, mayor nivel económico.
- A mayor número de dependientes, menor salud mental pobre percibida.

TABLA 3.5: RESULTADOS DE PEARSON (COMPLEXIÓN NORMAL)

CATEG.	N. JER.	EDAD	ESCOL.	DEPEND.	N. ECO.	HOM.	MUJ.	CASADO	SOLTE.
AP									
AS	-.51 P= .009								
AT									
BS									
ES	-.45 P= .014		-.51 P= .008		-.46 P= .019				
EP									
ET			-.41 P= .036						
SP				-.41 P= .036					

TABLA 3.6: RESULTADOS DE PEARSON (COMPLEXIÓN ROBUSTA)

CATEG.	N. JER.	EDAD	ESCOL.	DEPEND.	N. ECO.	HOM.	MUJ.	CASADO	SOLTE.
AP									
AS									
AT				-.4 P= .05					
BS									
ES									
EP				-.47 P= .014					
ET				-.41 P= .04					
SP									

En sujetos con complexión robusta (ver tabla 3.6), el número de dependientes está correlacionado mediana y negativamente con apoyo social,

estrés personal y estrés en el trabajo a un nivel de significancia menor a .05 con lo que se concluye que:

- o A menor número de dependientes, mayor apoyo en el trabajo.
- o A mayor número de dependientes menor grado de estrés personal.
- o A mayor número de dependientes menor grado de estrés en el trabajo.

SECCIÓN II: ANOVA UNIDIRECCIONAL, FACTORIAL Y DUNCAN

ANOVA se aplicó en cada una de las escalas del SWS-SURVEY forma GP de estrés y salud mental, para ver si existe alguna diferencia entre los diferentes grupos de complexión corporal encontrándose diferencias sólo en la escala de apoyo social.

TABLA 3.7: RESULTADOS DE LA ANOVA

FUENTE	GRADOS DE LIBERTAD	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA CUADRADA ESPERADA	RAZÓN DE F	NIVEL DE SIG. DE F.
BETWEEN GROUPS	3	1060,4432	353.4811	3.0046	.03
WITHIN GROUPS	110	12940,9954	117.6454		
TOTAL	113	14001,4386			

Como podemos observar en la tabla 3.7, el nivel de significancia de F es menor a .05 con lo que se concluye que los grupos difieren significativamente entre si.

Al aplicar Duncan se obtuvo:

La diferencia entre las medias es significativa si, esta diferencia resulta mayor o igual a 7.6696. Como la diferencia de las medias entre el grupo 1 y 3 y el grupo 1 y 4 es mayor e igual respectivamente se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con falta de peso con respecto a los grupos de sobrepeso y obesidad, en cuanto a la percepción de apoyo social.

ANOVA factorial se aplicó únicamente en la escala de apoyo social utilizándola como variable dependiente y como variable independiente la

compleción corporal con cada una de las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel jerárquico en el puesto, nivel socioeconómico, número dependientes y escolaridad) no obteniéndose ninguna diferencia significativa.

SECCIÓN III: REGRESIÓN MÚLTIPLE LOGÍSTICA

Al aplicar regresión múltiple logística como variable dependiente se utilizó la compleción corporal y como variables independientes cada una de las escalas del SWS-Survey de estrés y salud mental junto con cada una de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel jerárquico en el puesto, nivel económico, grado de escolaridad y número de dependientes). Las variables discretas se transformaron a variables dummy, ya que para aplicar regresión es necesario que las variables tengan un nivel de medición intervalar, razón por la cual no se utilizó la compleción corporal como variable independiente. No se encontró ninguna relación de causalidad.

Como un ejercicio adicional, se analizaron las respuestas de la muestra total a un reactivo de la escala de salud mental pobre del SWS—Survey que mide la frecuencia en el exceso ya sea de comida, café o cigarro y se encontró que sólo el 5.2 % de la población total no come, fuma o bebe en exceso y que el 94.8% si, de los cuales el 19.8% casi nunca, el 37.9 % ocasionalmente, el 25% frecuentemente y el 10.3% muy frecuentemente (ver la tabla 3.8).

TABLA 3.8: RESULTADOS DEL REACTIVO 3 DE SALUD MENTAL POBRE (de la muestra total. Como, fumo o tomo café en exceso).		
VALOR	FRECUENCIA	PORCINTAJE
NUNCA	6	5.2
CASI NUNCA	23	19.8
OCASIONALMENTE	44	37.9
FRECUENTEMENTE	29	25.0
MUY FRECUENTEMENTE	12	10.3
TOTAL	114	100

En el análisis del reactivo por grupo se encontró que el 27.6% de los sujetos con compleción delgada se exceden frecuentemente y que el 14.3% se excede muy frecuentemente. De los sujetos con compleción normal el 34.6% se

excede frecuentemente y el 11.5% se excede muy frecuentemente; de los sujetos con complexión robusta, el 22.6% se excede frecuentemente y sólo el 9.7% se excede muy frecuentemente; de los sujetos con complexión obesa, el 17.9% se excede frecuentemente y sólo el 7.1% se excede muy frecuentemente (ver tabla 3.9).

TABLA 3.9: RESULTADOS DEL REACTIVO 3 DE SALUD MENTAL POBRE (de la muestra total. Como, fumo o tomo café en exceso).		
GRUPO	FRECIENTE	MUY FRECUENTEMENTE
C. DELGADA	27.6%	14.3%
C. NORMAL	34.6%	11.5%
C. ROBUSTA	22.6%	9.7%
C. OBESA	17%	7.1%

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue ver si existe relación en el estrés percibido y la salud mental con la complexión corporal, para lo cual se aplicó el SWS-SURVEY a 114 sujetos, 29 con complexión delgada, 26 con complexión corporal normal, 31 con complexión robusta y 28 con complexión obesa.

Reuniendo la información de los resultados obtenidos por medio del análisis estadístico (coeficiente de correlación de Pearson y ANOVA) se encontró que la complexión corporal está relacionada negativamente con la percepción de apoyo social y que el grupo de complexión delgada percibe significativamente más apoyo social que los grupos de complexión robusta y obesa.

Todos los grupos perciben un nivel medio de apoyo o estrés en todas las áreas (personal, laboral y social) al igual que su salud mental (ver tabla 3.2 y gráficas I, II, III y IV).

En el grupo de complexión delgada se encontró que la edad se relacionó negativamente con el estrés personal y el estrés en el trabajo percibidos. El 96.15% de los sujetos pertenecientes a este grupo tienen un rango de edad de entre 15-19 años. Los sujetos adolescentes que están atravesando por varios cambios, sufren y padecen estrés, ansiedad y angustia (León Sandoval, 1998) lo que confirma los resultados pudiéndose concluir que a menor edad, mayor grado de estrés percibido tanto personal como en el trabajo.

En el grupo de complexión normal se encontró que el estrés social se relaciona positivamente con la escolaridad y el nivel económico, no siendo así en los demás grupos. Estos resultados apoyan el concepto propuesto por Selye (1974), de que al estrés le debemos todo progreso. Con lo que podemos concluir que a mayor estrés social mayor nivel económico y mayor grado de escolaridad no siendo así en los sujetos de complexión delgada ya que estos perciben mayor apoyo social que los sujetos de complexión normal. El apoyo social percibido por

los sujetos de complexión delgada los protege de las consecuencias negativas de los estresores amortiguando sus efectos (hipótesis de la amortiguación, Rodríguez, 1995). En los grupos de complexión robusta y obesa tampoco se presenta esta relación probablemente debido a las características psicológicas que presentan como son, pérdida de autoestima, depresión y relaciones interpersonales pobres entre otras (Saldaña, 1988).

También en el grupo de complexión normal se relacionó negativamente el apoyo social y el estrés social con el nivel jerárquico en el puesto. Si retomamos el concepto de Selye (1974, al estrés le debemos todo progreso) y la teoría de la amortiguación (Rodríguez, 1995) se puede concluir que a mayor apoyo social percibido menor nivel jerárquico en el puesto. Retomando también el concepto de distrés (Selye, 1974, perturbación de los círculos reguladores del estrés, se puede afectar nuestro cuerpo y espíritu), se concluye que a mayor distrés menor nivel jerárquico en el puesto.

La escolaridad en este grupo (de complexión normal) también se asoció negativamente a la escolaridad con en el apoyo percibido en el trabajo. A mayor distrés en el trabajo menor grado de escolaridad.

En el grupo de complexión robusta se asoció positivamente la complexión con la percepción del estrés personal para el caso de las mujeres. Maddox, Back y Liederman (1968), mencionan que los sujetos con sobrepeso tienden a presentar algunos problemas psicológicos, como la pérdida de la autoestima, pobre autoimagen, depresión y relaciones interpersonales pobres, lo que hace que estos sujetos con sobrepeso experimenten altos niveles de estrés. Datos que hasta cierto punto apoyan el hecho de que los sujetos con complexión robusta presenten estrés personal. A mayor complexión mayor estrés personal percibido.

La investigación realizada por Kirschenbaum, Jonson y Stalonas (1989) y Wamala, S., Wolk, A. Y Orth-Gomer, K., (1997), acerca de la relación negativa entre el apoyo social percibido y la complexión corporal, mencionan que las familias que experimentan frecuentes conflictos (apoyo social bajo) tienden a

tener hábitos alimenticios menos adecuados que aquellos que no sufren excesivas disputas, y encontraron que la obesidad está relacionada a factores psicosociales desfavorables (pobre calidad de vida, baja autoestima y estrés en el trabajo).

Los datos de esta tesis demuestran que los sujetos de complexión robusta y obesa perciben menos apoyo social que los de complexión delgada y, por otra parte, que los sujetos de complexión robusta y obesa tienen hábitos alimenticios menos adecuados.

Saldaña y Rossell, (1988) mencionan que la causa más frecuente de la obesidad es la ingestión excesiva de alimentos, considerada como tal o en relación a las necesidades energéticas del individuo, lo que contradice hasta cierto punto los resultados de esta investigación, ya que, los sujetos con complexión normal se exceden más que los sujetos de los demás grupos (46.1% de este grupo se excede en la comida, café o cigarro) pues, los sujetos con complexión delgada se exceden un 4% menos, los sujetos con complexión robusta se exceden un 14% menos, los sujetos con complexión obesa se exceden 21% menos que los sujetos de complexión normal.

El hecho de que el frecuente exceso en la comida en esta investigación no esté relacionada con la obesidad lleva a pensar que no es el exceso en sí sino, como argumenta Garrow (1976, citado por Saldaña y Rossell, 1988) y Gómez (1993), la obesidad es producto de un alto contenido calórico o de un bajo gasto calórico. Otros autores como Coll, Meller y Stunkard, 1979; Stunkard y Mazer, 1978; Dodd y colab., 1976; Krants, 1979; S.C. Wooley, O.C Woole y Dyrenforth, 1979 (citados por Saldaña y Rossell, 1988) han realizado estudios que apoyan la hipótesis de la alimentación diferencial, la cual sostiene que los obesos bajo ciertas circunstancias eligen alimentos con mayor cantidad de contenido calórico que los sujetos con peso normal. Otros más están a favor de la hipótesis de la ingestión emocional como, Kaplan y Kaplan (1957) y Bach, (1994), la cual parte

de que los sujetos aprenden a utilizar la sobreingestión como un mecanismo para reducir los estados emocionales o confunden éstos con los estados de hambre).

La discusión anterior permite proponer la percepción del apoyo social bajo como un factor de riesgo en el desarrollo de hábitos alimenticios inadecuados.

Los datos del SWS—Survey determinaron que el grupo de complexión delgada percibió mayor apoyo social que los grupos de complexión robusta y obesa, lo que se puede explicar hasta cierto punto por medio del modelo socio cultural, (Schuartz y Jonson, 1982, citados por León, 1998) el cual establece que el principal motivo por permanecer delgadas es la gran importancia que se le da al físico. Además Nickel (1980), Gavino (1995) y Álvarez, R. G., Mancilla, G., J., Martínez, M., M. y López, A. X. (1998) mencionan que existe cierta influencia por parte de la familia, la cultura y los medios de comunicación por tener un cuerpo delgado. Los datos reunidos hasta aquí nos permiten concluir que a mayor apoyo social percibido menor complexión corporal.

Esto confirma lo expresado por Garrow (1976) y Gómez (1993) que el exceso de alimento no está relacionado con la obesidad y el sobrepeso sino lo que importa es el alto contenido calórico (citado por Saldaña y Rossell, 1988).

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

Se aplicó pearson en los 4 grupos de complexión corporal para cada una de las escalas de SWS-Survey obteniéndose únicamente una correlación negativa en la escala de apoyo social, por lo que se concluye que la hipótesis 1 se rechaza

☒ H1: El estrés está relacionado con la complexión corporal.

Para comprobar la hipótesis 2 se aplicó ANOVA unidireccional y Duncan encontrándose que los sujetos con menos peso perciben más apoyo social que los sujetos de mayor peso con lo que se concluye que la hipótesis se rechaza.

☒ H2: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos.

Para comprobar las demás hipótesis (3, 4, 5, 6, 7, 8, y 9) se aplicó regresión logistica multicausal y ANOVA factorial. No se encontraron resultados estadísticamente significativos.

☒ H3: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función de la edad.

☒ H4: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del estado civil.

☒ H5: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del sexo.

☒ H6: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del número de dependientes.

- 📖 H7: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del nivel económico.

- 📖 H8: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del grado de escolaridad.

- 📖 H9: Los sujetos obesos presentarán un mayor promedio en la cantidad de estrés que los sujetos no obesos en función del nivel jerárquico en el puesto.

El apoyo social está relacionado negativamente con la enfermedad (física o mental). A mayor apoyo social percibido en relaciones estrechas (con la familia, amigos, compañeros de trabajo, colegas y la comunidad) menor será la probabilidad de que esa persona enferme (Rodríguez, 1995, citado por León, 1998)

En el área de la salud el apoyo social disminuye la probabilidad de que se produzcan acontecimientos estresantes, ya que influye en las interpretaciones de los acontecimientos estresantes y en las respuestas emocionales disminuyendo así el potencial patógeno de los acontecimientos estresantes.

El papel del psicólogo en el control de peso tendría pues que enfocarse en la modificación de la conducta alimenticia, el aumento en los patrones de actividad física y el aumento en la percepción del apoyo social, con el fin no sólo de controlar el peso sino mantenerlo a largo plazo dentro de los límites deseables para un buen estado de salud (física y psicológica). Estos cambios en la conducta pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de las enfermedades relacionadas tanto a problemas de peso como al estrés.

CAPÍTULO 7

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Se recomienda que para próximas investigaciones se incluya la evaluación de las conductas alimenticias con el fin de aclarar la relación entre éstas y la percepción del apoyo social ya que se encontró una tendencia a la relación de la percepción del apoyo social bajo y las conductas alimenticias menos adecuadas.

De acuerdo a los resultados generados en esta investigación, se sugiere que la percepción del apoyo social, (Kirschenbaum, Jonson y Staonas, 1989; citados por León, 1998) y el estrés (Lira, 1989) se incluyan en los programas para el control de peso.

Por último se sugiere que se trabaje con muestras extraídas probabilísticamente para poder generalizar los resultados.

Como parte de las limitaciones se puede mencionar que la muestra no se extrajo aleatoriamente (al azar) y el número de sujetos por grupo fue el mínimo requerido.

ANEXOS

ANEXO I

Tablas de peso ideal o deseable para mujeres entre 25 y 59 años

Altura En cm.	Compleción Pequeña	Compleción Mediana	Compleción Grande
148	46,4-50,6	49,6-55,1	53,7-59,8
149	46,6-51,0	50,0-55,5	54,1-60,3
150	46,7-51,3	50,3-55,9	54,4-60,9
151	46,9-51,7	50,7-56,4	54,8-61,4
152	47,1-52,1	51,1-57,0	55,2-61,9
153	47,4-52,5	51,5-57,5	55,6-62,4
154	47,8-53,0	51,9-58,0	56,2-63,0
155	48,1-53,6	52,2-58,6	56,8-63,6
156	48,5-54,1	52,7-59,1	57,3-64,1
157	48,8-54,6	53,2-59,6	57,8-64,4
158	49,3-55,2	53,8-60,2	58,4-65,3
159	49,8-55,7	54,3-60,7	58,9-66,0
160	50,3-56,2	54,9-61,2	59,4-66,7
161	50,8-56,7	55,4-61,7	59,9-67,4
162	51,4-57,3	55,9-62,3	60,5-68,1
163	51,9-57,8	56,4-62,8	61,0-68,8
164	52,5-58,4	57,0-63,4	61,5-69,5
165	53,0-58,9	57,5-63,9	62,0-70,2
166	53,6-59,5	58,1-64,5	62,6-70,9
167	54,1-60,0	58,7-65,0	63,2-71,7
168	54,6-60,5	59,2-65,5	63,7-72,4
169	55,2-61,1	59,7-66,1	64,3-73,1
170	55,7-61,6	60,2-66,6	64,8-73,8
171	56,2-62,1	60,7-67,1	65,3-74,5
172	56,8-62,6	61,3-67,6	65,8-75,2
173	57,3-63,2	61,8-68,2	66,4-75,9
174	57,8-63,7	62,3-68,7	66,9-76,4
175	58,3-64,2	62,8-69,2	67,4-76,9
176	58,9-64,8	63,4-69,8	68,0-77,5
177	59,5-65,4	64,0-70,4	68,5-78,1
178	60,0-65,9	64,5-70,9	69,0-78,6
179	60,5-66,4	65,1-71,4	69,6-79,1
180	61,0-66,9	65,6-71,9	70,1-79,6
181	61,6-67,5	66,1-72,5	70,7-80,2
182	62,1-68,0	66,6-73,0	71,2-80,7
183	62,6-68,5	67,1-73,5	71,7-81,2

Fuente: Metropolitan Life Insurance (1983).

ANEXO II

Tablas de peso ideal o deseable para hombres entre 25 y 59 años

Altura En cm	Compleción Pequeña	Compleción Mediana	Compleción Grande
158	58.3-61.0	59.6-64.2	62.8-68.3
159	58.6-61.3	59.9-64.5	63.1-68.8
160	59.0-61.7	60.3-64.9	63.5-69.4
161	59.3-62.0	60.6-65.2	63.8-69.9
162	59.7-62.4	61.0-65.6	64.2-70.5
163	60.0-62.7	61.3-66.0	64.5-71.1
164	60.4-63.1	61.7-66.5	64.9-71.8
165	60.8-63.5	62.1-67.0	65.3-72.5
166	61.1-63.8	62.4-67.6	65.6-73.2
167	61.5-64.2	62.8-68.2	66.0-74.0
168	61.8-64.6	63.2-68.7	66.4-74.7
169	62.2-65.2	63.8-69.3	67.0-75.4
170	62.5-65.7	64.3-69.8	67.5-76.1
171	62.9-66.2	64.8-70.3	68.0-76.8
172	63.2-66.7	65.4-70.8	68.5-77.5
173	63.6-67.3	65.9-71.4	69.1-78.2
174	63.9-67.8	66.4-71.9	69.6-78.9
175	64.3-68.3	66.9-72.4	70.1-79.6
176	64.7-68.9	67.5-73.0	70.7-80.3
177	65.0-69.5	68.1-73.5	71.3-81.0
178	65.4-70.0	68.6-74.0	71.8-81.8
179	65.7-70.5	69.2-74.6	72.3-82.5
180	66.1-71.0	69.7-75.1	72.8-83.3
181	66.6-71.6	70.2-75.8	73.4-84.0
182	67.1-72.1	70.7-76.5	73.9-84.7
183	67.7-72.7	71.3-77.2	74.5-85.4
184	68.2-73.4	71.8-77.9	75.2-86.1
185	68.7-74.1	72.4-78.6	75.9-86.8
186	69.2-74.8	73.0-79.3	76.6-87.6
187	69.8-75.5	73.7-80.0	77.3-88.5
188	70.3-76.2	74.4-80.7	78.0-89.4
189	70.9-76.9	74.9-81.5	78.7-90.3
190	71.4-77.6	75.4-82.2	79.4-91.2
191	72.1-78.4	76.1-83.0	80.3-92.1
192	72.8-79.1	76.8-83.9	81.2-93.0
193	73.5-79.8	77.6-84.8	82.1-93.9

Fuente: Metropolitan Life Insurance, (1983).

ANEXO III



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

AVALADA POR LA FEDERACION MUNDIAL DE SALUD MENTAL (FMMH)

SWS-SURVEY-forma GP (MÉXICO '1)
(copyright 1994, Rodolfo E. Gutiérrez & Robert F. Oslermann)

La finalidad de este Cuestionario es establecer la relación entre factores personales, sociales y de trabajo. Es importante que usted conteste absolutamente todas las frases de una manera sincera. Los datos serán manejados en forma estrictamente confidencial.
Agradecemos de antemano su valiosa cooperación. (Tiempo aproximado: 35 a 45 minutos).

D: _____ S: _____

NOMBRE: _____ PUESTO: _____ FOLIO: _____

DEPARTAMENTO: _____ EMPRESA: _____

DATOS GENERALES

Favor de marcar con una "X" la letra que lo describe

- 1.- Mi sexo es: A) Masculino B) Femenino
- 2.- Mi edad es entre: A) 15-19 B) 20-29 C) 30-39 D) 40-49 E) más de 50
- 3.- Soy: A) Soltero B) Casado(a) C) Divorciado D) Viudo(a) E) Unión libre
- 4.- Trabajo como: A) Obrero(a) B) Empleado(a) C) Vendedor(a) o comerciante D) Servicios E) Técnico F) Supervisor o Gerente
- 5.- Mi escolaridad es: A) Primaria B) Secundaria C) Técnico o comercio D) Bachillerato E) Licenciatura F) Posgrado
- 6.- Dependientes (hijos, hermanos u otros): A) Ninguno B) 1 a 3 C) 4 a 6 D) 7 a 9 E) Más de 9
- 7.- Mi turno de trabajo es: A) Matutino B) Vespertino C) Nocturno D) Rotación de turnos
- 8.- Horas trabajadas a la semana: A) Menos de 20 hrs. B) 20-40 hrs. C) 41-60 hrs. D) 61-80 hrs. E) más de 80 hrs
- 9.- Mi nivel económico es: A) Muy bajo B) Bajo C) Moderado D) Alto E) Muy alto
- 10.- Mi nacionalidad es: _____

SWS--SURVEY

Para contestar esta sección, se presenta una columna de letras, cada letra tiene un valor que va de:

A Nunca B Casi Nunca C Ocasionalmente D Frecuentemente E Muy Frecuentemente

EJEMPLO

Voy a la farmacia a comprar arroz	X	B	C	D	E
Me tropiezo	A	B	C	D	E
Me duele el estómago	A	B	C	D	E
Llego a mi casa cansado(a)	A	B	C	D	E
Voy al cine	A	B	C	D	E

Ahora, por favor lea con cuidado cada una de las frases siguientes. Marque con una "X" la opción que, en general, mejor refleje su situación

SECCION I

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.- Pienso que la gente que me rodea es agradable y considerada | A | B | C | D | E |
| 2.- Disfruto fiestas y celebraciones | A | B | C | D | E |
| 3.- Siento que las cosas que andan mal, a la larga mejoran | A | B | C | D | E |
| 4.- Me impaciento conmigo mismo(a) y con los demás | A | B | C | D | E |
| 5.- Sé que con mi trabajo contribuyo con algo valioso | A | B | C | D | E |
| 6.- Tengo hábitos nerviosos (tics) | A | B | C | D | E |
| 7.- Lo que se tiene que hacer en el trabajo no tiene sentido | A | B | C | D | E |
| 8.- Me es imposible ser lo que la gente espera de mí | A | B | C | D | E |
| 9.- Siento que puedo manejar cualquier problema que se me presente | A | B | C | D | E |
| 10.- Es fácil congeniar conmigo | A | B | C | D | E |
| 11.- Oigo voces e imagino cosas inexistentes | A | B | C | D | E |
| 12.- El trabajo me aleja de mi familia | A | B | C | D | E |
| 13.- Sigo las costumbres y rutinas socialmente aceptadas | A | B | C | D | E |
| 14.- Soy valiente y atrevido(a) | A | B | C | D | E |
| 15.- Donde trabajo, mis errores podrian causar serios problemas | A | B | C | D | E |
| 16.- Tan sólo hacer los trabajos rutinarios es un problema | A | B | C | D | E |
| 17.- Me gustaria rendirme, pero no puedo | A | B | C | D | E |
| 18.- Siento que ayudo a mejorar el mundo con mi trabajo | A | B | C | D | E |
| 19.- Si tengo problemas, los compañeros de trabajo me ayudarán | A | B | C | D | E |
| 20.- En mi trabajo me resulta confuso lo que debo hacer | A | B | C | D | E |

21.- Sueño despierto(a), me pierdo en fantasías	A	B	C	D	E
22.- Mi trabajo se puede ajustar a mi vida familiar	A	B	C	D	E
23.- Encuentro muchas cosas interesantes que hacer	A	B	C	D	E
24.- La gente no está de acuerdo conmigo y me contradice	A	B	C	D	E
25.- Una de las cosas más importantes de mi vida es el trabajo	A	B	C	D	E

SECCION II

26.- Pienso que los demás me respetan	A	B	C	D	E
27.- Tengo amigos y compañeros buenos y leales	A	B	C	D	E
28.- Me preocupo por el trabajo aún cuando estoy en casa	A	B	C	D	E
29.- Me siento dividido(a) entre diversas responsabilidades sociales	A	B	C	D	E
30.- El trabajo me hace sentir importante y poderoso	A	B	C	D	E
31.- He perdido a alguien muy cercano a mí	A	B	C	D	E
32.- Tengo jaquecas, dolores de cuello/espalda por tensión	A	B	C	D	E
33.- Como, fumo o bebo café, en exceso	A	B	C	D	E
34.- Puedo ser castigado(a) sin razón	A	B	C	D	E
35.- Estoy de acuerdo en cómo se hacen las cosas en mi trabajo	A	B	C	D	E
36.- Le simpático y le agrado a la gente con quien trabajo	A	B	C	D	E
37.- Constantemente me quejo sin necesidad	A	B	C	D	E
38.- Tengo poco interés o placer por el sexo	A	B	C	D	E
39.- Soy firme y determinante en mis decisiones	A	B	C	D	E
40.- La gente en el trabajo sabe lo que hago y lo aprecia	A	B	C	D	E
41.- Me culpo a mí mismo(a), me disculpo, me justifico	A	B	C	D	E
42.- Tengo dificultad en empezar lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E
43.- Impido que la gente se aproveche de mí y tome ventaja	A	B	C	D	E
44.- Tengo cambios de humor subitos y frecuentes	A	B	C	D	E
45.- Evito algunos lugares, personas o actividades para no ser molestado(a)	A	B	C	D	E
46.- Me gusta hacer las cosas tan rápido como me es posible	A	B	C	D	E
47.- Considero que la vida en mi comunidad es ordenada y segura	A	B	C	D	E
48.- Tengo problemas de respiración, pulso o digestión	A	B	C	D	E
49.- Siento que haga lo que haga, no está bien hecho	A	B	C	D	E
50.- La gente en mi trabajo me encuentra defectos	A	B	C	D	E

SECCION III

51.- Por donde vivo, parece que no hay quien organice las cosas, no hay reglas	A	B	C	D	E
52.- Soy cuidadoso(a) y dedicado(a) con mi trabajo	A	B	C	D	E
53.- Mis actividades religiosas me dan fuerza	A	B	C	D	E
54.- El lugar donde trabajo es sucio, insalubre	A	B	C	D	E
55.- Alguien cercano a mí, monrã proxumamente	A	B	C	D	E
56.- En el trabajo no obtengo respuesta, ni buena ni mala	A	B	C	D	E
57.- Tengo dificultad para poner atención o recordar	A	B	C	D	E
58.- Siento que en el trabajo las personas dependen de mí	A	B	C	D	E
59.- La gente me insulta y se burla de mí	A	B	C	D	E
60.- Hay mucho peligro, violencia, crimen, etc., donde vivo	A	B	C	D	E
61.- Veo el lado bueno de las cosas	A	B	C	D	E
62.- Participo y disfruto del entretenimiento	A	B	C	D	E
63.- Haga lo que haga en el trabajo, es insuficiente	A	B	C	D	E
64.- Siento que no hay nada realmente malo en mí	A	B	C	D	E
65.- Me es difícil desprenderme de pensamientos que me molestan	A	B	C	D	E
66.- Es difícil que me dé por vencido(a) fácilmente, busco el lado bueno de la vida	A	B	C	D	E
67.- Pienso que tengo problemas personales que no me atrevo a contar	A	B	C	D	E
68.- soy muy desorganizado(a) y dejo muchas cosas sin terminar	A	B	C	D	E
69.- Me canso fácilmente, me inquieto y tengo dificultad para dormir	A	B	C	D	E
70.- Me encierro en mí mismo(a), y evito a los demás	A	B	C	D	E
71.- Tengo arranques emocionales, me enojo, gnto	A	B	C	D	E
72.- Cuido de mi apanencia, me mantengo limpio(a) y saludable	A	B	C	D	E
73.- Pertenezco a un grupo que se preocupa por mi bienestar	A	B	C	D	E
74.- Camino con paso ligero y vivaz	A	B	C	D	E
75.- Me preocupo por cosas sin importancia	A	B	C	D	E

SECCION IV

76.- Ignoro lo que va a pasar en el trabajo	A	B	C	D	E
77.- La gente con quien trabajo, no se interesa por mí	A	B	C	D	E
78.- Es probable que los jefes me hagan daño	A	B	C	D	E
79.- Es inútil esperar que las cosas salgan todo el tiempo como quiero	A	B	C	D	E
80.- Disfruto de herirme a mí mismo(a), o a otros	A	B	C	D	E
81.- Me rindo fácilmente y evado los conflictos	A	B	C	D	E
82.- Soy popular en mi comunidad	A	B	C	D	E
83.- Cuando hay problemas de trabajo, trato de resolverlos en equipo	A	B	C	D	E
84.- Me siento adaptado(a) a mi familia y amistades	A	B	C	D	E
85.- Mi trabajo es repetitivo, ruidoso y aburrido	A	B	C	D	E

86.- Algunas personas con quienes trabajo, son mis mejores amigos	A	B	C	D	E
87.- Donde vivo las cosas van mal y no mejoran	A	B	C	D	E
88.- Investigo y ensayo cosas nuevas	A	B	C	D	E
89.- Me siento mal y sin esperanza de mejorar	A	B	C	D	E
90.- Mis problemas familiares van más allá de lo que puedo soportar	A	B	C	D	E
91.- Disfruto de cantar, silbar y/o bailar	A	B	C	D	E
92.- Pienso que en el trabajo fracaso porque tengo mala suerte	A	B	C	D	E
93.- Tengo que estar separado(a) de mi familia y de los que quiero	A	B	C	D	E
94.- Me es fácil relajarme, jugar y divertirme	A	B	C	D	E
95.- El trabajo me obliga a hacer cosas contrarias a mis principios	A	B	C	D	E
96.- Mi fe religiosa es muy fuerte	A	B	C	D	E
97.- Tengo confianza en mi habilidad	A	B	C	D	E
98.- El trabajo interfiere con mis otras responsabilidades	A	B	C	D	E
99.- Pertenezco a una familia unida	A	B	C	D	E
100.- El trabajo me hace sentir seguro(a)	A	B	C	D	E

SECCION V

101.- Me siento atrapado(a)	A	B	C	D	E
102.- Pienso que la policía realmente me protege	A	B	C	D	E
103.- Me importa poco lo que pasa, me doy por vencido, quisiera huir	A	B	C	D	E
104.- Mis ideas y creencias difieren de la mayoría de la gente que conozco	A	B	C	D	E
105.- Me siento satisfecho con mi vida sexual en esta etapa de la vida	A	B	C	D	E
106.- Aún cuando no sea mi responsabilidad, tengo que hacerme cargo de algo	A	B	C	D	E
107.- Es fácil que ocurran accidentes o errores en el trabajo si no tengo cuidado	A	B	C	D	E
108.- Sin importar lo que pase, siento de Dios proveerá	A	B	C	D	E
109.- Es seguro y confortable donde trabajo	A	B	C	D	E
110.- Siento que recibo muchas felicitaciones de la gente	A	B	C	D	E
111.- Tengo buen apetito	A	B	C	D	E
112.- Puedo canalizar mi estrés al trabajo productivo	A	B	C	D	E
113.- Mi hogar esta rodeado de cosas agradables y alegres	A	B	C	D	E
114.- Mi sueldo es adecuado	A	B	C	D	E
115.- Tengo miedo de perder el empleo	A	B	C	D	E
116.- Pienso que las dificultades que tengo, tienen una razón de ser	A	B	C	D	E
117.- En el trabajo no tengo oportunidad de descansar cuando me canso	A	B	C	D	E
118.- Tengo buena salud física	A	B	C	D	E
119.- Tengo demasiado trabajo que hacer	A	B	C	D	E
120.- Cuento con alguien que me ayuda	A	B	C	D	E
121.- Me recupero rápidamente de situaciones estresantes	A	B	C	D	E
122.- A veces finjo estar enfermo(a) para evitar cumplir con mi deber	A	B	C	D	E
123.- Hay tantos cambios en el trabajo que me confundo	A	B	C	D	E
124.- Tengo sueños y aspiraciones por una vida mejor	A	B	C	D	E
125.- Mi humor es equilibrado, no me molestan las altas y bajas de la vida	A	B	C	D	E

SECCION VI

126.- Me pongo en guardia, controlo mis emociones	A	B	C	D	E
127.- En general me siento satisfecho(a) con mi vida	A	B	C	D	E
128.- Me siento triste, deprimido(a), lloro con facilidad	A	B	C	D	E
129.- Se necesita de mucho para lograr que me enoje	A	B	C	D	E
130.- Ríe, sonrío, me siento feliz y despreocupado(a)	A	B	C	D	E
131.- Cuando me enoja, presiono a los demás	A	B	C	D	E
132.- En el trabajo puedo arreglar las cosas a mi conveniencia	A	B	C	D	E
133.- Me mantengo en buen estado físico	A	B	C	D	E
134.- Me es fácil relajarme	A	B	C	D	E
135.- Me siento amado(a) y atendido(a)	A	B	C	D	E
136.- En el trabajo, tengo que luchar para salir adelante	A	B	C	D	E
137.- El trabajo me da la oportunidad de mejorar	A	B	C	D	E
138.- Siento que el mundo ha sido bueno conmigo	A	B	C	D	E
139.- El tipo de trabajo que hago es demandante y no es respetado	A	B	C	D	E
140.- Donde trabajo tengo la oportunidad de aprender y mejorar	A	B	C	D	E
141.- Siento que puedo hacer realidad todos mis sueños	A	B	C	D	E
142.- El trabajo me ayuda a mantenerme saludable	A	B	C	D	E
143.- En el trabajo estoy contento(a) de hacer exactamente lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E
144.- Mantengo la compostura en situaciones de conflicto	A	B	C	D	E
145.- Hay conflictos donde trabajo, la gente discute y pelea	A	B	C	D	E
146.- La vida a mi alrededor es confusa y desordenada (caótica)	A	B	C	D	E
147.- Tengo que mentir y engañar para lograr mis propósitos	A	B	C	D	E
148.- Estoy decidido(a) a ser el (la) mejor todo el tiempo	A	B	C	D	E
149.- Me he tenido que cambiar de diferentes lugares en donde he vivido	A	B	C	D	E
150.- Pienso que no puedo hacer todo lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E

SECCION VII

151. - Puedo vivir solo(a)	A	B	C	D	E
152. - Mi trabajo es divertido y disfruto haciéndolo	A	B	C	D	E
153. - Evito que el trabajo gobierne mi vida	A	B	C	D	E
154. - Siento que mis metas son realistas y alcanzables	A	B	C	D	E
155. - La gente me está molestando	A	B	C	D	E
156. - Pienso que el gobierno se interesa por mi bienestar social	A	B	C	D	E
157. - Mis condiciones de vida no son saludables	A	B	C	D	E
158. - Estoy constantemente preocupado(a) por mis problemas	A	B	C	D	E
159. - En general, encuentro un lugar tranquilo y cañado cuando lo deseo	A	B	C	D	E
160. - La gente no reconoce mis esfuerzos, nunca aprecia lo que hago	A	B	C	D	E
161. - A veces siento verdadero pánico y temor	A	B	C	D	E
162. - Me acompaña el recuerdo de padres y/o hijos	A	B	C	D	E
163. - Resuelvo mis problemas, pero estos persisten	A	B	C	D	E
164. - Me siento contento(a) conmigo mismo(a), me gusta ser como soy	A	B	C	D	E
165. - Realmente no hay nadie a quien quiera o quien me quiera	A	B	C	D	E
166. - En mi casa hay demasiada gente	A	B	C	D	E
167. - Tengo temor de que algo temble vaya a pasar	A	B	C	D	E
168. - Estoy en tratamiento médico por problemas cardíacos o gastrointestinales	A	B	C	D	E
169. - El trabajo que hago me da satisfacción personal, dignidad y orgullo	A	B	C	D	E
170. - Tengo un sentido muy claro del bien y del mal	A	B	C	D	E
171. - Necesito que alguien me presione	A	B	C	D	E
172. - Acepto y disfruto mis responsabilidades sociales	A	B	C	D	E
173. - Endurezco los músculos faciales, frunzo el ceño	A	B	C	D	E
174. - Hay fiestas y celebraciones donde trabajo	A	B	C	D	E
175. - Tengo la oportunidad de ayudar a otros	A	B	C	D	E

SECCION VIII

176. - Culpo a otros por mis problemas y fallas	A	B	C	D	E
177. - Pienso que en el trabajo es un gran reto hacer lo que parece "imposible"	A	B	C	D	E
178. - Debo trabajar aún cuando estoy enfermo(a)	A	B	C	D	E
179. - Me siento seguro en el vecindario o colonia	A	B	C	D	E
180. - Necesito mucho apoyo y estímulo	A	B	C	D	E
181. - Hay gente con quien puedo compartir mi vida con confianza	A	B	C	D	E
182. - Invento excusas para mis errores y fallas	A	B	C	D	E
183. - Puedo aceptar la presión cuando es necesario	A	B	C	D	E
184. - Tengo una relación sentimental intensa	A	B	C	D	E
185. - Me avergüenzo fácilmente	A	B	C	D	E
186. - Me muestro lleno(a) de energía y entusiasmo por la vida	A	B	C	D	E
187. - Sé que cualquier problema se resolverá de una manera u otra	A	B	C	D	E
188. - Disfruto las vacaciones y las fiestas	A	B	C	D	E
189. - Siento que mis condiciones de vida son buenas y mejoran constantemente	A	B	C	D	E
190. - Escondo mis decepciones y sentimientos de enojo	A	B	C	D	E
191. - Soy eficiente en mi trabajo y lo hago bien	A	B	C	D	E
192. - Me preocupo por las cosas por mucho tiempo, aunque sé que de nada sirve	A	B	C	D	E
193. - Reconozco que hay muchas cosas malas pero no me importa	A	B	C	D	E
194. - Mis juicios y decisiones determinan la mayor parte de mi vida	A	B	C	D	E
195. - Las cosas que hago con mis amigos me son muy estimulantes	A	B	C	D	E
196. - Puedo expresar mi malestar cuando algo me molesta	A	B	C	D	E
197. - Tengo una vida bien organizada y bajo control	A	B	C	D	E
198. - Me da pánico en las crisis y pierdo el control por un tiempo prolongado	A	B	C	D	E
199. - Me impongo metas muy altas y un ritmo acelerado, a veces audazmente	A	B	C	D	E
200. - La gente a mi alrededor es irritable, grita y pelea	A	B	C	D	E

¡¡GRACIAS POR SU COOPERACION!!

ANEXO IV

TABLA DE LAS SUBESCALAS DEL SWS-SURVEY

AP	#EN SWS	AS	#EN SWS	AT	#EN SWS	BS	#EN SWS	EP	#EN SWS	ES	#EN SWS	ET	#EN SWS	SP	#EN SWS
1	134	1	113	1	18	1	66	1	192	1	29	1	56	1	103
2	61	2	156	2	100	2	186	2	158	2	8	2	136	2	65
3	138	3	26	3	19	3	3	3	193	3	165	3	139	3	33
4	97	4	110	4	86	4	72	4	176	4	157	4	63	4	6
5	170	5	84	5	174	5	10	5	42	5	104	5	7	5	57
6	96	6	82	6	22	6	94	6	148	6	60	6	50	6	128
7	194	7	1	7	109	7	23	7	171	7	51	7	85	7	75
8	164	8	195	8	30	8	2	8	131	8	155	8	77	8	48
9	62	9	73	9	140	9	162	9	122	9	163	9	15	9	168
10	133	10	179	10	40	10	111	10	81	10	166	10	95	10	37
11	197	11	196	11	36	11	130	11	180	11	16	11	160	11	80
12	141	12	172	12	143	12	88	12	17	12	149	12	123	12	71
13	183	13	181	13	83	13	14	13	182	13	34	13	12	13	70
14	129	14	105	14	25	14	125	14	49	14	101	14	178	14	44
15	112	15	184	15	52	15	74	15	198	15	59	15	54	15	11
16	121	16	99	16	58	16	39	16	150	16	93	16	115	16	161
17	151	17	53	17	137	17	91	17	199	17	146	17	117	17	41
18	153	18	120	18	152	18	135	18	67	18	90	18	98	18	126
19	154	19	188	19	191	19	127	19	46	19	31	19	76	19	69
20	144	20	159	20	142	20	118	20	4	20	55	20	28	20	173
21	116	21	102	21	169	21	9	21	190	21	78	21	107	21	32
22	79	22	47	22	55	22	108	22	68	22	87	22	92	22	89
23	43	23	189	23	177	23	64	23	1	23	200	23	145	23	21
24	187	24	27	24	35	24	13	24	185	24	106	24	119	24	38
25	114	25	175	25	132	25	124	25	147	25	24	25	20	25	45

BIBLIOGRAFÍA

Ball, Kylie; Lee, Christina y Brown, Wendy, (1999). Psychological stress and disordered eating: An exploratory study with young Australian women. *Women and health*, vol. 29, 2, PP. 1-15.

Bernard, C. L., (1967). *Rapport sur les progress et. al. marche de la physiologie générale*. Bailliere paris.

Brewerton, Timothy D; Dansky, Bonnie S; Kilpatrick, Dean G. y O'Neil, Patrick M., (1999). Chapter title: Bulimia nervosa, PTSD and forgetting: Results from the National Women's study. Book title: Trauma and memory. Williams, Linda M. (ED); Banyard, Victoria L. (ED); et al. USA: Sage Publications, Inc., pp. 127-138.

Campollo Rivas, Octavio, (1995). *Obesidad: bases fisiológicas y tratamiento*. México: Ed. Miguel Ángel Porrúa.

Charles, S. C., (1984). Endorphins in obesity and in the regulation of appetite and weight: Cometary. *Integrative Psychiatry*, 2, 6, p. 208.

CIE-10, (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.

Cocchi, R., (1976). Exogenous (or essential) obesity as hypercompensación of a homeostatic bio-physiological mechanism. *Acta Neurologica*, 31, 6, pp. 753-758.

Conner, Mark; Fitter, Michelle y Fletcher, Wayne, (1999). Stress and snacking: A diary study of daily hassles and between-meal snacking. *Psychology and Health*, vol. 14, 1 pp. 51-63.

Córdoba Ponce, Mª del Pilar, Vergara González, Norma Elena. EFECTOS DEL ESTRÉS PROVOCADO POR LOS SISMOS DE SEPTIEMBRE DE 1985, EN LAS PERSONAS ALOJADAS EN 3 ALBERGUES DE LA CIUDAD DE MÉXICO México, D.F. Tesis de licenciatura, U.N.A.M., 1990.

Dodge D. C. y Martín W. T., (1970). *Social Stress and Chronic Illness*, University of Notre Dame Pres, Notre Dame.

Duker, Marilyn y Slade, Roger. (1992). *Anorexia y bulimia (un tratamiento integrado)*. México: Ed. Limusa.

Edelman, B., (1981). Binge eating in normal weight and overweight individuals. *Psychological Reports*, 49, 3, pp. 739-746.

Edelman, B., A., (1984). A múltiple factor study of body weight control. *Journal of General Psychology*, 110, 1, pp. 99-104.

Excelsior, 21 de junio de (1999), "sobrepeso y enfermedades asociadas" en [suplemento "salud"]. México, P. 11.

Excelsior, 21 de junio de (1999), "¿Qué es el sobrepeso?" en [suplemento "salud"]. México. P. 2.

Folkman, S., y Lazarus, R. S., (1985). If it changes it must be a process. Study of emotion and coping during three stages of a collage examination. *Journal of personality and social psychology*, 48, pp. 150-170.

French, J. R. P. y Kahn, R. I., 18. (1962), "A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health", *Journal of social issues*, p. 1-47.

Gershuny, Beth S. y Thayer, Julian F., (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, vol. 19, 5, pp. 631-657.

Gleaves, David H, Eberenz, Kathleen P. y May, Mary, (1998). Scope and significant of posttraumatic symptomatology among women hospitalized for and eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, vol. 24, 2, pp. 147-156.

Greenberg, B. R., (1986). Predictors of binge eating in bulimic and non-bulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 5, pp. 269-284.

Gómez, P. G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimenticia en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, pp. 17-27.

Gutiérrez, R. La encuesta Internacional SWS-Survey en la detección de factores de estrés en el trabajo y la dinámica familiar. *Boletín APENIAC* año3, núm. 3. México.

Gutiérrez, R. E., Contreras, C., Ito, Ostermann. (2000) Comparison of Mental Health in development and developing countries. XXVII International Congress of Psychology. Estocolmo.

Gutiérrez, R. E., Contreras, C., Ito, Ostermann. A predictive model of stress based on support scales of the SWS-SURVEY in a Mexican population. XXVII International Congress of Psychology. Estocolmo.

Hällström, T. y Noppa, H. (1981). Obesity in woman in relation to mental illness, social factors y personality traits. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 2, pp. 75-82.

Halmi, Catherine A., (1997). Models to conceptualize risk factors for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, 6, pp. 507-508.

Harmatz, M. G. y Kerr, B. B., (1981). Overeating behaviour: A multi-causal approach. *Obesity and Metabolism*, 13, pp. 134-139.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar, (1991), *Metodología de la investigación*. Edo. de México, Ed. McGraw-Hill

Holmes, T. H., y Rahe, R. H., (1967). "The social readjustment rating scale". *Journal of psychosomatic Medicine* 11, pp. 213-218.

Hombrados Mendieta, M^a Isabel, (1997). *Estrés y salud*, ed. Promolibro: Valencia.

Ivancevich, John M. y Matteson, Michael T., (1985). *Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial*. México, Ed. Trillas.

Kirtz, S. y Moss, R., (1974). "Psychological effects of social environments". *Psychosomatic Medicine* 36, pp. 96-114.

Kornhauser, A., (1965). *Mental Health of the industrial Worker*. John Wiley and Sons. Inc., Nueva York.

Laney, J. H. (1986). Pathogenesis. In L. J. Downey, and J. C. Malkin (Eds.) *Current approaches: Bulimia nervosa* pp. 17-27. Southampton: Duphar.

Lazarus, R. S. Y Folkman, S., (1986). *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona: ed. Martínez-Roca.

Legerlof, H., (1967). "Psychophysiological reactions during emotional stress: Medical implications", en *Emotional stress*, L. Levi, dir, S. Karger, New York.

Leal, L., Weise, M. and Dood, D., (1995). The relationship between gender, symptoms of bulimia and tolerance for stress. *Addictive Behaviour*, 20(1), pp. 105-109.

León Sandoval, Yolanda, (1998). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA CONDUCTA ALIMENTICIA: PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS. México, D.F. Tesis de licenciatura, U.N.A.M., 1998.

Levine, E. R. Y Graw A. C. (1995) Culture-Bound syndromes. *The psychiatric clinics of North America*, 18(3) pp. 523-535.

Levine, Michele D. Y Marcus, Marsha D., (1997). Eating behavior following stress in women with and without bulimic symptoms. *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 19, 2, pp. 132-138.

Levitan, A. A. Y Ronnan, W. J., (1988). Problems in the treatment of obesity and eating disorders. *Medical Hypnoanalysis Journal*, 3, 4, pp. 131-136.

Lira Camacho, Claudia. LA INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD SOBRE LA OBESIDAD TRATADA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO. México, D.F. Tesis de licenciatura, U.N.A.M., 1989.

Loro, A. D. Y Orleáns, C. S., (1981). Binge eating in obesity: Preliminary findings y guidelines for behavioural analysis and treatment. *Addictive Behaviours*, 6, 2, pp. 155-166.

Madera Vergara, José H. OBESIDAD ENFERMEDAD DE ESTRÉS. México, D.F. Tesis de licenciatura, U.N.A.M., (1983).

Mainieri Coropreso, Roberto. El estrés. Publicado en INTERNET, (1999).

Mehrabian, A. Y Riccioni, M., (1986). Measures of eating-related characteristics for the general population: Relationships with temperament. *Journal of Personality Assessment*, 50, 4, pp. 610-621.

Meyer, Dinah F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 53, 2, pp. 107-116.

Mitchell, Shari L. y Epstein, Leonard H. (1996). Changes in taste and satiety in dietary-restrained women following stress. *Physiology and Behavior*, vol. 60, 2, pp. 495-499.

Murphy, S.A., (1974). Coping, vulnerability and resilience in childhood. En Coelho et al (Eds.). *Coping and adaptation* (pp 69-100). New York: Basic.

Nunnally, J. C., (1970) *Introduction to Psychological Measurement*, McGraw-Hill, Inc. New York.

Polivy, J. y Herman, C. P., (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), pp. 635-644.

Ocampo (1996). DESEMPEÑO LABORAL. Tesis de licenciatura, U.N.A.M.

Oliver, Georgina y Wardle, Jane, (1999). Perceived affects of stress on food choice. *Physiology and Behavior*, vol. 66, 3, pp. 511-515.

Oliver, J. M; Reed, Cynthia K. S. y Smith, Bruce W., (1998). Patterns of psychological problems in university undergraduates: Factor structure of symptoms of anxiety and depression, physical symptoms, alcohol use and eating problems. *Social behavior and personality*, vol. 26 (3), pp. 211-232.

Plattner, Ilse E., (1995). El estrés del tiempo (un sufrimiento contemporáneo y su terapia), Barcelona: ed. Herder,.

Polivy, Janet y Hermant, C. Peter, (1999). Distress and eating: Why do dieters overeat?. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 26, 2, pp. 153-164.

Prior, Tamara y Wiederman, Michael W., (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, vol. 67, 2, pp. 414-421.

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, (1995). *Psicología y Salud Nueva Época y Editora Graphos: Xalpa.*

Root, M. P. P. y Fallon, P., (1989). Treating the victimized bulimic. The functions of binge-purge behaviour. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, pp. 90-100.

Rosen, J. C., Compas, B. E. y Tacy, B., (1993). The relation among stress, psychological symptoms and eating disorder symptoms. A prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 14, pp. 153-162.

Rutledge, Thomas y Linden, Wolfgang, (1998). Determinants of obesity in relation to socio-economic status among middle-aged Swedish women. *Preventive Medicine*, vol. 26,5, pt. 1, pp. 734-744.

Rutledge, Thomas y Linden, Wolfgang, (1998). To eat or not to eat: Affective and physiological mechanisms in the stress-eating relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 21, 3, pp. 221-240.

Sahakian, B. J., (1982-83). Psychological factors in childhood obesity: An etiology and treatment. *Journal of Obesity and Weight Regulation*, 2, (3-4), pp.181-184.

Saldaña, G. C., (1994). *Trastornos del comportamiento alimenticio*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Saldaña, Carmina y Rossell, Rosa, (1988). *Obesidad*. España: Martínez Roca.

Schmidt, Ulrike H; Troop, Nicholas A. y Treasure, Janet L., (1999). Events and the onset of eating disorders: correcting an "age old" myth. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 25, 1, pp. 83-88.

Shatford, L. A., y Evans, D.R., (1986). Bulimia as a manifestation of the stress process: a lisrel causal modelling analysis. *International Journal of eating Disorders*, 5, pp. 451-473.

Sheridan, C. L., (1976). *Methods in experimental Psychology*. Holt, Rinehart and Winston, Nueva York.

Sherman T. Roberta y Thompson A., Ron, (1999). *Bulimia (una guía para familiares y amigos)*. Ed. Trillas, México.

Simkin-Silverman, Laurey R; Wing, Rena R, Plantinga, Pam; Matthews, Karen A. y Kuller, Lewis H. (1998). Lifetime weight cycling and psychological health in normal-weight and overweight women. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 24, 2, pp. 175-183.

Skeat, W. W., (1958), *A concise Etymological Dictionary of the English Language*, Oxford Press, Oxford,.

Slade, P.D. , (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, pp. 167-179.

Streigel-Moor, R. H., Silberstein, L. R. y Rodin, J., (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. *American Psychology*, 41, pp. 246-263.

Staiger, P. Dawe, Sharon y McCarthy (2000). Responsivity to food cues in bulimic women and controls. *Appetite*, vol. 35 (1), pp. 27-33.

Stephanie Fryer, Glenn Waller y Biza Stenfert Kroese, (1997). Stress, Coping and Disturbed Eating Attitudes in Teenage Girls. *International Journal of Disorders*, Vol. 22 N° 4 pp. 423-436.

Steptoe, Andrew; Lipsey, Zara y Wardley, Jan, (1998). Stress, hassles and variations in alcohol consumption, food choice and physical exercise: A diary study. *British Journal of Health Psychology*, vol. 3 part 1, pp. 51-63.

Strober, M., (1984). Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa: Empirical findings and theoretical speculations. *International Journal of Eating Disorders*, 3, pp. 3-16.

Tanofsky-Kraff, Marian; Wikifley, Denise E. y Spurrell, Emily. (2000). Impact of interpersonal and ego-related stress on restrained eaters. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 27 (4), pp. 411-418.

Terrass, Stephen, (1994). Estrés (mejore su salud con la dieta). Ed. Tutor, España.2

Toro, J. Salamero, M. Y Martinez, E., (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 89, pp. 147-151.

Troop, Nicholas A., (1998). Eating disorders as coping strategies: A critique *European Eating Disorders Review*, vol. 6 (4), pp. 229-237.

Trounbley, P. F., Burman, K. D., Rinke, W. J. y Lenz, E. R., (1990). A comparison of the health risk, health status, self-motivation, psychological symptomatic distress and physical fitness of overweight and normal-weight soldiers. *Military Medicine*, 155, 9, pp. 424-429.

Tuschen-Caffier, Brunna y Voegele, Claus, (1999). Psychological and physiological reactivity to stress: an experimental study on bulimic patients, restrained eaters and controls. *Psychotherapy and psychosomatics*, vol. 68 (6), pp. 333-340.

Tuschen-Caffier, Brunna, Voegele, Claus; Kuhnhardt, Karin y Clave-Prinz, Wolfgang; (1995). Does mental stress increase the desire to binge? An experimental study on bulimics. *Zeitschrift Fuer Klinische psychologie. Forschung and praxis*, vol. 24 (4), pp. 334-351.

Van Strien, T., (1995). In defence of psychosomatic theory A critical analysis of Allison and Heshka: critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 3, pp. 299-304.

Venditti, Elizabeth M; Wing, Rena R; Jakicic, John M; Butler, Betsy A. y Marcus, Marsha D. (1996). Weight cycling, psychological health and being eating in obese women. *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 64 (2), pp. 400-405.

Webber, E. M. (1994). Psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese women. *Journal of Psychology*, 128, 3, pp. 339-351.

Wechselblatt, Tracy Ellen, (1998). An exploration of the narratives of women with anorexia nervosa: Themes of connection and autonomy. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Science and Engineering*, Vol. 59 (5-B), p. 2442.

Wechselblatt, Tracy; Gurnick, Gregory y Simon, Ruth, (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: A clinical case series using grounded theory.

Weitz, J. (1970), "Psychological research needs on the problems of human stress", en *Social and psychological Factors in stress*, McGrath, J. E., dir. Holt, Rinehart and Winston, Nueva York.

Wolf, S. y Shepard, E. M., (1950), "An appraisal of factors that evoke and modify the hypertensive reaction pattern", en *Life stress and bodily Disease*, Wolf, H. G., Wolf, S. y Hare, C. C., dirs., The Williams and Wilkins Co., Baltimore.

Wolf, E. M. Y Crowther, J. H., (1983). Personality and eating habit variables as a predictor of severity of binge eating and weight. *Addictive Behaviours*, 8, 4, pp. 335-344.

Yager, J., Rorty, M., y Rossotto, E. (1995). Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with bulimia nervosa, but no between recovered women and non-eating disordered control subjects. *The journal of nervous and mental diseases*, 183(2), pp. 86-94.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. M. y López, A. X. (1966). ¿Qué es la obesidad? (una aproximación para comprenderla). *Revista de Psicología*, 31, pp. 2-4.

Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., Manríquez, R. E., Mercado, G. L. y Román, F. M., (1996). Valoración de la ocurrencia de trastornos alimenticios en universitarias. (Memoria de la segunda conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Santiago de Chile.

American Psychiatric Association, (1988) *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III-R). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association.

Appley, M. H. y Trumbull, R., (1967). *Psychological Stress*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Cannon, W. B. (1922), "New evidence for sympathetic control of some internal secretions". *American Journal of psychiatry*, P. 15.

Cannon, W. B.(1935). "Stresses and strains of homeostasis". *American Journal of Medical Science*.pp. 1 - 14.

Cox, T., (1978). *Stress*. University Park Press: Baltimore.

Craighead, Linda Wilcoxon y Aribel, Carolyn. (2000) *The management of stress and anxiety in medical disorders*. Ed. Allyn y Bacon, inc. Boston. pp 346-360 y 418.

Duker, Marilyn y Slade Roger, (1992). *Anorexia nerviosa y bulimia un tratamiento integrado*. México: Ed. Limusa.

Fernández Aranda, Fernando, (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia.*, Barcelona: Ed. Masson

Gavino, L. A., (1995). *Problemas de alimentación en el niño (Manual práctico para su prevención y tratamiento)*. Ed. Pirámide, Madrid.

Guías diagnósticas terapéuticas. *Revista del I.M.S.S.*. Vol. I pp. 271-274.

Kerlinger, F. N., (1979). *Behavioral Research: A Conceptual Approach*, Holt, Nueva York: Rinehart and Winston.

Kirschenbaum, D., S., Johnson, W., G. y Stalonas, P., M. (1989). *Tratamiento de la obesidad en niños y adolescents*. Barcelona: Martínez-Poca.

Lazarus, R., (1966). *Psychological Stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill, Inc.

Mahoney, Michael J., Kathryn, Manhoney, (1990). *Control permanente de peso: una solución total al problema de las dietas*. México: trilltas, 28-31, 122-27, pp. 130-133, 165-169.

Ostermann, R. F., y Gutiérrez, R. E. *The SWS Survey: cross-cultural assessment of positive-negative mental health and stress variables*. *International Journal of Psychology*. V. 27

Paillard, Bloch y Piéron, (1966). *Psicofisiología de la conducta*, ed. Paidós. Buenos Aires. Cap. III sec. III.

Rodriguez M. J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid.

Sarason y Spielberg, (1976). *Stress and anxiety vol. 3*. Hemisphere Publishing Corporation. Washington London.

Saucedo, M. T. (1996). *FACTORES DE CRIANZA E INTERACCIÓN FAMILIAR: PREDICTORES DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS*. Tesis de maestría. Facultad de Psicología U.N.A.M.

Selye, H., (1936). "A syndrome produced by diverse nocuous agents". *Nature* 138, p 32.

Selye, H., (1946). "The general adaption syndrome and the diseases of adaption" *Clinical Endocrinology* 6. pp. 117 - 230.

Selye, H., (1950). *Stress*. Montreal. *Acta Incompleta*.

Selye, H., (1957). "Stress beherrscht unser Leben, Düsseldorf (1957-1974): stress, Bewältigung and Lebensgewinn, Muniach (1974), como libro de bolsillo: Reinbek (1977).

Selye, H., (1974). *Stress Without Distress*. J.B. Lippincot Company, Nueva York.

Selye, H., (1976). *The stress of life*. 2ª edición, Nueva York: McGraw-Hill, Inc.

Sorosky, A. D. (1988). *Un panorama de los trastornos de la alimentación*. En S. C. Feinstein y A. D. Sorosky (Comps.). *Trastornos en la alimentación* pp. 11-22. Argentina: Nueva Visión.

Spielberg y Sarason, (1975). *Stress and anxiety vol. 5* Washington London: Hemisphere publishing corporation.