



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON EL
ESTRÉS EN ALUMNAS DEL CECYTEM DE NAHUATZEN,
MICHOACÁN.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Alejandra Maldonado Villa

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

URUAPAN, MICHOACÁN., 9 DE AGOSTO DE 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

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

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	14
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés	17
1.2.1. El estrés como estímulo.	18
1.2.2. Estrés como respuesta.	19
1.2.3. El estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).	22
1.2.3.1. El concepto integrador del estrés	24
1.3. Los estresores.	26
1.3.1. Los estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos	27
1.3.2. Estresores biogénicos.	29
1.3.3. Estresores en el ambiente académico	30
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés	32
1.5. Los moduladores del estrés	33
1.5.1. El control percibido	33

1.5.2. El apoyo social	34
1.5.3. El tipo de personalidad:A/B	36
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos.	37
1.6. Los efectos negativos del estrés	38

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación..	40
2.2. Definición y características de los trastornos alimenticios.	42
2.2.1. Anorexia nerviosa	42
2.2.2. Bulimia nerviosa	45
2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	49
2.2.4. Vómitos y otras alteraciones psicológicas.	49
2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	50
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	53
2.3.1. Organización oroalimenticia.	54
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	56
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	57
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	60
2.5.1. Factores predisponentes individuales	60
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	66
2.5.3. Factores socioculturales.	69
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	72
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	75
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	77

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión	79
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.	82
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	85

Capítulo 3. Descripción metodológica, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	91
3.1.1. Enfoque cuantitativo	91
3.1.2. Investigación no experimental	93
3.1.3. Estudio transversal	94
3.1.4. Diseño correlacional	94
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	96
3.2. Población y muestra	101
3.2.1. Delimitación y descripción de la población	102
3.2.2. Proceso de selección de muestra.	102
3.3. Descripción del proceso de investigación	103
3.4. Análisis e interpretación de resultados	105
3.4.1. Los trastornos alimentarios	105
3.4.2. Descripción de la variable estrés.	109
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios	111
Conclusiones	118
Bibliografía	121
Otras fuentes de consulta	124

Anexos

RESUMEN

La investigación “Los trastornos alimentarios y su relación con el estrés en alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Mich”. Se realizó en el año 2011, en la comunidad de Nahuatzen, Michoacán.

Este estudio buscaba establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de las alumnas del CECyTEM.

Para la evaluación de la variable estrés se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R). Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2).

La metodología fue no experimental, correlacional y transversal. La población estudiada consistió en 100 alumnas de entre 14 y 18 años de edad.

Los resultados obtenidos indican que existe una relación significativa entre el estrés y algunos indicadores de trastornos alimentarios, específicamente en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social. En estas escalas se puede corroborar la hipótesis de trabajo. En contraparte, en el resto de las escalas no se pudo verificar la correlación significativa con respecto al estrés.

INTRODUCCIÓN

En este apartado se hace mención de las partes que forman la estructura de la investigación, y son: los antecedentes, el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, la justificación y el marco de referencia. A continuación se señala cada uno de ellos.

Antecedentes

Tanto el estrés como los trastornos alimentarios se han convertido hoy en día en problemas de salud pública muy importantes, motivo por el cual se hace imperante su estudio más a fondo; a continuación se dan las definiciones de dichos fenómenos.

De acuerdo con Caldera y cols. (2007) el término estrés fue utilizado inicialmente por Hans Selye, en la década de 1930, cuando observó que los pacientes que estudiaba presentaban síntomas comunes como cansancio, pérdida de peso y astenia, entre otros síntomas inespecíficos, con independencia de la enfermedad que padecían.

A partir de las observaciones del autor citado, el estrés ha sido estudiado por diferentes disciplinas como la medicina, la biología y la psicología.

Para Selye (citado por Palmero y cols.; 2002), el estrés es la respuesta inespecífica del organismo, ante la presencia de alguna exigencia, originada por los requerimientos ambientales y mediada por las experiencias que el sujeto ha tenido a lo largo de su vida; este conjunto de factores actúan en conjunto para conducirlo a una toma de decisiones.

Actualmente, una de las definiciones más aceptadas es la que proporciona la Organización Mundial de la Salud, quien define el estrés como el “conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Por otro lado, dentro del concepto de trastornos alimentarios, se toman en cuenta tanto la anorexia como la bulimia.

Buena, Caballo y Sierra definen la anorexia como “la idea sobrevalorada de adelgazar, caracterizada por un conjunto de comportamientos dirigidos a mantener lo que el individuo considera el peso aceptable, con dietas totalmente irracionales y sin poder deshacerse de un angustioso miedo a engordar” (citados por López y cols.; 2006, en www.tallersur.com).

Ruiz y colaboradores, citando al DSM-IV, definen la anorexia nerviosa como “el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considera la edad y talla” (Ruiz y cols.; 2004: 13).

Con respecto a la bulimia, de acuerdo con Butcher y cols. (2007), este término fue utilizado en 1979 por Rusell, psiquiatra británico; fue adoptado por el DSM en 1987. La definición de bulimia que se cita en la cuarta versión de dicho manual, indica que “la bulimia consiste en la presencia de atracones que se caracterizan por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: un período de 2 horas) en cantidad superior a la mayoría de las personas que ingieren en el mismo lapso de tiempo” (Ruiz y cols.; 2004: 14).

Los fenómenos antes mencionados han sido estudiados en el pasado y lo siguen siendo en la actualidad. Enseguida se hace mención de algunas investigaciones al respecto.

Bermúdez y cols., en el año 2006, realizaron una investigación denominada “Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina”. Tal investigación fue un estudio descriptivo, para el cual utilizaron una encuesta transversal anónima en donde se establecieron características sociodemográficas, culturales, escolares y motivacionales, así como la presencia de estrés, depresión, disfunción familiar y consumo de sustancias. La población utilizada constó de 212 estudiantes entre 17 y 31 años, de 2° a 11° semestre. Como conclusiones, se encontró que existe una relación significativa entre el rendimiento académico y el estrés, y de éste con la depresión, el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar.

Caldera y cols. (2007) llevaron a cabo una investigación llamada “Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos”; dicha investigación buscaba identificar y describir las relaciones entre el estrés y el rendimiento académico. La población estudiada consistió en el 100% de la matrícula de la carrera, que equivalía a 115 alumnos. En la recolección de datos se utilizó el Inventario de Estrés Académico (IEA).

Los resultados que se obtuvieron arrojaron una descripción inicial sobre los niveles estrés y rendimiento académico de los estudiantes, pero a la vez, por ser un estudio exploratorio, se abrió la posibilidad del surgimiento de nuevos temas de investigación. Este primer acercamiento sugiere que se realicen estudios comparativos con otros programas educativos y sobre todo, analizar a detalle las posibles causas que originen similitudes o diferencias en los resultados.

Ruiz y cols. (2004) llevaron a cabo una investigación llamada “Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”. El objetivo de la investigación consistió en detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes pertenecientes al Centro Nacional de Rehabilitación. La investigación fue de tipo descriptivo y transversal, la población de estudio fue de 100 adolescentes hombres y mujeres entre los 15 a 20 años de edad. Divididos en dos grupos de 50 adolescentes, el primero conformado por 25 hombres y 25 mujeres que realizaban práctica deportiva aeróbica pertenecientes al

Servicio de Rehabilitación del Deporte del Centro Nacional de Rehabilitación, y el segundo formado por 25 hombres y 25 mujeres que no realizaban la práctica deportiva aeróbica. Se les aplicó la escala MD de treinta y tres reactivos cada uno sobre los trastornos de alimentación.

Se obtuvo como conclusión que los casos de trastornos alimentarios no son detectados a tiempo por familiares o por cualquier otra persona cercana al paciente debido a que no son tan fácilmente percibidos los cambios fisiológicos y psicológicos, ya que son considerados como patrones conductuales propios en el caso de la adolescencia y por cuestiones psicoculturales.

Behar y Valdés realizaron una investigación en el año 2009 llamada “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”. La llevaron a cabo con 100 mujeres, con y sin trastornos alimentarios, utilizaron la Escala de Autoevaluación del Estrés, el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ). Se obtuvo como resultado que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante el año previo al diagnóstico. Se concluyó que se enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los trastornos alimentarios, especialmente la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

Planteamiento del problema

El tema de estrés ha sido ampliamente estudiado, varios autores han establecido la existencia de una relación significativa entre los niveles de estrés y diversas patologías, entre las que se encuentran los trastornos alimentarios. Dichas investigaciones han tenido lugar en las grandes ciudades, donde la gente maneja elevados niveles de estrés, propios de la vida acelerada. Sin embargo, los estudios han dejado de lado a las comunidades indígenas donde el ritmo de vida, las relaciones familiares y socioculturales son completamente diferentes a lo observado en las zonas urbanas.

La preocupación por la imagen física ha generado estrés en los adolescentes, de manera particular en las mujeres. Anteriormente se observaba este fenómeno en las grandes ciudades, pero en la actualidad puede estar presentándose también en el ámbito rural, debido a la modernización.

De acuerdo con lo anterior se busca responder a la siguiente pregunta:

¿Existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011?

Objetivos

La presente investigación busca alcanzar las directrices mencionadas a continuación.

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Identificar las causas del estrés.
3. Describir el cuadro sintomatológico del estrés.
4. Presentar los principales enfoques teóricos del estrés.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
6. Identificar las causas de los trastornos alimentarios.
7. Identificar los aspectos psicológicos de los trastornos alimentarios.
8. Medir el nivel de estrés de las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011.

9. Evaluar la presencia de los rasgos psicológicos de los trastornos alimentarios en las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-211.
10. Determinar la correlación estadística entre el estrés y los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-211.

Hipótesis

Después de una revisión bibliográfica inicial, se elaboraron las siguientes explicaciones tentativas acerca de la realidad de estudio.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011.

Operacionalización de las variables de la investigación

La variable estrés se identificará como el resultado obtenido de cada sujeto en la aplicación de la prueba CMAS-R, de los autores Reynolds y Richmond (1997), la cual está conformada por cuatro escalas y una más que mide la mentira en el sujeto investigador.

Por su parte, la variable de trastornos alimentarios se identificará por el puntaje que el sujeto obtenga en la aplicación de la prueba Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David M. Gardner (1998). La cual ubica 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

Justificación

La presente investigación beneficiará directamente a las adolescentes evaluadas, puesto que podrán conocer el nivel de estrés que manejan, y en qué medida presentan rasgos psicológicos relacionados con los trastornos alimentarios. Si se identifican niveles elevados de éstos, los padres podrán tomar medidas al respecto, lo cual es en beneficio de la salud tanto física como mental de sus hijas.

La institución adquirirá conocimiento en estos temas, comprensión acerca de la problemática que vivan sus alumnas, y así podrá crear estrategias que le permitan

brindar un mejor servicio a su población estudiantil, no sólo en el aspecto educativo sino también en el desarrollo integral del mismo.

Al campo de la psicología se realizan las siguientes aportaciones: obtener más información acerca del estrés y de los trastornos alimentarios, a través de la investigación teórica y empírica, la cual se realiza en una comunidad rural, que constituye un escenario que se ha dejado de lado, puesto que las investigaciones que existen se han realizado en núcleos urbanos. Esta indagación, en particular, da pie a que se puedan crear estrategias preventivas y de intervención efectivas en este tipo de poblaciones.

La investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo porque tanto el estrés como los trastornos alimentarios son temas recurrentes en la consulta clínica, por lo cual el profesionista mencionado necesita tener un conocimiento profundo al respecto, pues sólo de esta manera podrá realizar un trabajo eficaz.

Marco de referencia

La institución en la que fue posible llevar a cabo la presente investigación es el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Michoacán (CECyTEM) #18, de Nahuatzen, Michoacán. Se encuentra ubicado en la calle Amado Nervo #192, Colonia Centro, Barrio 1°. Tiene 6 años prestando sus servicios. Los alumnos a los que se atiende se encuentran entre los 14 y 18 años de edad; el 90% de ellos es de escasos recursos. Además de recibir alumnos de Nahuatzen, asisten de diferentes comunidades: Comachuén, Arantepacua, Cherán, Turícuaro, Sevina, San Isidro, Paracho, Rancho del Pino y Rancho del Padre. La población actual de 352 alumnos, 21 docentes, y 14 miembros de personal administrativo.

La institución es pública, con incorporación a la SEP, y se encuentra regulada por el CECyTES. La dirección está a cargo de la Ingeniera Andrea Ayala Montero.

Enseguida se hace referencia a la misión, visión, filosofía y fundamentos del CECyTEM; es pertinente señalar que la información fue obtenida mediante entrevista realizada a la directora del plantel.

Misión: contribuir al desarrollo socioeconómico del Estado de Michoacán, mediante la formación de profesionistas de nivel medio superior de calidad, en las áreas que el estado requiera modernizar e impulsar, con especial énfasis en una formación armónica entre la teoría y su aplicación práctica, así como la preservación

de los valores nacionales y culturales, sustentado en una dinámica actualización de la planta docente y administrativa.

Visión: convertirse en centros de apoyo tecnológico para impulsar el desarrollo de las regiones donde se encuentran trabajando.

Fundamentos: este tipo de planteles ofrece un bachillerato bivalente, es decir, que imparte materias de tronco común, y una especialidad tecnológica: análisis y tecnología de alimentos, informática, gestión administrativa y puericultura. Se busca formar a los jóvenes en el ámbito técnico, pero con la posibilidad de que puedan estudiar una licenciatura.

Estas instituciones fomentan el desarrollo integral, al manejar el lado humano. Tienen un Programa llamado “Rumbo a la excelencia”, encaminado a abrir expectativas e incrementar la visión y competitividad del alumno. Este Modelo educativo fue implementado por el fundador de los CECyTEM, el Ing. Julio Antonio Luna García.

La planta docente está conformada por: Ingenieros (Mecánico, Industrial, Agronomía y Sistemas Computacionales), dos Psicólogos, un Pedagogo, un Médico Veterinario Zootecnista, un Licenciado en Administración de empresas, un Médico, un Licenciado en Derecho, un Contador, un Licenciado en Informática, un Técnico en Inglés, dos Bioquímicos, un Licenciado en Educación Física y un Licenciado en Educación.

La infraestructura del lugar está compuesta por 13 salones, un laboratorio de informática, una sala de maestros, un área administrativa, la dirección, un salón que hace la vez de prefectura y almacén, además de dos canchas deportivas: una de fútbol y la otra que es utilizada para el basquetbol y el volibol; no cuenta con áreas verdes.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En este capítulo se señala la evolución del concepto de estrés, los enfoques teóricos del mismo: como estímulo, como respuesta y como interacción. Los diferentes tipos de estresores, es decir, de las situaciones causantes de estrés, entre los que se encuentran los psicosociales, los biogénicos y los del ámbito académico. Además se indican los procesos del pensamiento que propician el estrés, así como sus moduladores: el control percibido y apoyo social, que son los recursos sociales y personales que el individuo utiliza para manejar el estrés. Finalmente se menciona cómo influye la personalidad para el desarrollo de enfermedades relacionadas con el estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

En este apartado se señala de manera general, el modo en que la palabra estrés ha ido evolucionando, y se mencionan los autores de mayor relevancia.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000) en el siglo XIV la palabra estrés era utilizada para dar significado a momentos de angustia, dureza, aflicción o adversidad. Cuando el físico y biólogo Robert Hooke intentó ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras resistentes, capaces de soportar pesadas cargas, terremotos y otras fuerzas de la naturaleza, se dio la primera importancia técnica a la palabra estrés,

esto fue en el siglo XVI. Dicha condición fue definida por Hooke como “una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico, que sería análoga a la carga que un puente podría soportar” (Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

Una de las ideas de Hooke con implicación práctica para los psicólogos fue que la capacidad de las personas para sobrellevar el estrés, es como la capacidad de los metales para soportar las cargas.

Sánchez (2007) señala que el médico francés Claude Bernard, demostró el hecho de que los seres vivos están provistos de manera genética por la naturaleza, para enfrentar las eventualidades del ambiente externo. Dicho galeno sometió al organismo a presiones externas con la finalidad de estudiar las consecuencias que esto tendría en el equilibrio del organismo.

Con lo anterior, para el médico mencionado, la base de la salud consiste en “el éxito del organismo en el mantenimiento del equilibrio. La pérdida de éste se relaciona así con la pérdida de la salud” (Sánchez; 2007: 16).

Por otro lado Sánchez (2007) señala que los trabajos de Bernard fueron continuados por el fisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon, quien propuso el término homeostasis en 1922, haciendo referencia a los procesos fisiológicos que mantienen de manera continua el medio interno.

Este personaje hizo hincapié en la función que el sistema nervioso central tiene, por un lado, en el control de la homeostasis, y por el otro, en la descarga de adrenalina, a cargo de la médula de las glándulas suprarrenales, que se realiza cuando se detecta alguna agresión. Esto prepara al organismo para defenderse, como consecuencia, de las alteraciones cardiovasculares que el organismo experimenta.

Dicha reacción prepara al organismo para huir o enfrentar, y las reacciones que se provocan consisten en que: “las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder a la amenaza, y las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan de una manera que la sangre es bombeada en forma más abundante y rápida para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer las respuestas al peligro” (Sánchez; 2007: 15).

Lazarus y Lazarus (2000) señalan que durante la Primera Guerra Mundial, las crisis emocionales que sucedían en las batallas tenían una explicación de tipo neurológico y no psicológico. Ya para la Segunda Guerra Mundial, por parte de las autoridades militares, surgió un gran interés por el estudio del estrés, pues habían observado que muchas veces a consecuencia de éste, los hombres se escondían del enemigo, no disparaban sus armas y se desmoralizaban. Se quería encontrar una forma de seleccionar a hombres, que fueran resistentes al estrés y, además, buscaban una manera eficaz de manejarlo.

Después del conflicto bélico anterior, el estrés empezó a ser visto de manera profesional y general. Se evidenció que dicha condición se aplicaba también a diversas situaciones de la vida cotidiana, como el crecimiento, asistir a la escuela, pasar un examen o contraer matrimonio; tales experiencias podían ocasionar disfunciones psicológicas y aflicción, como en el combate militar.

Ya desde las décadas sesenta y setenta del siglo pasado, se concebía el estrés como causa de disfunción y angustia humana. Actualmente ya no se observa sólo el lado negativo del estrés, pues es visto como una respuesta natural ante las exigencias de la vida, y es necesario cierto grado para movilizar los esfuerzos encaminados a enfrentar los problemas habituales del ser humano.

Con respecto al tema de la vulnerabilidad, ha quedado claro que debido a las diferencias individuales, no se pueden predecir de manera fácil los efectos del estrés.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

Existen tres perspectivas teóricas desde las cuales se puede comprender el fenómeno del estrés; el primero lo concibe como estímulo, el segundo como respuesta y el tercero como interacción entorno-persona.

A continuación se hace la descripción de cada uno de ellos.

1.2.1. Estrés como estímulo.

Este modelo maneja que para cada estímulo existe una respuesta, lo anterior tiene su base en las ciencias físicas, especialmente en la ingeniería (Travers y Cooper; 1997).

Como antecedente, Hipócrates, en el siglo V a.C., creía que las características de salud y enfermedad eran condicionadas por el entorno.

Fisher indica al respecto: “asumimos que el estrés es una condición ambiental. Este entorno puede ser físico o psicológico” (citado por Travers y Cooper; 1997: 31).

En este enfoque es necesario identificar los estímulos potencialmente estresantes, entre los cuales se pueden identificar: “presiones ambientales (el ruido), sociales (el racismo), psicológicas (la depresión), físicas (la discapacidad), económicas (la pobreza) y los desastres naturales (inundaciones)” (Travers y Cooper; 1997: 31). De acuerdo con lo anterior, se puede medir el daño que causa cada estímulo.

Esta teoría señala que cada persona tiene un nivel de tolerancia que se puede superar, sin embargo, cuando es rebasado, se pueden tener en consecuencia daños permanentes o temporales. El individuo está expuesto de manera permanente a gran cantidad de presiones que puede manejar de manera eficaz, pero también basta un

acontecimiento poco significativo para que se pierda el equilibrio (Travers y Cooper; 1997).

Selye maneja la existencia de cuatro tipos de estrés que un individuo puede experimentar: “exceso de estrés o «hiperestrés», defecto de estrés o «hipoestrés»; mal estrés o «distrés» y buen estrés o «eustrés»” (citado por Travers y Cooper; 1997: 32). Además, hace hincapié en que el estrés es un rasgo vital, que se puede considerar estimulante, y no sólo asumirlo como un término negativo.

1.2.2. Estrés como respuesta

En esta concepción se describe la reacción que tiene la persona frente a un estímulo amenazador o desagradable: “se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión” (Travers y Cooper; 1997: 29).

Tensión, presión y esfuerzo son sustantivos que se utilizan conjuntamente con el estrés. La manifestación esta condición es el punto más importante en este modelo. Las respuestas se dan en tres niveles: fisiológico, psicológico y conductual (Travers y Cooper; 1997).

De acuerdo con Fontana (1992), Hans Selye hizo popular el término Síndrome de Adaptación General, que es el modelo de la reacción de los individuos ante los estresores, y reconoce tres fases de respuesta: la reacción de alarma (el organismo

está alerta), la etapa de resistencia (hay un desencadenamiento de la actividad autónoma) y, finalmente si esta actividad dura demasiado, se presenta la tercera etapa, de agotamiento (ocurre daño y colapso).

Por su parte, Sánchez (2007) indica que en la fase de alarma el organismo se prepara para enfrentar una situación de emergencia, nueva e inesperada. Ante la cual echa mano de todos sus recursos y energía. Selye señala respuestas de tipo fisiológico en los sistemas: nervioso central, muscular, neuroendocrino y circulatorio. El organismo se prepara para responder ante el peligro, de esta manera, cuando se presenta una situación de riesgo o alarma, el cerebro estimula al hipotálamo, éste secreta la hormona ACTH (adrenocorticotropina), que se dirige a la glándula suprarrenal, donde se liberan otras hormonas. La médula suprarrenal libera además adrenalina, responsable de la mayor parte de los síntomas del estrés.

El organismo utiliza al máximo sus mecanismos de defensa y sus reservas, si la situación persiste. Esta fase tiene lugar cuando los estímulos estresores se mantienen de manera constante, por lo que hay una excesiva actividad a nivel fisiológico y psicológico, que somete al organismo a esfuerzos extremos que le permitan adaptarse. En este punto se da un aparente equilibrio entre el ambiente externo e interno, sin embargo, si la situación se mantiene durante mucho tiempo, pueden llegar al agotamiento las glándulas suprarrenales, la hipófisis y el hipotálamo.

El organismo, después de estar expuesto de manera prolongada al estrés, entra en la tercera fase, de agotamiento, y acaba sus recursos energéticos.

Fontana (1992) indica que los efectos del estrés excesivo se pueden dividir en tres grupos, que son:

“Efectos cognoscitivos.

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

Efectos emocionales.

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

Efectos conductuales generales.

1. Aumento de los problemas del habla.
2. Disminución de los intereses y el entusiasmo.
3. Aumento del ausentismo.
4. Aumento del consumo de drogas.
5. Descenso en los niveles de energía.
6. Alteración de los patrones del sueño.
7. Aumento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas.
8. Se ignora a la nueva información.
9. Las responsabilidades se depositan en los demás.
10. Se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial.
11. Aparecen patrones de conducta excéntricos.
12. Pueden hacerse amenazas de suicidio” (Fontana; 1992: 12-15).

El autor señala además, que dichos efectos pueden variar de un individuo a otro. Cabe mencionar que incluso en los casos graves, no se presentan todos los síntomas.

1.2.3. El estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).

El estrés se presenta cuando la magnitud de los estímulos estresantes es superada por la capacidad del individuo para resistirlos; para poder controlar la experiencia estresante, éste puede aprender maneras que le lleven a cambiar la forma en que reacciona o puede intentar modificar su entorno.

Lo que realmente tiene importancia en este enfoque es cómo es percibido el estímulo estresante, más que la existencia objetiva de éste, lo cual conlleva a señalar que “el estrés se define como un concepto relacional mediado de forma cognitiva” (Travers y Cooper; 1997: 32).

Estos autores exponen la existencia de cinco puntos relevantes que hay que tomar en cuenta con respecto al modelo cognitivo, los cuales son:

1. Valoración cognitiva: la experiencia es percibida de manera subjetiva, y puede ser considerada desde tres puntos de vista, en el primero como una situación neutra (irrelevante), en el segundo como una condición positiva (beneficio) y desde el tercero, la circunstancia se percibe como negativa (daño o amenaza).
2. Experiencia y familiaridad con la situación: tiene que ver con las vivencias previas, al tener en cuenta el éxito o fracaso que en ellas se tuvieron.
3. Exigencia: que incluye la percibida por el individuo y la real, además de la capacidad para responder con que se cuenta.
4. Influencia interpersonal: es decir, el modo en que la ausencia o presencia de otros individuos interviene en la experiencia subjetiva del estrés, así como en la forma de respuesta y superación.
5. Un estado de desequilibrio: cuando dicha disonancia tiene lugar, se crean estrategias para superar la situación, tomando en cuenta las experiencias pasadas que, si fueron positivas, restablecen el equilibrio, mientras que las negativas agravan la situación.

Lazarus y Lazarus (2000), por su parte, señalan que en el transcurso normal de la vida, la capacidad de afrontamiento del individuo puede verse debilitada debido a fenómenos como fatiga, períodos de demandas excesivas o enfermedad; además indican que existe un nivel de estrés óptimo, dado que: “por debajo de ese nivel, la persona siente aburrimiento; por encima, siente demasiada presión” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282).

1.2.3.1. El concepto integrador del estrés.

A partir de la revisión de los tres enfoques, es oportuno establecer el concepto de estrés, tomando en cuenta dos definiciones que se complementan, y hacen hincapié en la relación entorno- persona.

La primera toma en cuenta los siguientes puntos:

- “1. Existencia de una demanda.
2. Percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño.
3. El sujeto no dispone de recursos suficientes.
4. Presencia de una emoción negativa.
5. Peligro de inadaptación o desajuste psicológico” (Lazarus, citado por Trianes; 2002: 21-22).

Por su parte, Ivancevich y Matteson (1985: 23) señalan que el estrés “es una respuesta adaptativa mediada por las características individuales y/o procesos

psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y psicológicas”.

Si bien se ha hablado del estrés con un contenido negativo, es necesario enfatizar su sentido positivo, al que se llama eustrés.

Ivancevich y Matteson (1985) señalan que el eustrés es una palabra acuñada por Selye, la cual hace referencia al estrés que produce un resultado positivo. No causa ansiedad, sino satisfacción después de haber obtenido una meta desafiante.

El eustrés es necesario en la vida, incluso, parte del distrés que se experimenta es la ausencia de eustrés. Un estímulo puede causar distrés en una persona, y eustrés en otra. Parte del manejo efectivo del estrés es reconocer las diferencias individuales ambientes de trabajo idóneo, es necesario reducir el distrés y aumentar el eustrés.

El estrés es considerado como un estímulo neutro. Al respecto Ivancevich y Matteson dicen “El hecho de que sea una respuesta de adaptación que impone demandas especiales al individuo no es ni bueno ni malo, ni dañino ni beneficioso, es simplemente descriptivo de lo que sucede, en términos de la respuesta del individuo” (Ivancevich y Matteson; 1985: 247).

1.3. Los estresores.

El estrés es sinónimo de cambio. Cualquier situación que altere la rutina de vida genera estrés. No importa si es real o imaginaria, positiva o negativa.

La mayoría de las situaciones que causan estrés son de tipo psicosocial, por lo cual los estresores han sido clasificados de acuerdo con el tipo de cambios que ocasionan en las condiciones de vida (Palmero y cols.; 2002).

En relación con lo anterior, Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002), señalan la existencia de tres tipos de estresores o situaciones estresantes psicosociales. De acuerdo con la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona, éstos son: “Los cambios mayores, o estresores únicos, los cambios menores o estresores múltiples y los estresores cotidianos o microestresores” (Palmero y cols.; 2002: 425).

Estos autores indican que además se puede contar con un cuarto tipo, los biogénicos, los cuales “alteran directamente el proceso de activación fisiológica, sin la mediación de los procesos psicológicos” (Palmero y cols.; 2002: 425).

Enseguida se hace una breve descripción de cada uno de los tipos de estresores mencionados.

1.3.1. Los estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos.

En primer lugar, se tiene a los cambios mayores, entendidos como las alteraciones drásticas en la vida de un individuo, tales como “verse sometido a una situación bélica; ser víctima de la violencia o el terrorismo; sufrir importantes problemas de salud, que implique por ejemplo cirugía mayor o enfermedades terminales; el desarraigo y la migración; las catástrofes de origen natural, como los terremotos, inundaciones y cataclismos” (Palmero y cols.; 2002: 426).

Estos estresores tienen la característica común de ser perturbadores, y por lo tanto, ocasionan un efecto traumático; si bien suelen afectar a un gran número de personas, también pueden alterar a un solo individuo. Los hechos o situaciones estresantes pueden ser de larga duración como un encarcelamiento, o bien repentinos, como los huracanes (Palmero y cols.; 2002).

En segundo lugar, se tienen los cambios vitales, también llamados menores, se refieren a aquellas situaciones que pueden encontrarse fuera del control de la persona, como es el caso de la pérdida del trabajo o de un ser querido, una enfermedad discapacitante, amenaza a la propia vida. Sin embargo, también hay otros factores influidos de manera fuerte por el propio individuo, como presentar un examen importante, un divorcio o tener un hijo.

En la vida de las personas existe una serie de áreas en las que los cambios o sucesos tienen un alto significado, y por lo tanto una trascendencia vital, éstos suelen

ser más específicos para cada individuo, en comparación con los cambios mayores. Los cambios en las siguientes áreas se consideran como fuentes desencadenantes de estrés:

1. “La vida conyugal.
2. La paternidad.
3. Las relaciones interpersonales.
4. El ámbito laboral.
5. Las situaciones ambientales.
6. El ámbito económico.
7. Las cuestiones legales.
8. El propio desarrollo biológico.
9. Las lesiones o enfermedades somáticas.
10. Otros tipos de estrés psicosocial” (Palmero y cols.; 2002: 427).

En tercer lugar, se encuentran los estresores cotidianos, acontecimientos con alta frecuencia y poca relevancia. Son molestias que se viven diariamente y aunque son mucho menos dramáticas que los cambios vitales o mayores, pueden tener mayor importancia que éstos en cuanto a la conservación de la salud y el proceso adaptativo.

Algunos ejemplos de estresores cotidianos que suelen afectar a los individuos tienen que ver con temas como: aspectos en relación con la economía, las responsabilidades domésticas, el trabajo, problemas sociales y ambientales, la vida

personal, la salud, el mantenimiento del hogar, y por último, aquello que tiene relación con los amigos y la familia.

Hay dos tipos de estresores cotidianos:

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

1.3.2. Estresores biogénicos.

La mayoría de los estresores que enfrenta el individuo son psicosociales, por lo que es posible señalar que el estrés reside “en el ojo de quien lo contempla” (Palmero y cols.; 2002: 431), sin embargo, no son los únicos estresores que existen, también están los biogénicos, éstos actúan de forma directa al causar o desencadenar la respuesta de estrés. No utilizan la valoración cognitiva, actúan de manera directa en los núcleos afectivos y neurológicos, debido a las propiedades bioquímicas que poseen, la respuesta de activación del estrés se inicia directamente sin que sea necesario el proceso cognitivo-afectivo.

Como ejemplo estresores biogénicos se tienen:

1. Los cambios hormonales del organismo, que tienen lugar durante la pubertad, así como el síndrome premenstrual en las mujeres que ya pasaron dicha etapa. La causa de este tipo de estrés se debe al desequilibrio que se manifiesta entre las hormonas progesterona y estrógenos, pues son las principales responsables del ciclo menstrual.
2. La ingesta de determinadas sustancias químicas entre las que se encuentran: nicotina, anfetaminas, la cafeína, la fenilpropanolona, teofilina o teobromina.
3. Reacción a algunos factores físicos que ocasionan frío, calor o dolor extremo.
4. Estrés alérgico, causado por las alergias, que son una fuente de estrés, debido a que el sistema inmunológico sufre un desgaste muy grande de energía al combatir aquello que percibe como dañino para el cuerpo (Palmero y cols.; 2002).

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Además de los estresores antes mencionados, Hernández, Polo y Poza (citados por Barraza; 2003), toman como estresores propios del ámbito académico, los siguientes: excesiva carga académica, el trabajo en equipo, exponer trabajos; intervenir dentro del salón de clase al participar, responder o realizar preguntas; presentar un examen, dirigirse a la oficina de un profesor para tutoría, exceso de alumnos dentro del aula o la competencia entre los compañeros.

Por su lado, Barraza (2003) considera que dentro de los estresores más relevantes están: desagrado por el ambiente físico, limitación en el tiempo para realizar trabajos, falta de motivadores, las evaluaciones, desacuerdos o fricciones con los compañeros y/o maestros, responsabilidad excesiva, tipo de labor designada o interrupciones del trabajo.

Además, señala que al entrar y permanecer en la universidad, el estudiante está expuesto a algunas situaciones que contribuyen a la aparición de estrés y son: “dejar la casa paterna, tener que viajar diariamente muchos kilómetros, hacerse cargo de la economía, compartir vivienda o bien vivir sólo, atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales, eventos positivos como enamorarte o preparar un viaje de estudios, que aunque agradables también agregan cierta tensión” (Barraza; 2003: s/p).

En cuanto a cuáles son las respuestas ante el estrés académico, Hernández, Polo y Poza (referidos por Barraza; 2003) manejan la existencia de 12 tipos:

1. Preocupación.
2. Aceleración en los latidos del corazón, la respiración es agitada y/o falta el aire.
3. Los movimientos se vuelven torpes, se vuelven repetitivos con alguna parte del cuerpo o bien, el individuo permanece paralizado.
4. Se siente miedo.
5. Malestar en el estómago.

6. Fumar, beber o comer demasiado.
7. Pensar y sentir de manera negativa.
8. Temblor en piernas o manos.
9. La expresión verbal se dificulta, se presentan problemas como el tartamudeo.
10. La persona siente inseguridad con respecto a sí mismo.
11. Dificultades al tragar, sequedad de la boca.
12. Ganas de llorar.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Son distorsiones irracionales, creídas por la persona, tienden a ser reiterativas e inciden de forma directa, crean una incapacidad para hacer una evaluación objetiva de los sucesos, lo cual lleva a una disminución del procesamiento efectivo en el control del estrés. Entre las distorsiones más comunes están:

1. El filtraje, donde sólo se ve una parte de la situación y se excluye el resto.
2. La sobregeneralización, ya que a partir de un solo elemento se hace una conclusión generalizada.
3. La interpretación del pensamiento, en la que se hacen juicios repentinos sobre los demás a partir de que el individuo cree interpretar el pensamiento de éstos.
4. La polarización y visión catastrófica, la primera se refiere a ver cada situación en sólo dos puntos: todo como muy positivo o muy negativo,

mientras que en la segunda es consecuencia de la polarización, cuando ocurre algo malo, se interpreta como la peor de las desgracias que pudo ocurrir.

5. La falacia de control, tiene que ver con el sentido del control y el poder, y se establecen dos distorsiones: en una, la persona se ve como controlada por el exterior y se siente impotente, mientras que en la otra se percibe responsable de todo lo que tiene lugar a su alrededor y se siente omnipotente.
6. El razonamiento emocional, en el cual la persona cree que lo que siente tiene que ser verdadero.
7. La falacia del cambio, indica que el individuo está convencido de que su felicidad depende de los actos de los demás.
8. La culpabilidad, en la cual, la persona siente responsabilidad de las situaciones negativas que le ocurren a ella o a las personas cercanas.
9. El tener razón consiste en que el individuo se pone en una actitud de defensa, debido a que siente la necesidad de probar que su punto de vista es el correcto y su actuar es adecuado en todo momento.
10. La personalización, en la que cualquier acontecimiento el individuo lo relaciona consigo mismo.

1.5. Los moduladores del estrés.

La persona, para enfrentar el estrés y las emociones, utiliza recursos sociales y personales; las estrategias que elige dependen de sus características personales y de la situación.

Los moduladores son factores indispensables para predecir o determinar el curso del proceso del estrés y las consecuencias de éste en la salud; son de carácter social y personal. Dichos moduladores están presentes en la persona aunque no esté sometido a estrés, pero en las situaciones estresantes se hacen más evidentes (Palmero y cols.; 2002).

1.5.1. El control percibido.

Fontain y cols., retomados por Palmero y cols. (2002), señalan que el control percibido es la creencia general sobre el grado en que uno mismo es capaz de intervenir para lograr metas y objetivos deseados, al regular las dificultades que acontecen en el curso de su consecución.

Palmero y cols. (2002), señala que el control percibido puede llegar a tener importantes efectos sobre la conducta.

Por su parte, Cascio y Guillén (2010) indican que las personas tienen ciertas expectativas de control, ya sea interno o externo. En el primer caso tienen la creencia

de que lo que les ocurre es consecuencia de sus propias acciones; los de control externo, por el contrario, tienen la creencia de que lo que les ocurre es resultado de otras personas, la suerte o el azar. Estos individuos son los más afectados, pues al considerar que sus experiencias dependen de factores ajenos, no toman medidas de prevención ni evitan el impacto negativo del estrés y, por ello, su salud se ve disminuida.

1.5.2. Apoyo social.

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

En cuanto al modo de acción del apoyo social sobre el estrés y la salud, se han manejado dos hipótesis: la del efecto indirecto o protector y la del efecto directo o principal.

La primera sostiene que:

1. El estrés sólo tendrá efectos negativos en los individuos que cuenten con poco apoyo social.
2. El apoyo social no mejora el bienestar sin la presencia de estresores sociales, puesto que sólo sirve de protección ante los efectos negativos del estrés.

3. El apoyo puede disminuir la percepción de amenaza, redefine la propia capacidad de respuesta y evita, así, la presencia de estrés.

La segunda indica que:

1. El apoyo fomenta el bienestar y la salud con independencia del nivel de estrés.
2. A mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico.
3. A menor nivel de apoyo social, mayor malestar psicológico.

Así, el apoyo social cumpliría una función preventiva, y determinaría la vulnerabilidad para experimentar algunas situaciones estresantes.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.

Travers y Cooper (1997) señalan que Friedman y Roseman estudiaron los conceptos de tipo de personalidad, denominados A y B, y que éstos son un conjunto de reacciones emocionales, modelos de conducta y actitudes que tienen que ver con los pacientes que presentan enfermedades debidas al estrés.

Las características que permiten identificar a una personalidad de tipo A, son las siguientes:

1. Manifiestan impaciencia y apresuran la velocidad con que se expresan otros.
2. Pronuncian las últimas palabras de la frase con mayor velocidad que las primeras.
3. Se mueven, caminan y comen rápidamente.
4. Hacen dos actividades a la vez.
5. Hacen girar la conversación en torno a ellos.
6. Se sienten ligeramente culpables cuando intentan relajarse.
7. No se percatan de las cosas interesantes o agradables que ocurrieron durante el día.
8. Tienen sentido crónico de urgencia del tiempo.
9. Tratan de organizar la mayor cantidad de actividades en el menor tiempo posible.
10. No sienten atracción por la gente de su mismo tipo, pues entran en competencia y se despiertan sentimientos de hostilidad (Travers y Cooper; 1997).

En relación con los individuos del tipo B, presentan rasgos opuestos a los mencionados en el tipo A.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos.

Los cardiólogos Friedman y Roseman (citados por Travers y Cooper; 1997) observaron que sus pacientes con enfermedad coronaria tenían un patrón de

conducta y reacciones emocionales semejantes, a las que en conjunto llamaron conducta del tipo A.

Numerosos investigadores conductuales y médicos han sugerido que existe una relación entre el estrés y los individuos con una personalidad de este tipo.

Las personas con conducta tipo A, aumentan la probabilidad de exposición a ciertos estresores, disminuyen la resistencia al estrés al negarse, por ejemplo, a tomar vacaciones o relajarse. De acuerdo con lo anterior, dichos sujetos, al exponerse de manera constante a los estresores, crean estrés por sí mismos (Ivancevich y Matteson; 1985).

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Cuando no se pueden manejar de manera adecuada los efectos del estrés, éstos pueden causar afecciones conocidas como enfermedades de adaptación, que no son resultado de un agente directo, sino del fracaso por mantener el equilibrio.

Entre las enfermedades que tienen relación con el estrés se encuentran:

1. Hipertensión.
2. Las úlceras.
3. La diabetes.
4. Las jaquecas o dolores de cabeza.

5. El cáncer.

Resulta relevante señalar que el daño fisiológico puede incrementarse, aunque sea parcialmente, a partir de un proceso que comenzó de manera psicológica (Ivancevich y Matteson; 1985).

Con todo lo anterior se puede señalar que el estrés es un estímulo neutro, es decir, que no es por sí mismo provechoso ni nocivo, sino que sus efectos dependen del modo en que el sujeto lo maneje. Ante el estrés la persona presenta respuestas a nivel fisiológico, psicológico y conductual; se consideran cuatro tipos de esta condición: hiperestrés, hipoestrés, distrés y eustrés. Así pues, la variable estudiada en el presente capítulo es un rasgo vital, que se puede considerar estimulante, y no sólo encasillarlo como negativo.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El presente capítulo presenta la información relativa a la segunda variable de la investigación. Para dicha finalidad, se revisarán sus antecedentes, definición, características, clasificación de las perturbaciones más comunes y, finalmente, el perfil que suelen presentar los sujetos con trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

Ya desde la antigüedad se puede observar la presencia de desorden en la conducta alimentaria. La forma de comer de antaño era desmesurada, sin embargo, tenía un carácter social en cuanto a demostración de poder, además de un simbolismo sagrado (Jarne y Talarn; 2000)

En la cultura cristiana la restricción en la alimentación se asoció a un simbolismo religioso. Los místicos y los primeros religiosos practicaban como penitencia el ayuno, expresaban con ello rechazo hacia el mundo y además consideraban que para llegar al nivel espiritual más elevado, debían seguir ese camino (Jarne y Talarn; 2000).

Si bien no todos los casos que se describen tienen relación con el sacrificio y la penitencia. Se han encontrado documentos de casos de inanición por rechazo de

alimentos del siglo XVII. Una chica de nombre Marthe Taylor, presentó un cuadro de inanición, en 1667, más adelante también se hizo presente la amenorrea, con lo cual la joven restringió aún más la alimentación y vomitaba todo lo que comía.

Casi al mismo tiempo, en 1873, Lassage en París y Gull en Londres, describieron de manera completa cuadros de anorexia. Gull señaló que no existía patología orgánica que diera justificación a la clínica anoréxica, inclinándose así por una etiología psicógena (Jarne y Talarn; 2000).

Las primeras teorías sugieren una afección de origen panhipopituitario. Posteriormente las hipótesis de origen psicológico se impusieron, en especial las que surgieron del psicoanálisis. A partir de los años setenta se empieza a tener una visión heterodoxa y pragmática, ya que “se considera que en la génesis del trastorno deben confluir un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales” (Jarne y Talarn; 2000: 142). Se maneja un tratamiento multidisciplinario que aborde los tres núcleos de conflicto en la anorexia que son: los pensamientos alterados, la figura y el peso.

Para 1979, Russell, denominó bulimia nerviosa a los cuadros caracterizados por episodios de ingesta voraz y conducta de purga posterior; el autor indicó que es una forma de evolución de la anorexia nerviosa, sin embargo, no quiere decir que una persona que presente los síntomas de bulimia nerviosa tenga que presentar antecedentes de anorexia nerviosa (Jarne y Talarn; 2000).

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

En este apartado se señalan las características más sobresalientes que se presentan en los trastornos alimenticios.

De acuerdo con Jiménez (1997), los trastornos alimenticios se pueden definir como un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación.

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los trastornos alimenticios de mayor incidencia que suponen un riesgo para la salud. Enseguida se abordan estos dos trastornos.

2.2.1. Anorexia nerviosa.

Aunque se ha dicho que la principal característica de la anorexia es la falta de apetito, el auténtico problema no es ese. Lo esencial del trastorno de acuerdo con los criterios del DSM-IV (APA; 2002) es:

1. Intenso miedo de aumentar de peso y engordar.
2. Rechazo a mantener el peso corporal normal adecuado a la estatura y edad de la persona.
3. Existe una distorsión en la percepción de la forma y tamaño del cuerpo.

4. Cuando se trata de mujeres que hayan superado la menarquía, es requisito que existan, al menos, tres faltas de manera consecutiva del período menstrual, es decir, que se presente amenorrea.

En este último punto, existen autores como Cachelin y Maher (citados por Jarne y Talarn; 2000), quienes señalan que las mujeres que no cumplen este criterio están igual de enfermas que las que sí lo hacen. En el caso de los hombres, el criterio debe equivaler a una disminución de los niveles de testosterona y del apetito sexual.

Jarne y Talarn (2000) complementan la información anterior con los siguientes datos en cuanto a la epidemiología:

1. La anorexia nerviosa está asociada de manera evidente con el sexo femenino, entre el 90 y 95% de las personas que padecen este trastorno son mujeres.
2. Se considera que los factores socioculturales tienen más relevancia que los biológicos.
3. Las edades de aparición suelen ser al final de la infancia, durante la adolescencia y al inicio de la juventud.
4. En las primeras investigaciones se encontró que este trastorno se presentaba en los niveles socioculturales medio altos y altos, sin embargo, en la actualidad afecta a todos los niveles. Esto se atribuye a las actitudes

de los adolescentes hacia la imagen corporal, el peso, la sexualidad y la comida, que se presentan con independencia de la clase social.

5. En cuanto a la educación, se considera que las pacientes anoréxicas tienen un rendimiento intelectual alto, son exitosas en los estudios y presentan conductas de autoexigencia, perfeccionismo y deseo de agradar a los demás, lo que crea un marco idóneo para el desarrollo de la enfermedad.

Existen alteraciones perceptuales, cognitivas y conductuales. Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta son los aspectos psicopatológicos, donde la ansiedad se presenta desde el inicio de la enfermedad, debido a la relación que las pacientes establecen con ésta. La ansiedad es generalizada y se puede observar en relación con varios asuntos. El miedo es el principal tema, específicamente a engordar, y llega manifestarse como una auténtica fobia.

La depresión se asocia con la anorexia nerviosa, y el cuadro que presentan las personas que la padecen, consiste en un aislamiento, ya que dejan de disfrutar las actividades que antes les eran placenteras, además presentan sentimientos de minusvalía, insomnio, llanto, sentimientos de desesperanza y culpa. La lucha que manifiestan con el ambiente y con ellas mismas para mantener las conductas restrictivas, ocasiona sentimientos de inutilidad y fracaso (Jarne y Talarn; 2000).

Butcher y cols. (2007) indican que hay dos tipos de anorexia: el restrictivo y el compulsivo-purgativo. La diferencia principal entre ambos está en relación con la estrategia que se utiliza para mantener el peso corporal:

En el tipo restrictivo, las personas controlan estrictamente el consumo de calorías, por lo cual limitan al máximo la ingesta de comida; cuando comen con otras personas, lo hacen con una lentitud exagerada, cortan la comida en trozos minúsculos y buscan la manera de tirarla. En el tipo compulsivo-purgativo, por otra parte, el individuo suele fracasar cuando intenta limitar su ingesta de comida, esto da lugar a los episodios de atracones; un atracón consiste en que la persona consume una excesiva cantidad de comida mucho mayor a la que cualquiera comería en situaciones y tiempo similares. Los atracones van seguidos de un intento de purgarse, se recurre para para ello al vómito, los laxantes, enemas y diuréticos (Butcher y cols.; 2007).

Castillo y León (2005) señalan un tipo más, la anorexia nerviosa atípica, que engloba los casos en los cuales no se cumplen todas las características de anorexia nerviosa, se desconoce su etiología, y no suele haber pérdida significativa de peso o amenorrea.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

Jarne y Talarn (2000) refieren que el síndrome bulímico es definido como un trastorno de alimentación, que se caracteriza por la presencia de episodios de

ingesta voraz que son seguidos de maniobras cuya finalidad consiste en eliminar las calorías ingeridas.

Los criterios de diagnóstico que manejan el DSM-IV y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (referidos por la APA; 2002), son:

1. Presencia de atracones recurrentes, los cuales tienen las siguientes características:
 - a. Ingesta de alimento en corto período de tiempo (por ejemplo, dos horas), en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en situaciones y tiempo similares.
 - b. Se tiene la sensación de pérdida de control que se tiene sobre la ingesta.
2. Con el fin de no ganar peso, se presentan de manera repetida conductas compensatorias como son: uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno, provocación del vómito y ejercicio desmedido.
3. Al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses, se tienen que presentar los atracones y las conductas compensatorias.
4. El peso y la silueta corporal influyen de manera exagerada en la autoevaluación.
5. La alteración no es de aparición exclusiva en el transcurso de la anorexia nerviosa.

De acuerdo con la APA (2002) en cuanto a la epidemiología se indica que:

1. Por lo menos el 90% de las personas que padecen bulimia nerviosa son mujeres.
2. Se inicia por lo general al final de la adolescencia o al inicio de la vida adulta.
3. Se presenta en cualquier nivel socioeconómico.
4. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión.

Butcher y cols. (2007) indican los dos tipos de bulimia nerviosa, el tipo purgante y el no purgante:

- El tipo purgante es el más común, y en él se recurre a vomitar, utilizar laxantes o diuréticos.
- En el tipo no purgante la persona recurre al ayuno o al ejercicio, pero no al vómito, a los diuréticos o a los laxantes.

La diferencia que existe entre una paciente con bulimia nerviosa, y otra que presenta el subtipo compulsivo-purgativo de la anorexia nerviosa, se encuentra en el peso. Ya que en la anorexia, la persona se encuentra muy por debajo de su peso, mientras que en bulimia nerviosa se encuentra en un rango normal o incluso por arriba.

Jarne y Talarn (2000) señalan con respecto a la bulimia nerviosa, que existen alteraciones cognitivas, conductuales, perceptuales, y dentro de los aspectos psicopatológicos se encuentra el hecho de que las pacientes que desarrollan este

trastorno presentan, en su mayoría, depresión y manejan altos niveles de ansiedad. En cuanto a la depresión, no se ha podido determinar si es primaria, es decir, que tenga una relación directa con la bulimia, o secundaria al trastorno de la alimentación y originada como consecuencia de los síntomas; con respecto a la ansiedad, las pacientes la reconocen como la emoción que acompaña la conducta descontrolada. La paciente percibe un sentimiento de tensión, deseo irrefrenable de comer y de excitación, antes de que se presente el atracón y la crisis de pérdida de autocontrol.

Castillo y León (2005) refieren que existe otro tipo de la bulimia, denominada como nerviosa atípica, que consiste en cuadros de bulimia nerviosa en los que faltan algunos de los síntomas principales que caracterizan dicho trastorno.

Asimismo, las autoras señalan que es necesario diferenciar la bulimia nerviosa del trastorno por atracón, cuyas principales características son: la presencia constante de atracones, el paciente pierde el control de los mismos, pero no presenta las conductas compensatorias distintivas de la bulimia, si bien después del atracón, el individuo experimenta culpa, sensación de disgusto, e incluso depresión.

Este trastorno suele presentarse al final de la adolescencia o al inicio de la tercera década de la vida, y de manera frecuente después de una considerable pérdida de peso conseguida tras una dieta.

Existen varios síntomas que desencadenan los atracones, previo a ellos, algunos pacientes experimentan depresión o ansiedad. Después de éstos, tienen la sensación de estar drogados.

Estos pacientes han probado numerosas dietas y han fracasado, es frecuente encontrar obesidad o sobrepeso; suelen presentar a lo largo de su vida fluctuaciones en el peso.

2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Etimológicamente, la palabra hiperfagia proviene de las raíces hiper (grande) y fagos (comer), de ahí se traduce su significado primario: comer demasiado.

La CIE-10 maneja que la hiperfagia es la "...ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una 'obesidad reactiva', en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso" (Castillo y León; 2005: 225).

2.2.4. Vómitos y otras alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2005) señalan que existen vómitos no autoprovocados, que pueden presentarse de manera repetida en la hipocondría, en cuadros disociativos o

en el embarazo, en cuyo caso los factores emocionales facilitan la aparición de los mismos de manera recurrente.

2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

En este punto se hace mención de una serie de comportamientos problemáticos en relación con la alimentación del infante, pero que, a diferencia de la bulimia, la anorexia y la obesidad, no implican un riesgo para su salud.

Dentro de los problemas alimenticios que se presentan de manera más frecuente en la infancia están:

1. Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: se refiere a los comportamientos que hacen difícil el establecimiento de hábitos alimenticios adecuados, como la costumbre de comer de pie, levantarse continuamente de la silla, negación para comer sin ayuda aun cuando su edad ya se lo permite, negarse a utilizar cubiertos cuando lo requiere el tipo de alimento y comer únicamente si un adulto lo observa.

Un factor de importancia para prevenir este tipo de situaciones en la infancia es que los padres tengan los conocimientos necesarios y las técnicas adecuadas para enfrentar las conductas relacionadas con la alimentación de los hijos. Esto adquiere mayor relevancia entre el primer y quinto año de vida, cuando los padres

han de enfrentar y conocer tres aspectos importantes: el apetito del niño en este período es menor que en el primer año de vida, sus preferencias alimenticias varían y comienzan a desarrollar los comportamientos de autonomía personal, que conllevan en repetidas ocasiones la oposición a las reglas familiares.

2. Rechazo de alguna clase de comida: este comportamiento es muy frecuente durante la infancia. La gravedad depende si el rechazo es a un solo alimento o a una diversa gama de ellos, en cuyo caso la salud del infante se puede ver afectada de manera negativa. Los motivos para esta negativa pueden ser varios: el olor, el sabor o bien, la menor o mayor dificultad de ingerir alimentos.
3. Negación a tomar alimentos sólidos: esto es, cuando el niño sólo ingiere alimentos líquidos, el rechazo puede darse hacia todos los alimentos sólidos, a algunos, incluso a aquéllos que no lo son en realidad. Este tipo de problema suele aparecer cuando el niño pasa de las comidas propias del bebé a las del adulto, esto sucede aproximadamente cuando el pequeño tiene alrededor de 8 meses de edad, o bien, cuando le empiezan a salir los dientes. Al comienzo de este cambio es normal que se presente el rechazo hacia la comida sólida, pero cuando este comportamiento persiste, puede estar vinculado con el miedo que tienen los padres de que el niño no coma y mantienen la alimentación con biberón, toman la negativa sin ningún problema o suelen considerar que el niño es muy pequeño para ingerir alimentos sólidos.

4. La ingesta de comida mezclada: consiste en que el niño come los alimentos entremezclados, ya que cuando se niega a tomar los alimentos sólidos o es muy lento al hacerlo, el adulto a cargo suele triturarlos y mezclarlos, buscando que el pequeño esté bien alimentado.
5. Falta de apetito: los padres hacen referencia a que su hijo come muy poco, sin embargo, la mayoría de las veces no hay ningún problema: en ocasiones se desconoce que durante el primer año de vida el niño gana entre 5 y 8 kilos, pero que después de éste y durante tres o cuatro años, sólo ganará 2 kilos, debido a que el apetito decrece. Se puede considerar un problema cuando el infante ingiere una pequeña cantidad de ciertos alimentos come poco, en general.
6. Tiempo de comida excesivo: es normal que los niños requieran de más tiempo que los adultos para comer, sin embargo cuando el tiempo se vuelve realmente excesivo se puede considerar un problema; se supone que algunos de los motivos para ello son: negación para pasar de la comida triturada a la sólida, rechazo hacia el alimento que se le ofrece, exceso de estímulos distractores y rechazo a ingerir la comida que los padres desean de coma.
7. Los vómitos son algunos de los problemas que más alarma causan en los padres, ya que lo asocian con un problema de tipo físico, el cual debe descartarse. De no ser así, pueden presentarse como rechazo ante la comida. Es necesario investigar si el vómito es un medio para escapar de una situación desagradable, que no tiene que ver con la comida o, por el contrario determinar si existe relación directa con el alimento.

Por su parte, Castillo y León (2005) hacen mención de otros problemas en relación con la alimentación, que también se presentan durante la infancia, y son:

1. Pica o alotriofagia: es un trastorno en el que el sujeto ingiere de manera constante alimentos no nutritivos. Se considera anormal esta conducta cuando aparece después de los 18 meses. En los niños se considera como un síntoma más de un trastorno psiquiátrico grave, retraso, mental o autismo, por mencionar algunos.
2. Rumiación o mericismo: consiste en regurgitar de manera repetida la comida que se ingiere, aparece entre los tres y los doce meses. Se acompaña de pérdida de peso o la incapacidad de ganarlo. Se puede presentar en niños con trastorno generalizado del desarrollo o con retraso mental.
3. Potomanía: consiste en un exceso en la ingesta de líquidos, generalmente agua. Esta alteración se puede encontrar en pacientes que presentan características histéricas, pacientes con anorexia nerviosa, que buscan inducir saciedad o engañarse en cuanto a la ganancia de peso.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

La esfera oroalimenticia alude del orificio bucal y de las zonas que lo rodean y son los labios, las mucosas intrabucales y la lengua.

2.3.1. Organización oroalimenticia.

Esta disposición hace referencia a los reflejos de succión y deglución, y además de la relación que se establece entre la madre y el hijo al momento de llevar a cabo el proceso de la alimentación.

De acuerdo con Laforgue (citado por Ajuriaguerra; 1973) se observa un reflejo oroalimenticio desde muy temprana edad y una orientación hacia la fuente de excitación. Existe una dependencia del niño hacia su madre, pues es la proveedora de alimento.

Por su parte Spitz señala que la conducta del niño ante el pecho pasa por varias etapas, que van desde la necesidad fisiológica al establecimiento de una relación; entre el objeto que le satisface y la persona que le provee la satisfacción, el infante descubre que se encuentran íntimamente ligados.

Freud distingue en cuanto al hambre, que en la fase narcisista el niño está entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria. Después la búsqueda de satisfacción, se dirige hacia la comida, que es además fuente de placer. En la fase objetal el afecto es dirigido hacia la madre que le proporciona alimento.

La actividad oral permite cumplir con la necesidad biológica de nutrición y es además fuente de satisfacción.

Los psicoanalistas indican que el niño ve en las personas una fuente de alimento, y, en sus imaginaciones se observa unido a la fuente de alimento, y lo hace parte de sí mismo al incorporarlo o comerlo.

Klein (citado por Ajuriaguerra; 1973), señala que el recién nacido percibe de manera inconsciente la existencia de un objeto providencial: el pecho materno. Desde la primera experiencia con la alimentación, el hecho de que el niño pierda y recupere el pecho “bueno” será primordial en la vida emocional de éste, quien agradece tanto el alimento como el objeto que le provee de éste. Si recibe algo agradable, será amado y tomado como bueno; si se percibe como frustración, será odiado y tomado como malo.

Se considera que ante el destete, el niño tiene la impresión de haber perdido el objeto amado, lo cual aumenta la angustia depresiva y el temor de ser tomado como objeto de persecución.

Se maneja que tanto los animales como los niños recién nacidos tienen desde el primer momento los elementos necesarios para comportarse ante el alimento de determinada manera, los cuales son de dos tipos: los primeros, no condicionados, naturales e instintivos, mientras que los segundos son condicionados, adquiridos y dados por la educación.

Alimentar a un niño no es simplemente nutrirlo, es más que proporcionar algo por vía oral: la madre no sólo da pecho, se da a sí misma.

Soulé (citado por Ajuriaguerra; 1973) señala que las primeras formas de relaciones entre la madre y su hijo van unidas de manera íntima a actos de comer.

Sentir placer y alimentarse, son algunos de los significados que se le da al comer. La comida es considerada como una institución social que implica un ritual y participación familiar.

Las madres que presentan rigidez, son sobreprotectoras y muy ansiosas, son quienes modelan inadecuadamente la personalidad de su familia al alimentarlos de manera inadecuada.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

En la anorexia del recién nacido, se distinguen dos tipos:

1. La anorexia esencial precoz, que es rara; cuando se presenta puede aparecer en el primer día o las primeras semanas de vida. Se da en niños muy despiertos, de bajo peso y nerviosos.
2. La anorexia del segundo semestre, la cual se presenta con más frecuencia; aparece entre el quinto y octavo mes, cuando se van diversificando los alimentos y se va suprimiendo la ingesta de leche. Aquí se pueden dar dos tipos: la anorexia inerte, en la cual el niño no coopera o no tiene iniciativa, en ocasiones ni siquiera ingiere, y cuando lo hace llega a vomitar. En la anorexia de oposición, en cambio, el niño reacciona ante

la comida con agitación, llanto o vómito, al negarse a comer; se establece una verdadera lucha entre los padres y el niño. La manera que éste tiene para manifestar oposición hacia sus padres es a través de la rebeldía o pasividad ante la comida.

Por su parte Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) también distingue dos tipos de anorexia en el segundo semestre: la simple, que no se considera como ausencia de hambre o apetito sino como una conducta de rechazo a un nivel elemental, y la compleja, en la cual el niño parece no interesarse en la comida, los síntomas son intensos y se presenta resistencia a los tratamientos habituales.

Los casos de anorexia más graves responden a un conflicto en relación con la madre.

También se tiene la anorexia de la segunda infancia, que suele presentarse en niños que durante el primer año presentaron algún tipo de problema con la alimentación, aunque también se presenta en niños que se alimentaron normalmente. Puede ser oposición ante la rigidez de los padres, o capricho por elegir las comidas, aunque con indicios fóbicos.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Los trastornos de la alimentación se observan una vez que se han instalado, lo cual hace difícil la descripción de un perfil. La personalidad se ve tan afectada que se

vuelve complicado separar los rasgos propios de la persona, de los que aparecen como resultado del trastorno alimentario.

Enseguida se hace una breve descripción de las características que Costin (2003) considera que predisponen a una persona para padecer un trastorno alimentario, éstas son:

1. Problemas con la autonomía: las jóvenes están muy ocupadas tratando de cumplir con las expectativas de los demás, y han pasado por situaciones donde se presentan muchos cambios: de escuela, amigos, casa, relación con los padres, por mencionar algunos. Con frecuencia, la dificultad que tienen para enfrentar y resolver estas situaciones hace que una persona convierta su cuerpo en la fuente y símbolo de control, eficacia, autonomía e identidad. De esta manera realiza una interpretación errónea de lo que significa estar delgada, y toma como indicadores de autocontrol el hacer dieta y bajar de peso.

2. Déficit en la autoestima: en la sociedad, la autoestima de la mujer está influida por la apariencia, la aceptación de otros, responder y cumplir con las expectativas de los demás. Las jóvenes que tienen la sensación de baja autoestima han llegado a este punto por juzgarse a sí mismas valiosas en función de lo que los demás piensan de ellas y su apariencia, entonces, la figura y el peso cobran una importancia relevante como medio para elevar la autoestima.

3. Camino a la perfección y el autocontrol: entre las jóvenes que presentan trastornos en la alimentación, es muy común que presenten tendencia al perfeccionismo. El sufrimiento y la sensación de ser ineficaces las vuelven muy exigentes, y sienten que lo que realizan nunca es suficientemente aceptable. Esta búsqueda de la perfección se desplaza hacia el peso corporal, ya que para dirigirse a la perfección es indispensable tener el cuerpo ideal, al costo que sea, se convencen de que sí transforman su silueta, entonces se transformarán a sí mismas.

También es frecuente encontrar una tendencia muy marcada para querer controlar todo lo que pasa en sus vidas, lo cual incluye un control extremo sobre el cuerpo. Al manipular su peso corporal se sienten poderosas, como una forma de compensar las “sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar” (Costin; 2003: 76). No toleran que las situaciones estén fuera de su control, y difícilmente pueden ver otras alternativas. Así que la comida y el peso se vuelven campos en los que ilusoriamente creen tener el control, y de esta manera obtienen la certeza de que podrán manejar las situaciones que se les presenten. Lo que más daño y frustración les causa a estas jóvenes es que no logran tener el control por el que luchan tanto.

4. Miedo a madurar: los trastornos alimentarios se presentan desde la pubertad, adolescencia y juventud, períodos en los cuales se presentan cambios en los ámbitos físico, sexual, social y emocional; para algunos jóvenes dichos cambios resultan muy fuertes y difíciles de manejar. El cuerpo adquiere una forma más adulta, lo que resulta inaceptable para la joven que no puede ver que ha dejado la infancia.

Las personas con trastornos alimentarios tienen temor a crecer y a hacerse cargo de la independencia que ello trae, o pueden percibir el temor de sus padres a que eso suceda. Ante este miedo por crecer, mantienen un pensamiento infantil, dicotómico, es decir, extremista, donde es todo o nada, favorable o nocivo, delgado u obeso. Existe falta de capacidad para aceptar un peso promedio como adecuado y saludable.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Aunque es difícil determinar las causas exactas de los trastornos alimentarios, se sabe que intervienen factores individuales, familiares y socioculturales, los cuales en conjunto influyen en la predisposición que una persona presenta para padecerlos. Enseguida se describe cada uno de los componentes mencionados.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Entre los elementos individuales que influyen en la conducta de comer, se encuentran: la constitución psicofisiológica de la persona, el aprendizaje, las creencias y las actitudes. La selección de la comida se lleva a cabo con base en los significados sociales, más a que al contenido nutricional.

Los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de sexualidad, autocontrol, conflictos, género, además las formas para la interacción social como el poder, el amor y la comunicación.

Existe un sistema de clasificación de las comidas propuesto por Helman (citado por Ogden; 2005):

- Comida frente a no comida: determina lo que es comestible de lo que no.
- Comidas sagradas frente a comidas profanas: señala los alimentos que tienen validez dentro de las creencias religiosas y los que no.
- Clasificación de las comidas paralelas: se efectúa una separación de las comidas que se consideran frías y calientes, lo cual no depende de su temperatura, sino del valor simbólico que se le asigna.
- Comida como medicina, medicina como comida: describe los alimentos que se pueden utilizar como remedio y los que se evitan en algunos estados.
- La comida proporciona información acerca de la identidad de la persona y sirve como el medio de comunicación de conflictos internos, sentido del yo y necesidades internas.

Los significados que se dan de manera individual a la comida, están ligados estrechamente con la identidad de género y a la idea de ser mujer. Además, representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y es expresión de autocontrol. Enseguida se hace una breve descripción de estos significados.

Con respecto a la sexualidad, la comida y el sexo tienen una estrecha relación que se encuentra presente en muchas épocas. Las explicaciones que se dan a dicha asociación, en ambos casos se trata de “un impulso básico para la supervivencia” y además, se vincula con que “ambos perpetúan la vida, que ambos pueden ser placenteros y que ambos implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales” (Ogden; 2005: 69).

La comida está relacionada con muchos problemas interpersonales. Lawrence (citado por Odgen; 2005) señala que aunque las mujeres controlan lo referente a la comida: la proporcionan a los demás y se la niegan ellas; así, la comida comunica el conflicto entre el comer y la negación, que se da principalmente en las mujeres.

La comida y el sexo son actividades placenteras, pero que al mismo tiempo generan sentimientos de culpa. Los alimentos dulces satisfacen una necesidad y son representativos de placer. Una vez que se consumen, aparecen la culpa, vergüenza, desesperación.

La comida representa la pérdida de control o el autocontrol. Ogden (2005) señala que en las últimas décadas, la conducta de comer es manejada a través de una dieta como manifestación de autocontrol.

La alimentación también juega un papel importante en cuanto a interacción social se refiere. Es el instrumento que se utiliza en las familias como medio de comunicación, pues en el comedor se reúne la familia para compartir sus vivencias,

además, las formas de cocinar y tomar los alimentos pueden crear en un grupo el sentido de identidad.

Lawrence (citado por Odgen; 2005) señala que existe una relación entre la manifestación de amor y la comida. Ésta es el medio por el cual la mujer demuestra su preocupación y amor por los hijos, el marido, los hijos, y que el ocuparse de la preparación de los alimentos es un acto de amor.

La comida en ocasiones puede proporcionar conflicto entre la salud y el placer. Esto debido a que las madres pueden tener el deseo de alimentar de manera saludable a sus familias, lo cual es contrario a los gustos que generalmente tienen sus miembros por una dieta poco saludable.

La comida puede ser el reflejo de las relaciones de poder que existen dentro de la familia. En general, los hombres ocupan las principales posiciones dentro de la familia, de acuerdo con ello, suelen recibir mayores cantidades de alimento en comparación con las mujeres y los niños, que tienen posiciones secundarias.

La comida es un tipo de comunicación que habla sobre la identidad de una persona, en este sentido, se ha estudiado la comida como cultura en dos sentidos: el primero como identidad religiosa, donde las comidas ocupan lugares centrales para el establecimiento de la identidad religiosa. Dentro de una familia, su santidad se puede comunicar a través de preparar la comida, darla a los demás e ingerirla. El segundo sentido, como poder social, se manifiesta porque la comida es un símbolo

de estatus social. Las personas con poder se alimentan bien y además son alimentadas bien por otros. También se ha utilizado para recuperar el control social, a través de su rechazo. Las huelgas de hambre se han utilizado para hacer declaraciones sociales, manifestar una postura política, como protesta, como indica Gordon: “históricamente, la huelga de hambre la han utilizado las personas socialmente oprimidas como medio de avergonzar y humillar a quienes mandan y, en último término, para obtener de ellos ciertas concesiones” (mencionado por Ogden; 2005: 78).

Por otro lado el significado del tamaño y las representaciones del cuerpo que ofrecen los medios de comunicación, así como los significados que se asocian con dichas imágenes, tienen relevancia en el desarrollo de un trastorno alimentario.

Han sido muchos los estudios que se han realizado con respecto del tamaño y forma del cuerpo femenino que aparece en los medios de comunicación. Los análisis más recientes señalan que actualmente se prefiere un cuerpo femenino delgado, y esto se viene dando desde 1920. En los últimos 35 años, los modelos con sobrepeso han dejado de aparecer en las portadas de las revistas; a partir de 1960 las participantes de los concursos de belleza cada vez son más delgadas, así como también las actrices, anunciantes y presentadoras de información (Ogden; 2005).

Los medios de comunicación también han cambiado la forma de presentar el cuerpo masculino. Los modelos aparecen con mayor frecuencia acicalados, sin vello, con caderas delgadas, de esta manera se manifiesta el interés que los medios han

puesto en el cuerpo masculino, al utilizarlo como un estímulo erótico que conlleve a la adquisición de los productos anunciados.

La forma en que los medios de comunicación presentan a los hombres y mujeres puede tener influencia en el concepto de lo que se supone debería ser un varón o mujer. Este proceso es fundamental para el desarrollo de estereotipos, los cuales juegan un papel relevante en el modo en que las personas dan sentido a su mundo.

Ser hombre o mujer es una característica física indispensable en la formación de estereotipos que conllevan la asociación que se infiere entre sexo y un conjunto de roles, ocupaciones, conductas y rasgos de personalidad.

Además de los estereotipos que genera el sexo, los que se forjan a partir del tamaño del cuerpo también son poderosos. Para estudiar lo anterior se llevó a cabo una investigación de tipo cuantitativo, la cual indica que las personas de todas las edades y sexos, así como de diversas culturas tienen prejuicios hacia las personas obesas y en consecuencia las discriminan. Se califica a los obesos como menos atractivos, perezosos, con falta de autodisciplina, poco populares, menos inteligentes, trabajadores, exitosos en comparación con las personas delgadas. También se encontró que hacia los 6 años de edad, los niños elaboran estereotipos negativos sobre las personas obesas, y que estos se mantienen relativamente sin cambios hasta la vida adulta (Odgen; 2005).

El control es el significado central del tamaño, con respecto tanto a la capacidad para mantener el yo como hacia la tendencia a perderlo. En consecuencia se tiene la creencia de que una persona delgada tiene el control de su estado interno y que posee estabilidad psicológica. Así pues, Bordo señala que “la delgadez representa la capacidad del cuerpo para la autocontención y el control del impulso del deseo” (citado por Ogden; 2005: 91).

De acuerdo con las investigaciones bibliográficas, tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, la obesidad genera significados negativos; por el contrario la, delgadez se asocia con aspectos positivos como éxito, libertad y el control.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Resulta difícil establecer cuáles son las características familiares que preceden al desarrollo de un trastorno alimentario, así como las que presentan una vez que éste tiene lugar.

De acuerdo con Costin (2003) las características de la familia pueden predisponer a una persona, es decir, hacerla más vulnerable a padecer un trastorno alimentario. A continuación se mencionan algunos de los rasgos familiares comunes:

1. Pobre comunicación entre los miembros.
2. Falta de capacidad para resolver los conflictos que se presentan.

3. Falta de flexibilidad y rigidez para hacer frente a las nuevas situaciones, o para regular las reglas familiares adaptándolas a los cambios de etapa.
4. Ausencia de límites entre las generaciones.
5. Los padres plantean expectativas demasiado altas a sus hijos.
6. Presencia de alcoholismo y depresión en la historia familiar.
7. Abuso sexual o físico dentro de la familia.

Además, si una joven crece en una familia donde la imagen externa es lo primordial, donde el peso y la figura corporal son la preocupación de los adultos, esto se convierte en una influencia difícil de manejar.

Por su parte Rausch (1996) indica que cuando una persona tiene un trastorno alimentario, de manera inevitable todos los miembros de la familia se involucran, sin que esto quiera decir que son los causantes. Los integrantes de la familia se implican en la situación ya sea por la manera en la que influyen en las situaciones de conflicto o por forma en que responden a los síntomas del paciente.

Además ha señalado que las familias con un miembro que presenta un trastorno alimenticio pueden presentar las siguientes características (Rausch; 1996):

1. Las mujeres con un trastorno alimentario viven más presión social que los hombres, para quienes las influencias familiares son más importantes.
2. En las familias de pacientes con anorexia nerviosa se suele ocultar la hostilidad y la agresión.

3. Entre más tiempo se mantenga el trastorno, el desajuste en la personalidad de quien lo padece será mayor, y de igual manera afecta a la familia.
4. Las familias de pacientes con anorexia nerviosa restrictiva se parecen más a las familias normales.
5. Las familias de pacientes con anorexia de tipo bulímico y bulimia nerviosa se parecen entre sí.

A continuación se señalan algunas de las características que presentan las familias de mujeres con bulimia (Rausch; 1996):

1. Ambos padres son exigentes.
2. Las madres plantean altas expectativas de éxito académico y social.
3. Las madres tienen más dificultad en cuanto al control de la conducta de su hija.
4. Hay presencia de un elevado nivel de tensión en la familia.
5. Hay mucha tensión entre la hija y los padres.
6. Los padres hacen comparaciones abiertamente entre los hermanos, lo cual incrementa la rivalidad entre éstos.
7. Los padres muestran distancia emocional, rigidez, excesiva autodisciplina y depresión.

Existen además ciertas características en cuanto a la organización familiar que asociadas con otros factores, favorecen el desarrollo de los trastornos en la alimentación. Entre ellas se encuentran las propuestas por Rausch (1997):

1. El desarrollo de la independencia y la autonomía de las jóvenes se puede ver disminuido debido a las formas rígidas de relacionarse de la familia, haciéndolas sentir desvalidas e incapaces de diferenciarse de los demás.
2. Debido a la intromisión que los demás hacen en los sentimientos y pensamientos de las pacientes, Éstas sienten que en lo único en lo que tienen control es en la ingesta de alimentos y en su peso.
3. Si la familia mantiene poco contacto con el mundo externo, y cuando se da lo hace con desconfianza, para la joven resulta amenazador crecer y salir del contexto conocido.

Es necesario señalar que ninguna de las características señaladas puede, por sí sola, ser la causa de un trastorno alimentario, ya que sólo contribuyen a sostener y reforzar los síntomas.

2.5.3. Factores socioculturales.

Costin (2003) señala que los factores socioculturales se pueden dividir en tres puntos, que son:

1. La presión social para ser delgada: los medios de comunicación manejan la idea de que las mujeres de bajo peso y figura esbelta gozan de gran aceptación social, una vida sofisticada y éxito. De manera obvia esto hace que el peso tome un papel significativo en la felicidad y autoestima de las mujeres. Así, se fomenta el que la persona no esté conforme consigo misma.

El contexto sociocultural tiene prejuicios contra la gordura y premia el estar delgado. Se habla de un cuerpo ideal, sin tomar en cuenta que no está en función del bienestar o la salud, sino de la moda. Y además, entre el modelo ideal y la realidad hay cada vez mayor distancia.

Anteriormente la delgadez no era vista como signo atractivo, pero actualmente se espera que la mujer vea como sinónimo de belleza la delgadez, y que además crea que “el éxito es inversamente proporcional al peso: cuanto menos kilos, más logros” (Costin; 2003: 60).

La persona que tiene un trastorno alimentario presenta una obsesión tan grande por el comer y la comida, que no dispone de mucho tiempo para pensar en su bienestar, por lo tanto, no cuenta con las condiciones emocionales mínimas que se ocupan para poder desempeñarse de manera adecuada en las actividad escolar, social o laboral.

La sociedad comunica de forma clara que el papel primordial de una mujer es poseer atractivo físico, los medios mantienen y refuerzan dicha idea sugiriendo que a través de la imagen corporal se puede expresar la totalidad de la mujer.

Se ha sugerido como estereotipo de modelo físico, la apariencia de un cuerpo correspondiente a la etapa de la pubertad, es decir, que mantenga una representación juvenil. Entonces, para que una mujer alcance el éxito no necesita desarrollar un cuerpo de mujer, ni tiene permitido crecer, madurar y envejecer de manera normal.

2. La presión social para ser una súper-mujer: la mujer de la actualidad se tiene que desempeñar de la siguiente manera: al tener un cuerpo perfecto, debe tener una carrera exitosa, un matrimonio brillante, ser excelente madre y desenvolverse adecuadamente a nivel social.

Para lograr lo anterior es necesario el perfeccionismo, el control sobre sí mismas y tener logros evidentes. Como sienten que no pueden cumplir con todas las expectativas que se tienen de ellas, se sienten fracasadas. En este punto consideran que el peso es el único aspecto de su vida que podrán manejar, y se puede manifestar con el siguiente pensamiento “No seré una mujer maravillosa, pero al menos en lo que hace a la figura sí voy a lograr lo que me proponga” (Costin; 2003: 63). De esta manera tienen la certeza de que si logran tener la figura que desean, podrán tener éxito en las diferentes áreas de su vida. Y así comienza la manipulación

del peso, que trae consigo el miedo, la pérdida del control, la culpa y la ansiedad, al no poder obtener los que anhelaban alcanzar.

3. Los prejuicios sobre la obesidad: causan confusión en lo relacionado con el control del peso. Entre los prejuicios se encuentran: que los obesos comen más que las personas que no lo son, que los obesos tienen mayor número de problemas psicológicos que los delgados, que el estar obeso incrementa la mortalidad, incluso se cree que el ser gordo es una cuestión de carencia de voluntad.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Una forma de preocupación por el peso se refleja en la insatisfacción corporal, la cual es definida como la “deformación del volumen corporal en comparación con una media objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente como los sentimientos negativos respecto al cuerpo” (Ogden; 2005: 105).

Para medirla se pueden tomar en cuenta tres puntos de vista:

1. Imagen corporal deformada: se hace una valoración deformada del tamaño corporal y se tiene la percepción de que el volumen corporal se encuentra aumentado.
2. Discrepancia del ideal: en este enfoque se maneja la distancia que existe entre la percepción real del cuerpo y la que la persona tiene como ideal. Se

afirma que la mayor parte de las niñas y mujeres tienen el deseo de ser más delgadas de lo que son, mientras que los hombres desean quedarse como están o ganar un poco de volumen.

3. Respuestas negativas al cuerpo: tienen que ver con las cogniciones y sentimientos negativos acerca del cuerpo, que se manifiestan a través de las críticas que la persona hace de su cuerpo.

Las investigaciones destacan el papel que han desempeñado los factores psicológicos y sociales como causas de la insatisfacción corporal. En cuanto a los factores sociales se encuentran (Odgen; 2005):

1. Los medios de comunicación: las revistas, televisión, el cine, las novelas y los periódicos han propiciado la insatisfacción corporal al promover la imagen de las mujeres delgadas.
2. La cultura: se ha indicado que el hecho de pertenecer a una clase social alta, ser asiático o negro predispone a la aparición de la insatisfacción corporal. Sin embargo, los datos parecen ser contradictorios ya que, mientras unas investigaciones apoyan la relación que existe entre pertenecer a un determinado grupo étnico con la insatisfacción corporal, otras señalan que no existe relación alguna.
3. La familia: sobresale el papel de la madre. Si ésta siente descontento con su propio cuerpo, comunica esa sensación a sus hijas, lo que las lleva a experimentar también insatisfacción corporal.

Dentro de los factores psicológicos están (Odgen; 2005):

1. Las creencias: la información bibliográfica señala que diversas creencias tienen influencia sobre el carácter étnico y la clase social que se relacionan con la insatisfacción corporal. Las que tienen relevancia son las que tienen que ver con la competitividad, el éxito material, el logro, los estereotipos de belleza, las relaciones entre padres e hijos y el papel de las mujeres.
2. Relación entre madre e hija: Crips y cols. (citados por Odgen; 2005) indican que cuando los límites no están definidos en la familia, existe una relación difícil entre madre e hija o la relación entre ambas no permite la autonomía, con ello se crean condiciones para el desarrollo de los trastornos alimentarios. Cuando las madres no creen en su autonomía ni en las de sus hijas, y proyectan sus expectativas en éstas, las pacientes suelen presentar mayor insatisfacción corporal. Otro factor de influencia es el hecho de que las jóvenes reciban críticas directas de la madre con respecto a su peso.

Las mujeres están insatisfechas, de manera general, con su cuerpo, pero particularmente con el estómago, las nalgas, los muslos y caderas. Los hombres sienten menos insatisfacción con respecto a su cuerpo en comparación con las mujeres, sin embargo, los brazos, el pecho y el estómago son las partes del cuerpo que les gustaría modificar (Ogden; 2005).

Jarne y Talarn (2000), por su parte señalan que los pacientes diagnosticados con trastornos alimentarios presentan como característica psicopatológica trastornos de la imagen corporal. Los pacientes manifiestan una gran insatisfacción por su cuerpo y por ellos mismos, lo cual puede asociarse con una baja autoestima. En el trastorno de la imagen corporal se pueden observar dos aspectos: el perceptual, que tiene que ver con la no exactitud que las pacientes manifiestan con respecto a sus dimensiones corporales, y el emocional o afectivo, al cual tiene que ver con las actitudes y pensamientos respecto al propio cuerpo.

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

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

De acuerdo con Costin (2003), las obsesiones con las dietas y las prácticas de control de peso son los factores que perpetúan los trastornos alimentarios. Específicamente, la mala alimentación trae consigo complicaciones de orden físico, cognitivo, psicológico y social, las cuales se exponen enseguida.

Dentro de las alteraciones físicas se encuentran dolores de cabeza, problemas auditivos y de visión, malestares gastrointestinales, hipersensibilidad a los ruidos y la luz, adormecimiento de manos y pies, calambres, pérdida de cabello, metabolismo

lento, pérdida de la temperatura corporal, alteraciones del corazón, como disminución o aumento del ritmo cardiaco, ausencia de la menstruación, deshidratación y debilidad muscular. La restricción calórica causa daños tan severos que se afectan de forma general todas las funciones del cuerpo.

Resulta paradójico que cuando las personas se someten a dietas restrictivas para adelgazar no lo consiguen: cuanto menos comen, menos adelgazan, ya que las calorías se queman más lentamente para mantener los procesos fisiológicos básicos indispensables para sobrevivir.

En el ámbito psicológico, la falta de alimento llega a provocar estados de depresión anímica profunda. Esto se manifiesta con una actitud pesimista sobre el futuro, sobre sí mismos y sobre las posibilidades de hacer o pensar algo distinto al respecto. Se presentan algunos de los siguientes aspectos: inseguridad, comportamientos autodestructivos, irritabilidad, intolerancia, sensaciones de descontrol y depresión, asco hacia los hábitos alimenticios de los demás y abandono de actividades que antes disfrutaban.

Las jóvenes con trastornos alimentarios llevan rituales con respecto a la comida como ingerir determinado tipo de alimentos, comer a solas o a temperatura determinada. Además, es común que incrementen el consumo de bebidas calientes, y sienten la necesidad de tener constantemente algo en la boca.

En lo cognitivo, se observan dificultades en la concentración, el estado de alerta y la comprensión.

En lo social, se presenta el aislamiento y el ensimismamiento. Los jóvenes con perturbaciones alimentarias poco a poco van dejando las actividades grupales, ya que sienten incomodidad en la convivencia con los otros, además, una notable disminución en el interés sexual y amoroso.

En el origen de todo trastorno alimentario invariablemente se presentan períodos de dietas restrictivas que conducen a la semiinanición, que provoca los síntomas orgánicos y emocionales ya mencionados. La falta de alimento lleva a formación de hábitos, ya que los sujetos desarrollan modos de vinculación con la comida. Los carbohidratos y postres al considerarse prohibidos se vuelven comidas irresistibles, como lo puede ser una droga. Así que lo adictivo no es la comida en sí misma sino la dieta.

Seguir un régimen alimentario es lo que le lleva a toda la sintomatología de la se pretende salir, y paradójicamente, con nuevos esfuerzos de control de comida para esta vez sí lograrlo y recuperar el bienestar.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Los trastornos alimentarios son problemas multidimensionales, las presentaciones clínicas son en la mayoría de los casos, complejas, los síntomas de

varios cuadros se superponen, complicando las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

A partir de lo anterior surge el concepto de comorbilidad, que es definido como “la ocurrencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 111).

Se toma en cuenta la base etiológica tomando en cuenta diferentes perspectivas: la cognitiva, psicosocial, neurobiológica y genética para conocer la forma relativamente estable en que se presentan dos o más trastornos.

Para explicar la coexistencia entre trastornos alimentarios, depresión y ansiedad, se toman en cuenta las variables neurobiológicas, y se habla del papel que la serotonina puede tener en los distintos trastornos. Esta sustancia se ha relacionado con diferentes síntomas: variaciones del estado anímico, impulsividad y violencia, suicidio, problemas alimentarios, rasgos de ansiedad y evitación, así como rasgos obsesivo-compulsivos.

Se piensa que la serotonina:

1. Funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y un modulador de la conducta motriz.

2. En cuanto a la inhibición conductual, puede tener importancia en las conductas sociales que impliquen impulsividad, como la agresión y la ansiedad.
3. Sirve como modulador de los patrones alimentarios.
4. Regula la secreción neuroendocrina, que tiene relación con la presencia de la depresión (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas podría explicar la secuencia de períodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con patrones alimentarios.

Se ha observado que algunos pacientes con trastornos alimentarios, en especial los que padecen bulimia nerviosa con síntomas de purga y atracón, tienen un aumento de la actividad cerebral de la serotonina, el cual puede causar conductas obsesivas, ansiedad y afectar el control del apetito, propiciando así el desarrollo de la bulimia nerviosa.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Se han realizado muchos estudios que pretenden encontrar la relación entre trastornos alimentarios y depresión, a través del estudio con antidepresivos. Entre los cuales se encuentran los de:

Winokur y otros (citados por Kirschman y Salgueiro; 2002) encontraron que entre los familiares de pacientes anoréxicas, las mujeres presentaron más antecedentes de trastornos afectivos que los varones, y que la incidencia en los parientes femeninos aumentó en la línea materna.

Por su parte Strober y otros (retomados por Kirschman y Salgueiro; 2002) encontraron un significativo agrupamiento de trastornos afectivos en familiares de primer y segundo grado, de los pacientes con anorexia nerviosa con depresión concomitante. De acuerdo con estos investigadores se pone de manifiesto la evidencia de una fuerte transmisión familiar para la anorexia nerviosa y leve para la bulimia nerviosa en familiares de primer grado de sexo femenino.

Algunos autores señalan que la bulimia se encuentra estrechamente relacionada con la depresión y probablemente subyace un trastorno depresivo en el síndrome bulímico.

Sabine por su parte señala que “la bulimia no es una manifestación de un trastorno afectivo primario sino que los cambios en el estado de ánimo constituyen una presentación o rasgo secundario al trastorno afectivo” (referida por Kirschman y Salgueiro; 2002: 123).

En estudios de seguimiento, la depresión, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo son las tres variedades de síntomas psiquiátricos que aparecen comúnmente asociados con la continuidad de la anorexia nerviosa.

Se han hecho varias críticas a la hipótesis que considera a los trastornos alimentarios como una variante de los trastornos afectivos, entre dichos juicios se encuentran:

1. El estado de mala nutrición y las prácticas selectivas que se presentan en los pacientes con trastornos alimentarios, explican las alteraciones que se dan a nivel endocrino y los rasgos afectivos, por lo tanto, no se pueden considerar como primarios. Crisp (citado por Ogden; 2005) considera también que la depresión es un fenómeno secundario que se debe a la baja autoestima y a la falta de control que los pacientes experimentan.
2. Los trastornos afectivos y alimentarios difieren en alteraciones biológicas, epidemiología, curso, historia familiar, respuesta al tratamiento y presentación clínica, lo cual hace poco probable que respondan a un mecanismo causal único.
3. La falta de respuesta farmacológica a los antidepresivos en la anorexia nerviosa aguda sugiere que los cambios bioquímicos producidos por el estado de inanición, son diferentes de los que se producen en los cuadros de depresión mayor.
4. Si la anorexia nerviosa fuera una variante adolescente de un trastorno afectivo primario, podría esperarse que, con el transcurso del tiempo, los síntomas alimentarios retrocedieran para dar lugar a los síntomas más vinculados con lo anímico.

Sin embargo, aunque se sugiere que los trastornos afectivos y los trastornos alimentarios parecen presentarse de manera independiente, no se puede excluir la posibilidad de que exista cierta predisposición depresiva que sea un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario.

Los pacientes más adecuados para estudiar el vínculo existente entre los trastornos alimentarios y los del estado de ánimo, serían aquellos con historia personal y familiar positiva para trastornos afectivos, en los cuales el trastorno del estado de ánimo precede inmediatamente al trastorno alimentario, aquellas pacientes con anorexia crónica que no responden a los tratamientos habituales y aquellas pacientes con bulimia nerviosa que presentan rasgos de depresión atípica (Kirschman y Salgueiro; 2002).

El hecho de que existan diversas hipótesis con respecto a los trastornos alimentarios y los trastornos afectivos refleja lo complejo que resulta su estudio.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

Los pacientes con anorexia nerviosa muestran continuamente síntomas obsesivos y puntúan alto en escalas que miden la obsesividad. Además, se observa que los pacientes con trastornos obsesivos-compulsivos presentan de manera frecuente comportamientos alimentarios anormales, puntuaciones altas en las escalas que miden desórdenes del comer y, con cierta frecuencia, historias de anorexia o bulimia nerviosa.

Se ha encontrado que existe una relación entre los trastornos alimentarios y el abuso sexual. Al respecto Waller (citado por Kirsman y Salgueiro; 2002) realizó una investigación en la que encontró que de 100 mujeres que presentaron trastorno alimentario, la mitad sufrió abuso sexual, y la frecuencia de éste parecía tener relación con las mujeres diagnosticadas con trastornos bulímicos.

Se ha demostrado que el abuso sexual durante la infancia provoca modificaciones a nivel anatómico y funcional en el cerebro. Las experiencias traumáticas infantiles pueden llegar a tener efectos relevantes en cuanto a la constitución de la autonomía, la autoestima, la imagen corporal, el funcionamiento interpersonal y el control de impulsos.

Al parecer el abuso sexual infantil se presenta con mayor frecuencia en pacientes que padecen bulimia nerviosa en comparación con las anoréxicas restrictivas o comedoras compulsivas. El antecedente de abuso sexual en bulimia aumenta la comorbilidad con promiscuidad, automutilación, depresión, síntomas disociativos y cleptomanía (Kirszman y Salgueiro; 2002).

En la actualidad se considera que el abuso sexual infantil incrementa el factor de riesgo para bulimia nerviosa.

Por otro lado, se señala que la ansiedad social vinculada al físico se manifiesta con altos índices de insatisfacción corporal y excesiva preocupación en

relación con el peso corporal y los atributos del cuerpo. Así pues, se presume que “la conducta alimentaria desordenada puede comenzar con síntomas de ansiedad social ligada al físico” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 142).

Modelos con valor de predicción en relación a la bulimia resaltan el rol que juega la ansiedad, y que se entiende como miedo a la gordura en la psicopatología del trastorno. Por su parte, la ansiedad puede cumplir un rol doble: etiológico por un lado y de mantenimiento por el otro.

El estudio de los efectos de la ansiedad sobre la alimentación ha sido objeto de múltiples estudios, y se han tomado en cuenta varias teorías:

1. Teoría de la restricción: propuesta por Herman y Polivy (citados por Kirschman y Salgueiro; 2002), señala que los comedores restrictivos desarrollan pautas alimentarias poco comunes como consecuencia del estrés crónico que ocasiona el autocontrol excesivo. Ante la ansiedad los comedores restrictivos comen más; a nivel fisiológico, el estrés inhibe las contracciones gástricas y eleva la glucosa en la sangre, lo cual lleva a la supresión del hambre.

2. Modelo de los límites: planteado por Herman y Polivy (referidos por Kirschman y Salgueiro; 2002), propone que una persona puede estar saciada, indiferente o hambrienta. Maneja que el consumo de la comida varía en función de la interacción entre el grado de hambre- saciedad, el nivel de ansiedad y la dieta. La

Ansiedad y la agitación emocional alteran el autocontrol que se puede tener para mantener los límites de la dieta y desinhiben la conducta de comer.

3. Teorías funcionales: una de ellas maneja que el comer causa confort al dietante crónico, otra sugiere que el comer puede ser utilizado como una distracción de las preocupaciones personales y otra más propone que el comer en forma excesiva, se utiliza como una forma de enmascarar los problemas emocionales. Las tres teorías sugieren que la comida tiene un efecto tranquilizador, aunque sea corto.

4. Teoría de la ligadura a los estímulos externos: de acuerdo con este modelo, el comer causado por la ansiedad en dietantes no es funcional, sino una consecuencia por el control excesivo que durante el estrés adquieren los estudios. Esto es “la ansiedad origina una orientación externa o más ligada a estímulos; en presencia de comida apetitosa, un control externo de la alimentación estimulado llevará seguramente a una sobreingesta” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 148).

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

El sistema de atención a la anorexia nerviosa es multimodal, ya sea en un régimen de ingreso hospitalario, hospital de día o ambulatorio. El programa de intervención debe ser completo, bien estructurado, incluyendo tres áreas en que trabajar: el peso, las cogniciones y la figura.

El paso primordial en el tratamiento consiste en la normalización de la dieta y los hábitos alimenticios, pues parece que muchos de los pensamientos alterados respecto al peso, la comida y la figura se deben a la mala nutrición, y se restablecen una vez que se normaliza el peso. Posteriormente se tienen que resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales.

A continuación se señalan los puntos que es necesario tomar para el tratamiento (Jarne y Talarn; 2000):

1. Recuperación ponderal: la normalización de la nutrición y de la dieta, corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la mala nutrición mantiene.
2. Tratamiento dietético: aunque se sabe de la importancia del restablecimiento calórico, aún no existe un acuerdo sobre si alimentación se debe iniciar con una dieta normal o si se debe aumentar de manera progresiva la cantidad de calorías.
3. Tratamiento psicológico: la psicoterapia es funcional a partir de que las pacientes han recuperado un determinado peso. La terapia cognitivo-conductual es la que ha resultado más eficaz en el tratamiento de la anorexia nerviosa. La psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas facilitan el que las pacientes no vean la terapia cognitivo-conductual como excesivamente coercitiva.
4. Tratamiento farmacológico: está indicado como un apoyo de las técnicas psicológicas y como tratamiento de los trastornos asociados, especialmente la depresión.

5. Tratamiento en hospitalización: se debe llevar a cabo cuando existe poca motivación, trastorno psiquiátrico asociado, inestabilidad emocional y un ambiente familiar donde hay poca cooperación.
6. Tratamiento en hospitales de día: se basa de manera esencial en la terapia de grupo, en la cual se da educación alimentaria, cocina, nutrición y autocontrol. Otros grupos se enfocan en el control de peso, evaluación, valoración de la figura, y reestructuración de los pensamientos erróneos. Otra línea de trabajo grupal se enfoca de las relaciones familiares y personales, el control del ejercicio y la asertividad.
7. Es necesario que la familia conozca de manera exhaustiva la enfermedad, sus complicaciones físicas y los riesgos que presentan ciertas conductas de las pacientes.

Rausch (1997) indica con respecto a los tratamientos ambulatorio y familiar, las siguientes características:

1. Tratamiento ambulatorio: éste se lleva fuera del hospital. El médico debe establecer las condiciones de tratamiento desde la primera entrevista, en la cual se establece el diagnóstico y gravedad del paciente. Asimismo, se indican la dieta y las actividades a realizar. Al principio las entrevistas clínicas son una o dos por semana, para después irse espaciando a una cada semana, y posteriormente cada quince días. El médico y el terapeuta familiar están en contacto para sumar esfuerzos. Se busca que éste tenga una orientación sistémica y se pretende contar con colaboración de la familia. El tratamiento se mantendrá de forma ambulatoria

mientras la paciente evolucione de manera satisfactoria, es decir, que vaya ganando peso.

2. Tratamiento familiar: el primer objetivo del terapeuta consiste en establecer un sistema terapéutico formado por la familia, el clínico y él mismo. Es esencial que el terapeuta tenga experiencia en el manejo trastornos alimentarios. Entre los objetivos que persigue esta terapia se encuentran: apoyo mutuo entre los padres para promover la autonomía responsable de sus hijos, que la paciente utilice sus recursos para mejorar su autoestima, confianza y seguridad. Es indispensable que la paciente comience a comprender y desear las ventajas de crecer, ya que es uno de los puntos de mayor conflicto para estos pacientes.

Hacia la etapa final del tratamiento, el terapeuta ya debe tener una relación sólida y de confianza con los integrantes de la familia. Se dan las condiciones para abordar los conflictos dentro del sistema parental, ya sean fraternos, conyugales, paternos o individuales.

Es aquí donde se puede dar la terapia individual, mediante la cual se trabaja para que la paciente pueda llegar a la etapa de desarrollo que le corresponde, para lo cual es necesario, como ya se mencionó, trabajar sobre la autoestima y la confianza. Además, se trabaja en el desarrollo de estrategias que le permitan cambiar los aspectos insatisfactorios de las experiencias tanto personales, familiares como extrafamiliares.

Uno de los ejes fundamentales de la terapia consiste en “ayudar a la paciente a reconocer, aceptar y vehiculizar sus propios deseos, sentimientos y opiniones, así como expandir su experiencia” (Rausch; 1997: 93).

Generalmente, el tratamiento concluye en diferentes momentos para cada subsistema familiar. El indicador para la finalización es constatar que la persona o subsistema considerado se está desarrollando de manera adecuada a la etapa del ciclo vital donde se encuentra.

Butcher y cols. (2006) señalan que para el tratamiento de la bulimia nerviosa se han utilizado antidepresivos, debido a que la mayoría de estos pacientes sufren trastornos del estado de ánimo. Los antidepresivos parecen disminuir la frecuencia de los atracones, las preocupaciones respecto al peso y mejoran el estado anímico.

Sin embargo, el tratamiento que mejores resultados ha dado es la terapia cognitivo-conductual (TCC). El componente conductual de la esta terapia se ha concentrado en la normalización de las pautas alimenticias. La parte cognitiva está dirigida al cambio de las ideas y conductas que inician o perpetúan el ciclo de los atracones, lo cual se hace cambiando las pautas alteradas de pensamiento que suelen aparecer en la bulimia, tales como el pensamiento extremista, se cuestiona la tendencia de dividir los alimentos en buenos o malos, proporcionando información fidedigna, e intentando que el paciente compruebe por sí mismo que ingerir de vez en cuando comida “mala” no conduce inevitablemente a una total pérdida de control sobre la comida.

Jarne y Talarn (2000) refieren que los objetivos que se siguen en el tratamiento de la bulimia nerviosa son:

1. Restablecer las pautas normales de nutrición.
2. Recuperación física: estabilizar el peso, rehidratar y normalizar los electrolitos, corregir las anomalías físicas.
3. Normalizar el estado mental: mejorar el estado de ánimo, corregir el estilo cognitivo equivocado, evitar el abuso de sustancias y tratar los posibles trastornos de personalidad.
4. Restablecer relaciones familiares adecuadas: fomentar la comunicación y la participación, replantear los roles y pautas, trabajar los sentimientos de fracaso.
5. Corregir las interacciones sociales inadecuadas: aceptar el trastorno, manejar los fracasos, asumir la responsabilidad, abandonar situaciones sociales denigrantes.

Una vez expuestas las características de los diferentes tratamientos para las perturbaciones alimentarias, se concluye el presente capítulo y, en consecuencia, el marco teórico. A continuación se expondrán los aspectos que conciernen a la recolección y análisis de los datos necesarios para culminar el presente estudio.

CAPÍTULO 3

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo está dividido en dos partes: en la primera se desarrollará la descripción metodológica de la investigación, y en la segunda se presentarán los resultados, para posteriormente hacer su análisis e interpretación.

3.1. Descripción metodológica.

En lo que corresponde a la descripción metodológica, se explicará el enfoque adoptado, que es el cuantitativo, seguido del diseño, que es de naturaleza no experimental, posteriormente se expondrá el estudio de tipo transversal, para finalmente hablar del alcance correlacional no causal de la investigación.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

A través de la historia de la investigación se han presentado tres tipos de enfoques, cualitativo, cuantitativo y el mixto. Si bien existen diferencias entre ellos, también presentan fases relacionadas entre sí, que se mencionan enseguida:

“a) Llevan a cabo observación y evaluación de fenómenos.

- b) Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- c) Demuestran el grado que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- d) Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas de análisis.
- e) Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; incluso para generar otras” (Hernández y cols.; 2006: 4).

De manera particular se hablará del enfoque cuantitativo, definido como aquel que “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández y cols.; 2006: 5).

Estos autores indican que las características del enfoque cuantitativo son:

1. El planteamiento del problema de estudio debe ser concreto y delimitado.
2. Después del planteamiento, es necesario hacer una revisión de las investigaciones existentes.
3. Realización del marco teórico, del cual se obtienen las hipótesis.
4. Se hace una recolección de datos numéricos de los fenómenos o individuos que participan en la investigación, para realizar el análisis de los mismos mediante métodos estadísticos.

5. La recolección de datos se realiza con instrumentos estandarizados y aceptados científicamente.
6. Para dar respuesta al planteamiento del problema, los resultados se fragmentan.
7. Se busca que las preferencias personales se minimicen, con la finalidad de que la investigación sea lo más objetiva posible.
8. La generalización de los resultados obtenidos en un grupo es una de las metas perseguidas.
9. La meta principal es la construcción y demostración de teorías.
10. El razonamiento deductivo, que parte de la teoría para la creación de hipótesis, es el empleado en este tipo de investigación.

3.1.2. Investigación no experimental.

A diferencia de los diseños experimentales, en que se crea un entorno para llevar a cabo la investigación, es decir, que el investigador crea de manera deliberada la situación a la que se expondrán los individuos, y los selecciona de manera aleatoria, en la investigación no experimental se observan de manera natural los fenómenos o situaciones, para después hacer el análisis de los mismos.

Para la presente investigación se escogió este tipo de diseño, ya que no se da manipulación de las variables independientes, no se tiene control directo ni influencia sobre ellas (Hernández y cols.; 2006).

3.1.3. Estudio transversal.

La investigación no experimental se divide en dos tipos: la longitudinal y la transversal, en función del tiempo que se toma para la recolección de datos y el objetivo de la investigación.

En el estudio transversal, la recolección de los datos se hace en un tiempo único y un solo momento. Dentro de este estudio se pueden presentar tres situaciones: en la primera se busca determinar el nivel, la presencia o el estado de una o más variables en un momento determinado, en la segunda se pretende evaluar una situación, fenómeno o evento en un punto del tiempo, y en la tercera, determinar cual es la relación entre un conjunto de variables en un momento (Hernández y cols.; 2006).

Su propósito consiste en la descripción de las variables, así como el análisis de la incidencia y relación entre las variables en un momento dado.

3.1.4. Diseño correlacional.

Los estudios correlacionales intentan dar respuesta a preguntas de investigación. Su propósito consiste en la evaluación de la relación existente entre dos o más variables, para lo cual es necesario medir cada una de ellas; después, se mide y analiza la correlación. La medición de las variables que se pretenden correlacionar, tiene que ser en los mismos sujetos.

Los estudios correlacionales son útiles ya tienen un propósito predictivo, es decir, permiten conocer la forma en que se comporta una variable conociendo el comportamiento de las otras variables relacionadas (Hernández y cols.; 2006).

La correlación puede ser:

1. Positiva: si los sujetos que muestran altos valores en una variable tienden a presentar altos valores en la otra variable.
2. Negativa: cuando los sujetos con altos valores en una variable tienden a mostrar bajos valores en la otra variable.
3. Nula: es decir, que no hay correlación. Las variables no dependen entre sí.

Si existe correlación entre las variables “se tienen bases para predecir, con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, sabiendo qué valor tiene la otra variable” (Hernández y cols.; 2007: 64).

Además la investigación correlacional tiene de manera parcial un valor explicativo. Mientras más variables estén correlacionadas en un estudio y entre más fuerte sea la relación existente, la explicación de los fenómenos podrá ser más completa (Hernández y cols.; 2007).

3.1.5. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos utilizadas para esta investigación fueron pruebas estandarizadas, éstas consisten en instrumentos creados por especialistas en la investigación, que pueden ser utilizados para la medición de las variables. Manejan su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación (Hernández y cols.; 2007).

Es importante que al seleccionar una prueba estandarizada, esta se haya desarrollado o adaptado por algún investigador al contexto del estudio donde se llevará a cabo la investigación.

Algunas de las ventajas de las técnicas estandarizadas son que ya tienen estudios estadísticos que prueban su validez, esto es, que la prueba mida la variable para la cual fue diseñada, así como la confiabilidad, es decir, que aplicada la prueba en circunstancias similares, los resultados arrojados deben ser parecidos.

Los anteriores son requisitos indispensables para la evaluación del proceso de investigación.

Para que el investigador pueda aplicar e interpretar las pruebas estandarizadas, es necesario que tenga conocimiento de las variables que pretende medir (Hernández y cols.; 2007).

Para la medición de la variable independiente estrés se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R) diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997).

La CMAS-R, titulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñados para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de seis a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas. El sujeto responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No” según corresponda.

Con el fin de proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones: la calificación total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales. Se presentan además cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud-hipersensibilidad, preocupaciones sociales-concentración, y mentira. Las puntuaciones elevadas indican un alto nivel de ansiedad o mentira en las subescalas anteriores.

La subescala de ansiedad fisiológica está asociada con manifestaciones tales como dificultades del sueño, náusea y fatiga.

La subescala de inquietud-hipersensibilidad describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional.

La subescala de preocupaciones-concentración es útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares; ésta se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades en la concentración y atención.

La escala de ansiedad total incluye las tres subescalas anteriores. En el presente estudio será la medición relevante de los sujetos investigados, dado que la ansiedad es el principal indicador subjetivo o emocional de la variable estrés.

Como una medida de consistencia interna de la CMAS-R, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, el valor obtenido fue de .76, es decir, el test muestra confiabilidad.

Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de .69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). El autor es David M.

Gardner (1998). Evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.

La aplicación puede ser individual o colectiva, el tiempo de aplicación es ilimitado, normalmente con una duración de 20 minutos. Es aplicable a partir de la edad de 11 años.

El test está constituido por 91 reactivos que evalúan 11 escalas:

La escala de obsesión por la delgadez se refiere a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. Esta obsesión es la característica principal de los trastornos de la conducta alimentaria.

La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comida incontrolables.

La escala de insatisfacción corporal mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen los trastornos de la conducta alimentaria.

La escala de ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida.

La escala de perfeccionismo mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores.

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

La escala de conciencia introceptiva mide el grado de confusión o dificultad para conocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

La escala de miedo a la madurez evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. El ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales.

La escala de ascetismo mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.

La escala de impulsividad evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, autodestrucción y la ruptura de las relaciones interpersonales.

La escala de inseguridad social mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

Con respecto a la confiabilidad, los estudios respectivos se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna con la prueba Alfa de Cronbach, con resultados superiores a 0.80.

Además de lo anterior, se realizaron estudios para evaluar la validez de contenido, de criterio y de constructo, de los cuales se obtuvieron puntajes y resultados satisfactorios.

Los reactivos se contestan en una escala de 6 puntos, donde las opciones son nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre.

3.2. Población y muestra.

Enseguida se indicarán las características de la población de estudio, así como el procedimiento empleado para obtener la muestra.

3.2.1. Delimitación y descripción de la población.

De acuerdo con Selltiz, la población “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols.; 2007: 303).

En la presente investigación la población que se estudió está formada por las alumnas del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Michoacán (CECyTEM) de Nahuatzen, Michoacán. Sus edades van de los 14 a 18 años de edad en promedio. El nivel socioeconómico de la mayoría de es bajo. Las alumnas son de Nahuatzen y de otras comunidades: Comachuén, Arantepacua, Cherán, Turícuaro, Sevina, San Isidro, Paracho, Rancho del Pino y Rancho del Padre.

El total de alumnas de la institución es de 171, repartidas en 13 grupos.

3.2.2. Proceso de selección de muestra.

Pocas veces es posible medir toda la población, para lo cual se obtiene o selecciona una muestra. La cual se define como un subgrupo de la población (Hernández y cols.; 2007).

En el presente estudio se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, el cual se utiliza en muchas investigaciones con la finalidad de estudiar un grupo o comunidad. Los datos que se obtienen no se pueden generalizar a una población.

En las muestras de este tipo, la elección de los sujetos “no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores” (Hernández y cols.: 2007; 167).

La ventaja de una muestra no probabilística es que a través de un cuidadoso y controlado proceso, se eligen los sujetos con ciertas características especificadas de manera previa en el planteamiento del problema.

Para esta investigación se tomó la técnica de muestreo intencional en que la cual los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados (Kerlinger; 2002).

Este muestreo se puede dar cuando dentro de una población escolar se elige como muestra a los integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos. Esta técnica facilita la realización de la investigación y es recomendable para investigaciones de tesis en las que el tiempo y los recursos institucionales son escasos. Sin embargo, es necesario indicar que los resultados no se pueden generalizar, solo se puede hacer mención de ellos como referencia hacia otros sujetos de la población.

3.3 Descripción del proceso de investigación

El proceso de investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

En primer lugar, se estructuró el plan de trabajo que permitió estructurar el presente estudio. Después se llevó a cabo la recolección de la información documental para conformar el marco teórico, dividido en dos capítulos.

Posteriormente, se seleccionaron las pruebas psicológicas que fueron empleadas para la medición de las variables investigadas. Para la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba EDI-2, cuyo autor es David M. Gardner; para la variable estrés se empleó el test psicológico denominado CMAS-R, diseñado por los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond.

Enseguida se eligió la institución donde se realizaría la aplicación de las pruebas psicológicas, siendo ésta el CECyTEM 18 del Municipio de Nahuatzen, Michoacán; posteriormente se eligió la muestra, que consistió en 100 alumnas.

Una vez elegidas las alumnas, se procedió a la aplicación de los tests psicológicos, para posteriormente realizar la calificación de los datos obtenidos. Enseguida se presentan los resultados y el análisis de los mismos.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación documental y de campo, con el fin de llegar a la verificación de alguna de las hipótesis formuladas.

En primer término se presentan los resultados de la variable trastornos alimentarios; en segundo término se muestran los resultados obtenidos en cuanto a la variable estrés, y finalmente se muestran los resultados obtenidos en el análisis de ambas.

1.4.1 Los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios se pueden definir como un conjunto de comportamientos problemáticos en relación con la comida que suponen un riesgo para la salud del individuo que los padece (Jiménez; 2007).

Respecto a los resultados obtenidos en la escala EDI-2 sobre los indicadores de trastornos alimentarios, fueron mostrados en puntajes percentilares. Los percentiles se definen como “las calificaciones o puntos específicos dentro de una distribución. Indican la puntuación particular debajo de la cual se coloca un porcentaje definido de calificaciones” (Kaplan y Saccuzzo; 2006: 38).

En el presente estudio, se encontró lo siguiente:

En la escala de obsesión por la delgadez se encontró una media de 53. La media aritmética se define como la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2006).

Sumado a ello, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra un valor medio de un conjunto de valores ordenados. El valor de la mediana fue de 53.

La moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en un conjunto de medidas (Hernández y cols.; 2006). En esta escala se identificó que la moda es el puntaje 41.

De la misma manera se obtuvo el valor de una medida de dispersión, particularmente de la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado de un conjunto de datos (Hernández y cols.; 2006). El valor obtenido de esta medida es de 22.

Los datos obtenidos en la medición de la escala obsesión por la delgadez en las alumnas del CECyTEM 18 se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia se encontró una media de 56, una mediana de 46, una moda de 46 y una desviación estándar de 16. Los datos obtenidos en la medición de este atributo en las alumnas del CECyTEM 18, se muestran en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 38, una mediana de 39, una moda de 14 y una desviación estándar de 23. Los datos obtenidos en esta medición se muestran en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se determinó una media de 51, una mediana de 38, una moda de 27 y una desviación estándar de 22. Los datos obtenidos en la medición de la ineficacia en las alumnas seleccionadas, se muestran en el anexo 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 57, una mediana de 60, una moda de 67 y una desviación estándar de 24. Los datos obtenidos al respecto, se muestran en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se detectó una media de 73, una mediana de 75, una moda de 75 y una desviación estándar de 21. Los datos obtenidos en la medición de esta escala en las alumnas del CECyTEM 18, se muestran en el anexo 6.

En la escala de conciencia introceptiva se encontró una media de 64, una mediana de 70, una moda de 22 y una desviación estándar de 25. La información obtenida en esta medición, se muestra en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 84, una mediana de 90, una moda de 90 y una desviación estándar de 16. Los datos obtenidos en la medición de miedo a la madurez en las alumnas del CECyTEM 18 se muestran en el anexo 8.

En la escala de ascetismo se descubrió una media de 66, una mediana de 70, una moda de 57 y una desviación estándar de 29. Los datos obtenidos en la medición esta escala en las alumnas de la escuela mencionada, se muestran en el anexo 9.

En la escala de impulsividad se encontró una media de 86, una mediana de 90, una moda de 90 y una desviación estándar de 15. Los datos obtenidos en esta medición, se muestran en el anexo 10.

Finalmente, en la escala de inseguridad social se encontró una media de 6, una mediana de 5, una moda de 2 y una desviación estándar de 5. Los datos obtenidos en la medición de esta escala en las alumnas del CECyTEM 18, se muestran en el anexo 11.

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

En la escala de obsesión por la delgadez el 16% de los sujetos se ubicó por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia el porcentaje fue de 11%; en la escala de insatisfacción corporal, el 7%; en la de ineficacia, 16%; en la de perfeccionismo, 20%; en la referente a desconfianza interpersonal, 41%; en la de conciencia introceptiva, 31%; en la de miedo a la madurez, 53%; en la de ascetismo, 30%; en la de impulsividad 55% y, finalmente, en la escala de inseguridad social, 0%.

Esta información se puede observar en el anexo 12.

En función de lo anterior, se observa que en las áreas donde hay más casos preocupantes son en las escalas de impulsividad, miedo a la madurez y desconfianza interpersonal.

Analizando los datos presentados se puede considerar que los trastornos alimentarios en la muestra estudiada se encuentran por lo general en un nivel normal, excepto en las escalas de desconfianza interpersonal, impulsividad y miedo a la madurez, en las que se presentan niveles preocupantemente altos en los puntajes.

1.4.2. Descripción de la variable estrés.

La definición dada por Lazarus para el término estrés toma en cuenta los siguientes puntos:

1. "Existencia de una demanda.
2. Percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño.
3. El sujeto no dispone de recursos suficientes.
4. Presencia de una emoción negativa.
5. Peligro de inadaptación o desajuste psicológico" (Lazarus, citado por Trianes; 2002: 21-22).

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en las alumnas del CECyTEM 18, se encontró una media de 64, una mediana de 74, una moda de 69 y una desviación estándar de 30. Los datos obtenidos en la medición de dicha variable en las alumnas referidas, se muestran en el anexo 13.

Resulta oportuno examinar, además, los resultados obtenidos en cada una de las subescalas de la prueba.

Particularmente, en la subescala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 65, una mediana de 70, una moda de 52 y una desviación estándar de 30. Los datos obtenidos en esta escala se muestran en el anexo 14.

Por otro lado, en la subescala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 60, una mediana de 64, una moda de 17 y una desviación estándar de 29. Los datos registrados sobre esta escala se aprecian gráficamente en el anexo 15.

Finalmente, en la subescala de preocupaciones sociales/concentración se encontró una media de 62, una mediana de 69, una moda de 86 y una desviación estándar de 31. La información obtenida en esta escala se muestra en el anexo 16.

Se presenta a continuación el porcentaje de sujetos que obtuvieron puntajes altos en la escala de ansiedad total, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicará el porcentaje de casos preocupantes por su nivel de estrés, que en este caso, fue de 32%.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los niveles de estrés de las alumnas se encuentran dentro de los rangos normales, sin embargo es necesario que se ponga atención a los mismos.

3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios

Si bien existen estudios como el de Bermúdez y cols. (2006) o el de Caldera y cols. (2007), en los cuales se estudia el estrés, o el de Ruiz y cols. (2004) en el cual se estudian los trastornos de alimentación, en ambos casos sin interrelación, existen otros como el de Behar y Valdés (2009) en el cual se estudia el vínculo entre ambas variables. Lo cual denota el interés por este tipo de fenómenos sociales.

En la investigación realizada con las alumnas del CECyTEM 18 de Nahuatzen, Michoacán, respecto a la relación entre las variables de estudio, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.36, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación positiva media de acuerdo con la clasificación de correlación que establecen Hernández y cols. (2006).

Para conocer la influencia que existe entre ambas variables, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual, mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza sólo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2006). El resultado de la varianza fue de 0.13, lo que significa que entre el estrés y la Obsesión por la delgadez hay una relación del 13%.

Kerlinger y Lee (2006), argumentan que un índice mínimo de correlación, para que sea considerado significativo, debe ser de al menos 0.31. Si este índice se convierte a la varianza de factores comunes, resulta en un 10%, a partir del cual se considera que una variable influye significativamente en otra. Con lo anterior se puede corroborar que existe correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la obsesión por la delgadez en las alumnas del CECyTEM 18 de Nahuatzen, Michoacán. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.39 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre estas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre el estrés y la bulimia hay una relación del 15%, con este dato se puede corroborar que existe una correlación significativa entre dichas variables, en las alumnas del CECyTEM 18 de Nahuatzen, Michoacán. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de Insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre las variables indicadas existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09 lo que significa que entre el estrés y la insatisfacción corporal hay una relación del 9%. Con ello se puede corroborar que no existe correlación significativa entre las variables referidas y los sujetos de estudio. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de Ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.48 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual indica que entre el estrés y la ineficacia existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.23, lo que significa que entre el estrés y la ineficacia hay una relación del 23%, lo anterior permite corroborar que existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables indicadas, en las alumnas del plantel investigado. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.10 obtenido mediante la prueba “r” de Pearson, lo cual expresa que entre tales atributos existe una correlación positiva muy débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y el perfeccionismo hay una relación del 1%, de esta manera se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el dichas variables, en la muestra seleccionada. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.31, según la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre dichas condiciones existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el estrés y la desconfianza interpersonal hay una relación del 9%, esto permite verificar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el

las variables estudiadas, en el caso de las alumnas del CECyTEM 18 de Nahuatzen, Michoacán. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de Conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.57 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva considerable.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.33, lo que significa que entre el estrés y la conciencia introceptiva hay una relación del 33%. Con este porcentaje se puede corroborar que existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables medidas. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.28 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual revela que entre dichas propiedades existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre el estrés y la Miedo a la madurez hay una relación del 8%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre estas variables en las alumnas del CECyTEM 18 de Nahuatzen, Michoacán. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.25 según la prueba “r” de Pearson, lo que se traduce en que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre el estrés y el ascetismo hay una relación del 6%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa las variables examinadas. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.40 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, de lo cual se deriva que entre las variables en cuestión existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16, lo que significa que entre el estrés y la impulsividad hay una relación del 16%, con lo cual se puede verificar que existe una correlación estadísticamente significativa entre dichas variables, en las alumnas del CECyTEM 18 de Nahuatzen, Michoacán. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 27.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.51 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, con ello se puede expresar que entre estos atributos existe una correlación positiva considerable.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.26, lo cual quiere decir que entre el estrés y la inseguridad social hay una relación del 26%, este porcentaje respalda la aseveración de que existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables antes referidas, en las alumnas del CECyTEM 18 de Nahuatzen, Michoacán. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 28.

Con base en los resultados anteriores, se puede establecer que existe una relación significativa entre el estrés y algunos indicadores de trastornos alimentarios, específicamente en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social. En estas escalas se puede corroborar la hipótesis de trabajo.

En contraparte, en el resto de las escalas no se pudo verificar la correlación significativa con respecto al estrés.

CONCLUSIONES

No se encontró relación significativa entre el estrés y cinco de las once escalas: insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo, con lo cual se comprueba la hipótesis nula.

Hubo relación significativa entre el estrés y las seis escalas restantes: obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social, con lo cual se corrobora la hipótesis de trabajo.

Con respecto a los cuatro primeros objetivos particulares, que fueron: definir el concepto de estrés, identificar las causas del estrés, describir el cuadro sintomatológico del estrés y presentar los principales enfoques teóricos del estrés, se cumplieron durante el desarrollo del capítulo 1.

Con relación a los objetivos particulares cinco, seis y siete, referidos respectivamente a: definir el concepto de trastornos alimentarios, identificar las causas de los trastornos alimentarios e identificar los aspectos psicológicos de los trastornos alimentarios, se cumplieron en el capítulo 2.

El octavo propósito, que consistió en medir el nivel de estrés de las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011, se cumplió de

manera satisfactoria a través de la aplicación del test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R).

Por otra parte, el objetivo particular relativo a evaluar la presencia de los rasgos psicológicos de los trastornos alimentarios en las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011, se cumplió satisfactoriamente como consecuencia de la aplicación de la prueba EDI-2.

El décimo y último objetivo particular, en el que se planteó determinar la correlación estadística entre el estrés y los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011, se cumplió mediante la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson y la varianza de factores comunes.

El logro de todos los objetivos particulares permitió, por consecuencia, el cumplimiento del objetivo general enunciado en la introducción del presente estudio.

Dentro de los hallazgos que observaron y es necesario hacer énfasis se encuentran: resultó inesperado encontrar que en seis de las once subescalas del EDI-2 exista una correlación con el nivel de estrés; además, que existan altos puntajes en las subescalas de conciencia introceptiva, miedo a la madurez e impulsividad.

Con este estudio se consiguió conocer lo complejo que resulta el determinar las causas que llevan a una persona a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria, y finalmente se puede decir que es multifactorial. Además de que su tratamiento aún es difícil de conseguir.

Con lo anterior se hace evidente que todavía queda mucho por investigar al respecto.

Un logro del presente estudio es haberlo realizado en una comunidad rural donde se le ha dado poca o nula importancia a la presencia de trastornos alimentarios en los adolescentes.

A partir de los resultados obtenidos se propone la instauración programas institucionales de intervención psicológica, con la finalidad de que las personas que resultaron con altos puntajes puedan recibir la orientación adecuada para el manejo tanto del estrés como de los trastornos alimentarios, así como elaborar programas de prevención para la comunidad estudiantil.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Butcher, James N.; Mineka, Susan; Hooley, Jill M. (2007).
Psicología clínica.
Editorial Pearson. España.

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

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

Costin, Carolyn. (2003)
Anorexia, Bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y
prevención de los trastornos alimentarios.
Editorial Diana. México.

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

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

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2006)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2007)
Fundamentos de la metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

Kaplan M., Robert; Saccuzzo P., Dennis. (2006)
Pruebas psicológicas
Editorial THOMPSON. México.

Kerlinger, Fred N. (2002)
Investigación del comportamiento.
Editorial McGraw-Hill, México.

Kerlinger, Fred N.; Lee, Howard B. (2006)
Correlación e Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias sociales.
Edit. McGraw-Hill. México.

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

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

Nowack, Kenneth M. (2002)
Perfil de estrés.
Editorial Manual Moderno. México.

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

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

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

Rausch, Cecile H. (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

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

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

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

Trianes, Victoria. (2002)
Niños con estrés. Cómo evitarlo, cómo trabajarlo.
Editorial Narcea. México.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

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

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

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

Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. Del Pilar. (2004)

“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédico del Centro Nacional de Rehabilitación.”

Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Vol. 16 Núm. 1 Pp. 12-17.

Artículos de Internet

Barraza Macías, Arturo. (2003)

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

Revista electrónica de psicologiacientifica.com

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

Bermúdez Quintero, Sol Beatriz; Durán Ortiz, María del Mar; Escobar Ávila, Camila; Morales Acosta, Adriana. (2006)

“Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina.”

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=print&id_revista

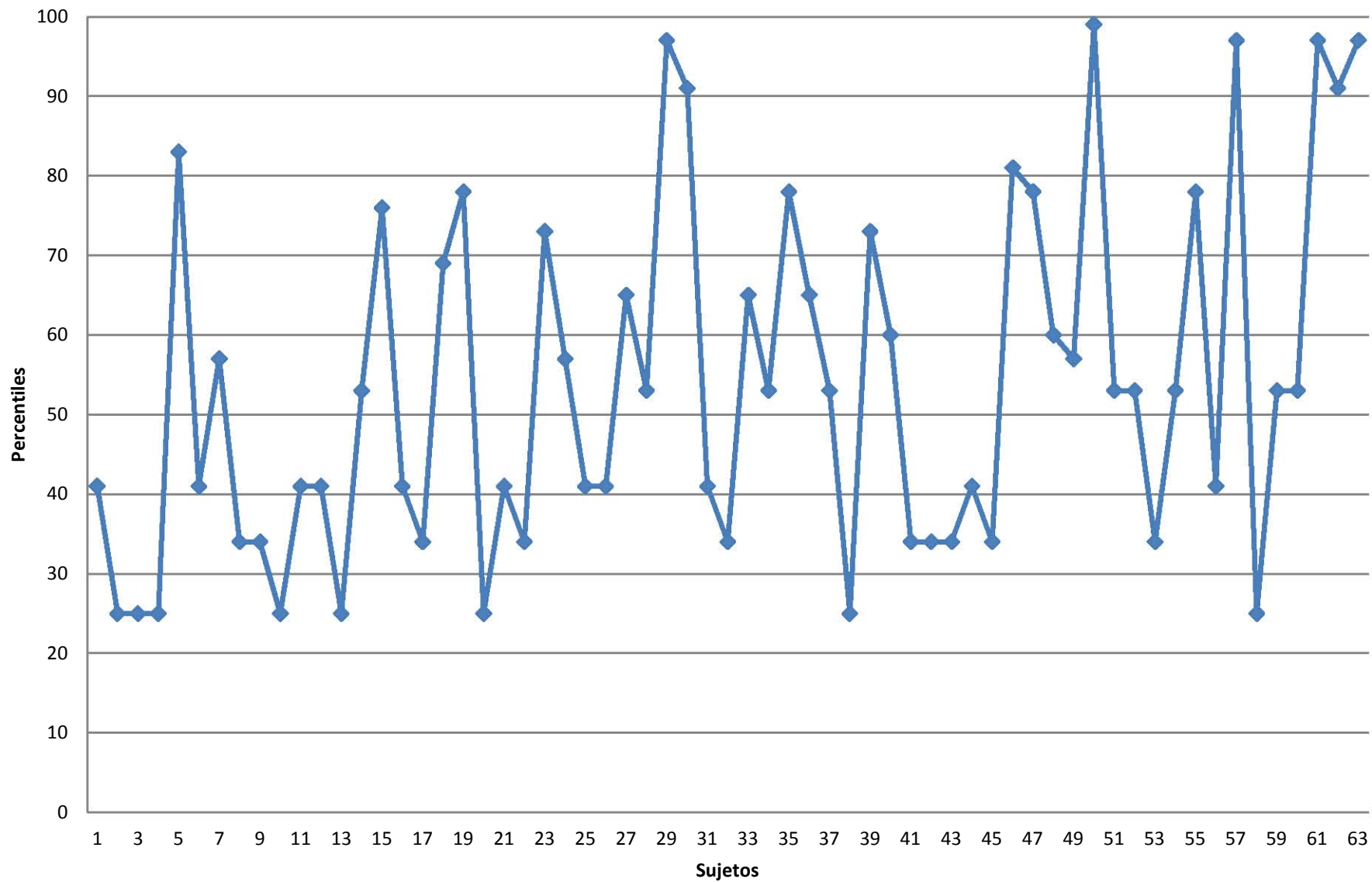
López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (s/f)

“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

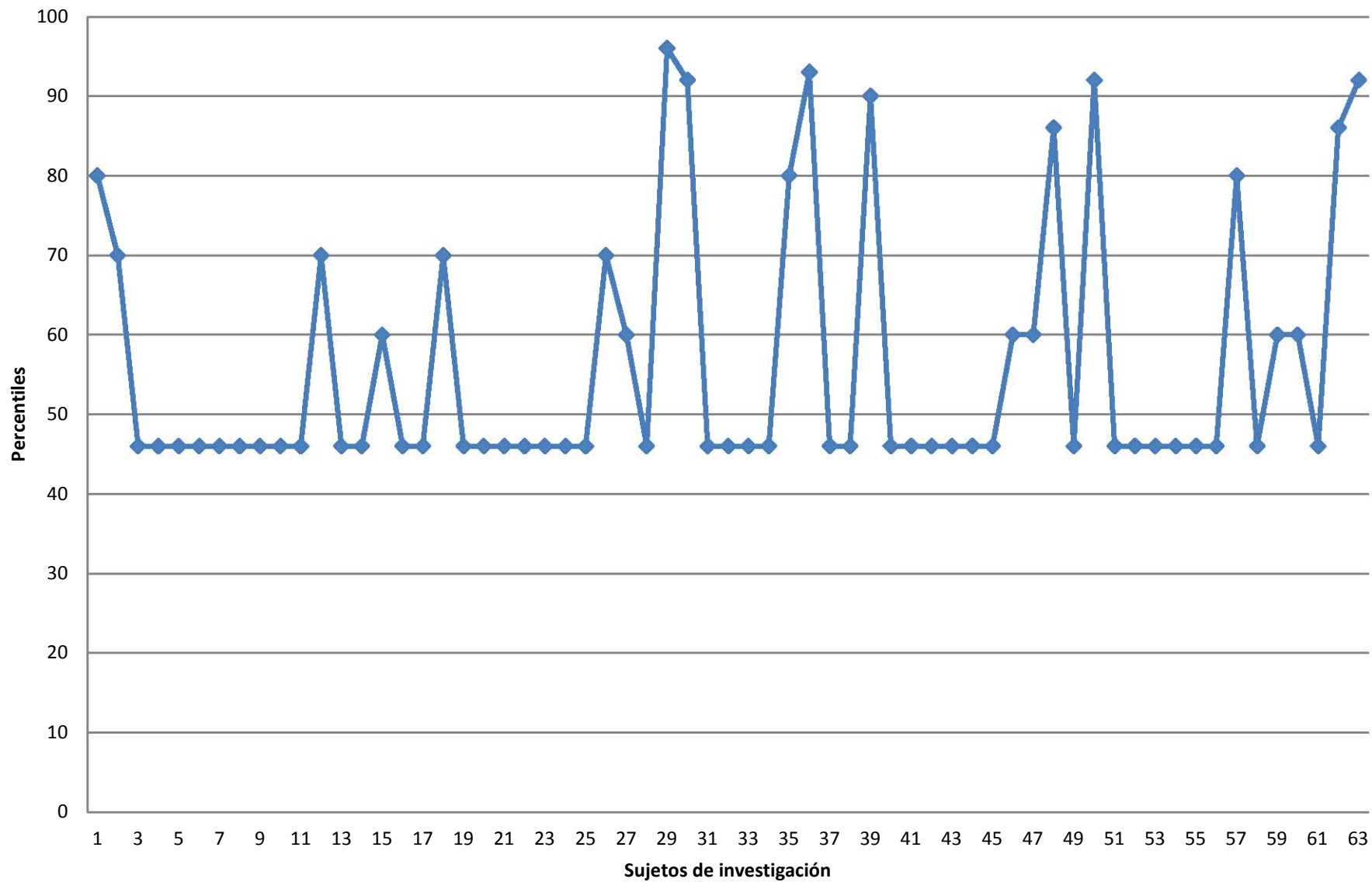
<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

Anexo 1

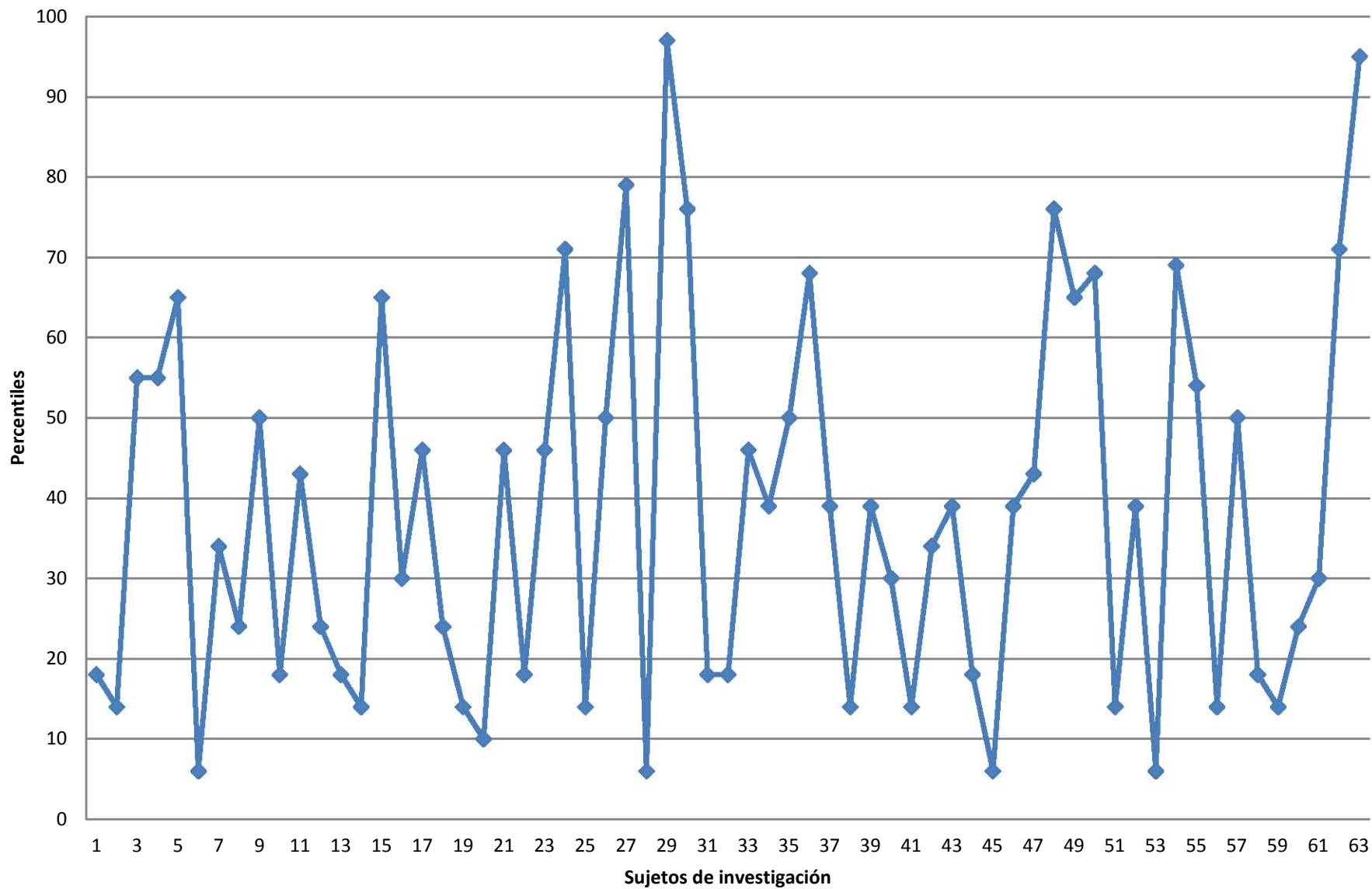
Percentiles de la escala obsesión por la delgadez



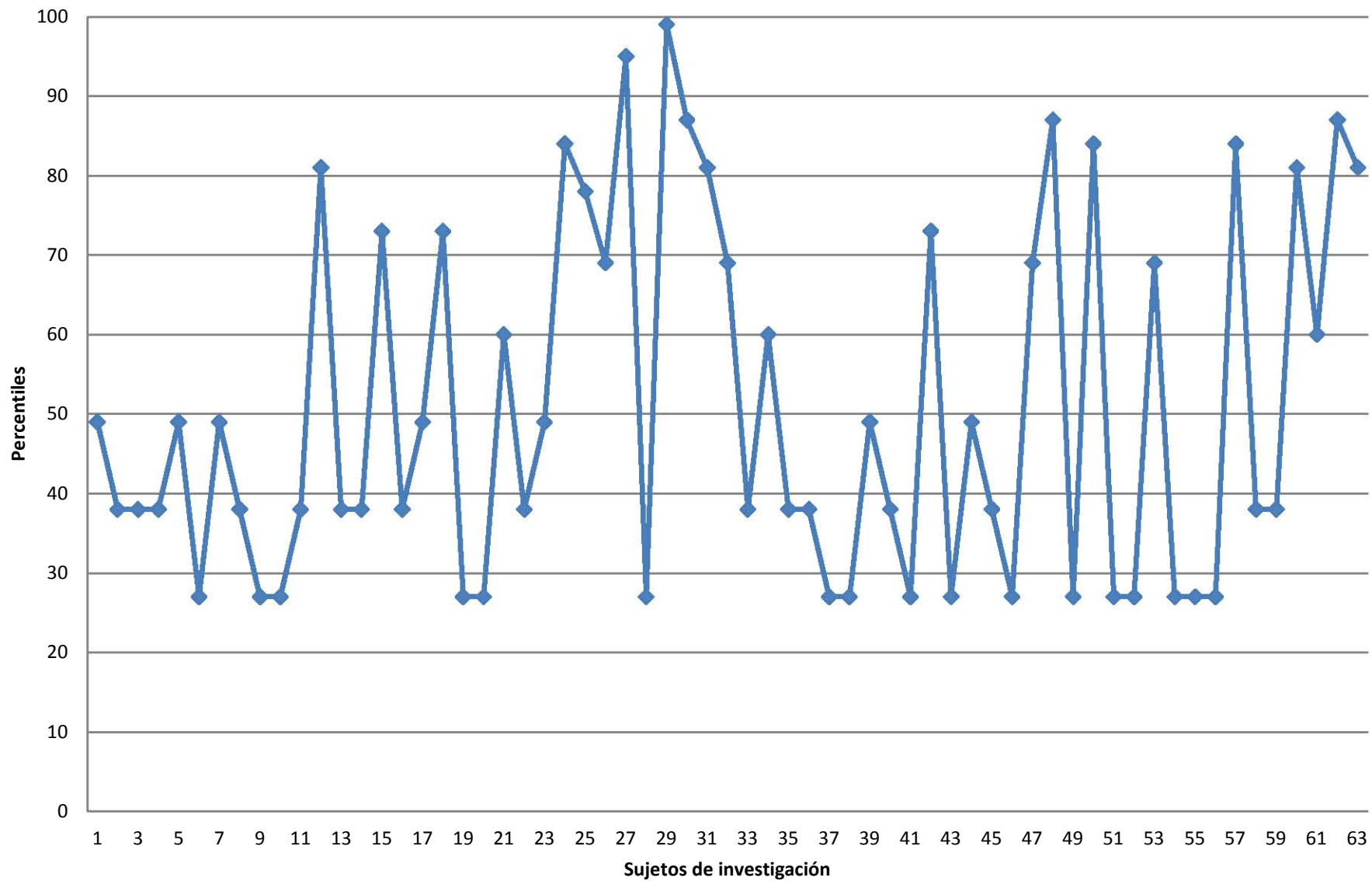
Anexo 2 Bulimia



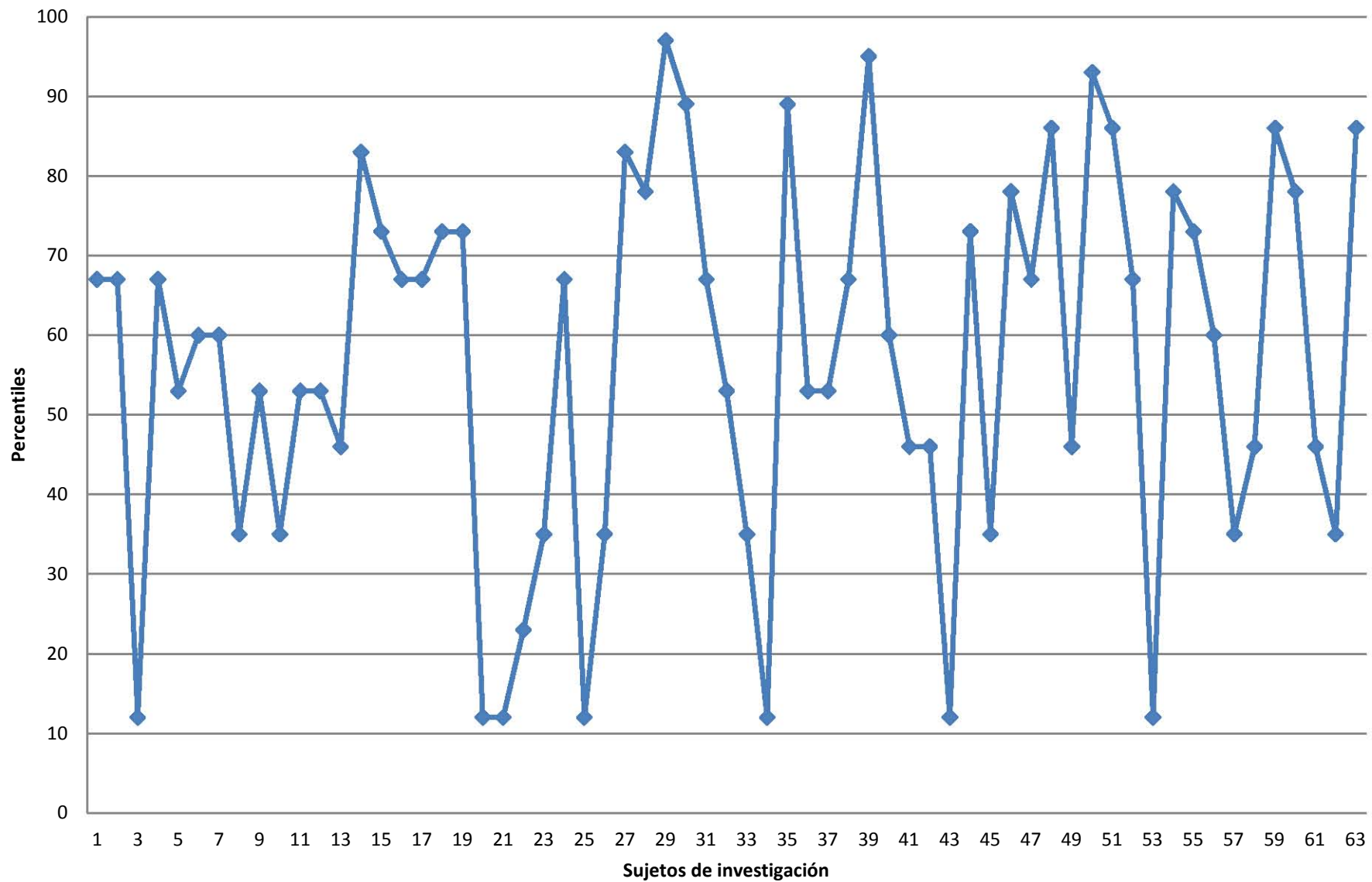
Anexo 3 Insatisfacción corporal



Anexo 4 Ineficacia

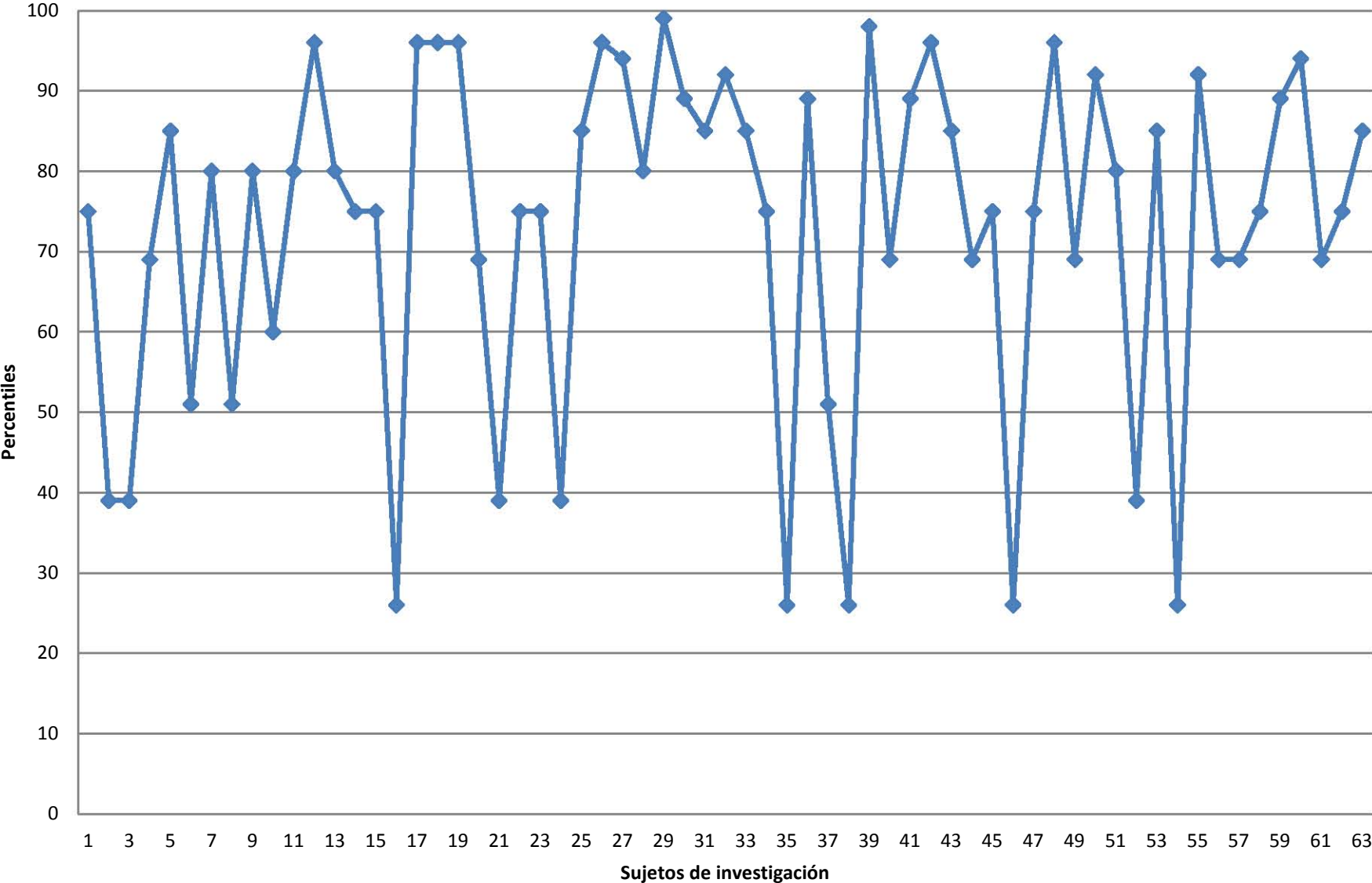


Anexo 5 Perfeccionismo

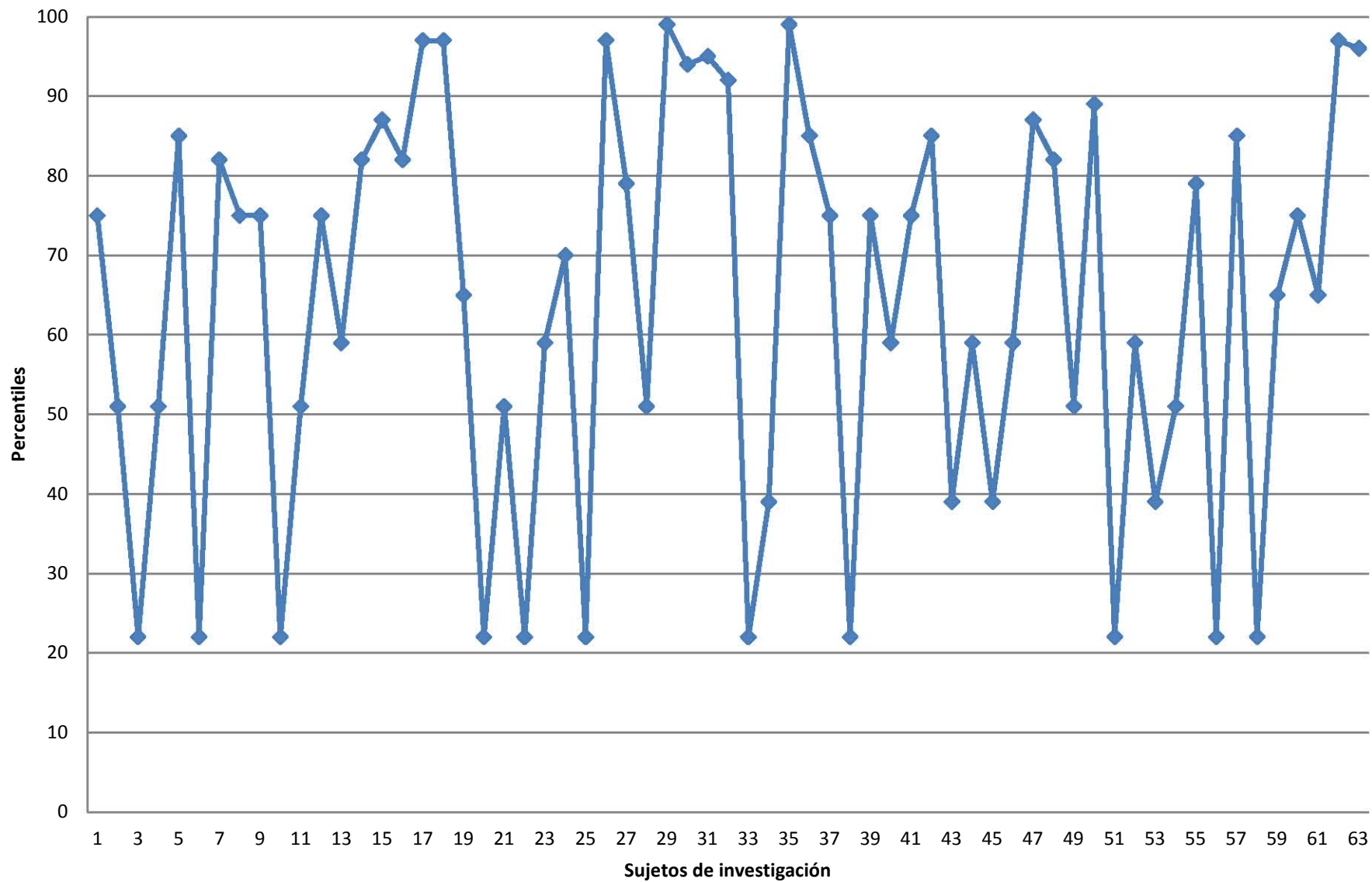


Anexo 6

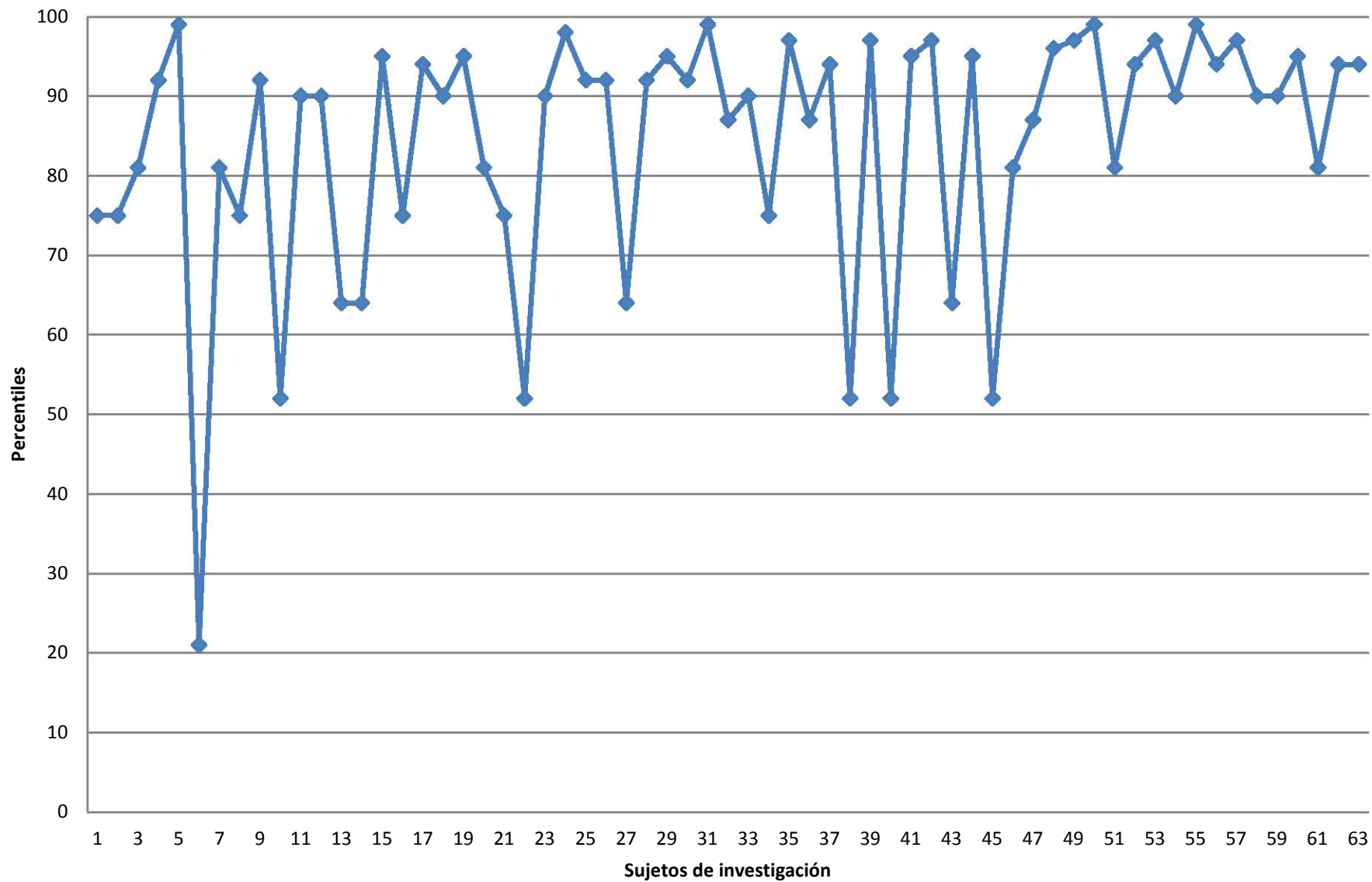
Desconfianza Interpersonal



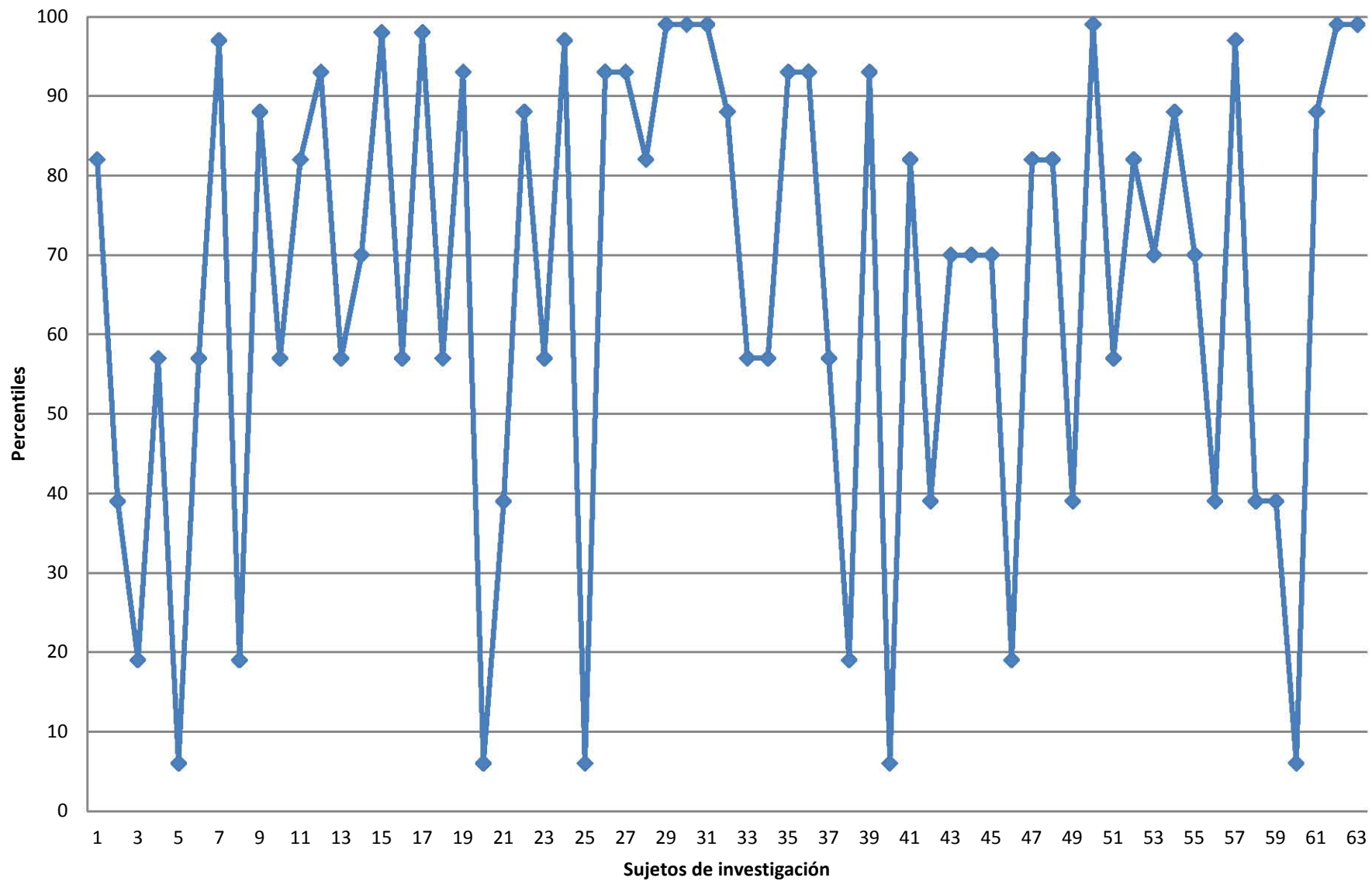
Anexo 7 Conciencia Introceptiva



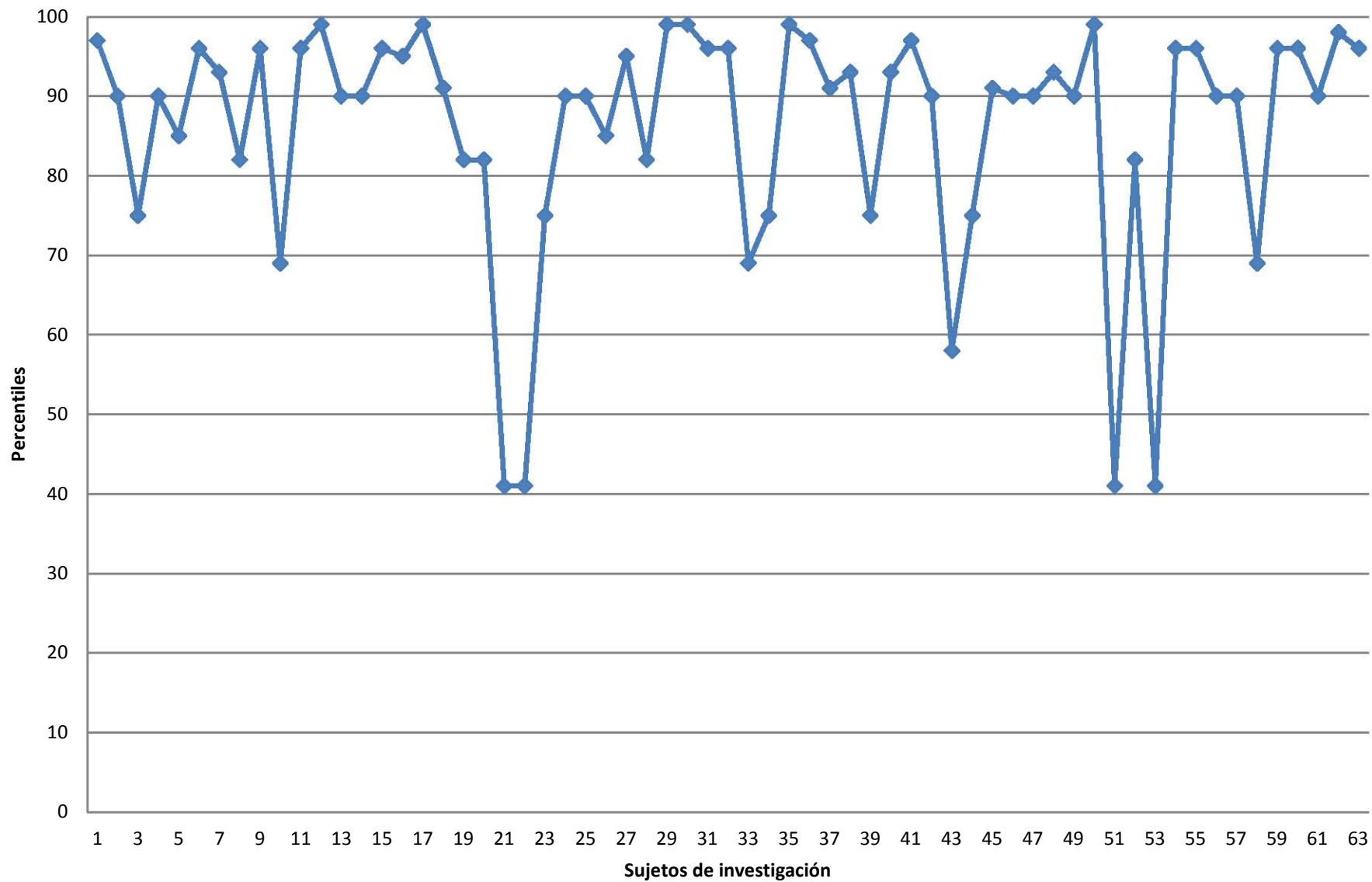
Anexo 8 Miedo a la Madurez



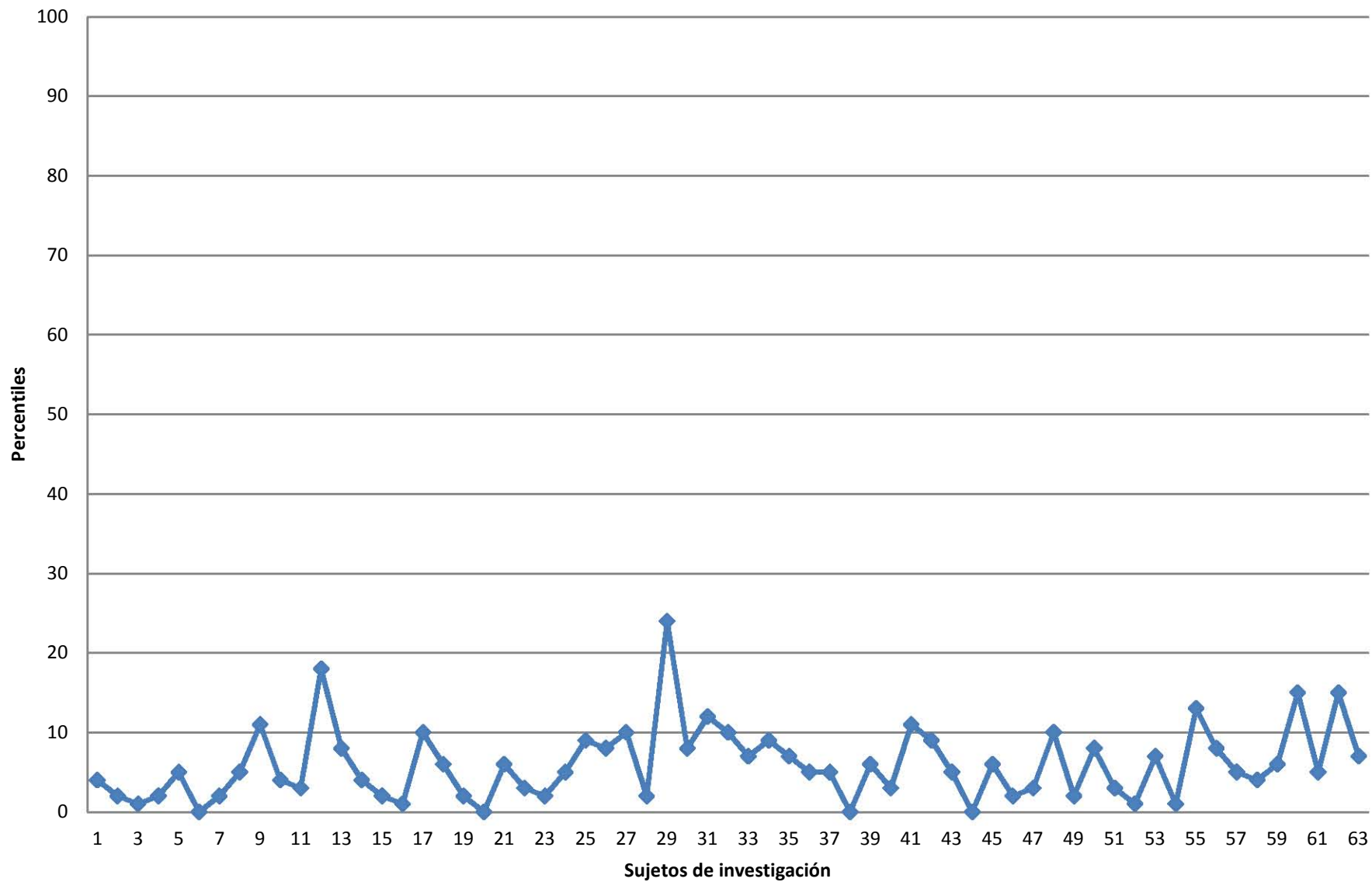
Anexo 9 Ascetismo



Anexo 10 Impulsividad

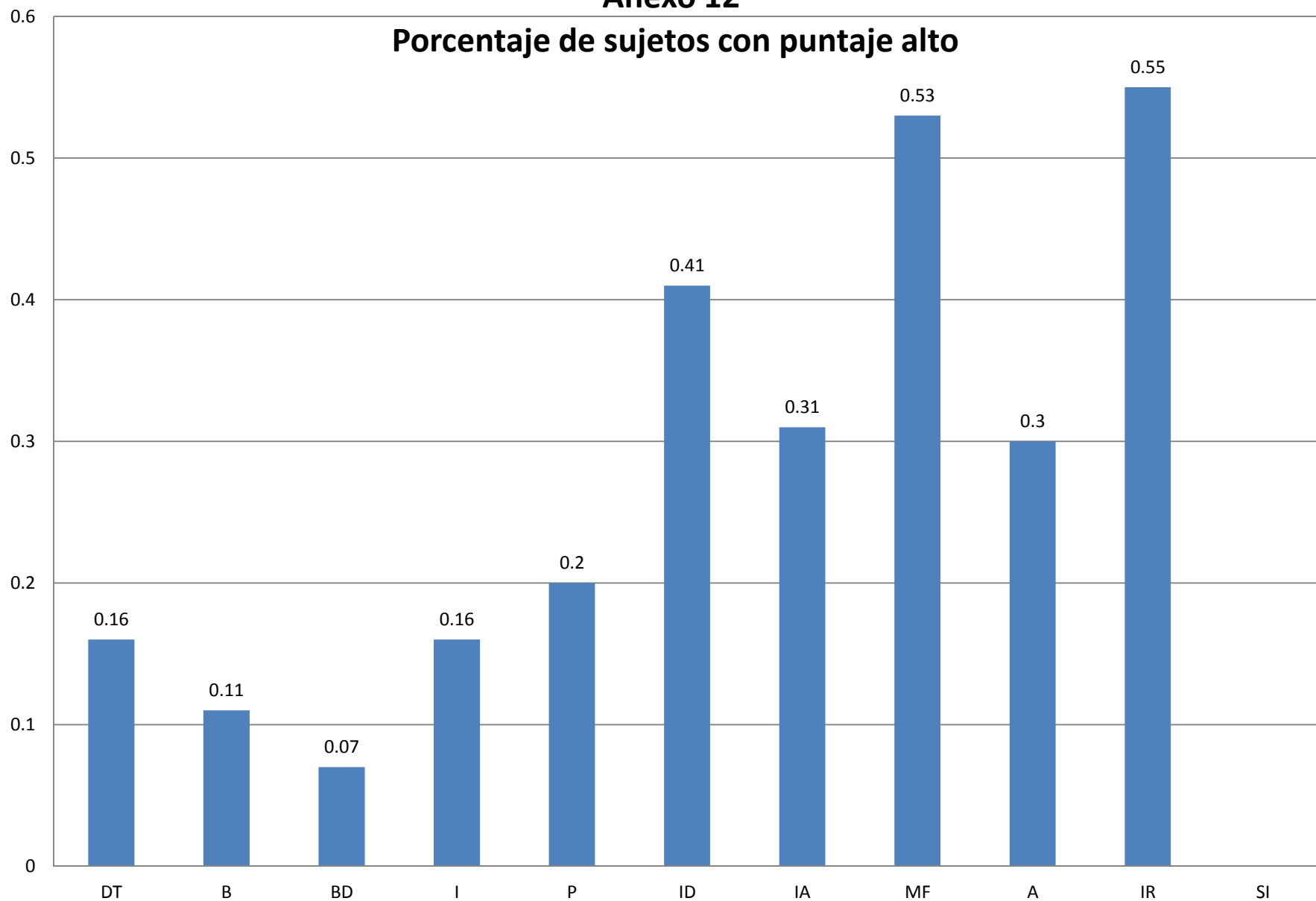


Anexo 11 Inseguridad Social



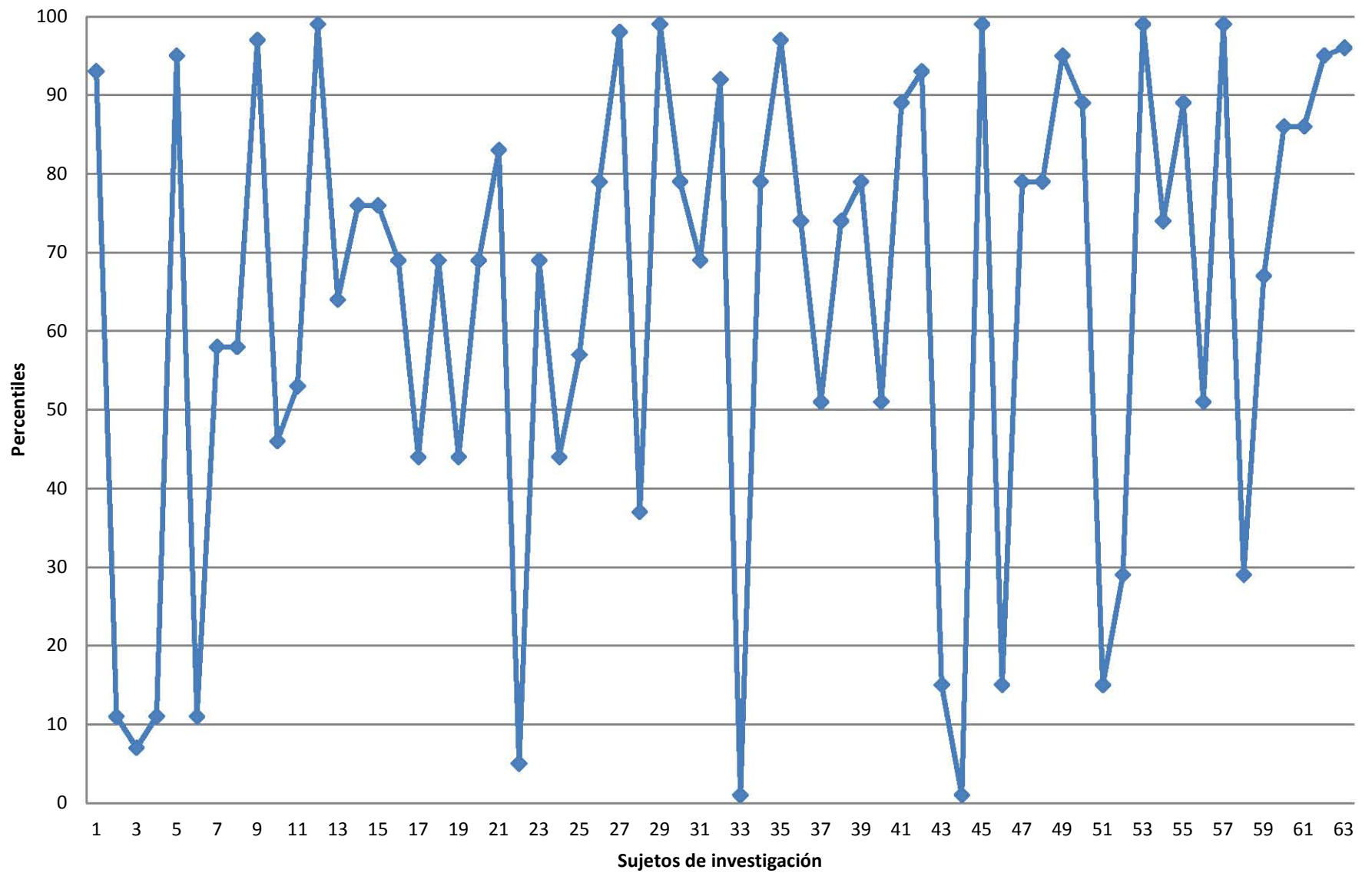
Anexo 12

Porcentaje de sujetos con puntaje alto



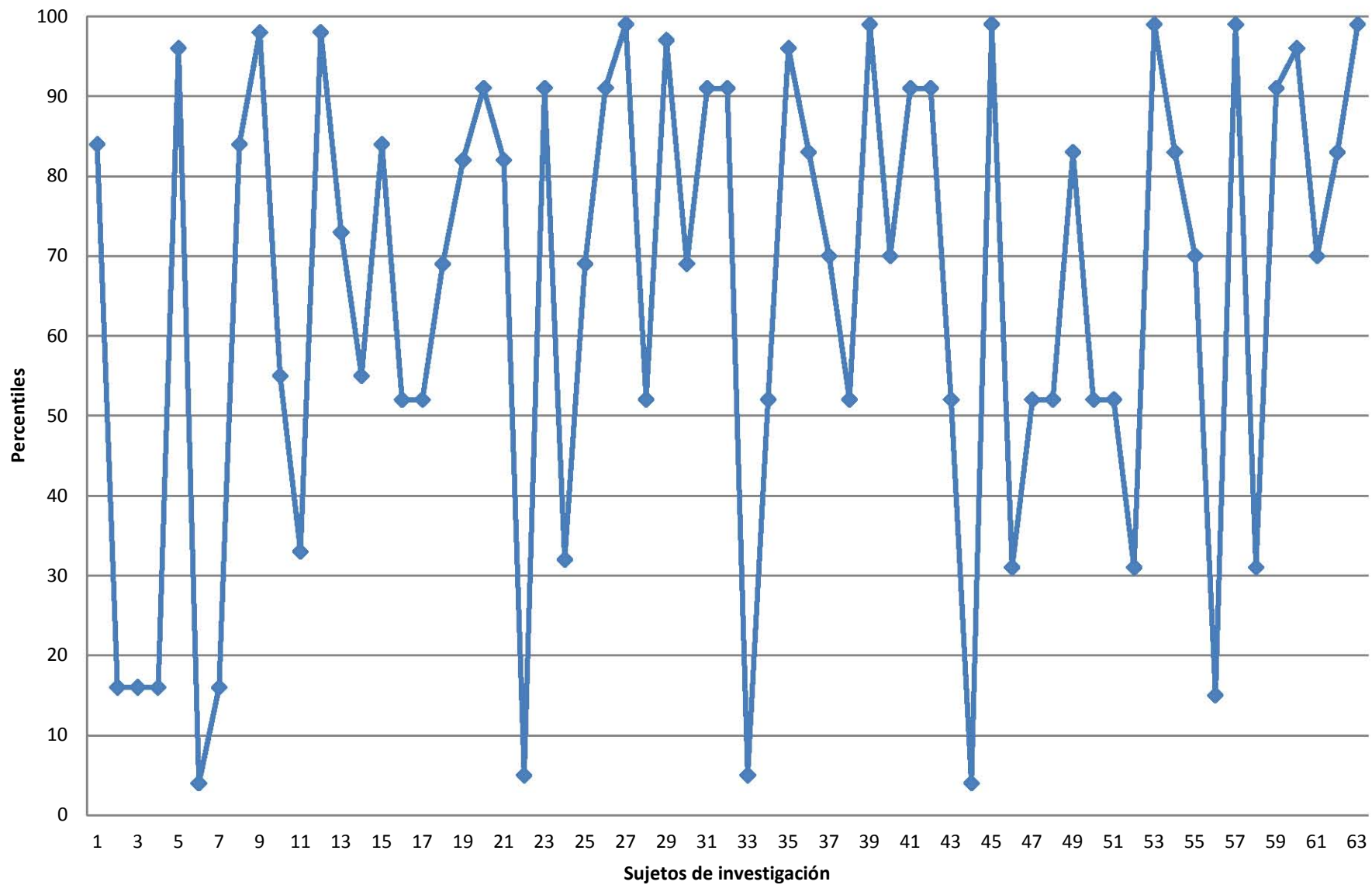
Anexo 13

Percentiles de la escala de Ansiedad Total

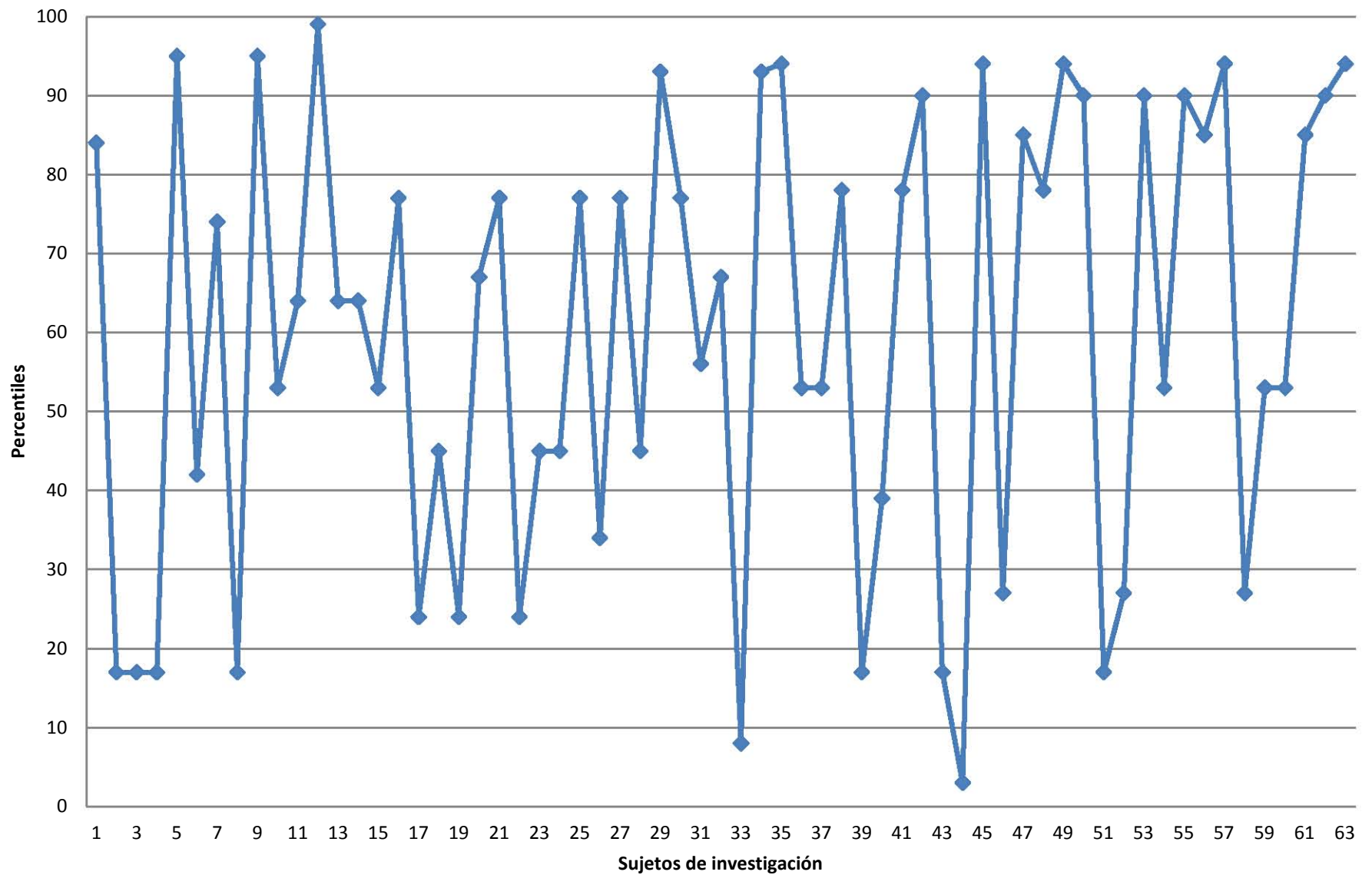


Anexo 14

Ansiedad Fisiológica

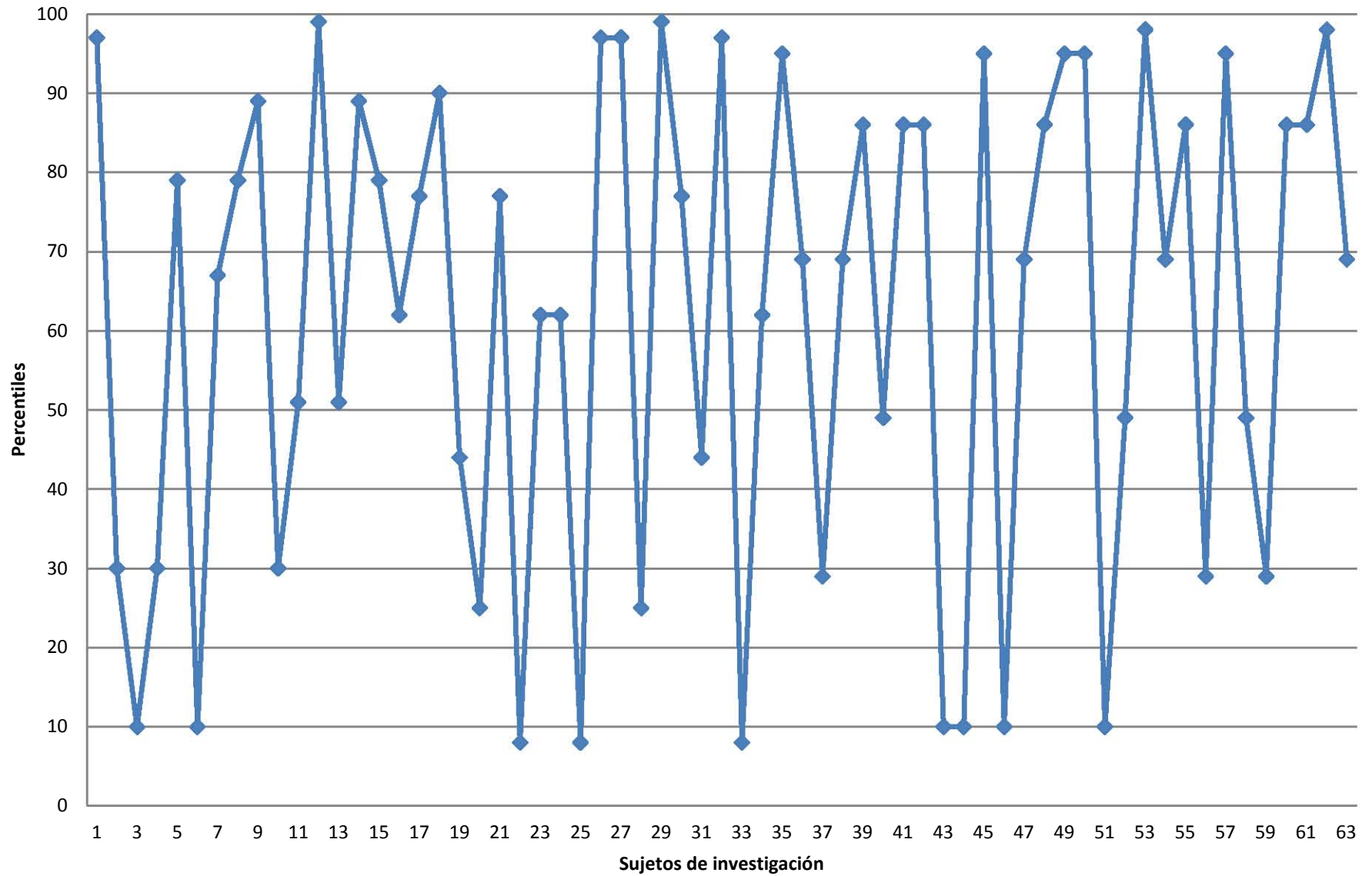


Anexo 15 Inquietud/Hipersensibilidad



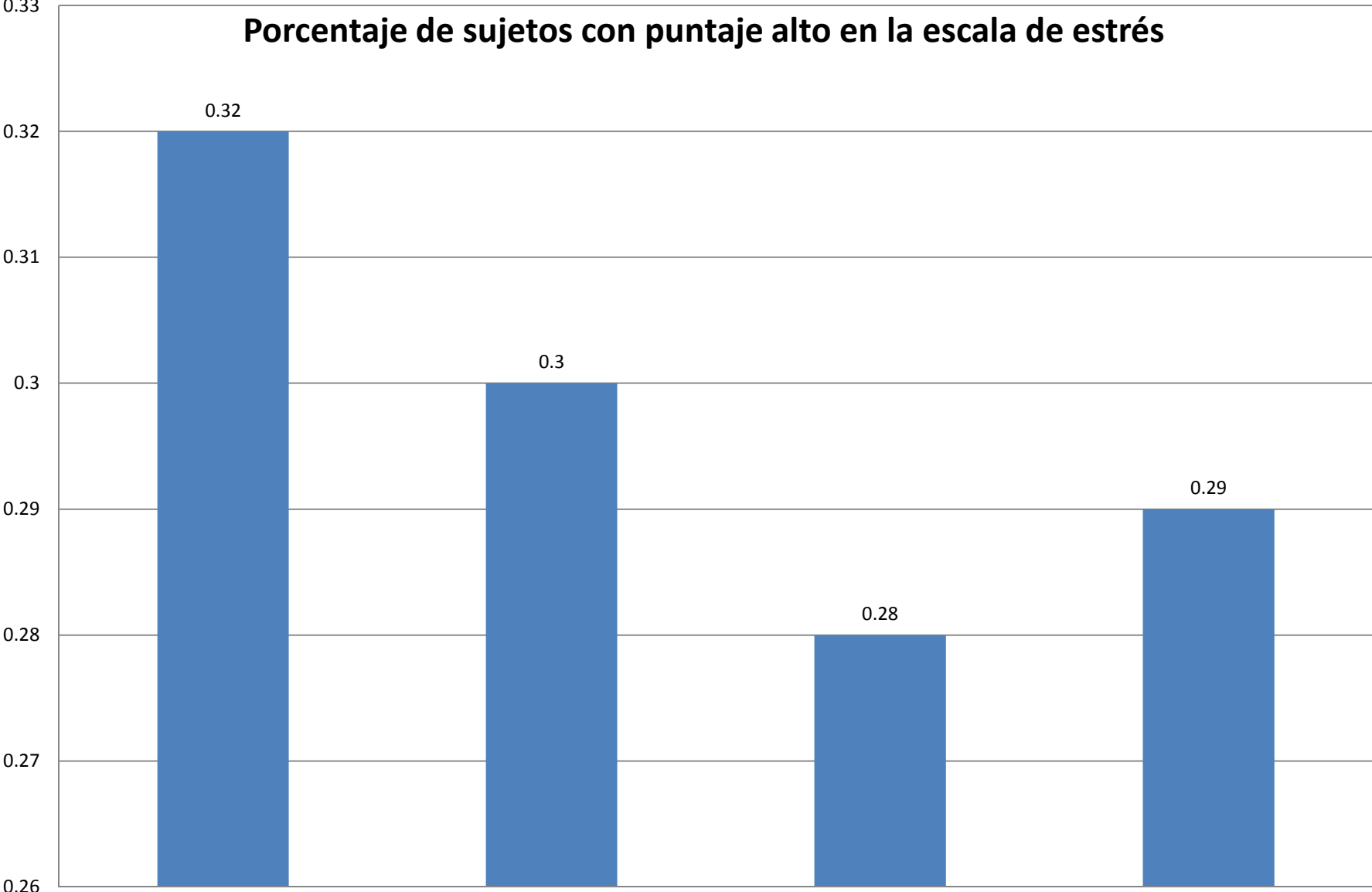
Anexo 16

Preocupaciones sociales/concentración



Anexo 17

Porcentaje de sujetos con puntaje alto en la escala de estrés



T

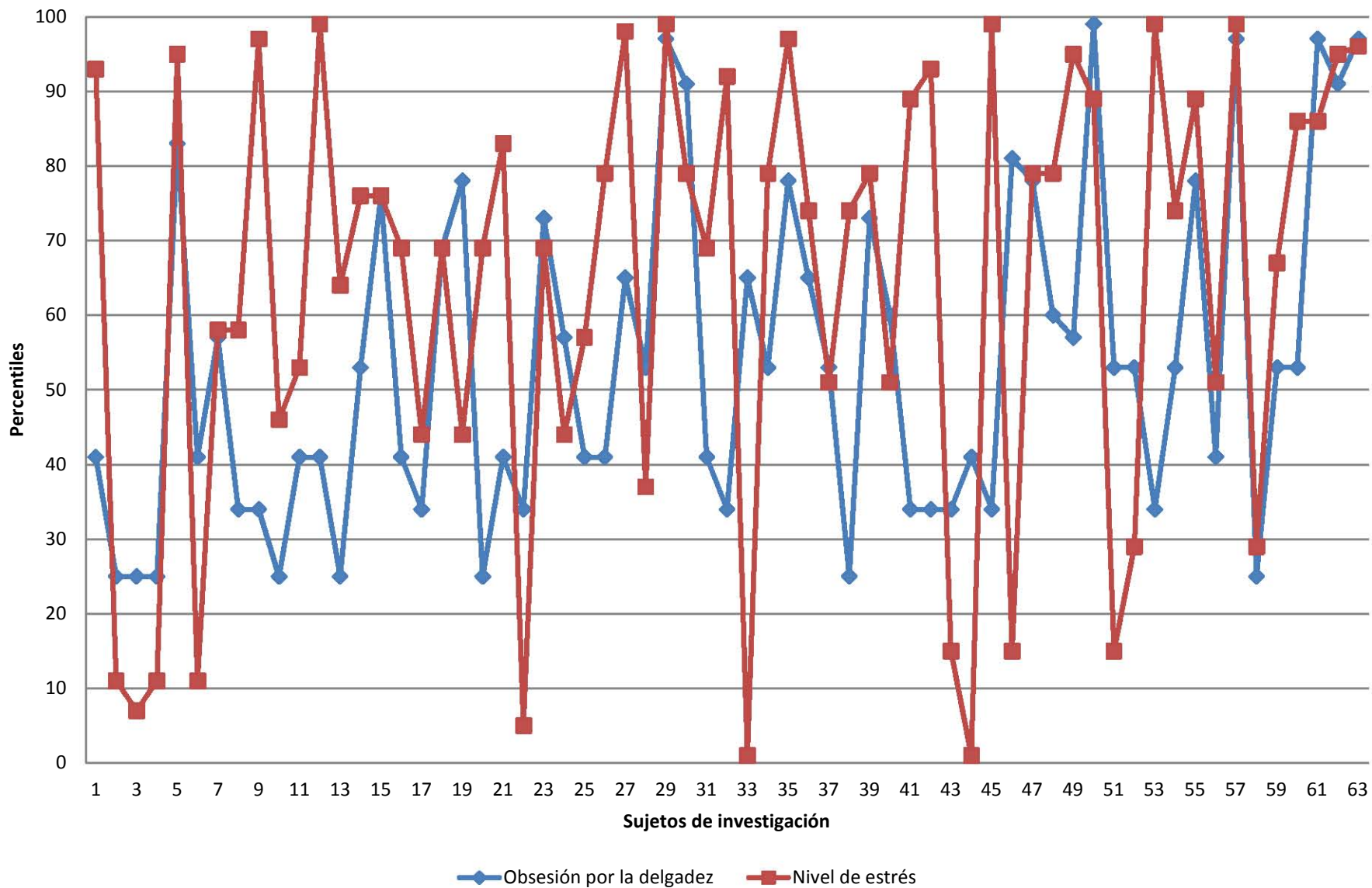
I

II

III

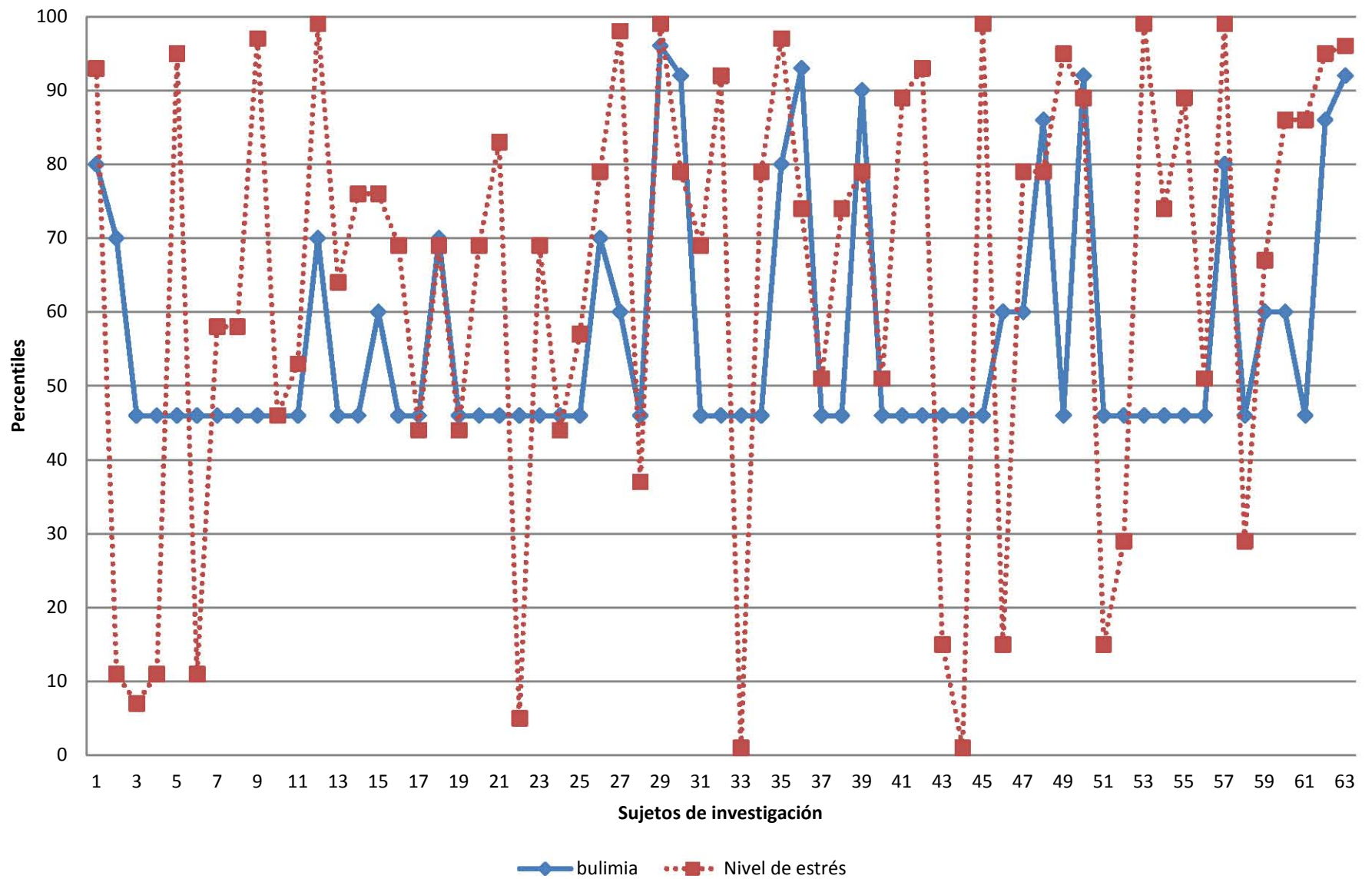
Anexo 18

Correlación entre el nivel de estrés y la Obsesión por la delgadez



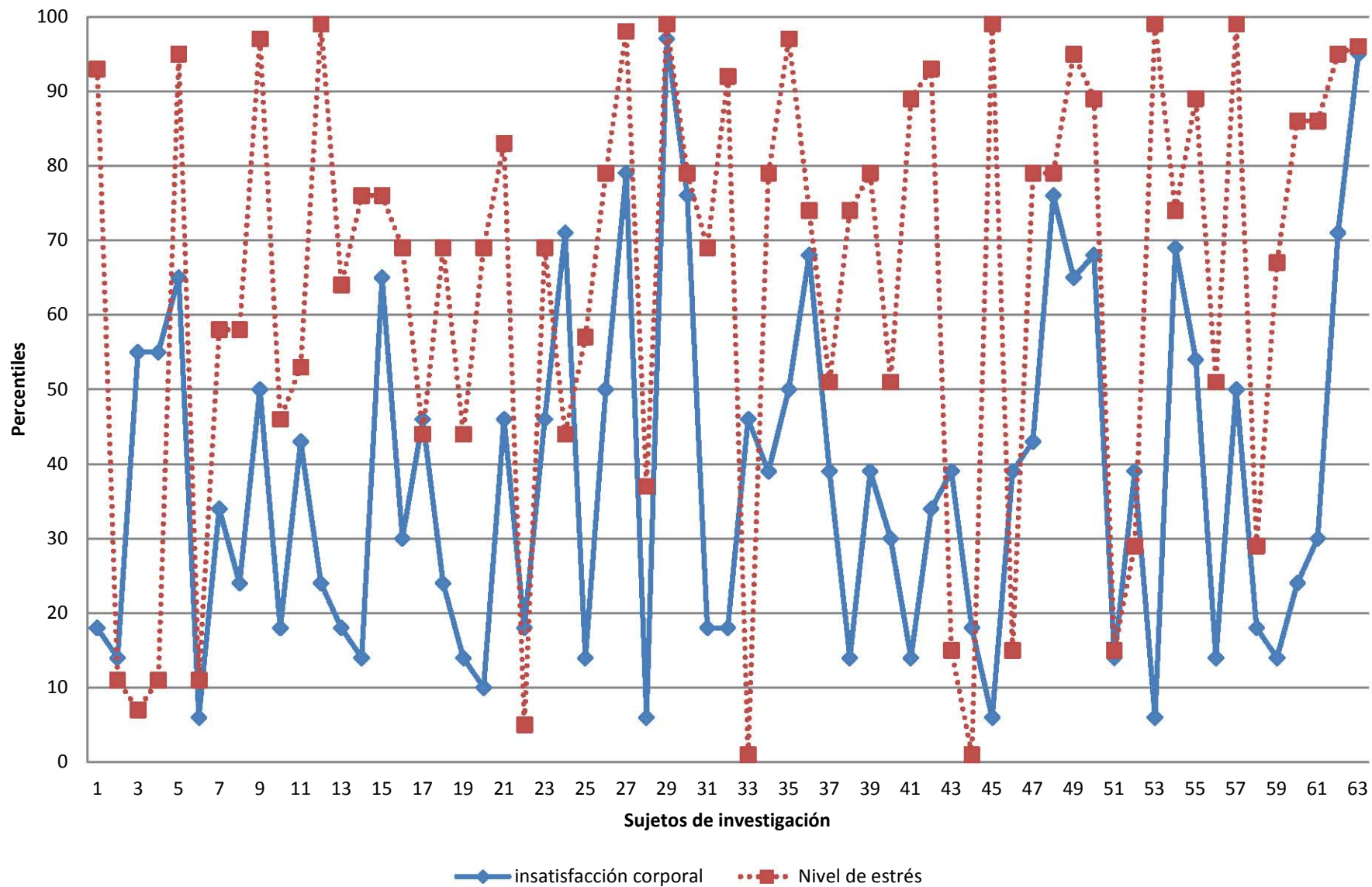
Anexo 19

Correlación entre el nivel de estrés y la bulimia



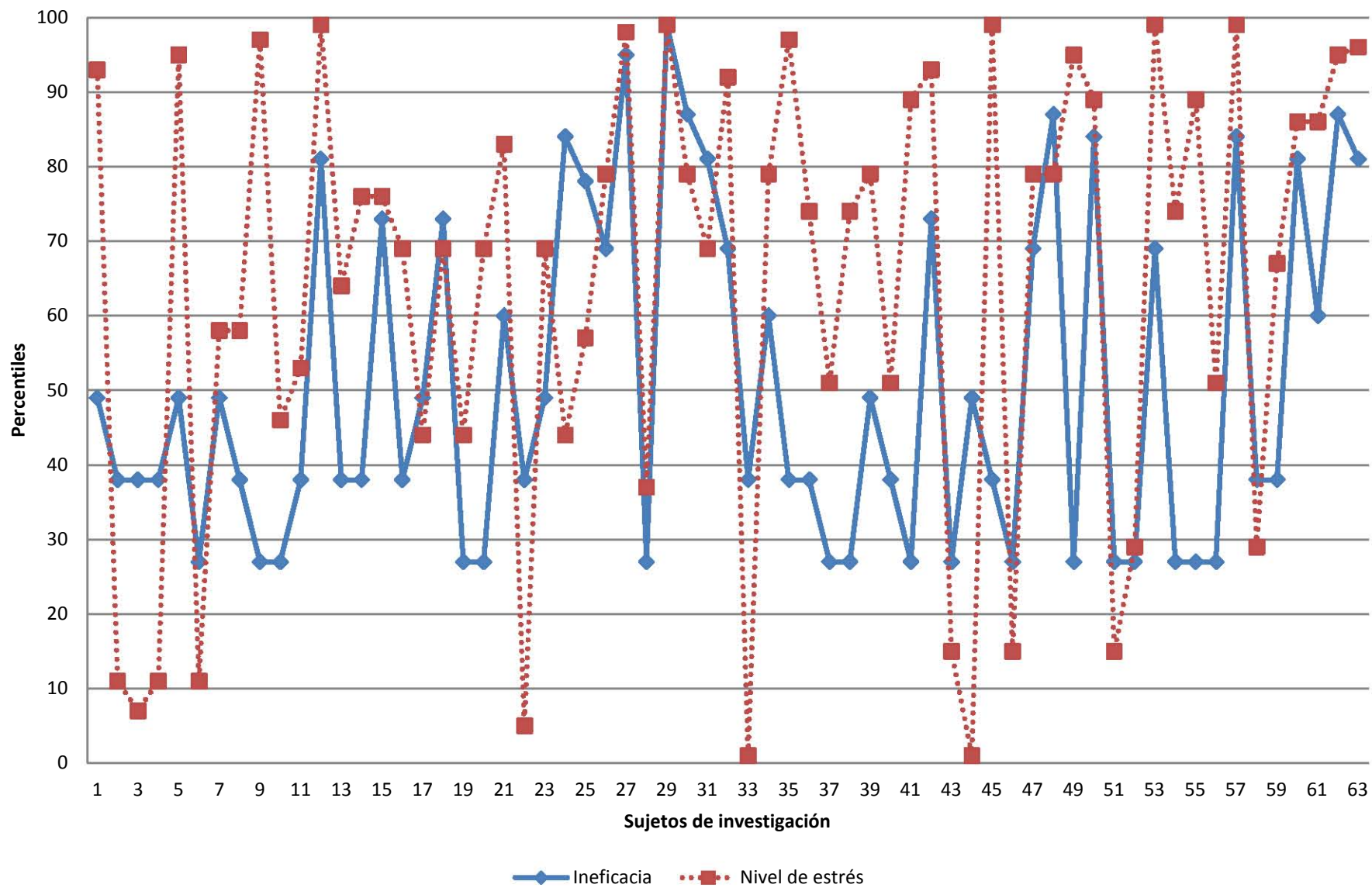
Anexo 20

Correlación entre el nivel de estrés insatisfacción corporal



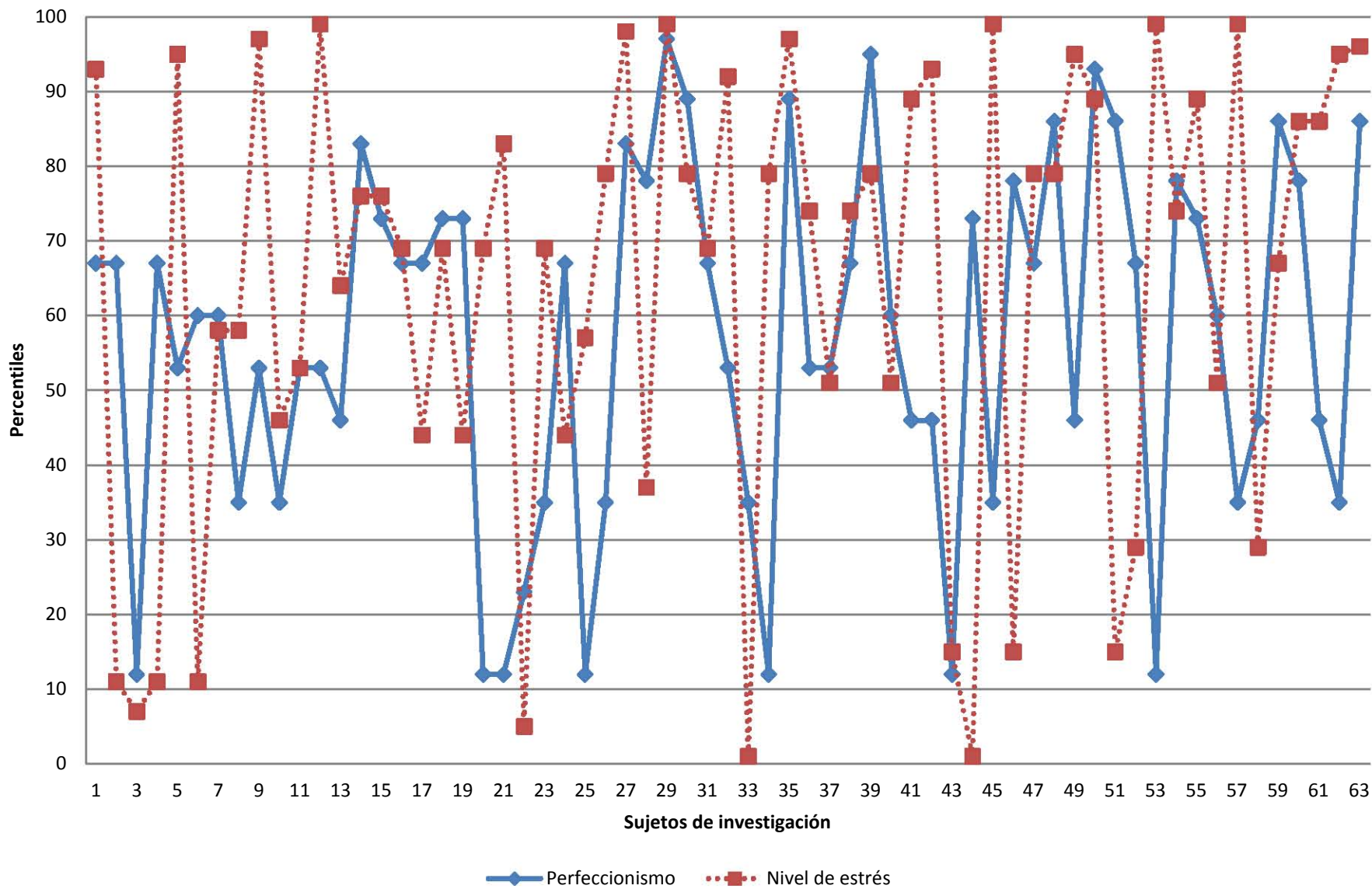
Anexo 21

Correlación entre el nivel de estrés e ineficacia



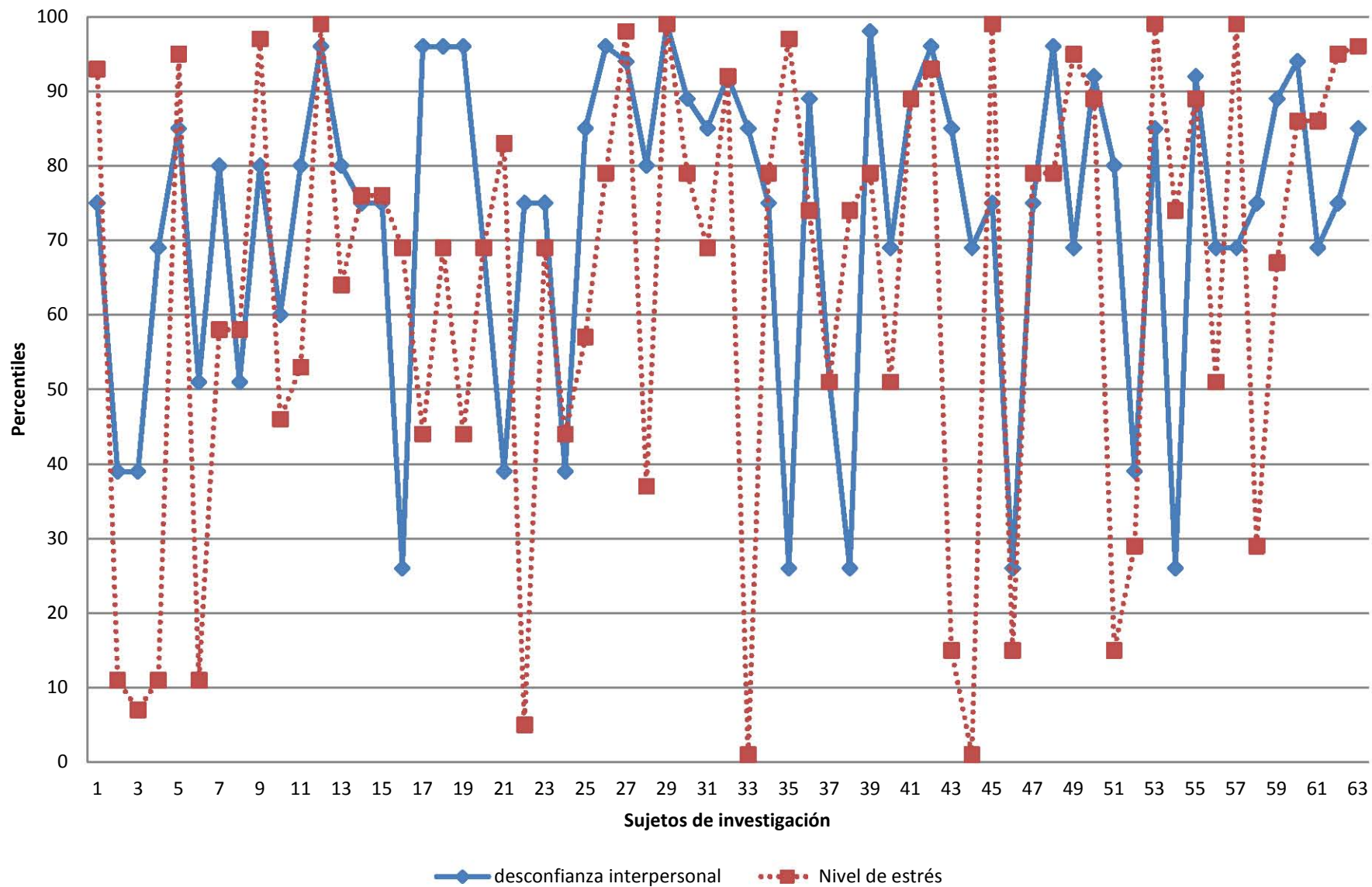
Anexo 22

Correlación entre el nivel de estrés y perfeccionismo



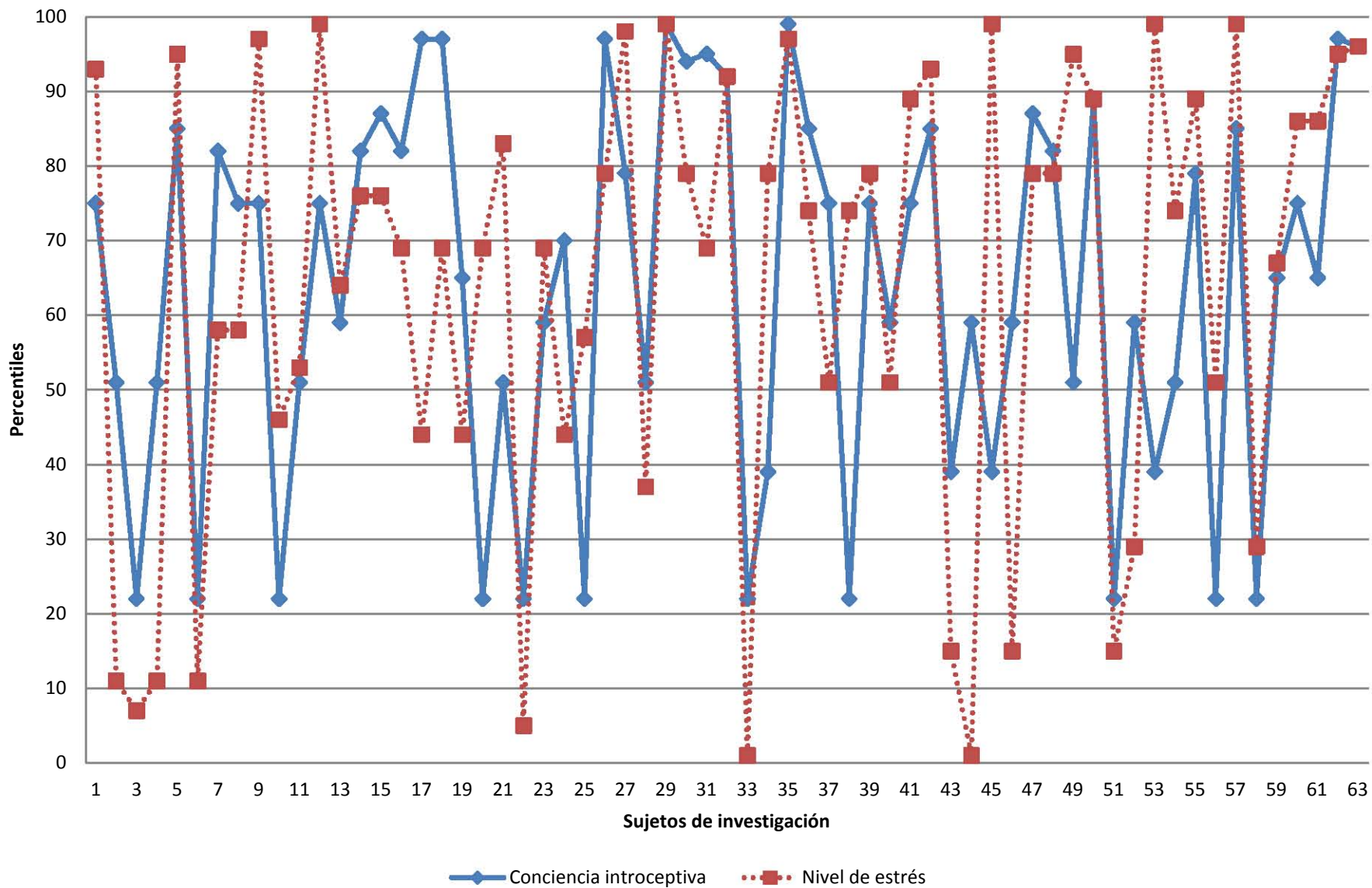
Anexo 23

Correlación entre el nivel de estrés y desconfianza interpersonal



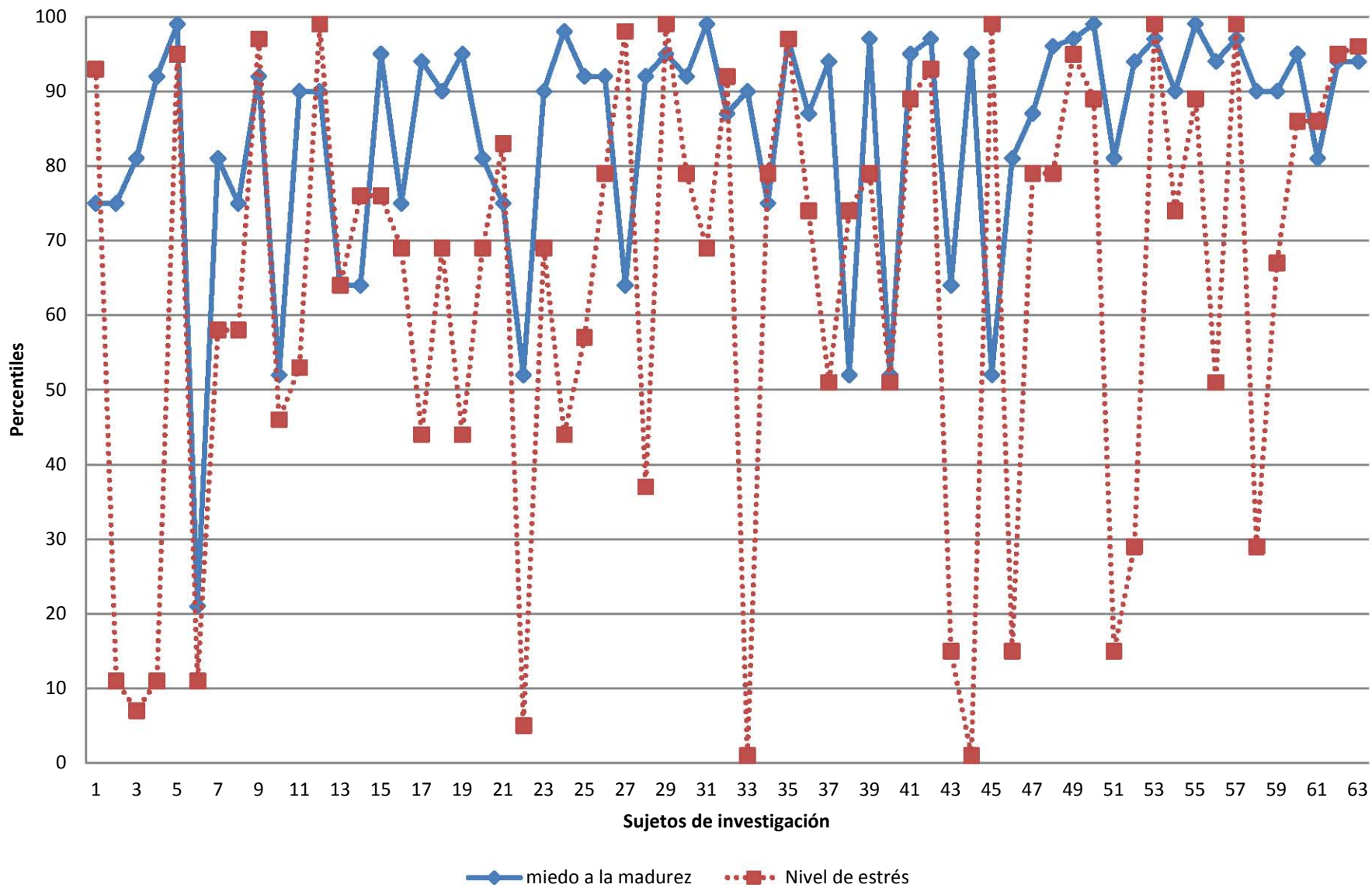
Anexo 24

Correlación entre el nivel de estrés y conciencia introceptiva



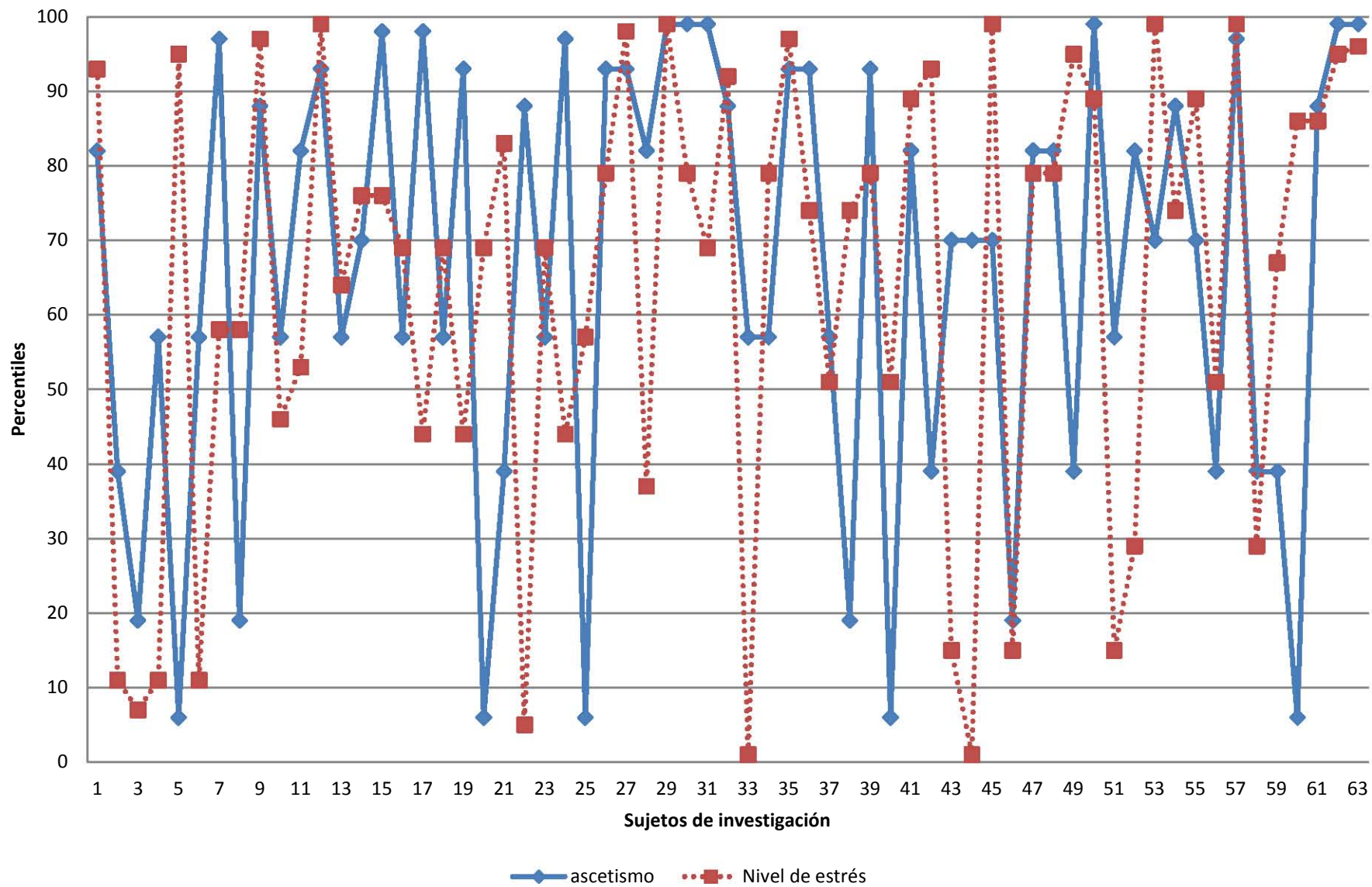
Anexo 25

Correlación entre el nivel de estrés y miedo a la madurez



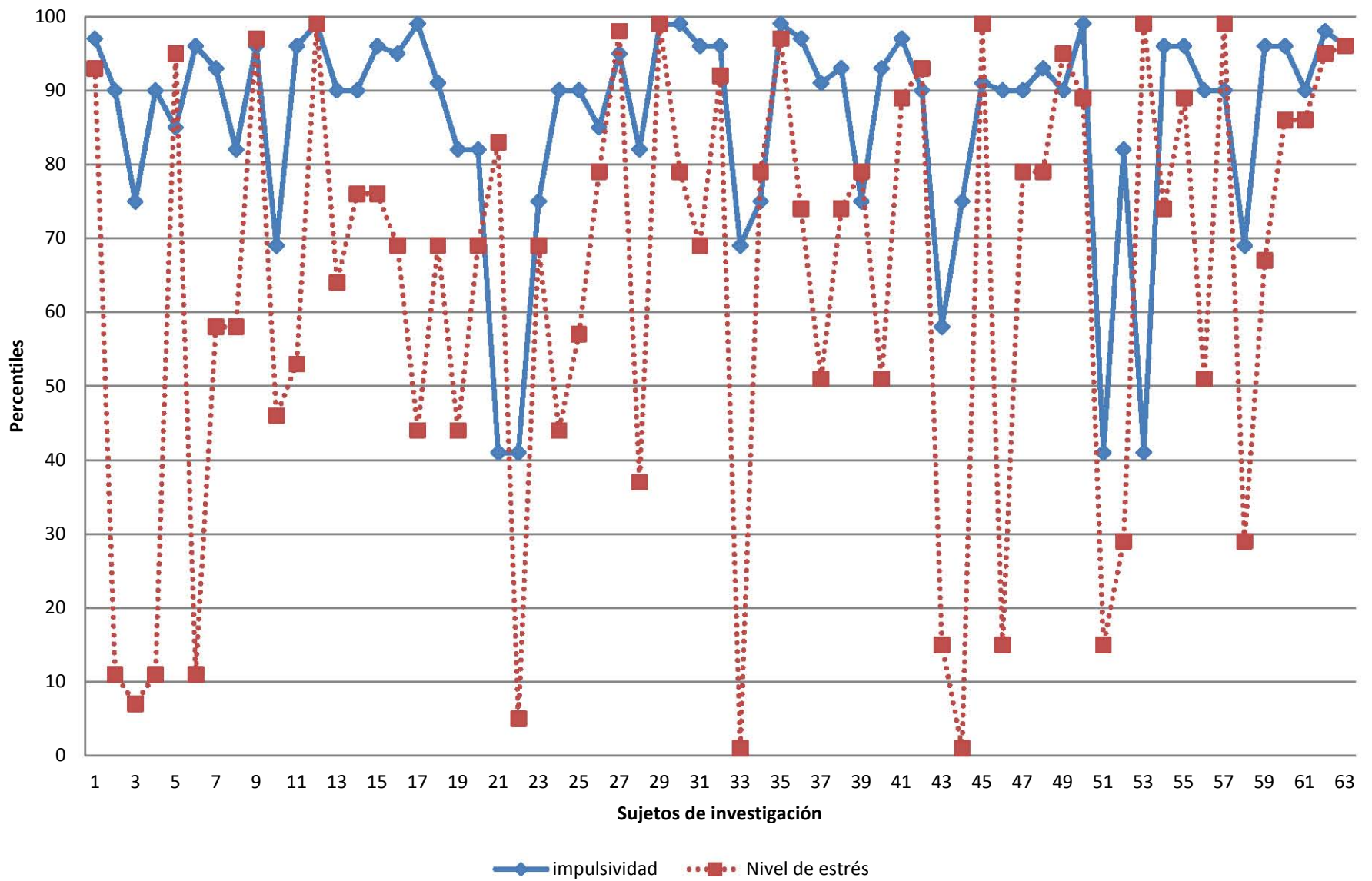
Anexo 26

Correlación entre el nivel de estrés y ascetismo



Anexo 27

Correlación entre el nivel de estrés e impulsividad



Anexo 28

Correlación entre el nivel de estrés e inseguridad social

