



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES
PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS
ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Nayeli Margarita Rangel Aguilar

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán, a 5 de agosto de 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

A mis padres.

Quienes permanentemente me apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr las metas y objetivos propuestos. Por que sin ellos nada de todo esto sería posible. Los Amo.

A mi amor.

Por tu apoyo, comprensión y gran amor que me permite sentir poder lograr lo que me proponga. Gracias por tu apoyo incondicional. Gracias por ser parte de mi vida; eres lo mejor que me ha pasado.

A mis maestros.

Que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitario.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos.	7
Hipótesis.	8
Justificación.	10
Marco de referencia.	13

Capítulo 1. El Estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	16
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.	19
1.2.1. Estrés como estímulo.	19
1.2.2. Estrés como respuesta.	20
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).	22
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.	24
1.3. Los estresores.	25
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	26
1.3.2. Estresores biogénicos.	28
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	28
1.4. Procesos del pensamiento.	30
1.5. Los moduladores del estrés.	31
1.5.1. El control percibido.	31

1.5.2. El apoyo social.	32
1.5.3. El tipo de personalidad: A / B.	33
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.	34
1.6. Los efectos negativos del estrés..	36

Capítulo 2. Trastornos alimenticios.

2.1. Definición y características clínicas de los trastornos.	38
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	40
2.2.1. Anorexia nerviosa.	41
2.2.2. Bulimia nerviosa.	44
2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	50
2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	50
2.2.5. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado..	51
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	51
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	56
2.3.1. Organización oroalimenticia.	56
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia..	60
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	63
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	67
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	68
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	73
2.5.3. Factores socioculturales.	77
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	80
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios..	82

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	83
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.	86
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.	86
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	89

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.	94
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	94
3.1.2. Estudio no experimental.	97
3.1.3. Tipo de estudio: transversal.	98
3.1.4. Alcance de la investigación: correlacional.	99
3.1.5. Técnicas e instrumentos de investigación.	101
3.2. Población y muestra.	104
3.3. Descripción del proceso de investigación.	106
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	107
3.4.1. Los trastornos alimentarios.	107
3.4.2. Descripción de la variable estrés.	111
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	113
Conclusiones	120
Bibliografía	125
Otras fuentes de información.	128
Anexos	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la existencia de una correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en adolescentes en la secundaria del Instituto Juan de San Miguel de la ciudad de Uruapan, Michoacán en el ciclo escolar 2010 – 2011.

Para lograr este fin se aplicaron los Test de Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) y el Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) a una población de 100 alumnos de primero a tercero, encontrándose una correlación significativa entre el estrés y las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social. Por otra parte no se encontró relación entre el estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo.

La metodología utilizada fue un estudio de tipo correlacional, transversal y no experimental.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan dos variables, el estrés y desórdenes alimenticios; particularmente se examinará su relación en el contexto de una escuela secundaria.

Antecedentes

El término estrés comienza a utilizarse, de acuerdo con Caldera y cols. (2007) desde el año de 1930 por un estudiante de la carrera de medicina de la Universidad de Praga llamado Hans Selye, debido a la observación de algunos pacientes que presentaban síntomas semejantes tales como el cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros, de manera que nombró a este conjunto de síntomas como síndrome de estar enfermo. Después se dedicó a realizar diversas investigaciones en ratas de laboratorio, en las cuales corroboró que debido a el sometimiento de ejercicios extenuantes, los roedores sufrían de una gran elevación de hormonas suprarrenales, tales como la adrenalina y noradrenalina, así como la atrofia del sistema linfático y la aparición de úlceras gástricas; el investigador llamó a este conjunto reacciones orgánicas como estrés biológico, al cual, con el paso del tiempo lo denominó únicamente estrés, al cual definió como una “respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia” (Palmero y cols.; 2002: 424). Actualmente, la Organización Mundial de la Salud define al estrés como la

combinación de ciertas reacciones fisiológicas, las cuales preparan al cuerpo para una acción física, esto conforme a Palmero y cols. (2002).

Por otro lado, el origen del concepto de desórdenes alimenticios es diverso, ya que es provocado por diferentes causas, ya sean sociales, culturales, psicológicas e incluso familiares. Así pues, la primera mención de un trastorno de esta índole fue en la Edad Media, específicamente en el siglo XIV, cuando se hacía mención de una enfermedad que transformaba a los individuos, caracterizada principalmente por una gran pérdida de peso debido a una dieta impuesta por sí mismos. No obstante, no fue hasta el año de 1694 que el investigador reconocido Richard Monton describió uno de los primeros casos de anorexia de manera clínica y en el año de 1874 se definió a este tipo de sintomatología bajo el nombre de anorexia nervosa, término impuesto por William Gull, que se deriva del prefijo latín *an* el cual tiene sentido restrictivo, *orexis*, que enuncia al apetito y al adjetivo nervosa, con su valor meramente de origen psicológico, según lo mencionan López y cols. (s/f) la página electrónica www.tallersur.com, sin embargo, actualmente este trastorno se ha ido enriqueciendo en cuanto a su definición, por lo cual el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) ha tratado de definirlo de manera concreta como el rechazo de preservar el peso corporal por encima del valor mínimo de los estándares normales de la edad y talla, caracterizado específicamente por un miedo obsesivo a engordar, como lo mencionan Ruiz y cols. (2004). De la misma manera, el trastorno de la bulimia proviene del griego *bous* y *limos*, significa hambre de buey y se caracteriza en gran medida por una ingesta desmedida de alimentos en grandes cantidades de manera compulsiva en un período de tiempo corto, seguida

por conductas compensatorias como el vómito autoinducido, el uso de fármacos para purgarse y el hacer ejercicio de manera excesiva, sin embargo la característica esencial de este trastorno es la alteración de la forma en que ven las personas alteradas su cuerpo y su peso conforme a López y cols. (s/f, citados en la página electrónica www.tallersur.com).

Bermúdez y cols., en el año de 2006 realizaron una investigación denominada evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina. Dicho estudio se realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, en Colombia, con un estudio descriptivo mediante el empleo de una encuesta aplicada a 212 estudiantes entre 17 y 31 años; se detectó una relación significativa entre el rendimiento académico y el estrés, y éste con la depresión, el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar.

Caldera y cols. llevaron a cabo una investigación en el año de 2007 denominada Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de los Altos, con un estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal con una población total de 115 estudiantes, en el cual se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico.

En el año de 2004 se efectuó una investigación por parte de Ruiz y cols. acerca de los trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro

Nacional de Rehabilitación. En dicho estudio pretendieron detectar si la práctica deportiva aeróbica era un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimentarios; no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Behar y Valdés realizaron una investigación en el 2009 denominada Estrés y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en el cual se comparó la exposición a situaciones vitales estresantes, sus características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin dicho trastorno, con el fin de correlacionar al estrés con la sintomatología alimentaria con las diferentes variables. La población utilizada para esta investigación fue de 50 pacientes alimentarias y 50 universitarias sin la patología se les aplicaron los tests de la Escala de Evaluación del Estrés (SRRS), el de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ), se encontró que existe una importancia relevante entre eventos vitales estresantes en los trastornos de conducta alimentaria, especialmente en la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

En el Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se ha externado la preocupación por directivos de la institución por los adolescentes de la sección de secundaria, ya que se ha observado que cada día aumenta la inquietud de los adolescentes de la sección secundaria por su imagen corporal, vinculado a conservar una figura delgada, lo cual puede ser un indicador de problemas alimenticios.

Planteamiento del problema

La constante presión social sobre el perfeccionamiento del cuerpo humano para ser exhibido como muestra de gran reconocimiento para los demás, ha ejercido cada vez más una gran influencia para generaciones más jóvenes, ya que se ha impuesto la idea por diversos medios de comunicación en los que para ser tomado en cuenta y tener éxito en la vida, se deben cumplir con ciertos requisitos en la imagen personal, uno de los principales es el de tener un cuerpo delgado, así que día con día los adolescentes son bombardeados con grandes cantidades de información acerca del prototipo de un cuerpo perfecto y los medios para conseguirlo con dietas autoinducidas, ejercicio extremo, ingesta de medicamentos autorrecetados que deterioran la salud, entre otras conductas que son el motivo de preocupación para algunos científicos, los cuales han realizado algunas investigaciones acerca de la correlación de la variable estrés como detonante para el padecimiento de trastornos alimenticios, sin embargo, existen algunos otros autores quienes afirman que la relación entre estas dos variables no es probablemente de gran relevancia para dar comienzo al desarrollo a dicha enfermedad.

Por ello, la presente investigación se dará la tarea indagar más sobre el problema que aqueja a miles de adolescentes de manera silenciosa, derivado de grandes presiones sociales, asimismo, se pretende determinar cuál es la relación que existe entre éstas.

Así pues, los docentes y directivos que están a cargo del proceso educativo se muestran consternados, ya que se han observado algunas conductas alarmantes en la población estudiantil de la sección secundaria del Instituto Juan de San Miguel de la ciudad de Uruapan, Michoacán, como por ejemplo, detectado algunas inconsistencias en los hábitos alimenticios de los adolescentes, una preocupación excesiva acerca de su figura, del ejercicio que realizan diariamente, así como de las presiones sociales que ellos mismos ejercen para poder encajar en su medio, lo cual puede ser contraproducente para su desenvolvimiento en la vida cotidiana.

Es por esto que se requiere responder la siguiente pregunta: ¿influye el nivel de estrés en la aparición de trastornos alimenticios en adolescentes de 11 a 15 años, del Instituto Juan de San Miguel, de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

El presente trabajo de investigación estuvo regulado por el cumplimiento de las directrices que enseguida se enuncian.

Objetivo general

Identificar la existencia de una correlación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de la sección secundaria del Instituto Juan de San Miguel, del ciclo escolar 2010 – 2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Identificar las causas que desencadenan un cuadro sintomatológico de estrés.
3. Describir las principales perspectivas teóricas del estrés.
4. Medir los indicadores de estrés.
5. Enunciar el concepto de trastornos alimentarios.
6. Clasificar las causas que detonan la aparición de un cuadro clínico de trastornos alimentarios.
7. Evaluar los niveles de los trastornos alimenticios.
8. Establecer la relación estadística existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.

Hipótesis

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

Hipótesis de trabajo

Existe una correlación estadística significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de la sección secundaria del Instituto Juan de San Miguel, del ciclo escolar 2010 – 2011, de la ciudad Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una correlación estadística significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de la sección secundaria del Instituto Juan de San Miguel, del ciclo escolar 2010 – 2011, de la ciudad Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de variables

La variable estrés se identificará como el resultado que cada sujeto obtenga en 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 investigado.

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

Justificación

Se considera importante reconocer el impacto del estrés y los efectos que logra generar en adolescentes de 11 a 15 años que cursan el periodo de la secundaria para el desencadenamiento de trastornos alimenticios, así como de la manera en que aquél afecta en algunas otras áreas vitales que forman parte para un desarrollo apropiado, de un adolescente desencadenando todo un cuadro sintomatológico percibido mediante reacciones físicas tales como una piel fría, dolores al sentarse, caída de vello, ritmo cardiaco lento, desgaste de la dentadura, osteoporosis, entre otras; asimismo, algunas otras de carácter psicológico como cambios graduales de la personalidad, los cuales los va tornando en personas reservadas, desconfiadas, poco serviciales, con una preocupación excesiva a ganar peso y engordar, obsesionadas con la idea mantenerlo a costa de cualquier precio, como lo describen Ruiz y cols. (2004). Todo esto desencadenado por el impacto generado ante la situación a la que se encuentran expuestos los jóvenes en sus ámbitos escolar, familiar y social. Por ello, la presente investigación se enfocará en establecer si existe una correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en adolescentes que cursan la secundaria.

Los resultados que se obtengan en esta investigación, pueden representar un aporte a la psicología para lograr exponer cuáles son las implicaciones que tiene el estrés en relación con el surgimiento de trastornos alimentarios en adolescentes que cursan la secundaria y de igual manera, determinar cuál es la influencia de los

mismos en el desenvolvimiento tanto en su vida escolar, como en la familiar, social y afectiva.

Se espera generar interés en otros psicólogos que deseen conocer cómo reaccionan los sujetos ante los períodos de estrés a los que son sometidos por diversas causas en su vida cotidiana, para que surjan algunos trastornos alimenticios, lo que les permitirá actuar con más eficacia en las intervenciones psicológicas brindadas a los pacientes dentro de un ambiente escolar, en hospitales y consultoría privada, para proporcionar servicios con un mejor conocimiento del tema y una adecuada intervención, lo que puede llegar a facilitar mejor una calidad de vida para el adolescente en su ámbito biopsicosocial, así como a mantener un desarrollo sano del mismo.

De ser así, la presente investigación puede resultar de gran utilidad para el Instituto Juan de San Miguel de la ciudad Uruapan, Michoacán, ya que con ella se podrá dar una mejor atención al alumnado, al proporcionar mayores herramientas de trabajo para el departamento de psicología de esta institución. De esta manera, también se pretende contribuir en el entrenamiento adecuado del personal que ahí labora, para que se pueda actuar de manera eficaz en la detección de casos, así como el desarrollo de planes de intervención y orientación a la comunidad de padres de familia que conforma a la misma.

Se tiene como parte de los objetivos, el lograr que los sujetos investigados posean una mayor conciencia de sí mismos, esto es, de las implicaciones

psicológicas y fisiológicas a las que son vulnerables y cómo pueden manejarlo. Es posible que los datos aportados resulten de gran relevancia para poder así abrir un campo más amplio y dar auge al tema sobre la correlación que existe entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de la sección secundaria, para lograr así un respaldo de información con validez para futuras investigaciones sobre este tema.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la secundaria del Instituto Juan de San Miguel de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ubicado en la calle Venezuela núm. 51, en la colonia Los Ángeles.

Las hermanas Salesianas llegaron a esta ciudad el 15 de enero de 1957 por solicitud de algunos párrocos de la ciudad, para que se hicieran cargo del Instituto Juan de San Miguel, ubicado en la calle Independencia núm. 21, el cual fue fundado por el Padre Baldomero Fernández, para colaborar así con la educación integral de niñas y adolescentes a través de la educación escolarizada, promoción de la cultura, capacitación del trabajo y de catequesis parroquial. Sin embargo, a causa del mal estado de inmueble y del incremento del alumnado, las religiosas decidieron edificar otras instalaciones para las cuales les fue donado un terreno en las inmediaciones del Fraccionamiento Los Ángeles de dicha ciudad; comenzaron clases en el nuevo edificio el 10 de junio de 1965 y abrieron la secundaria mixta en el año de 1966.

Así pues, en la actualidad dicha institución persigue la misión de educar evangelizando a los jóvenes en el marco de la edad evolutiva, con el método que María Santísima inspiró a San Juan Bosco y el estilo educativo de Santa María Mazzarello, para acompañar el desarrollo del honesto ciudadano y buen cristiano. Por lo cual la visión de esta escuela se constituye en el desarrollar la educación evangelizadora, para contribuir a la creación de la cultura de vida y esperanza, asumiendo la propuesta de más alta humanización de la persona y de la historia.

La institución cuenta con las secciones: preescolar, primaria, secundaria y preparatoria; imparte clases de lunes a viernes con clases en horario matutino, y los domingos cuenta con clases de auxiliar de enfermería y preparatoria abierta. Su infraestructura la conforman dos edificios interconectados de concreto, donde albergan 27 salones destinados para clases, tres aulas interactivas que cuentan con cañón y televisión; un laboratorio de ciencias; un aula de computación; un salón de pastoral, así como cuatro direcciones propias de cada sección y una dirección general. También integra dos oficinas del departamento psicopedagógico, una de administración, una recepción general a la entrada; una cafetería y además, también cuenta con tres cuartos de sanitarios para niñas y otros tantos para niños, destinados para cada una de las secciones; hay también dos áreas de bebederos, una oficina de fotocopias y tres canchas multiusos para las diferentes prácticas de deportes, además de un área de juegos para preescolar.

Se cuenta con una directora para cada nivel, además de dos subdirectoras: una para primaria y otra para secundaria; del mismo modo, se cuenta con directora general.

El alumnado que integra a la Institución es de clase media – superior; pertenecen a la sección de preescolar 31 alumnos, 298 a primaria, 200 a secundaria y 133 a preparatoria.

Los docentes que allí laboran cuentan con estudios a nivel licenciatura, maestría y en algunos casos con doctorado, pertenecen dos a nivel preescolar, 20 a

primaria, 15 a secundaria, así como seis asistentes y de la misma manera, 21 a preparatoria con, cuatro asistentes.

También se cuenta con siete personas que integran el equipo de administración y secretariado, además de 12 como personal de apoyo.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

Hoy en día el ajetreo de la vida diaria enfrenta al ser humano a diferentes retos continuamente, lo cual le provoca una activación mayor del cuerpo para sobrellevar eficazmente las situaciones. En este capítulo se hablará acerca de los orígenes del concepto estrés, los enfoques que conlleva, las situaciones que causan estrés, cómo repercuten en el organismo de acuerdo con la personalidad de los individuos y las enfermedades que se llegan a producir.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000) el término estrés comenzó a utilizarse desde el siglo XIV de manera ocasional como un sinónimo de dureza, angustia e incluso de adversidad. Posteriormente, en el siglo XVII, el físico y biólogo Robert Hooke, en su intento de ayudar a ingenieros en la creación de puentes, se cuestionó con respecto al diseño y la resistencia que éstos tienen ante las cargas y embestidas de la naturaleza, esto lo llevó a realizar un análisis profundo, el cual influyó en la manera en que se definió a la tensión, que resultó ser de gran valor para la psicología de acuerdo con la relación que este personaje estableció entre la capacidad de resistencia que poseen los metales para soportar grandes cargas y la facultad de las personas para sobrellevar el estrés, según sean vulnerables o resistentes al mismo.

El médico francés Claude Bernard “descubrió que cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo. Los seres vivos poseen la capacidad para mantener la estabilidad interna aunque se modifiquen las condiciones externas.” (Sánchez; 2007: 16). De este modo, el galeno desentrañó una característica clave de la propia vida, al referirse a la capacidad que tienen los seres vivos para la adaptación a los cambios, esto lo llevó a extenuantes investigaciones en las cuales estudió las consecuencias que se tenían al alterar el equilibrio del organismo y someterlo a fuertes presiones, así pues, Bernard estableció que la base para una completa salud es que el organismo encuentre un equilibrio constante (Sánchez; 2007).

Walter Bradford Cannon profundizó la investigación de Bernard acerca del equilibrio en el año de 1922 al adoptar el término homeostasis, el cual utilizó para “designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos” (referido por Sánchez; 2007: 16); de esta manera, Cannon insistió en la intervención que tiene el sistema nervioso central en la homeostasis y la descarga de adrenalina, la cual provoca cuantiosas modificaciones cardiovasculares que conllevan a que el cuerpo se prepare para la defensa (Sánchez; 2007).

El científico Hans Selye acuñó el término de Síndrome General de Adaptación para denominar a la “reacción inespecífica fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos heterogéneos que provocan variaciones de tipo endocrino” (Sánchez; 2007: 15). Esta

respuesta consiste en una preparación del cuerpo para el enfrentamiento o el escape de manera exitosa, en la que las personas muestran reacciones como agrandamiento de pupilas, tensión de músculos, elevación de la presión arterial, entre otras; asimismo, éste es un mecanismo desarrollado por la naturaleza para un mejor enfrentamiento del organismo en situaciones de peligro (Sánchez; 2007).

En la Primera Guerra Mundial, los casos de crisis emocionales de soldados que eran enviados a la batalla, eran vistos desde una perspectiva meramente neurológica y se atribuía a una conmoción ocasionada por el disparo de proyectiles. Este término daba una idea equivocada acerca de los ruidos que producían los explosivos, los cuales aparentemente ocasionaban daño cerebral; sin embargo, fue en la Segunda Guerra Mundial cuando se comenzó a tener un gran interés por el estrés, debido a que muchos soldados se desvanecían emocionalmente en los enfrentamientos militares. Éstos comenzaban a manifestar conductas como el esconderse del enemigo y quedar paralizados al querer disparar sus armas, a lo cual se denominó como “fatiga del combate” o “neurosis de guerra”; se generó así una vasta investigación sobre este fenómeno bajo el nombre de neurosis de guerra, con fines de estrategia militar, ya que los dirigentes militares necesitaban saber cómo seleccionar a hombres que fueran lo suficientemente resistentes a el estrés y enseñarles de que manera lo pudiesen manejar de un modo eficaz en los numerosos encuentros con el enemigo (Lazarus y Lazarus; 2000).

En estos días, el estrés se ha transformado en una palabra simbólica para describir muchos de los eventos que afectan en la vida cotidiana; por lo cual ya se le

considera como “uno de los problemas de salud más frecuentes en la sociedad actual.” (Sánchez; 2007: 13); es una causa directa e indirecta en diferentes padecimientos tales como enfermedades de la piel, cardiopatías, enfermedades circulatorias, diabetes e incluso en la aparición de tumores; genera gran consternación en la sociedad, pues se ha convertido en un gran problema tanto en la salud pública como en el sector económico (Sánchez; 2007).

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

Existen tres enfoques en la comprensión del estrés: el primero que menciona al estrés como estímulo, el segundo como respuesta, el tercero como interacción. Las tres perspectivas se irán describiendo a continuación.

1.2.1. Estrés como estímulo.

Hipócrates creía que el entorno que rodeaba a las personas condicionaba a los individuos a obtener cierta salud o enfermedad, lo cual lo llevó a postular que las diferentes características ambientales ejercen cierta presión sobre los individuos, de modo que llegan a provocar cambios significativos en ellos y en consecuencia, en su nivel de tensión. Éste depende de ciertos factores como la duración y la fuerza de la presión que se ejerce sobre ellos de manera física o emocional. Este modelo también señala algunos de los estímulos que potencialmente generan estrés: el ruido, la temperatura, el racismo, la depresión, la pobreza, catástrofes naturales, de manera que indica el nivel de toxicidad que sobrelleva cada uno de los estímulos; la

suposición básica de este enfoque es que cada persona posee un nivel de tolerancia, el cual es superable y cuando se llega a rebasar, puede acarrear daños tanto temporales como permanentes en el individuo (Travers y Cooper; 1997).

1.2.2. Estrés como respuesta.

El modelo de estrés como respuesta, considera que el estrés es una reacción que tiene el individuo cuando se le presentan situaciones desagradables u amenazantes, de manera en que las personas la describen como el tener la sensación de estar bajo presión, cuya evidencia son las respuestas que se generan a nivel psicológico, fisiológico y conductual que se encuentran interrelacionados (Travers y Cooper, 1997). Hans Selye denomina Síndrome General de Adaptación a la respuesta que se da ante un cambio ambiental, la cual es la preparación del organismo para emprender la huida o el enfrentamiento y se desarrolla en tres fases:

La primera fase es de alarma, la cual describe como la preparación del individuo para afrontar nuevas situaciones que se suscitan de forma inesperada y en donde se requiere de toda la energía del cuerpo para generar respuestas fisiológicas en los sistemas circulatorio, muscular, nervioso central, límbico, reticular e hipotalámico, se liberan entonces sustancias llamadas mensajeros, que estimulan a la médula suprarrenal para la liberación de adrenalina, la cual es responsable de algunos de los síntomas causantes del estrés (Sánchez; 2007).

La segunda fase, llamada de resistencia, depende de que el cuerpo haga uso máximo de sus reservas energéticas y sus mecanismos de defensa. Así pues, esta fase “se desarrolla cuando los estímulos estresores se mantienen en forma constante, provocando una excesiva activación fisiológica y psicológica e imponiendo al organismo esfuerzos extremos para continuar adaptándose” (Sánchez; 2007: 17); en consecuencia, esto pudiese derivar en un equilibrio aparente tanto en el medio interno como en su entorno, sin embargo, la hipófisis, el hipotálamo y las glándulas suprarrenales tienden a ceder después de un tiempo, lo cual es denominado agotamiento, según Sánchez (2007).

En la tercera fase, de agotamiento, se asevera que “entre más agotamiento físico sentimos por el estrés, nos sentiremos con más agotamiento psicológico y viceversa” (Fontana; 1992: 12). Sin embargo, son sólo algunos individuos los que logran rendirse ante los primeros síntomas de deterioro físico o contrariamente, mientras que algunos continúan de manera activa, sin embargo, también existen aquellos que actúan por fuerza de voluntad en sus actividades diarias.

De acuerdo con Fontana (1992) el agotamiento se revelará de diferentes maneras en cada una de las áreas que conforman al ser humano:

- En el área cognitiva, se manifiesta como un decremento en la atención y concentración, aumento de distractibilidad, deterioro de la memoria, respuestas lentas, errores en tareas y una mala planeación a largo plazo.

- En el área emocional existe un aumento tanto en la presión física como en la psicológica, elevación de la hipocondría, debilitamiento de las restricciones morales y emocionales, cambios y problemas en la personalidad.
- En el área conductual, se presentan problemas del habla, no se hacen tareas antes que gustaban, hay ausentismo a tareas obligatorias, consumo de drogas, bajos niveles de energía, pérdida de sueño, conductas cínicas, rechazo de nueva información, irresponsabilidad, no se resuelven problemas a fondo, se presentan patrones de conducta excéntrica y amenazas de suicidio.

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

Los investigadores consideran que actualmente el estrés ya no se puede considerar como sólo un fenómeno estático o una simple respuesta, sino algo más complejo, que incorpora diferentes elementos, conceptualizándolo como “una interacción o transacción de la persona y su entorno.” (Travers y Cooper; 1997: 32); En dicha mediación, los individuos influyen en su propio ambiente reaccionando y en consecuencia logrando un nivel de adaptación. Lazarus y Lazarus (2000) mencionan que el estrés surge también de un desbalance de la persona entre las demandas que percibe de su entorno y su necesidad de satisfacerlas, considerando que entre más desbalance, mayor estrés se presentará; en otros términos, “el entorno *per se* no es estresante, sino es la relación entre la persona y el entorno lo que puede dar lugar a una experiencia estresante.”(Travers y Cooper; 1997: 32). El estrés como interacción

se da cuando el individuo se encuentra rebasado por todos los estímulos y cede ante ello; a partir de esta experiencia, al estar el individuo ante otras situaciones similares aprenderá diferentes formas de reacción ante situaciones específicas (Travers y Cooper; 1997).

Este tipo de modelo transaccional ha dado una gran importancia a la actividad mental como un factor determinante para el estrés, pues ya no es tan sólo un estímulo o una respuesta ante la exigencia del medio ambiente, sino todo un concepto dinámico y relacional (Travers y Cooper; 1997).

También es importante mencionar que por su contenido, el estrés puede ser identificado por los términos eustrés y distrés; el primero produce una experiencia positiva y el segundo, por su parte, representa una experiencia negativa (Ivancevich y Matteson; 2000).

Según Travers y Cooper (1997), existen cinco aspectos que se deben considerar de este enfoque, los cuales son:

- El primero es la valoración cognitiva, en donde la propia percepción del sujeto lo conduce a la experiencia misma de forma neutra (irrelevante), negativa (amenaza o daño) o positiva (beneficio) es decir, eustrés.
- El segundo es la experiencia, o sea, el conocimiento previo que tiene la persona de la situación.

- El tercero, la exigencia de la situación y la preparación que tiene el sujeto para poder enfrentarla.
- La cuarta influencia interpersonal hacia el estrés depende de la presencia o ausencia de otras personas que mediarán en la experiencia del sujeto.
- La quinta, consiste en que representa un estado de desequilibrio en la persona.

1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.

En este apartado es importante presentar una definición del estrés. Un concepto aceptado universalmente es el propuesto por Lazarus (citado por Trianes; 2002: 21-22), que a continuación se expone, y que incluye cinco aspectos relevantes

- “Existencia de una demanda.
- Percepción de esta demanda como amenaza, pérdida o daño.
- El sujeto no dispone de recursos suficientes.
- Presencia de emoción negativa.
- Peligro de inadaptación o desajuste psicológico.”

Un segundo concepto del fenómeno investigado y que contiene elementos que satisfacen a la teoría psicológica actual, es el que se expone enseguida: “el estrés es una respuesta adaptativa, mediada por características individuales y/o procesos

psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Así pues, el estrés como interacción persona-entorno tiene lugar cuando el sujeto interpreta que los estímulos estresantes superan la capacidad que supone poseer para resistirlos. Cuando los recursos personales exceden la carga del entorno, se experimenta aburrimiento, el cual es nocivo. En algunos momentos, la capacidad de afrontamiento de la persona está debilitada.

1.3. Los estresores.

La vida cotidiana de las personas tiene un sinnúmero de cambios constantes que las hacen actuar de cierta manera ante cada situación, sin embargo, cuando esas modificaciones, ya sea de índole positiva o negativa, no son de la rutina diaria, generan diferentes condiciones y necesidades de la persona, lo cual a su vez redundará en estrés. Lazarus y Cohen (citados por Palmero y col.; 2002) mencionan tres tipos de eventos estresantes, también llamados estresores psicosociales, los cuales son denominados como: cambios mayores, cambios vitales o menores y estresores cotidianos o microestresores, los cuales se generan de acuerdo con la intensidad en que ocurren ciertos cambios en la vida de un individuo

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

En primera instancia se les denomina cambios mayores a aquellas circunstancias sumamente drásticas en la vida de los individuos, tales como situaciones de guerra, ser víctima del terrorismo o violencia de cualquier tipo, sufrir enfermedades terminales o cirugías riesgosas, ser víctima de catástrofes naturales o padecer encarcelamientos. Este tipo de situaciones se pueden dar de manera súbita o bien, de forma prolongada; cualquiera que sea el caso, tienen el mismo poder de impacto en el individuo (Palmero y cols.; 2002).

Por otra parte, los cambios vitales o menores tratan sobre acontecimientos de la vida, que a menudo se encuentran fuera del control de la persona, tales como una enfermedad incapacitante (permanente o temporal), la pérdida del trabajo, el realizar un examen importante, vivir un divorcio, el nacimiento de un hijo o el fallecimiento de una persona cercana. También se comprende que el ser humano tiene en su vida diferentes áreas, los cambios que se producen en ellas tienen cierta trascendencia vital y significativa para la persona.

Las principales fuentes desencadenantes son las siguientes situaciones: la vida conyugal; la paternidad; el ámbito laboral; las relaciones interpersonales, cuestiones legales, las situaciones ambientales, el desarrollo biológico, referido al proceso evolutivo del individuo; las lesiones o enfermedades somáticas y otros de tipo estrés psicosocial como una violación, un embarazo no deseado o una persecución. Asimismo, en niños y adolescentes existen factores de índole familiar

como relaciones distantes, hostiles, frías con los papás, entre otros (Palmero y cols.; 2002).

Los estresores cotidianos o microestresores, según Palmero y cols. (2002) son acontecimientos de poca relevancia pero de gran frecuencia, que irritan a la persona sólo un momento. Este tipo de circunstancias que se sufren a diario hacen que el organismo se mantenga en un estado de activación hasta que se produce una nueva adaptación, lo cual implican una modificación en la situación ambiental cotidiana de casa o trabajo, así como una ausencia o disminución de habilidades o conocimientos para afrontar la situación.

De este modo, se pueden diferenciar dos tipos de microestresores: por un lado, los llamados microestresores por contrariedades, los cuales hacen referencia al malestar emocional o demandas irritantes como al tránsito lento, pérdida de las llaves o teléfono, demoras en citas o compromisos, desacuerdos con personas estimadas o del trabajo, descompostura del coche; y por otra parte, los microestresores por satisfacciones, que van de acuerdo con situaciones positivas que contrarrestan los efectos negativos de las contrariedades (Palmero y cols.; 2002).

1.3.2. Estresores biogénicos.

Los estresores biogénicos actúan de manera más directa en el desencadenamiento del estrés, ya que “no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, y actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos, por virtud de sus propiedades bioquímicas inician directamente la respuesta de activación del estrés sin el usual requisito del proceso cognitivo-afectivo” (Palmero y cols.; 2002: 431). Algunos ejemplos de estos tipos de estresores son: los cambios hormonales en el cuerpo que suceden en la pubertad, el síndrome premenstrual, el post-parto, el climaterio, el mal funcionamiento de los ovarios; igualmente, la ingestión de drogas, la reacción al dolor, calor o frío extremo y por último, el estrés alérgico el cual se deriva de reacciones fisiológicas debido a los diferentes cambios de energía que sufre el sistema inmunológico para combatir aquello que le parece dañino.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Los estresores académicos de acuerdo con la investigación de Barraza en el año de 2005, sobre las características del estrés académico de los alumnos de educación media superior, fue realizada a 365 alumnos en la ciudad de Durango; tuvo por objetivos, el reconocer los factores desencadenantes presentes en el estrés académico, el determinar el porcentaje de la presencia de esta variable, el establecer el nivel de estrés académico que es percibido por los alumnos en sí mismos, así como identificar los síntomas que caracterizan el estrés académico que viven los

alumnos. Esta investigación se realizó bajo una perspectiva interaccionista, mediante la cual el autor detectó situaciones a las que los alumnos se enfrentan cotidianamente, tales como la exposición de trabajos, participación en clase, realización de un examen, el tener mucha tarea, hacinamiento en aulas, competitividad entre compañeros, trabajos en grupo, interrupciones en realización de trabajos, exceso de responsabilidad, falta de motivación, tiempo limitado, conflictos entre compañeros o maestros, entre otros; se derivan así doce tipos de respuestas al estrés académico las cuales se manifiestan de la siguiente manera (Barraza; 2005):

- Preocupación.
- Incremento en los latidos del corazón, respiración precaria y agitada.
- Realización de movimientos repetitivos con alguna parte del cuerpo, movimientos torpes o inmovilización del cuerpo.
- Miedo.
- Dolor de estómago.
- Comer, beber o fumar en exceso.
- Pensamientos o sentimientos negativos.
- Temblor en manos y/o piernas.
- Tartamudeo o dificultad en expresarse verbalmente.
- Inseguridad.
- Resequedad en boca y dificultad para tragar.
- Ganas de llorar.

1.4. Procesos del pensamiento.

Algunos tipos de procesos de pensamiento, de acuerdo con Palmero y cols. (2002) favorecen el estrés, ya que constituyen distorsiones cognitivas y aunque sean irracionales, son creídas por la persona, y tienden a manifestarse reiteradamente, de modo que impiden que el sujeto evalúe de manera adecuada los eventos. Las distorsiones más habituales las siguientes:

1. El filtraje: en el cual sólo se le da prioridad a un hecho de la situación.
2. La sobregeneralización: donde a partir de un evento, se generaliza a otros.
3. La interpretación del pensamiento: mediante súbitas conclusiones referentes a las demás personas.
4. La polarización y la vida catastrófica; en las cuales lo provechoso y lo dañino se llevan al extremo en las situaciones.
5. La falacia de control: se distorsiona el poder de mando al llevarlo a cabo de manera extrema.
6. El razonamiento emocional: en el cual la persona cree que todo lo que siente tiene que ser verdadero.
7. La falacia del cambio: según la cual, la felicidad depende de otras personas, por lo que se intenta que ellos satisfagan sus necesidades.
8. La culpabilidad: el sujeto se siente responsable de todo lo negativo que sucede alrededor.
9. El tener razón: consiste en que el individuo no acepta comentarios o sugerencias de los demás.

10. La personalización: relaciona cualquier hecho que suceda a su alrededor con sí mismo, tiende a compararse.

1.5. Los moduladores del estrés.

Las personas se valen de los recursos personales y sociales para encarar el estrés y las emociones que todo esto conlleva, de acuerdo con el tipo de situación y las características propias del sujeto. De este modo, existen diferentes tipos de factores que intervienen en el estrés, a los cuales se les denomina moduladores. Son éstos los factores indispensables que regulan el proceso de estrés y la manera en que repercute en la salud. Se pueden distinguir diferentes tipos de moduladores de carácter social, como el apoyo que una persona puede obtener en las diferentes tipos de eventos, así como otros de carácter personal conformados por las creencias, las competencias, la experiencia, y los rasgos de personalidad; asimismo, éstos prevalecen a pesar de que el sujeto esté o no bajo estrés (Palmero y cols.; 2002).

1.5.1. El control percibido.

Enseguida se hablará acerca del control percibido, el cual se entiende, según Palmero y cols. (2002), como aquel impacto de las fuentes de estrés sobre el organismo que obedece a la dimensión del generador y del control al que se pueda someter el sujeto. Fue Obrist (citado por Palmero y cols.; 2002) uno de los pioneros en realizar investigaciones acerca de los efectos fisiológicos diferenciales del afrontamiento activo y pasivo. Uno de sus precursores fue Seligman, en el año de

1981, quien señaló los efectos cognoscitivos, motivacionales y emocionales de la pérdida del control. De este modo, la percepción de control se entiende como la creencia general sobre el grado en que uno mismo es capaz de controlar y lograr las metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acontecen en el curso de su consecución e influyendo así en la salud del organismo y, en consecuencia, en la conducta; de igual forma, el control interno es aquel que le ocurre a la persona como producto de sus acciones y el control externo es el resultado de la suerte, el azar o de otras personas. De esa manera, las personas con control extremo no toman medidas para evitar el impacto negativo del estrés y tienen más problemas de salud (Fontaine y cols. citado por Palmero y cols.; 2002).

1.5.2. El apoyo social.

De acuerdo con Cascio y Guillén (2010) el apoyo social se constituye por aquellas provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, que son aportadas por la sociedad o por personas allegadas al individuo, se comprende así que esto sirve como una fuente de recursos para afrontar las exigencias del medio de la cual se derivan dos tipos de mecanismos principales de apoyo social, uno de tipo de efecto directo y otro de efecto indirecto.

El apoyo de tipo de efecto indirecto sostiene que los estresores sociales sólo tienen efectos negativos en la persona que tiene poco apoyo social; de este modo, sin los estresores sociales, el apoyo social no mejora el bienestar y sólo protege a las personas de los efectos negativos del estrés; de acuerdo con ello, el apoyo puede

disminuir la percepción de amenaza, al redefinir la propia capacidad de respuesta y evitar, así, la presencia del estrés.

En forma contraria, el efecto directo ayuda a tener una mayor y mejor salud, así como bienestar personal, sin importar el grado de estrés que el individuo tenga. También se puede considerar la función primordial del apoyo social a la prevención, la cual determina la vulnerabilidad de vivir ciertas situaciones de estrés imprevistas.

1.5.3. El tipo de personalidad: A / B.

Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997) realizaron diversas investigaciones acerca de los tipos de personalidad A y B, con lo cual llegaron a la conclusión de que existen conjuntos de actitudes, reacciones emocionales, así como modelos de conducta de acuerdo con pacientes que manifestaban padecimientos debidos al estrés que presentaban, tales como dolencias coronarias.

Describieron que la personalidad de tipo A tenía una correlación estrecha con este tipo de padecimiento. Se considera que el patrón de conducta de la personalidad tipo A implica en las personas: hostilidad, competitividad, agresividad, urgencia en la realización de labores y sus características más notables son la prisa, hablar rápidamente y hacer girar las conversaciones en torno a ellos; organizan sus tiempos para realizar tantas actividades como sea posible; las personas de su mismo tipo no les agradan; manifiestan movimientos psicomotores rápidos, así como

sentimiento de culpa por estar relajados e impacientes; del mismo modo, a este tipo de individuos les desagrada enfrentarse con obstáculos que les impidan el superarse rápidamente, entre otros indicadores.

Contrariamente, las personas del tipo B son aquellas que no albergan hostilidades, suelen relajarse sin que sientan culpa, así como no sufren de la urgencia de la impaciencia, según Watts y Cooper (citados por Travers y Cooper; 1997).

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

De acuerdo con Friedman y Rosenman (citados por Ivancevich y Matteson; 1985) en los años 50 comenzó a realizarse una investigación en la cual empezaron a desarrollar un procedimiento para predecir padecimientos coronarios, de acuerdo con las respuestas de las conductas que tiene el individuo debido a los estímulos de su entorno.

Los autores utilizaron la clasificación de personalidad A y B, y encontraron que cualquier tipo de persona podía padecer de estas enfermedades coronarias, sin embargo, los sujetos más propensos son aquellos que encajan en el perfil de personalidad tipo A, de acuerdo con las respuestas acciones, emociones complejas, así como a lucha incansable por realizar un sinnúmero de actividades en el menor tiempo posible, aun en contra de los obstáculos que se interpongan en el camino. No obstante, los principales aspectos de la conducta del tipo A incluyen también una

urgencia constante acerca del tiempo, competitividad, hostilidad y gusto por la realización de actividades que les permitan tener un máximo rendimiento.

En otra investigación realizada a principios de los años 70, en donde se examinaron a más de tres mil hombres del sexo masculino en edades de 39 a 59 años que laboraban en diferentes empresas, los diagnósticos se impartieron por medio de cardiólogos totalmente ajenos al estudio y de los parámetros utilizados para el mismo; al comenzar la investigación, todos ellos se encontraban libres de enfermedades coronarias, a partir de ese momento, se realizó un chequeo anual durante ocho o nueve años, para recabar información como nivel socioeconómico, hábitos alimentarios, vicios como el fumar, presión sanguínea, nivel de colesterol, triglicéridos, así como lipoproteínas; así pues, los resultados de los primeros años arrojaron que más del seis por ciento de la población estudiada del tipo A experimentó una mayor incidencia de enfermedades coronarias en comparación con las personas de personalidad tipo B (Ivancevich y Matteson; 1985).

En la actualidad, numerosos investigadores, conductistas y médicos establecen, por lo menos, dos explicaciones acerca de los efectos de la conducta de la personalidad del tipo A; primeramente al referir que este tipo de individuos elevan su probabilidad de incidencia a ciertos estresores y se niegan a bajar sus niveles de estrés por medio de la relajación, la toma de días libres para vacaciones y la disminución del ritmo de sus actividades cotidianas (Ivancevich y Matesson; 1985).

En conclusión los sujetos tipo A se crean el estrés por sí solos al exponerse constantemente a diversos estresores que contrariamente los tipo B evitan.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Según mencionan Ivancevich y Matesson (1985), debido a la exposición constante del organismo a los agentes estresores, el sujeto comienza a reaccionar por medio de enfermedades de adaptación, lo cual es un inmenso intento del cuerpo para enfrentar las adversidades que se le suscitan; se manifiesta mediante padecimientos entre los que se incluyen:

1. Hipertensión: es una de las respuestas del cuerpo en donde los estresores llegan a comprimir las paredes de las arterias y elevan así la presión.
2. Las úlceras: las cuales son lesiones inflamatorias en las paredes que recubren al estómago o intestino, debido a los diferentes niveles en que se va segregando la cortisona en el organismo.
3. La diabetes: en la cual existe un decremento de la insulina provocado por la baja capacidad del organismo del individuo para absorber la glucosa en la sangre, debido al debilitamiento del páncreas.
4. Las jaquecas: son el resultado de la tensión muscular, debido a la exposición frecuente y prolongada a estresores.
5. El cáncer: la cual es la respuesta a los diferentes estresores, que trae como consecuencia numerosas alteraciones químicas en el sistema inmunológico

del organismo, con lo cual se provoca la reproducción de células mutantes que se convierten en tumores.

Por lo tanto, se concluye que el estrés es una de las problemáticas más frecuentes de salud en la sociedad actual; por ello, causa numerosas enfermedades, ya sea de manera directa o indirecta. Sin embargo, también puede activar al ser humano en forma positiva y actuar como un estimulante para desarrollar nuevas estrategias para la resolución de problemas.

De esta manera se da por concluido el presente capítulo para dar paso en el siguiente, al estudio de la segunda variable de investigación, que consiste en los trastornos alimenticios.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el presente capítulo se abordarán los aspectos concernientes a los desórdenes alimentarios, lo cual incluye definiciones y características de los trastornos, tanto generales como alimentarios, entre los que destacan la anorexia y la bulimia nerviosa; asimismo, se examina la esfera oroalimenticia, el perfil de la persona propensa a perturbaciones en el área alimentaria, así como el papel que juega la percepción de su cuerpo. Finalmente, se examinan las causas de dichos trastornos y los tratamientos disponibles.

2.1. Definición y características clínicas de los trastornos.

En siglos pasados se ha encontrado en la historia diferentes manifestaciones de conductas con desórdenes alimentarios, en donde se menciona que las personas realizaban grandes banquetes en los cuales la gente comía de forma exagerada y sin control alguno, con el fin de mostrar ya fuese un simbolismo sagrado o el gran poder social que poseían; el vómito era una conducta usual en este tipo de eventos para volver a ingerir nuevamente alimento.

En la cultura cristiana se encontró, por el contrario, que existía una forma de restricción alimentaria en forma de ayuno como penitencia, asociada a un simbolismo religioso. Uno de los casos más conocidos es el de Catalina de Siena, nacida en el

año de 1347, quien recibió una educación estrictamente religiosa. Desde la edad de siete años comenzó a rechazar la comida imponiéndose penitencias severas y con el paso del tiempo, durante su adolescencia, sólo llegó a comer hierbas y un poco de pan. Sin embargo, no todos los casos de aquella época eran asociados a actos de penitencia o de sacrificio, también se existían situaciones con relevancia clínica, las cuales despertaban gran interés en la población ya que se consideraba casi imposible que esta gente sobreviviera sin comer ya que en aquellas épocas era muy difícil hacerlo (Jarne y Talarn; 2000).

Para el año de 1697, una joven llamada Marthe Taylor presentó un cuadro clínico que causó curiosidad en la población, lo cual despertó el interés de numerosos médicos, religiosos y burocráticos que la iban a visitar recurrentemente para intentar que esta dejara el ayuno y volviera a probar la comida, pero con el paso del tiempo ella restringió cada vez más sus comidas, hasta llegar a subsistir sólo mediante bebidas azucaradas, lo cual le provocó que sufriera una nula defecación y expulsión de líquidos mediante la orina, y por último, amenorrea.

Del mismo modo, para el año de 1873, dos médicos de París, Gull y Lassege comenzaron a realizar descripciones completas de cuadros anoréxicos, en los que se inclinaron por una etiología psicógena; en sus primeras teorías mencionaron que el padecimiento tenía un origen panhipopituitario, que más adelante los llevaría a realizar algunas hipótesis de carácter psicoanalítico en las cuales consideraron que la génesis de este tipo de trastorno se vincula con factores asociados como los

psicológicos, biológicos y sociales, de lo cual se derivan modelos de tratamiento de carácter pluridisciplinar (Jarne y Talarn; 2000).

En los años 70's se describieron algunos casos en donde se encontraron episodios de ingesta voraz y purga, los cuales se vincularon a la anorexia nerviosa debido a que después de un tiempo, algunos pacientes con este tipo de trastorno evolucionaron a dichos episodios, a los cuales el investigador Russell denominó como bulimia nerviosa, al suponer un continuo entre las dos formas clínicas, ya que algunas pacientes no presentaban antecedentes clínicos de la anorexia nerviosa; de esta manera el investigador referido consideró que era suficiente la manifestación de síntomas subclínicos para justificar así el continuo, dado que las personas que no presentaron antecedentes de anorexia nerviosa, mostraron episodios de grandes ingestas de comida que no podían controlar, constantemente luchaban contra el miedo de ganar peso, por lo que vomitaban y se laxaban constantemente (Jarne y Talarn; 2000).

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios generalmente se caracterizan por ciertas alteraciones importantes en la conducta alimentaria, dos de estos trastornos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Como característica en común de estos dos trastornos se encuentra la alteración de la propia percepción del peso y forma corporal (APA; 2002).

2.2.1. Anorexia nerviosa.

Se reconoce a la anorexia nerviosa como aquella que “se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos corporales” (APA; 2002: 533).

La forma en que se puede diagnosticar, de acuerdo con la (APA; 2002) es mediante las siguientes características: un rotundo rechazo a mantener un peso mínimo normal, miedo a aumentar de peso, ya que estas personas no quieren convertirse en obesas, alteración en la forma en cómo ven su cuerpo y sus dimensiones, amenorrea en las mujeres, peso por debajo de su edad y talla, disminución de la ingesta total de alimentos, ejercicio excesivo, purgas constantes y dietas severas.

Existen dos subtipos para especificar la ausencia o presencia de purgas durante los episodios de anorexia nerviosa (APA; 2002):

- **Restrictivo:** en el cual la pérdida de peso se logra mediante la realización de ayunos, dietas o ejercicio exagerado. Durante los episodios de anorexia nerviosa las personas no recurren a purgas ni atracones.
- **Compulsivo o purgativo:** en el que se recurre frecuentemente y de forma simultánea o separada a purgas o atracones, mediante la implementación del vómito, diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva.

Las alteraciones cognitivas que tienen más incidencia en la anorexia son las distorsiones cognitivas, trastornos de la imagen corporal y las alteraciones interoceptivas (Jarne y Talarn; 2000).

En suma, la anorexia se caracteriza por pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura, las personas rechazan la remota posibilidad de ser o de llegar a ser obesas, por lo cual establecen el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas, ya que centran toda su atención en la figura y peso, el cual modifican mediante la realización de dietas; también consideran que su cuerpo puede ser modificado a voluntad propia, por lo que exceden los parámetros normales y presenta una exagerada receptividad y sumisión a los mensajes que son evocados por los medios de comunicación de un estereotipo femenino bastante concreto y con poca posibilidad de obtenerlo para la mayoría de ellas; de esta manera, su único objetivo es el estar delgadas, ante lo cual no establecen límites de peso (Jarne y Talarn; 2000).

Del mismo modo, sus distintivos pensamientos relativos a la dieta y la figura se asocian a otros de difícil interpretación, entre los que se pueden mencionar: el ser delgado como indicio de perfección, virtud y autocontrol; mientras que la adiposidad es sinónimo de enfermedad, imperfección, pérdida de control y también de transgresión moral. También creen que los alimentos se convierten en grasa por su aspecto y no por su valor calórico o por la cantidad; adicionalmente, se dan alteraciones en la forma en que se valoran de acuerdo con la figura y proporción de su cuerpo, de manera que no son capaces de ser objetivas al valorar su delgadez

extrema, así como la gravedad del estado en que se encuentran, por lo que hacen más complicado su tratamiento y recuperación (Jarne y Talarn; 2000).

Así pues, las alteraciones cognitivas también están acompañadas de otras de tipo conductual, por lo cual estas personas comienzan primeramente con agotadoras dietas restrictivas que despiertan cierta alarma en la familia, ante lo cual los individuos comienzan a encubrir esta conducta de rechazo hacia los alimentos al expresar que no tienen hambre, tirar la comida o, de otro modo, negarse a consumirla, de modo que si no ven logrado su objetivo de bajar de peso con las dietas implementadas, comienzan a desarrollar otro tipo de conductas como el vómito, el uso de laxantes y diuréticos (Jarne y Talarn; 2000).

También se pueden observar otro tipo de alteraciones conductuales como la hiperactividad para bajar de peso, dejan de utilizar los transportes y caminan a todas partes, prefieren mantenerse de pie en todo tipo de actividades, por ejemplo, comer, escuchar música, leer, mirar televisión, entre otras; del mismo modo, buscan acudir con frecuencia a escuelas de danza o gimnasios y siempre tienen múltiples actividades en su vida cotidiana (Jarne y Talarn; 2000).

La anorexia nerviosa se puede diferenciar de la anorexia nerviosa atípica, la cual es utilizada en casos en los que no se cumple con todo el cuadro caracterológico de la primera, ya que pueden faltar signos como la pérdida importante de peso o la amenorrea y su etiología somática no es conocida (Castillo y León; 2005).

En numerosos estudios, se logró descubrir que la anorexia nerviosa está asociada al sexo femenino, y que los factores socioculturales intervienen con más frecuencia, que aquellos de índole biológica. También se encontró que la edad de aparición suele ser al final de la infancia, durante la adolescencia y al comienzo de la juventud, asimismo, la edad en que se presenta se vuelve más precoz con el paso del tiempo, con alta incidencia en personas con un nivel socioeconómico medio alto y alto, así como en jóvenes con un alto rendimiento intelectual, debido a que suelen tener grandes éxitos en los estudios y que por el hecho de pertenecer a clases sociales medias altas, éstas pueden propiciar ciertas características asociadas como autoexigencia, perfeccionismo y el deseo de agradar a los demás, el cual se interpreta como un marco adecuado para que se desarrolle este trastorno (Jarne y Talarn; 2000).

2.2.2. Bulimia nerviosa.

La bulimia nerviosa es aquella que “se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el uso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo” (APA; 2002: 533).

Esta perturbación se caracteriza por atracones recurrentes y la manifestación de conductas encaminadas sobre todo hacia no ganar peso; estas personas presentan una preocupación por la silueta y el peso corporal, en esto radica su

diferencia con la anorexia nerviosa, ya que las personas que presentan bulimia nerviosa mantienen su peso igual o sobre un nivel normal mínimo (APA; 2002).

Las características de la bulimia engloban atracones, utilización de métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso los cuales, para ser clasificados dentro de esta enfermedad, deben ocurrir por lo menos dos veces a la semana durante un período de tres meses, de igual modo, este tipo de personas también realiza una autoevaluación constante de la silueta y peso corporal (2002).

El atracón se define como el “consumo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían” (APA; 2002: 559); el tipo de comida que se consume en estos atracones suele ser comida con un alto nivel calórico como dulces, pasteles, entre otros.

Los atracones se caracterizan por el consumo anormal de alimentos que va más allá del ansia que se pueda sentir por éstos; se llevan a cabo a escondidas o de maneras muy discretas, porque las personas que padecen esta enfermedad generalmente se sienten avergonzadas por las conductas que suelen tener; también presentan una ingesta rápida que puede durar hasta que no puedan más; asimismo, los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes o el hambre constante que se presenta después de una dieta rígida, despiertan sentimientos relacionados con la silueta, el peso y los alimentos, los cuales ayudan a desencadenar este tipo de conducta (APA; 2002).

Los atracones ayudan a la persona a reducir la disforia de una forma momentánea y después le provocan sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo; los hartazgos también se distinguen por una falta de control en el individuo, ya que puede estar en un período de excitación cuando se excede con el alimento, esto sucede al inicio del padecimiento (APA; 2002).

Entre las conductas compensatorias inapropiadas utilizadas más frecuentemente por los individuos para evitar la ganancia de peso y compensar los atracones, está la provocación del vómito, éste produce los efectos de desaparición del malestar físico y la disminución del miedo de ganar peso, sin embargo, este tipo de conducta se convierte en algunos casos en un objetivo, ya que el enfermo realizará atracones sólo para después vomitar los alimentos, para lograrlo utilizará diferentes técnicas, como la utilización de los dedos o con diversos instrumentos, lo que lo lleva a tener la necesidad de vomitar o simplemente hacerlo a voluntad; también llega a tener un uso excesivo de laxantes y diuréticos (APA; 2002).

Las personas con este trastorno tienden a dejar de comer de uno a varios días, hacer ejercicio físico excesivo como una forma de compensar por aquel alimento que ingirieron en el atracón. Es así como las personas que padecen de bulimia nerviosa ponen mucho énfasis en su silueta y peso corporales al realizar una autoevaluación, factores que son importantes para establecer su autoestima (APA; 2002).

De acuerdo con la APA (2002), existen dos subtipos que determinan la presencia o ausencia de purgas que compensan la ingestión de comida durante el atracón:

- El purgativo, que describe cuadros clínicos en donde el individuo se provoca el vómito y realiza un mal uso de laxantes, enemas y diuréticos.
- El no purgativo refiere cuadros clínicos en los cuales el enfermo emplea otro tipo de técnicas compensatorias inapropiadas como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso, aunque no se ha provocado el vómito ni ha hecho el uso indebido de diuréticos, laxantes o enemas.

La bulimia nerviosa inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, con una prevalencia en adolescentes y jóvenes adultas, las cuales se encuentran dentro de los márgenes de peso que se considera normal; puede aparecer en personas con obesidad moderada o mórbida (APA; 2002).

Entre un atracón y otro, los bulímicos reducen su ingesta calórica, para ello escogen alimentos bajos en calorías, lo que los lleva a evitar aquellos que engordan o que pueden llegar a desencadenar un atracón; presentan altos síntomas depresivos, de ansiedad o de trastornos de ansiedad (APA; 2002).

También es frecuente que las personas con este padecimiento presenten dependencia y abuso de sustancias tales como el alcohol o estimulantes para poder controlar el hambre y el peso; debido a los vómitos constantes, las personas llegan a

tener una pérdida importante del esmalte dental y también por este acto pueden llegar a provocar callos o cicatrices en la superficie dorsal de su mano. En las mujeres se presentan frecuentes irregularidades menstruales y amenorrea; las personas que con este trastorno mayoritariamente son de raza blanca, y el 90% son mujeres (APA; 2002).

Las alteraciones conductuales que se presentan en este trastorno se circunscriben a una conducta desordenada en la alimentación, sin embargo, con el tiempo está también se desplaza en otros aspectos de la vida del individuo: su patrón de conducta en la alimentación es imprevisible y desordenado; los atracones de comida varían de frecuencia de acuerdo con el estado de ánimo del enfermo, así como de la disponibilidad y de los tipos de alimentos que se ingirieron durante la crisis bulímica, debido a las condiciones circunstanciales; asimismo, las conductas de purga no son regulares y el miedo a él ganar peso depende el estado de ánimo del sujeto (Jarne y Talarn; 2000).

De igual forma, las alteraciones cognitivas de este trastorno son los pensamientos erróneos en relación con la comida, la figura y el peso, así como un rechazo total a ser obesas; también tienen conocimientos equivocados en relación con las dietas y reelaboran estos conocimientos de acuerdo con sus miedos y deseos, estos pensamientos también se presentan en personas que padecen de anorexia nerviosa, sin embargo, mientras en la anoréxica son recurrentes estos errores dietéticos, la bulímica continua ingiriendo grandes cantidades de la comida que más teme y rechaza (Jarne y Talarn; 2000).

Se puede diferenciar la bulimia nerviosa común de la bulimia nerviosa atípica, la cual trata de cuadros de bulimia nerviosa en los que algunos síntomas o signos primordiales que caracterizan a este trastorno no se encuentran en el cuadro caracterológico del trastorno en sí (Castillo y León; 2005).

Además, se pueden diferenciar los atracones de la bulimia del trastorno por atracón, el cual se distingue “por la aparición de atracones recurrentes perdiendo, el paciente, el control sobre los mismos, sin conductas compensadoras típicas de la bulimia” (Castillo y León; 2005: 229).

La edad de inicio se sitúa en la adolescencia o a principios de la tercera década de la vida del individuo y aparece con frecuencia después de que existe una pérdida de peso significativa. A menudo le preceden estados de ánimo disfóricos tales como la depresión o la ansiedad, sin tener un factor desencadenante específico, dichos estados les liberan de cierta tensión, después de la cual tienen una sensación de placer (Castillo y León; 2005).

También es frecuente que las personas que padecen este trastorno tengan obesidad o sobrepeso, lo cual interfiere con sus relaciones interpersonales, dificultad para aceptarse a sí mismo, baja autoestima, depresión, preocupaciones constantes por su imagen corporal y ansiedad (Castillo y León; 2005).

2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

La hiperfagia se refiere a una ingesta excesiva debido a una reacción a las situaciones estresantes como accidentes, cirugías, duelos y acontecimientos emocionalmente estresantes que pueden dar lugar a una obesidad reactiva, y con mayores probabilidades en personas predispuestas a ganar peso significativo.

Así pues, este trastorno se debe diferenciar de situaciones en las que los pacientes sufren ya de una obesidad, la cual desencadena baja autoestima, falta de confianza en las relaciones interpersonales y de acontecimientos en los que la obesidad que sufre el sujeto es debido a los efectos secundarios de tratamientos farmacológicos. Este tipo de trastorno también recibe el título de hiperfagia psicógena (Castillo y León; 2005).

2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Los vómitos pueden aparecer repetidas veces, sin que sean provocados en cuadros disociativos, también se les conoce como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena; se presentan en la hipocondría como algunos de los síntomas que manifiesta el sujeto, al igual que en el embarazo, donde los factores emocionales ayudan a facilitar la aparición de náuseas y vómitos frecuentes (Castillo y León; 2005).

2.2.5. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Este concepto se refiere a aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen con los requisitos para ningún criterio de la conducta alimentaria específica, que presentan menstruaciones regulares, peso dentro de los límites de lo normal, los atracones aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses, las conductas compensatorias inapropiadas después de que se ingieren pequeñas cantidades de comida en individuos con peso normal; el masticar y expulsar, sin deglutir cantidades importantes de comida ni presencia del trastorno por atracón (Castillo y León; 2005).

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Este tipo de trastornos engloban algunos problemas de conducta que se suelen dar a la hora de la comida (Jiménez; 1997). Una de las características primordiales de estos trastornos es que el infante rechace la comida o presente conductas de capricho, que se alejan de una conducta normal a la hora de tomar alimentos, enfrente de la persona que se está encargando de él (Castillo y León; 2005).

No existe un sistema de clasificación estándar de este tipo de desórdenes en la infancia, sin embargo Palmer y cols. (citados por Jiménez; 1997) proponen un sistema para clasificarlos, cuyos criterios se basan en el origen de la dificultad y los factores que lo provocan tales como: problemas de conducta a la hora de la comida,

hábitos dietéticos inadecuados, negación a tomar alimentos de manera múltiple, mantenimiento de comidas trituradas durante un tiempo excesivo, dificultad para tragar, succionar o masticar, así como la prolongación de la ayuda para comer (Jiménez; 1997).

Estas causas se clasifican en tres categorías: en un entrenamiento inadecuado en los comportamientos relacionados con la alimentación, alguna disfunción neuromotriz o la presencia de algún tipo de obstáculo que impida la aparición de comportamientos alimentarios adecuados (Jiménez; 1997).

No obstante Linscheid (citado por Jiménez; 1997) agrega al sistema anterior cuatro categorías más que se refieren a los problemas con la comida, las cuales son: la pica, la sobrealimentación, baja ingesta de alimento y rumiación de la comida. También se pueden agregar los vómitos, el tomar alimentos sólo si éstos están mezclados y tardar demasiado tiempo en comer (Jiménez; 1997).

A diferencia del autor anterior, Castillo y León (2005) mencionan que para diagnosticar este tipo de trastornos se deben descartar las enfermedades de tipo orgánico, de manera que no puedan ser confundidas con caprichos frecuentes de la niñez o a las variaciones normales en la alimentación. Sin embargo, aunque todas estas dificultades en la alimentación son normales en los infantes, se debe estar atento a si esta situación supera el grado de normalidad notablemente y si las características de dichas dificultades son cualitativamente anormales, de igual

manera si el niño gana o pierde peso en un período de un mes (Castillo y León; 2005).

El rechazo alimentario es uno de los síntomas que se pueden establecer en diferentes patologías psiquiátricas, tal como la anorexia nerviosa, comprende en sus primeras etapas el rechazo a la comida aunque el sujeto no haya perdido el apetito (Castillo y León; 2005).

La pica o alotriofagia es un trastorno en el que el individuo come frecuentemente sustancias que no lo nutren, como pintura o tierra, entre otras, lo cual se considera anormal después de los 18 meses de edad y en caso de niños con mayor edad, puede tratarse de síntoma de un trastorno más grave como el autismo o retraso mental, sin embargo, también se puede manifestar en infantes con inteligencia normal o en niños pequeños y desaparecer en la adolescencia. En los adultos, este tipo de conducta se puede presentar en individuos con psicosis, retraso mental y con demencias. En conclusión, de acuerdo con lo ingerido serán las consecuencias, como infección por parásitos, obstrucción intestinal o intoxicación por plomo (Castillo y León; 2005).

Los comportamientos disruptivos durante la comida y los hábitos alimentarios inadecuados se refieren a la costumbre del menor de comer de pie o levantarse constantemente del asiento; el comer sólo si se puede estar jugando o si el cuidador le mira, le cuenta historias o con el simple hecho de escuchar la voz; negarse a utilizar cubiertos adecuados para el tipo de comida cuando así se requiere; son pues

aquellos comportamientos que dificultan el establecimiento de hábitos adecuados al comer (Jiménez; 1997).

La rumiación o mericismo es un trastorno que no es común y que aparece entre las edades de tres a doce meses, consiste en la regurgitación frecuente de la comida que se ingiere, lo que provoca que el sujeto tenga una pérdida de peso o una incapacidad para ganarlo de acuerdo con su edad, ya que la comida es expulsada y en otras ocasiones es deglutida nuevamente. Esta perturbación puede aparecer en niños con trastorno generalizado del desarrollo o retraso mental. Algunos autores mencionan que el origen de este cuadro se debe a una grave alteración en la relación de la madre con el infante (Castillo y León; 2005).

El rechazo a alguna clase de comida es otro de los comportamientos frecuentes en la infancia y que hasta cierto grado se le puede considerar como normal, sin embargo la gravedad de este problema es si el rechazo del niño es hacia un solo alimento en específico, que sustituye por otro que tenga características parecidas o bien, si es hacia una categoría específica; los motivos para negarse varían desde el olor, el sabor o la dificultad para ingerir el alimento (Jiménez; 1997).

La potomanía, por otra parte, trata acerca de una ingesta excesiva de líquidos, sin embargo se debe hacer un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida. El objetivo de esta elevada cantidad de agua es el de provocar saciedad o engañar sobre la ganancia real que obtiene de ello (Castillo y León; 2005).

La negación a tomar alimentos sólidos, es cuando al niño sólo le gusta ingerir alimentos líquidos y se resiste a tomar alimentos sólidos, lo que suele causar anormalidades en las encías y los dientes. Este tipo de problemática aparece cuando el niño tiene que hacer la transición de comida de bebe a comidas adultas a partir de los ocho meses de edad (Jiménez; 1997).

La ingesta de comida mezclada consiste en que los niños sólo comen alimentos que están triturados y con cierta mezcla de sabores, lo cual lo habitúa a no aceptar el sabor propio de cada comida (Jiménez; 1997).

La falta de apetito puede aparecer de dos formas: que el niño coma poco de manera general, o que la cantidad ingerida se considere pequeña sólo cuando come algunos alimentos específicos (Jiménez; 1997).

En un menor, el tiempo de comida mayor al de un adulto es normal, sin embargo cuando aquél usa más tiempo de manera excesiva, se puede hablar de un problema que requiere tratamiento, esto depende de la edad y del momento de la comida del infante. Así pues los motivos para la lentitud se pueden tratar de los siguientes: negarse a pasar la comida triturada o sólida, rechazo de la comida, rechazo a la cantidad de comida que los padres quieren que ingiera o demasiados estímulos que lo distraen del acto de comer (Jiménez; 1997). Los vómitos, por otra parte, suelen producirse como rechazo a la comida o como forma de resistencia a cierta situación como por ejemplo, asistir a la escuela (Jiménez; 1997).

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

Existen algunas zonas que rodean al orificio bucal, como lo son los labios, las mucosas intrabucales y la lengua, en las que se contiene una representación cortical y periférica que consisten en sistemas intermedios que son de suma importancia para la alimentación del infante (Ajuriaguerra; 1973).

Asimismo, la excitación tanto eléctrica como química que se encuentra en la región de las amígdalas, es una de las causas por las cuales se llegan a provocar los complejos del automatismos oroemocionales y oroalimenticios, mismos que son el movimiento de lamido, la masticación y también la deglución o regurgitación de husmeamiento; dichos complejos son acompañados de actos de vocalización, de reacciones orientatorias y de una conducta de ataque y defensa (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.1. Organización oroalimenticia.

Dentro de los reflejos humanos, los automatismos oroalimenticios de succión y deglución aparecen en etapas muy tempranas. Dichos reflejos son provocados por los movimientos de succión labial al tocar con los dedos y se presentan desde que el individuo nace; este fenómeno también es conocido como reflejo de búsqueda o reflejo focalizador (Ajuriaguerra; 1973).

Asimismo, el mencionado reflejo alimenticio va más orientado hacia la fuente de excitación, provocado por una reacción oral; es una de las primeras formas en

que el individuo se relaciona con el mundo que lo rodea, sin presentarse aún como una auténtica relación objetal, esto es referente a que la madre aún no es tomada como un objeto amado, sino sólo es relacionada como madre-alimento por el infante (Ajuriaguerra; 1973).

Este tipo de reacción no cuenta con un carácter específico, ya que parece ser simplemente una respuesta a los diversos estímulos que se obtienen del contacto con los dedos o con el pecho; visto de esta forma, una vez que es tocado el seno tiende a actuar por repetición, por ende, se tiene una reacción más intensa cuando el niño tiene hambre que cuando ya se encuentra satisfecho (Ajuriaguerra; 1973).

De otro modo A. Freud (citada por Ajuriaguerra; 1973), diferencia dos tipos de satisfacciones: el primero es la satisfacción de saciar su apetito, mientras que el segundo es la satisfacción erótica oral.

El hambre dentro de la fase narcisista del recién nacido fluctúa entre la tensión del hambre y la satisfactoria, para posteriormente tornarse en buscar satisfactores hacia la comida, la cual también es una fuente de placer. Al pasar por la fase objetal lleva a su afecto hacia la madre, la cual le proporciona el alimento (Ajuriaguerra; 1973).

Al presentarse el segundo año de vida, el niño distingue entre su madre y el alimento, aunque subconscientemente mantenga esta relación. Es así que al presentarse la actividad oral es fuente de una satisfacción y una necesidad biológica

de nutrición. Además, es una origen de contacto mediante la apropiación de un objeto externo, la cual consiste en tomar y dejar, un juego con los labios o con las mordidas, ingurgitación y regurgitación (Ajuriaguerra; 1973).

La succión infantil de contacto-apropiación, es una forma primitiva de relación con el mundo externo, en la cual la boca es el único medio en el que el infante puede apropiarse de los objetos y a partir de él, conoce su cuerpo, el cual se complementa al captar de manera visual o táctil el mundo externo, cuando le es posible localizar un cuerpo que se encuentre fuera de su propio cuerpo (Ajuriaguerra; 1973).

Mélanie Klein (citada por Ajuriaguerra; 1973) cree que con el simple hecho de nacer se conoce inconscientemente al pecho materno, considerado una herencia filogenética; el recién nacido inconscientemente percibe la existencia de un objeto extremadamente benefactor del cual se puede obtener un máximo bien y que dicho objeto es el pecho materno.

Los impulsos del bebé, aunados a las sensaciones orales, lo llevan directamente hacia el pecho materno porque éste es el objeto de los más elementales deseos impulsivos, y su principal finalidad es la de llegar a mamarlo. La primera experiencia vivida en el periodo alimenticio es el hecho de perder y recuperar el objeto querido conocido como el pecho bueno, y si éste se torna como una frustración será considerado como pecho malo u odiado. La presente manifestación entre el pecho bueno y el pecho malo tiene por origen en parte la no integración del

Yo y su entrecruzamiento dentro del Yo y en su relación con el objeto (Ajuriaguerra; 1973).

Cuando el pequeño no tiene de hambre ni tensiones, tal vez se produzca un perfecto equilibrio entre los impulsos de la libido y los agresivos. Cuando la privación rompe el equilibrio, viene a reforzar los impulsos agresivos, tanto si obedece a una causa interna como a una externa y la ruptura del equilibrio entre libido y agresividad es la causante de la voracidad de carácter oral (Ajuriaguerra; 1973).

La reciprocidad se presenta tanto cuando el menor es alimentado al pecho como si lo es con el biberón, siempre y cuando les sean dados por la madre o por otra persona en forma permanente. Esto implica algunos problemas sociales, si bien es cierto que la alimentación artificial también puede estar presente todo el ritual y la seguridad que comporta la lactancia o alimentación al pecho (Ajuriaguerra; 1973).

Freud (citada por Ajuriaguerra; 1973), también menciona que dentro de los rechazos alimenticios del destete se manifestarán síntomas tales como cólera a la vista del alimento, como insatisfacción ante nuevos sabores y consistencias y como un no querer descubrir nada nuevo en cuanto a comida se refiere y como falta de gusto en la zona oral. A veces el destete produce un fenómeno contrario y mayor como la bulimia y el temor de tener hambre.

Mélanie Klein (citada por Ajuriaguerra; 1973), considera que en el destete se tiene la impresión de haber perdido al anterior objeto amado, por lo que aumentara

su temor de ser objeto de persecución y la angustia depresiva que éste causa, también se podrá deducir que el comportamiento oroalimenticio constituye la base misma de la relación objetal al comienzo de la vida infantil.

El carácter oral y la vida de relación es caracterizada por el dar alimento a un niño, que no es un simple acto nutritivo, sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no sólo por el pecho sino por su actitud misma. Cuando el menor es amamantado, halla su comodidad en una posición acariciadora, un olor característico; todas sus ansias son saciadas y son inseparables; durante el trascurso del primer semestre se le suele dar de comer con excesiva rigidez, con horarios fijos y raciones de igual cantidad, psicofisiológicamente hacerlo así tiene consecuencias negativas, dado que se le fuerza al menor cuando este no tiene hambre y queda insatisfecho cuando más lo necesita (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

La anorexia del recién nacido es relativamente rara, llega a aparecer en las primeras semanas de vida o en el primer día; es muestra de una especial constitución neuropática y se da en un terreno especial, esto es, en niños de poco peso, nerviosos, muy despiertos y al principio muestran una pasividad ante la comida, y al paso de algunos meses se muestran renuentes a comer. La anorexia de segundo semestre es más frecuente y aparece en el quinto y el octavo mes al suprimirse paulatinamente de la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía

es lábil el apetito y se producen grandes cambios en el desarrollo infantil (Ajuriaguerra; 1973).

Se señalan dos tipos de anorexia según Ajuriaguerra (1973):

La anorexia inerte es cuando el niño no tiene iniciativa ni tampoco coopera; a veces ni siquiera llega a ingerir, inclusive se le escapa la leche por la comisura de los labios y llega a vomitar la poca que haya podido tomar.

La anorexia de oposición es un auténtico enfrentamiento: el niño reacciona de manera casi caracterial ante la comida mediante chillidos, agitación, intensa rotación tónica, no queriendo inclusive comer; presenta abierto rechazo, vómitos, métodos que son utilizados para oponerse a la comida que le es ofrecida por los padres, dentro de lo cual se desarrolla una batalla de la que saldrá parcialmente victorioso y el adulto quedará agotado (Ajuriaguerra; 1973).

Se entabla la relación madre-niño mediante la vía oral, como rechazo o aceptación. Inicialmente su rechazo o su pasividad suelen corresponder a la manera de comportarse de la madre, ya sea está muy rígida, muy complaciente o con extrema ansiedad, siempre preocupada por la alimentación del menor, mientras el niño se acomoda a las costumbres de los papas, se podrá descompensar y se crea así un círculo vicioso en que algunos padres se dejan encerrar y tiranizar por el niño (Ajuriaguerra; 1973).

En el segundo semestre de vida del menor, Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973), menciona dos tipos de anorexia:

La anorexia simple se asemeja a una reacción del destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica, que a su vez da origen a una relación intermedia con la madre, la cual está empeñada en imponerse y el niño en una marcada oposición; esto llega a presentarse como una conducta de rechazo en un nivel elemental y no se considera como pérdida del hambre o del apetito.

La anorexia compleja es caracterizada por la intensidad de los síntomas y por la resistencia hacia los tratamientos regulares, la comida no es de mucho interés para el pequeño.

El anoréxico suele distinguirse de los demás niños que básicamente comen poco, mientras que el primero lo manifiesta mucho antes; los casos de anorexia más graves casi siempre suelen ser por un conflicto en relación con su madre, es raro que los bebés anoréxicos no se atrasen en regular el esfínter, no tengan el sueño alterado, no lloren espasmódicamente ni manifiesten en su compromiso dificultades caracterológicas (Ajuriaguerra; 1973).

La anorexia infantil no es un síntoma ni hay que tratarla como tal sin antes considerar en detalle todo lo que se refiere a su manera de comer, las condiciones en que se efectúa, los horarios, el número de comidas que se realicen, la cantidad de

comida que se ingiere; la esfera oroalimenticia tiende principalmente a satisfacer las necesidades infantiles y no la mentalidad posesiva de ciertas madres o las imperiosas exigencias de otras que organizan comidas precipitadas y atragantadoras (Ajuriaguerra; 1973).

La anorexia de la segunda infancia suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras ciertas ritualizaciones en su comida, en el ambiente familiar, la oposición a la rigidez paterna o bien, el elegir cuidadosamente la comida, con indicios fóbicos; la evolución de la anorexia es más grave fisiológicamente, pero da la pauta de la conducta a seguir en cuanto a la comida en un futuro (Ajuriaguerra; 1973).

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Los trastornos del comer afectan de tal manera a la personalidad, que se torna difícil al separar los rasgos característicos de la persona, de los que aparecen como resultado una vez que se presenta el trastorno del comer (Costin; 2003).

Los rasgos individuales o las características familiares en sí mismos no son causa de un trastorno alimenticio, sino que simplemente están predispuestos a eso, esto es, la combinación de algo personal o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona, lo que precipita la situación; por otra parte, lo que perpetúa el trastorno alimenticio está más relacionado con lo que está haciendo

el individuo tanto respecto a la alimentación como en cuanto a las relaciones que pueden haber dado origen al trastorno (Costin; 2003).

Los problemas con la autonomía constituyen una predisposición a los trastornos alimenticios, dada la dificultad que presentan ciertas personas para funcionar de forma indiscriminada dentro de la familia o de otros patrones externos, estos jóvenes viven muy pendientes de los que los demás esperan de ellos, para cumplir con los ideales de sus padres o darles la satisfacción a los todos los otros, la obligación de ser siempre adecuados les deja un poco de margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento (Costin; 2003).

Cuando la seguridad está puesta únicamente en el exterior, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a los recursos personales, ya que esto se determina siempre en la duda de sí mismo (Costin; 2003).

Dentro de la persona existen un sinnúmero de situaciones modificables, como cambios de la escuela, de amigos, de barrio, en la relación con los padres o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto entre otras; es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hacen que una persona sea más vulnerable a desarrollar un trastorno alimentario y convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficiencia personal e identidad, así como

interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser especial y hacer dieta y bajar de peso como indicadores de autocontrol (Costin; 2003).

El déficit en la autoestima se enfatiza más cuando las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son, el grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima, cuanto menos parecido sea el concepto que tiene la persona de sí misma respecto a lo que considere como su ideal, más baja será su autoestima (Costin; 2003).

Los parámetros para la autoestima tienden a variar en ambos sexos, dentro de la mujer la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o la apariencia con la aprobación de los demás, tales como cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás. Esta sensación de baja autoestima es producida al juzgarse a sí misma desde las apariencias o a partir de lo que los demás consideran como valioso, esto hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevar dicha autoestima (Costin; 2003).

La perfección, el autocontrol y la tendencia al perfeccionismo son rasgos bastante comunes dentro de las jóvenes con trastornos alimenticios, el sufrimiento y la sensación de ineficacia los hace ser más exigentes de lo normal, dado que nunca sienten que lo que hacen es lo suficientemente aceptable, si no van a poder hacer a la perfección las tareas, no intentan realizarlas (Costin; 2003).

Esa búsqueda de perfección también se enfoca en cuanto al peso corporal: para alcanzar dicha perfección es preciso mantener un cuerpo ideal, al costo que sea necesario, las personas que tienen este concepto terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas, lograrán ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que les presente la vida misma, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, dado que exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos (Costin; 2003).

También es muy frecuente presentar una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, lo cual incluye lógicamente un estricto control del cuerpo, ya que se sienten poderosas manipulando el peso corporal, lo cual representa una compensación de las sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar (Costin; 2003).

Estas jóvenes no soportan que las situaciones estén bajo su control y tienen una gran dificultad para llevar a cabo alternativas de salida, porque piensan que deberían de saber cómo hacer todo bien desde un inicio, lo más dañino y lo más frustrante para este tipo de individuos es no lograr el control, ni encontrar la salida, porque suponen que deberían saber cómo afrontar dichos escenarios (Costin; 2003).

El miedo a madurar se desarrolla por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia hasta llegar a la juventud, el cual conlleva cambios en los ámbitos: físico, sexual, emocional y social; algunos jóvenes sienten

que son poco hábiles para convivir con dichos aspectos de su desarrollo; particularmente, los físicos vienen siempre acompañados de un aumento natural del peso, el cual puede ser un factor precipitante: en ocasiones se genera una intolerancia a esa realidad o una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente trasmite el mensaje de que ya se ha dejado atrás el periodo de la infancia (Costin; 2003).

Las jóvenes que presentan la situación anterior, están muy estancadas dentro de la niñez, y tienen el temor a crecer y a manejar la independencia que ello conlleva, o de igual forma, perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en cambio por la falta de estímulos de parte de ellos para animarlos a entrar en el mundo adulto; otro aspecto de ese temor a crecer es el de mantenerse como niños conservando un pensamiento infantil que se mantiene en los extremos, entre los cuales destaca la dualidad extrema para todo.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno alimentario cuando se combinan factores individuales, familiares y socioculturales y un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital, en un terreno lleno de dietas y actitudes extremas siempre enfocadas al peso y la figura, lo cual precipita el problema, pero la perpetuación del trastorno está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo (Costin; 2003).

Existen diferentes factores que intervienen para que una persona tenga un trastorno alimenticio, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente, se necesita de una combinación de los distintos factores que adquieren una característica particular en cada caso, estos factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollar dicho trastorno (Costin; 2003).

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Existen algunas teorías psicológicas que estudian la relación de diversos factores con la elección de la dieta. A partir de ello, examinan los factores individuales que influyen en la conducta del comer, de los cuales hacen una distinción en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. De esta manera la comida no es sólo un producto y su elección es más compleja de lo que denota (Ogden; 2005).

De acuerdo con Tod-Hunter (citado por Ogden; 2005), la selección de los alimentos se produce dentro de una red de significados sociales, ya que es un símbolo de prestigio, estatus y riqueza; es también un medio de comunicación y de relaciones interpersonales. Así pues la comida es símbolo de fuerza, competencia deportiva, salud, éxito, placer, satisfacción personal, relajación, una expresión de individualidad y refinamiento, expresión personal, revolución, tradición, costumbre y seguridad.

De acuerdo con Lévi-Strauss y Douglas (citados por Ogden; 2005) la comida también se puede entender como una estructura profunda y común a diferentes culturas.

Helman (citado por Ogden; 2005), por su parte, distingue cinco criterios de clasificación de la comida:

- La comida frente a la no comida: la cual distingue los alimentos que son comestibles respecto a los que no lo son.
- Las comidas sagradas frente a comidas profanas: de esta forma se delimitan las comidas validadas por las creencias religiosas.
- La clasificación de comidas paralelas: en donde las comidas pueden ser calientes o frías; esto, es en el contexto de la salud y al equilibrio entre los alimentos. Asimismo el hecho de que un alimento se considere frío o caliente no depende de su temperatura, sino el valor simbólico que se le adjudica y puede variar de una cultura a otra.
- La comida como medicina, medicina como comida: enuncia la separación y el solapamiento entre comida y medicina; algunos alimentos se utilizan o evitan en ciertos estados, y se utilizan como remedio de problemas de salud en general.
- Las comidas sociales: describen la función colectiva de la comida, puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones o simbolizar estatus.

De este modo, las comidas pueden comprenderse mediante un marco de cada cultura (Ogden; 2005).

La comida como afirmación del yo facilita la información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo. Los significados individualizados de la comida están ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer. La comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol (Ogden; 2005).

Algunos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad. Esta interrelación entre la comida y sexo está presente en muchas culturas y en diversas épocas. La asociación entre la comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica entre las dos actividades: constituyen un impulso básico para la supervivencia y perpetúan la vida, ambos pueden ser placenteros e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales. La comida incorpora enunciados acerca del sexo y simboliza al individuo como ser sexual (Ogden; 2005).

La comida también es un foro para muchos conflictos interpersonales, uno de ellos se produce entre la conducta de comer y la negación. Las mujeres tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo se niegan a sí mismas dicho placer. También, como lo refiere Orbach (citado por Ogden; 2005), las mujeres desempeñan un papel de proporcionar comida a los demás aunque tienen que negársela a ellas

mismas. La comida comunica y encarna un conflicto entre la conducta de comer y la negación, sobre todo para las mujeres (Ogden; 2005).

Algunos alimentos se asocian también con un conflicto entre el placer y la culpabilidad. Tanto la comida como el sexo son al mismo tiempo actividades placenteras y que generan sentimientos de culpabilidad. Los alimentos dulces, por ejemplo, representan un placer y satisfacen una necesidad; tras su consumo aparecen la culpabilidad y los sentimientos de vergüenza, además de una sensación de complejo, desesperación y perversidad. En consecuencia, la comida es un foro para los conflictos entre la culpa y el placer (Ogden; 2005).

La comida representa también el autocontrol o su pérdida; en los últimos tiempos la dieta se ha convertido en el vehículo para el autocontrol. El cambio de modelo de individuo, que pasa de respondedor pasivo, a interactivo y, a finales del siglo XX, a un yo reflexivo. Este tipo de persona está caracterizado por el autocontrol; se dice que este afán se plasma en que el interés por la conducta de comer mediante una dieta se convierte en el vehículo para ejercer este control y en último término, la persona anoréxica refleja a ese individuo autocontrolador (Ogden; 2005).

En suma, la comida comunica aspectos del yo en relación con la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, el comer y la negación y es una declaración de autocontrol (Ogden; 2005).

El significado de la comida en el contexto de su consumo y del lugar central que ocupa en la interacción social, radica en ser un instrumento corriente de comunicación en la familia. Los tipos de alimentos que se toman y la forma de cocinarlos pueden crear un sentido de identidad de grupo, por ello se considera también como un instrumento de relación entre los integrantes de un grupo a cualquier nivel (Ogden; 2005).

Los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer a los instintos miembros de la familia. Ésta es el medio por el cual las mujeres demuestran su amor y preocupación por sus prójimos y asumen el ocuparse de la preparación de la comida como acto de amor (Ogden; 2005).

Asimismo, la comida también es un conflicto entre la salud y el placer. El deseo de proporcionar a sus hijos y esposos comidas saludables crea conflictos a las mujeres, ya que a menudo las dietas preferidas son poco saludables, un alimento provechoso y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos (Ogden; 2005).

La comida puede reflejar también las relaciones de poder dentro de la familia. En ocasiones, el reparto de la comida refleja las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de la familia, en concreto, cuando se dan las porciones mayores de carne para los hombres, indica que los niños y las mujeres ocupan posiciones secundarias en la jerarquía familiar (Ogden; 2005). La comida lleva consigo un

significado y constituye una forma fundamental de comunicación en la interacción de los individuos. En el contexto social la comida es un foro para las expresiones de amor y atención y para los conflictos entre salud y placer, además, es símbolo de las relaciones de poder en el seno de la familia, constituye una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y sobre esta identidad en el contexto de otras, finalmente, puede interpretarse como información relativa a la identidad cultural (Ogden; 2005).

Los alimentos y las comidas familiares desempeñan un papel central en el establecimiento de la identidad religiosa, ya que ingerir los alimentos, preparar la comida y darla a los demás se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia (Ogden; 2005). La alimentación también es un símbolo de estatus social; las personas poderosas comen bien y son alimentadas de la mejor manera por otros. La comida es un componente esencial de la subsistencia humana y una muestra del poder social; su rechazo sirve también para recuperar el control del mundo social, un ejemplo de ello es la huelga de hambre, ya que la comida representa un poder social y su negativa es un arma poderosa para recuperar el control del mundo político (Ogden; 2005).

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Cuando un miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, los demás miembros que la constituyen, se encuentran involucrados aunque no sean detonantes de la situación, asimismo los miembros de la familia suelen ser afectados

de una u otra manera, por lo que, no es sólo el que tiene el padecimiento, el que presenta problemáticas (Rausch; 1996).

Algunas características de las familias de mujeres bulímicas, de acuerdo con Rausch (1996), son las siguientes:

- Los padres son exigentes.
- La madre tiene grandes expectativas de éxito tanto social como académico.
- La madre tiene problemas al tratar de imponer control a su hija.
- Él padre demuestra depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional.
- Los padres tienden a comparar a los hijos creando un ambiente de rivalidad entre ellos.
- Existe un nivel de tensión elevado en la familia.
- Persiste bastante tensión entre los padres y la hija.

Las pacientes con bulimia nerviosa tienen cierto malestar y conflicto en el seno familiar, sin embargo, la percepción de la paciente mejora al respecto conforme se va recuperando de su trastorno alimentario, lo cual beneficia al sistema familiar (Rausch; 1996).

Las familias en las cuales se presenta un desorden alimenticio son muy variables, algunos sujetos con trastornos alimentarios describen a los padres como

guiados por el éxito, el rendimiento y los tradicionales conceptos de feminidad y aspecto físico, con una preocupación constante por temas vinculados a la comida, la apariencia y el control (Rausch; 1996).

Las opiniones y los juicios de los padres, respecto al tamaño de las diversas zonas del cuerpo influyen en el paciente y podrían condicionar la evolución de su trastorno. Hay familias en las cuales la valoración personal depende en gran medida del aspecto físico y con frecuencia este valor es transmitido de generación en generación (Rausch; 1996).

En otro sentido, uno de los motivos más comunes por los cuales las familias eluden la expresión directa de sus emociones es porque le temen al desacuerdo entre sus miembros, a lo que se le denomina como evolución del conflicto. Cuando la comunicación abierta está obstaculizada, los miembros tienen que adivinar lo que le pasa al otro, una consecuencia de ello es que sus hijos crezcan sin poder discernir ni transmitir lo que sienten y arrastren este déficit hasta la vida adulta con la consiguiente dificultad para que las personas se entiendan y puedan satisfacer las necesidades mutuas (Rausch; 1996).

Todas las familias se rigen por reglas, muchas veces de manera implícita, las cuales establecen como se manejan los desacuerdos. Es por ello que una constante en las familias con un miembro que padece de trastorno alimenticio, es que las reglas que habían organizado la familia no son suficientemente flexibles ni se ajustan a las nuevas exigencias de quienes la componen (Rausch; 1996).

Las reglas organizan los valores, las conductas y las formas en que se expresan las personas, al tiempo que proveen a los miembros de la familia una sensación de pertenencia, al tiempo que regulan la vida cotidiana. Sin embargo, al no actualizarse pueden llegar a inhibir el crecimiento y desarrollo de los miembros de la familia; asimismo, hay algunas familias en que ciertos miembros carecen de autorización para expresar sus sentimientos, como si fuese una regla (Rausch; 1996).

Las familias establecen fronteras entre sus miembros. Éstas no son más que las reglas que determinan en cada momento quién participa de cada interacción y de qué modo. Hay fronteras individuales y otras que demarcan el territorio de más de una persona: las fronteras claras marcan espacios que permiten anticipar el lugar de cada uno en una determinada situación, si son difusas, se produce una intrusión física y mental en el espacio del otro. Si son demasiado rígidas, los miembros de la familia carecen de flexibilidad necesaria para adaptarse a los cambios generados por las distintas edades y tipos de situación que les toca vivir (Rausch; 1996).

Hay familias en las que los hijos, independientemente de su edad, son consultados respecto a todo. Cuando este modo de establecer algunas normas se generaliza en una familia, se alteran las jerarquías y los hijos quedan a cargo de las funciones que deben asumir los miembros adultos. Hay otras familias en las cuales las reglas son impredecibles, esto genera desorientación y la sensación de que todo vale (Rausch; 1996).

Hay familias en las que suelen ser controladas y mantienen lazos excesivamente estrechos entre sus miembros, inhibiendo el desarrollo de su autonomía, hay otras que evidencian importantes fallas en el control, lo que resulta en un funcionamiento cada vez más caótico. Es típico que uno de los padres tenga una actitud más complaciente con la sintomatología y los inconvenientes que genera el paciente (Rausch; 1996).

Las familias que han sobrellevado un proceso conflictivo de divorcio representan un ámbito propicio para el desarrollo de diversas sintomatologías. Otra posibilidad es que se desencadene una crisis que altere los modos acostumbrados del funcionamiento familiar. El síntoma debe ser entendido como una señal o bien, una oportunidad para modificar las reglas acostumbradas y los modos de relación entre las personas implicadas (Rausch; 1996).

2.5.3. Factores predisponentes socioculturales.

El ambiente sociocultural está actualmente marcado por premiar a la delgadez y tener prejuicios contra la gordura, el ideal de belleza ha ido cambiando según la época y es diferente en las distintas sociedades, los trastornos alimenticios son típicos de las sociedades industrializadas en el mundo occidental, sin embargo afectan por igual a las diferentes clases sociales existentes (Costin; 2003).

Se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito se basa primordialmente en el peso, ya que cuantos menos

kilos tenga, serán mayores los logros obtenidos. La persona que sufre de trastornos alimentarios llega a estar sumamente obsesionada con la comida y, por otra parte, el comer significa disponer de un corto periodo de tiempo para pensar en estar bien, esto deriva en la carencia de condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social (Costin; 2003).

Dentro de la sociedad se considera que el papel de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios de comunicación refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de las mujeres sea juzgada únicamente a través de la imagen corporal; aunado a esto, el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil o el hecho de que para ser una mujer exitosa tampoco debe crecer, madurar ni envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para esto (Costin; 2003).

Se espera que la mujer de hoy cuente con un cuerpo perfecto, una carrera exitosa, logre desempeñarse fluidamente dentro de un nivel social, contar con un matrimonio perfecto y ser una gran madre. Los anuncios de televisión las muestran cómo deben ser: delgadas, saludables, atractivas, hermosas y triunfadoras, además, con un gran control sobre sí mismas, perfeccionistas y con logros apreciables (Costin; 2003).

Con estos antecedentes, las mujeres tienden a echarse la culpa si algo no les resulta como esperan, se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de mujer que muestran los medios, invariablemente se sienten fracasadas por no poder

responder a lo que suponen son las únicas expectativas que se tienen de ellas, lo cual disminuye la sensación de seguridad, confianza en sus recursos en las capacidades interiores que tienen, tales como su capacidad de ser sensibles mujeres, esposas, madres o amigas, eficaces empleadas o compañeras de trabajo, por ello mismo, tratan demostrarse a sí mismas que pueden llegar a ser mejores. Por todo lo anteriormente expuesto, el manipular el peso se convierte en su principal actividad y son ellas las que se quedan sin energías necesarias para afrontar los verdaderos desafíos que les presenta la vida diaria en esta etapa de crecimiento (Costin; 2003).

La dieta, como recurso particular, comienza con el fin de ser más popular o atractiva, estar más acorde con los estándares estéticos presentes, sentirse un poco más integradas, pero esto puede desembocar en un serio trastorno alimentario. De esta manera, aparecen la culpa, la ansiedad, el miedo y la pérdida de control sobre la alimentación; como efecto de fracasar en ese intento de manipular el peso corporal, también se desarrollan actitudes y creencias extrañas que rodean a la comida, tales como la obsesión, hasta llegar al punto de no poder hacer ni pensar en otra cosa, surge un intenso miedo a ganar peso descontroladamente, lo que contribuye a paralizarse aún más (Costin; 2003).

Todo esto, combinado con los efectos físicos y psicológicos que aunados al hecho mismo de comer por debajo del mínimo necesario para el funcionamiento normal del cuerpo y la mente, hace que la persona comience a aislarse y sentirse

cada vez más descontenta consigo misma, de modo que hoy en día, desafortunadamente, la delgadez es sinónimo de estatus social (Costin; 2003).

De acuerdo con Costin (2003), los factores socioculturales son también de suma importancia, y se deben reconocer los prejuicios, ya que son parte de lo que lleva a la confusión con el control de peso, tales como:

- La idea de que los obesos comen más que los que no lo son.
- Los obesos tienen más problemas psicológicos que los que no lo son.
- La obesidad moderada está asociada con una mayor mortalidad.
- Los tratamientos con dietas prolongadas, son satisfactorios.

La mayoría de la gente piensa que no tener éxito con las dietas se debe a una gran falta de voluntad por parte de los que no intentan e ignoran los efectos relacionados con el solo hecho de hacer dietas estrictas reiterativas (Costin; 2003).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

El comer o no comer causa cambios en el tamaño y la forma corporales. La preocupación por esos cambios incrementa en mayor medida la preocupación por el peso; una forma de la preocupación por el peso es la insatisfacción corporal, la cual se relaciona con el desarrollo de un conjunto de medidas (Ogden; 2005).

De esta manera se ha definido la imagen corporal como el cuadro propio del cuerpo, que se forma en la mente. Así pues, Ogden (2005) menciona que la medida de la insatisfacción corporal puede considerarse desde tres perspectivas diferentes:

- 1) La insatisfacción corporal como una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad. Con frecuencia las personas con trastornos alimenticios llegan a creer que son más voluminosas de lo que son en realidad.
- 2) Otro enfoque de la insatisfacción corporal ha destacado la discrepancia entre las percepciones de la realidad y las de un ideal, que conlleva a la comparación del volumen real de la persona.
- 3) La tercera forma y más frecuente de entender la insatisfacción corporal se manifiesta en los sentimientos y cogniciones negativas acerca del cuerpo. Las personas que padecen trastornos alimenticios manifiestan una mayor insatisfacción corporal, así como las que siguen regímenes alimentarios y en general, las mujeres manifiestan mayor insatisfacción corporal que los hombres.

La insatisfacción corporal puede conceptualizarse como una discrepancia entre la percepción que tiene el individuo del volumen de su propio cuerpo y el real,

como la discrepancia entre la percepción real y la ideal o simplemente, como sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporales (Ogden; 2005).

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Los problemas físicos y emocionales que se asocian con la mala alimentación constituyen un primer paso fundamental para la modificación de esas conductas. El conocimiento de los efectos que provoca la mala alimentación, ya sea en el campo orgánico como en el anímico, ayuda a normalizar muchas de las situaciones que están pasando (Costin; 2003).

El cuerpo que está subalimentado causa malestar anímico y emocional y la falta de fuerzas en la persona; la necesidad de empezar a recuperar la estabilidad orgánica y volver así a sentirse mejor emocionalmente. Se llega, de esa manera, a una situación de depresión anímica profunda. Esto se refleja en una visión pesimista del sujeto sobre sí mismo, sobre el futuro y sobre las posibilidades de pensar o hacer algo diferente al respecto (Costin; 2003).

La restricción alimenticia lleva a episodios de atracones y a la sensación de un hambre que no se satisface con nada, son los primeros síntomas de la bulimia. Así como a conductas obsesivas en relación con la comida. Los efectos de estos tipos de restricciones son suficientemente transformantes del organismo como para perdurar aun cuando la persona haya incorporado nuevos hábitos con la idea de

recuperarse. La recuperación lleva tiempo y se da con recaídas inevitables (Costin; 2003).

En el origen de todo trastorno de la alimentación hay siempre un período de dietas restrictivas que llevan a la semiinanición con su consecuente correlato de síntomas orgánicos y emocionales. Una vez que se ha instalado, se vuelve difícil identificar si la sintomatología que aparece es un subproducto del trastorno o se debe a características de personalidad, para lo cual será preciso primero restablecer las condiciones físicas (Costin; 2003).

La privación alimenticia es formadora de hábitos, ya que la comida se vuelve una obsesión que enferma. Hacer dieta es lo que lleva a toda la sintomatología de obsesiones, depresión, aislamiento, malestares físicos, inseguridades, entre otros, de la cual se pretende salir, paradójicamente, con nuevos esfuerzos de control de la comida para esta vez sí lograrlo y recuperar el bienestar (Costin; 2003).

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Los trastornos alimenticios, así como muchos de los trastornos psiquiátricos mayores, son problemas multidimensionales, heterogéneos y diversos en sí mismos. Las presentaciones clínicas son en la mayoría de los casos, complejas, ya que los síntomas de varios cuadros se superponen, complicando las decisiones diagnósticas y fundamentalmente las terapéuticas. Entonces entra en escena el concepto de

comorbilidad: este vocablo alude a la ocurrencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas. Se aplica a trastornos o enfermedades y no a síntomas (Kirschman y Salgueiro; 2002).

De otra manera, algunos autores prefieren referirse a la comorbilidad con la denominación de co-ocurrencia, poniendo énfasis en el riesgo relativo. Los estudios de clínica psiquiátrica también usan el concepto de comorbilidad para referirse a más de un trastorno que puede ser diagnosticado en la misma persona, o de alguien que cumple con los criterios para un trastorno determinado y sintomatología de otro, pero sin cumplir con todos los criterios (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Los diagnósticos más a menudo asociados con la bulimia nerviosa son los de abuso de sustancias, como el alcohol, depresión, ansiedad y trastornos de personalidad (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Parece existir una vulnerabilidad familiar para la anorexia y la bulimia y existe poca probabilidad de que la depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo y el abuso de sustancias compartan una causa común con los trastornos alimentarios, no obstante, ciertos rasgos de personalidad obsesiva pueden constituir un factor de riesgo familiar para la anorexia (Kirschman y Salgueiro; 2002).

La presencia de variables neurobiológicas como mediadoras en explicación de la coexistencia de trastornos alimentarios, ansiedad y depresión, remiten a los trabajos sobre el rol que la serotonina podría jugar en los diferentes trastornos. La serotonina se ha vinculado con distintos síntomas: variaciones del estado anímico,

suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, rasgos obsesivo-compulsivos y variación estacional de los síntomas (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Se considera que la serotonina funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y es moduladora de la conducta motriz; es importante en las conductas sociales que involucren agresión y ansiedad; regula la saciedad y la selección macro nutricional; regula la secreción neuroendocrina, para la comprensión de la desregulación serotoninérgica en la depresión (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas podría explicar los concurrentes o secuenciales periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con trastornos alimenticios, las dimensiones temperamentales que pueden explicar la comorbilidad entre distintos trastornos; se distinguen tres dimensiones temperamentales, cada una de ellas asociada con vías de neurotransmisión específicas de acuerdo con las autoras anteriores:

- Evitación del peligro: con mediación serotoninérgica y presencia en los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos.
- Búsqueda de la novedad: con mediación dopaminérgica y vinculada a los trastornos alimenticios y al abuso de sustancias.
- Dependencia de la recompensa: con mediación noradrenérgica, asociada con ansiedad y alcoholismo (Kirschman y Salgueiro;

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Hace un siglo se llegó a creer que la anorexia nerviosa representaba una forma de melancolía en la pubertad, como un intento de solución del conflicto adolescente. Binswanger (citado por Kirszman y Salgueiro; 2002) efectuó una de las primeras investigaciones con mayor asociación de los trastornos alimenticios y depresivos a mediados de los años 40, en la cual menciona el caso de Ellen West, quien en primera instancia fue diagnosticada como esquizofrénica y melancólica, sin embargo, lo que en realidad padeció fue anorexia crónica con rasgos marcados bulímicos, y por su condición depresiva se suicidó con la ingesta de veneno.

Por otro lado, en 1977 Cantwell y otros (referidos por Kirszman y Salgueiro; 2002) realizaron una investigación en la que entrevistaron a 26 padres de mujeres anoréxicas, con base en la estructura de los trastornos afectivos. El 58% de las madres y el 8% de los padres de la población tomada, cumplieron con los criterios de trastorno afectivo y hubo madres que cometieron suicidio.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

La relación entre depresión, ansiedad y obsesión en pacientes con anorexia, con base en la coincidencia que tienen éstos con los síntomas, se hace presente en pacientes con un estado severo de desnutrición. Constituyen el llamado síndrome de inanición, cuadro severo por la intensidad de los síntomas y por el hecho de que éstos se conforman en verdaderos circuitos de retroalimentación que coadyuvan a la

perpetuación del trastorno anoréxico en el tiempo. La recuperación del peso corporal disminuye notablemente la sintomatología depresiva y ansiosa pero en un porcentaje significativo de pacientes con síntomas persisten de forma moderada (Kirschman y Salgueiro; 2002).

La prevalencia de trastorno de ansiedad como diagnóstico previo concurrente o posterior al de trastorno alimentario, se estudia el trabajo de Bullik y otros (retomados por Kirschman y Salgueiro; 2002). Se encontró que el 60% de las pacientes con anorexia nerviosa, un 57% de las pacientes con bulimia y un 48% de las pacientes con depresión mayor, tenían antecedentes de trastornos de ansiedad. En el 90% de las pacientes el trastorno de ansiedad precedía el trastorno alimenticio, con excepción del trastorno de pánico que tendía a desarrollarse después del inicio de la anorexia nerviosa. Se encontraron índices de trastorno de ansiedad generalizada y de trastorno obsesivo-compulsivo, significativamente elevados en las pacientes con anorexia nerviosa.

En una investigación se encontró una presencia y relevancia etiológica de factores ligados al sexo en el ámbito de distintos aspectos del trastorno obsesivo-compulsivo; se detectó que el 12% de las mujeres y ningún hombre presentaban historia de anorexia nerviosa. Las mujeres que presentaban dicha historia eran más jóvenes y con desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo más temprano que las mujeres sin el antecedente de disorexia. Algunos autores refieren, que en una población de 100 pacientes agorafóbicas, de las cuales 83 eran de sexo femenino,

no lograron detectar antecedentes de anorexia nerviosa, ante lo cual dudan de una explicación a partir del componente de ansiedad (Kirszman y Salgueiro; 2002).

La ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva en relación con los atributos del cuerpo y peso corporal. Modelos de fuerte poder predictivo en relación con la bulimia han resaltado el rol de la ansiedad, entendida en términos de miedo mórbido a la gordura en la psicopatología del trastorno. Específicamente el modelo de la reducción de ansiedad desarrollado por Rosen y otros (citados por Kirszman y Salgueiro; 2002), posiciona los constructos de la ansiedad y reducción de ésta en un rol central para la conceptualización y el tratamiento de la bulimia.

El vómito en la bulimia tiene una función de reducir la ansiedad de un modo similar al que el lavado de las manos o los rituales de chequeo tienen para un individuo en el trastorno obsesivo-compulsivo. Este modelo enfatiza el rol funcional de las conductas purgativas, el vómito cumple una función de escape, al reducir la ansiedad en relación con la imagen y el peso corporal elevado por el consumo de comidas prohibidas (Kirszman y Salgueiro; 2002).

La tendencia de tener miedos vinculados a la evaluación social o ansiedad generalizada, en combinación con otra variedad de factores culturales, psicológicos, pueden contribuir al desarrollo de excesiva preocupación por la figura y el peso, insatisfacción corporal, restricción alimentaria severa y finalmente, conducta bulímica. El rol de la ansiedad en los trastornos alimentarios parece ir más allá del rol

que evidencia en el mantenimiento del ciclo bulímico, de otra manera, la ansiedad puede estar cumpliendo un doble rol: etiológico por un lado y de mantenimiento por otro (Kirschman y Salgueiro; 2002).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Existen diferentes tipos de tratamiento para los trastornos alimentarios como la terapia conductual, que se basa en el control de un comportamiento observable a través de los estímulos que le preceden o le siguen. Suele ser útil que el paciente haga un registro de su peso, que se mida una o dos veces por semana. Se establece un refuerzo positivo contingente al aumento de peso que se refiere a una mayor actividad física o social. Los refuerzos negativos que generalmente se utilizan son el reposo y el aislamiento en el dormitorio. Siempre se recomienda un diseño personalizado de estos refuerzos teniendo en cuenta las variaciones individuales. También se introducen sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, con el fin de reducir la ansiedad y depresión de esos pacientes. Estos resultados apuntan a la complejidad de la anorexia nerviosa y a rescatar los beneficios de intervenciones auxiliares (Rausch; 1996).

El modelo cognitivo-conductual relaciona el pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, y el tratamiento consiste en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente. Los procesos cognitivos en estos pacientes son la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, pensamiento dicotómico, personalización y pensamiento supersticioso, los cuales

son examinados, definidos y luego cada uno es sistemáticamente cuestionado a fin de modificar los pensamientos y supuestos automáticos (Rausch; 1996).

El modelo sistémico propuesto por Minuchin y colaboradores (citados por Rausch; 1996), propone la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa, cuyo objetivo es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros. El terapeuta se incluye en el sistema de una manera activa y directiva, apuntando inicialmente al aspecto sintomático de que el paciente recupere peso, simultáneo a modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática y por último, a la fase en que se trabaja sobre la autonomía de los subsistemas. A lo largo del tratamiento se utilizan intervenciones estratégicas y conductuales que son auxiliares del objetivo ulterior, es decir, la modificación de la estructura con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes (Rausch; 1996).

La terapia individual se realiza cuando no es posible hacer la familiar. Los supuestos básicos que fundamentan la técnica son:

- a) Que la relación terapéutica es instrumental y que su objetivo central es mejorar las relaciones personales del paciente fuera del ámbito terapéutico.
- b) Que el foco del tratamiento debe ser la incapacidad estratégica del paciente, quien está atrapado en el juego familiar encubierto y se ve imposibilitado para manejarse con el (Rausch; 1996).

La aplicación de la terapia familiar para pacientes adultos con un trastorno alimentario severo y crónico es aquel en el cual se da importancia al trabajo con la familia o el cónyuge y sugieren que el terapeuta familiar bloquee la batalla acerca de la comida, dándole toda la responsabilidad por el peso y la alimentación al paciente. La terapia debe centrarse en el tema crucial de la separación de la familia de origen y de que el paciente logre desarrollar autonomía e independencia (Rausch; 1996).

Hall (citado por Rausch; 1996) refiere que la terapia de grupo tiene algunas dificultades, entre las que señala que a pesar de la recuperación del peso, la anoréxica suele permanecer retraída, ansiosa, rígida, preocupada por el peso y la comida y tiene gran dificultad en expresar sus sentimientos.

Estos pacientes, aun cuando parezcan socialmente competentes, están limitados en su capacidad de establecer relaciones sociales significativas, que con frecuencia no pueden beneficiarse del grupo. Sin embargo su baja autoestima y la hipersensibilidad que tienen respecto de los comentarios de otros, moviliza gran ansiedad en el contexto grupal. La persona es incapaz de expresar esos sentimientos y responde perdiendo peso o bien, huyendo, lo cual la deja inaccesible al cambio terapéutico (Rausch; 1996).

Los grupos de autoayuda son organizados y facilitados por personas que han sido afectadas previamente por un trastorno alimenticio. Sus miembros comparten un problema común, son mutuamente dependientes en cuanto a una comprensión

empática y se ayudan entre sí para trabajar en pos de la recuperación. El factor curativo principal es la interacción entre pares (Rausch; 1996).

El tratamiento farmacológico, por su parte, tiene efectos poco beneficiosos. Se han probado estimulantes del apetito como la ciproheptadina, un antihistamínico antagonista de la serotonina con efectos sedantes. Los neurolépticos se administran en caso en que los pacientes presentan ansiedad muy intensa, especialmente frente a los alimentos, la clorpromacina, tiene un efecto intenso ansiolítico, disminuye la hiperactividad, facilita el reposo en cama y se ha observado también un aumento en la ingesta (Rausch; 1996).

La terapia familiar sistemática menciona que ningún miembro de la familia parece desafectado y que la conducta actual de cada uno de los integrantes puede llegar a contribuir de forma satisfactoria a minimizar la sintomatología y la promoción de salidas más saludables para el paciente y los otros miembros o de igual forma también puede contribuir de forma negativa a reforzar el padecimiento del sujeto (Rausch, 1996). El punto de inicio de la terapia familiar es el integrarla en un sistema biopsicosocial y que su funcionamiento se puede evaluar de acuerdo con los objetivos en común y el cumplimiento de ellos será de acuerdo con las interacciones entre los mismos miembros, ya que los comportamientos resultan mutuamente afectados en una cadena de circularidad causal. De esta manera, al quedar concluidos los diversos elementos teóricos referentes a los trastornos alimenticios, finaliza el marco teórico del presente estudio.

A continuación, se expondrán los elementos manejados en la recolección y tratamiento de los datos en la investigación de campo, los cuales conforman el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo quedará dividido en dos partes, en primera de las cuales se realizará la descripción metodológica y en la segunda, se presentarán y se interpretarán los resultados.

3.1. Descripción metodológica.

En el presente apartado se explicará el enfoque adoptado, que es el cuantitativo, se explicará el tipo de diseño, que es no experimental, posteriormente se expondrá el estudio de tipo transversal para posteriormente indicar el alcance correlacional no causal.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

De acuerdo con Hernández y cols. (2006) en la historia de la investigación se han presentado tres tipos de enfoques: los cualitativos, cuantitativos y mixtos; aunque existen ciertas diferencias entre ellos, también logran coincidir en los siguientes puntos:

- Evaluación y observación de los fenómenos.

- Llegan a establecer suposiciones o ideas después de la observación y evaluación.
- Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- Examinan las suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.

Asimismo, Hernández y cols. (2006) mencionan de manera particular las características de del enfoque cuantitativo:

a) El investigador realiza los siguientes pasos:

- Plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Se diseñan preguntas de investigación de manera específica.
- Después de haber planteado el problema de estudio, revisa lo que se ha investigado; esta parte es conocida como revisión de la literatura.
- A partir de esta revisión se construye un marco teórico.
- De esta teoría se derivan las hipótesis que después serán sometidas a verificación.
- Se someten a prueba las hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados; si los resultados corroboran que las hipótesis son congruentes, entonces se aporta evidencia a favor, de lo contrario se

descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Sin embargo si se apoyan, generan confianza y logran sustentar de una mejor manera a la teoría o en consecuencia, las hipótesis se refutarán y la teoría con el paso del tiempo también lo hará.

- Para que se obtengan tales resultados el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos, y de este conjunto de pasos, denominado proceso de investigación cuantitativo, descienden otras características del enfoque cuantitativo, las cuales son:

- b) Las hipótesis se establecen.
- c) Se fundamenta la recolección de datos, la cual se lleva a cabo mediante procesos estandarizados, asimismo, deben ser aceptados por una comunidad científica y deben poder observarse o medirse en el mundo real.
- d) Los datos obtenidos se representan mediante números y se deben analizar a través de los métodos estadísticos
- e) Se analizan los datos y se interpretan de acuerdo con las hipótesis y la teoría. Así pues, la interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.
- f) Los datos obtenidos deben ser objetivos y no deben ser afectados de ninguna forma por las creencias, temores, deseos y tendencias del investigador en los resultados y en los procesos.

- g) Se pretende que los resultados encontrados en un grupo a una colectividad mayor se puedan generalizar y replicarse.
- h) Los datos generados deben poseer estándares de validez y confiabilidad, las cuales contribuirán a la generación de conocimiento.

3.1.2. Estudio no experimental.

La presente investigación es de tipo no experimental y se refiere a estudios en donde no se varían de forma intencional las variables independientes para provocar efectos en otras. Lo que se realiza en este tipo de investigación es observar a los fenómenos tal y como se efectúan en su contexto natural, para después comenzar a analizarlos (Hernández y cols.; 2006).

Las variables de esta investigación no se pueden llegar a manipular o asignar de manera aleatoria a los participantes o a los tratamientos, ya que no existen condiciones o algún tipo de estímulos meramente planeados que se puedan llegar a administrar a los sujetos que participan en el estudio (Hernández y cols.; 2006).

Adicionalmente, en el estudio no experimental “no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quién la realiza” (Hernández y cols.; 2006: 205). Por el contrario, las variables independientes suceden y no pueden llegar a ser manipuladas, ya que no se tiene el control directo sobre ellas y tampoco se pueden

llegar a influir, debido a que sus efectos ya se encuentran presentes (Hernández y cols.; 2006).

Las diferencias entre la investigación de tipo experimental y no experimental se constituyen en la manera en cómo se construyen las situaciones y se manipulan de forma intencional a la variable independiente y después se llega a observar el efecto que tiene la manipulación sobre la variable dependiente. De este modo en la investigación no experimental no existe manipulación intencional ni asignación al azar (Hernández y cols.; 2006).

3.1.3. Tipo de estudio: transversal.

Las investigaciones de tipo transversal se llegan a presentar al: a) analizar el nivel de estado o presencia de una o más variables en un momento dado; b) evaluar una situación comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo y c) determinar o ubicar cual es la relación entre un conjunto de variables en un momento (Hernández y cols.; 2007).

Es por ello que está investigación es de tipo transversal ya que “se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (Hernández y cols.; 2007: 142); por lo cual se considera que su principal propósito, es el de describir las variables y el analizar su incidencia e interrelación en un tiempo dado.

Asimismo, los estudios de tipo transversal se dividen en tres clases: exploratorios, descriptivos y correlacionales/causales, tomando en cuenta que se describirá solo el correlacional en el siguiente apartado.

3.1.4. Alcance de la investigación: correlacional.

El propósito de los estudios de tipo correlacional, es el de “evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables” (Hernández y cols.; 2007: 63); esto dentro de un contexto en particular.

Los estudios correlacionales miden o evalúan el grado de relación entre esas dos o más variables. Miden cada atributo presuntamente relacionado y después también miden y analizan la correlación. Se expresan en hipótesis sometidas a prueba (Hernández y cols.; 2007).

La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales consiste en saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el de otras variables relacionadas; asimismo, intentan predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen en las variables relacionadas (Hernández y cols.; 2007).

La correlación puede ser positiva o negativa: en el primer caso significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra.

Si es negativa significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra (Hernández y cols.; 2007).

Si no hay correlación entre las variables, esto indica que estas variables varían sin seguir un patrón sistemático entre sí: habrá sujetos que tengan altos valores en una de las de las dos variables y bajos en la otra, sujetos que tengan altos valores en una variable y altos en la otra, sujetos con valores bajos en una variable y bajo en la otra y sujetos con valores medios en las dos variables (Hernández y cols.; 2007).

Los estudios anteriores se distinguen de los descriptivos principalmente en que, mientras éstos se centran en medir las variables individuales, los estudios correlacionales evalúan el grado de relación entre dos variables, de modo que se pueden incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una única investigación (Hernández y cols.; 2007).

La investigación correlacional tiene, en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial. Saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa. En términos cuantitativos: cuanto mayor sea el número de variables estén correlacionadas o asociadas en el estudio y mayor sea la fuerza de las relaciones, más compleja será la explicación (Hernández y cols.; 2007).

En conclusión, entre más conceptos se observen con profundidad, se agreguen al análisis y se asocien, habrá un mejor sentido de entendimiento del fenómeno estudiado (Hernández y cols.; 2007).

3.1.5. Técnicas e instrumentos de investigación.

Las técnicas de recolección de datos, que son utilizadas en esta investigación son pruebas estandarizadas, las cuales son desarrolladas por investigadores especialistas para lograr medir un sinnúmero de variables y que por ende tienen un modo específico y diferenciado de aplicación, codificación e interpretación de los datos obtenidos. Este tipo de pruebas se utilizan para medir habilidades, aptitudes, la personalidad, los intereses, los valores, el desempeño, la motivación, el clima laboral, la inteligencia emocional, el aprendizaje, entre otros (Hernández y cols.; 2007).

Algunas de las ventajas de estas pruebas son que ya tienen estudios estadísticos que las validan y prueban su confiabilidad, en el contexto en que se va a desarrollar la investigación.

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

La CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 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.

En un esfuerzo para 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 asimismo 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 sociales/concentración es sutil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares, ya que se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades de 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 de estrés.

Con una medida de la consistencia interna de la CMAS-R, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, el valor obtenido fue de 0.76, es decir, que el test muestra confiabilidad.

Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de 0.69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación rasgo (R) del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de trastornos alimenticios se utilizó la prueba llamada Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), de Gardner (1998). Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. La aplicación puede ser individual y colectiva. El tiempo de aplicación es ilimitado y se lleva aproximadamente 20 minutos. Es aplicable a partir de la edad de los 11 años. Está conformado por 91 reactivos y evalúa 11 escalas, las cuales son:

- Obsesión por la delgadez.
- Bulimia.
- Insatisfacción corporal.
- Ineficacia.
- Perfeccionismo.
- Desconfianza interpersonal.
- Conciencia introceptiva.

- Miedo a la madurez.
- Ascetismo.
- Impulsividad.
- Inseguridad social.
-

Los estudios de confiabilidad se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna con la prueba alfa de Conbach, con resultados superiores a 0.80. Para la evaluación de la validez se realizaron tanto estudios de la validez de contenido como de criterio y de constructo, obteniendo puntajes y resultados satisfactorios. Los reactivos se contestan una escala de 6 puntos, donde las opciones de respuesta son: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre.

3.2. Población y muestra.

La población, según Selltiz, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols.; 2006: 303); este conglomerado debe plantear, de una manera clara, las características de contenido de lugar y de tiempo.

La presente investigación se realizó en el Instituto Juan de San Miguel, A.C. en la sección secundaria de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ubicado en la calle Venezuela # 51, C.P. 60160.

En la sección secundaria se encuentran 204 adolescentes de 12 a 15 años, con un nivel socio-económico de medio a alto y se encuentran bajo el régimen de la religión católica.

Por otra parte, la muestra “es un subgrupo de la población” (Hernández y cols.; 2007: 159), del cual se recolectan los datos y de la cual se busca que sea representativa de la población; es por ello que del tipo de la muestra y del proceso de selección se desprende la posibilidad de la generalización de los datos obtenidos, y está debe ser un reflejo de la población en total (Hernández y cols.; 2007).

Existen diferentes tipos de muestras, sin embargo, la que se utilizó en la presente investigación fue la intencional, en la que los sujetos son seleccionados debido a la función de las intenciones del investigador y con diferentes finalidades a las de la generalización de resultados. Estas muestras se pueden dar cuando dentro de una población escolar se elige como una muestra de integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos (Kerlinger; 2002).

Esta técnica de muestreo 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 importante indicar que los resultados no se pueden generalizar, sólo mencionar como referencia hacia otros sujetos de la población (Kerlinger; 2002).

3.3. Descripción del proceso de investigación.

A principios de mayo de 2011 se acudió con la directora de secundaria del Instituto Juan de San Miguel, Sor. María Guadalupe Guillén para explicar el motivo de la reunión y la inquietud sobre el tema de tesis para utilizar la población de la misma, se le explicó de manera clara y concisa el procedimiento que se realizaría, a lo cual accedió inmediatamente y el jueves 26 de mayo se dio autorización de pasar a un salón de primer grado, el día lunes 30 de mayo con segundo año y por último el día 1 de junio con el grupo de tercero.

Primeramente se aplicó el test de Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y después se procedió a la aplicación la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños – Revisada (CMAS-R) ambas pruebas fueron contestadas en una hora y media en cada grupo, los alumnos se mostraron atentos y disponibles a la aplicación de los instrumentos.

Obtenidos los datos de la muestra de 100 alumnos, se comenzó a realizar la interpretación de los tests de cada alumno, los cuales fueron vaciados después a una tabla de datos del programa Microsoft Excel 2007, enseguida fue necesaria la asesoría, para elaborar el formato que llevaría la entrega de resultados.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación empírica y teórica con el fin de llegar a la corroboración de alguna de las hipótesis planteadas.

Este primer término se presentan los resultados de la variable trastornos alimentarios; en segundo lugar, se muestran los resultados obtenidos en cuanto a la variable estrés; finalmente se mostrarán los resultados obtenidos en el análisis de la correlación entre variables.

3.4.1. Los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo señalado por la APA, el término de trastornos alimentarios “se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos corporales” (APA; 2002: 533).

En la medición de los trastornos alimentarios se encontraron los siguientes resultados:

En la escala de obsesión por la delgadez se encontró una media de 69. La media aritmética es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2006).

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados. (Hernández y cols.; 2006). El valor de la mediana es de 69.

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 34.

De la misma manera se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente 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 24.

Los datos obtenidos en la medición de la escala nombrada como obsesión por la delgadez en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel, A.C., se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia se encontró una media de 60, una mediana de 53, una moda de 53 y una desviación estándar de 16. Los datos obtenidos en la medición de esta escala en los alumnos de la secundaria indicada, se muestran en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 44, una mediana de 39, una moda de 18 y una desviación estándar de 28. Los datos obtenidos en dicha medición se indican en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 55, una mediana de 52, una moda de 38 y una desviación estándar de 20. Dichos datos obtenidos se muestran en el anexo 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 57, una mediana de 60, una moda de 46 y una desviación estándar de 24. Los datos obtenidos en la medición de la escala indicada, se muestran en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 55, una mediana de 54, una moda de 26 y una desviación estándar de 25. Los datos obtenidos en la medición de la escala indicada, en los sujetos de estudio, se exhiben en el anexo 6.

En la escala confianza introceptiva se encontró una media de 61, una mediana de 65, una moda de 22 y una desviación estándar de 28. La información obtenida en esta medición, se pueden consultar en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 86, una mediana de 91, una moda de 99 y una desviación estándar de 17. Los datos así obtenidos se aprecian en el anexo 8.

En la escala de ascetismo se encontró una media de 69, una mediana de 70, una moda de 57 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos respecto a dicha escala, se muestran en el anexo 9.

En la escala impulsividad se encontró una media de 85, una mediana de 91, una moda de 99 y una desviación estándar de 16. Esta información se muestra en el anexo 10.

En la escala inseguridad social se encontró una media de 70, una mediana de 74, una moda de 51 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos en la medición de inseguridad social en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel, A.C., se indican 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 forma, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios, se aprecian en el anexo 12.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 49% de sujetos por arriba del percentil 70; en la escala bulimia el porcentaje fue de 21%; en la de insatisfacción corporal, el 22%; en la de ineficacia, 17%; en la de perfeccionismo, 37%; en la referente a desconfianza interpersonal, 30%; en la de conciencia introceptiva, 39%; en la de miedo a la madurez, 89%; en la de ascetismo, 45%; en la de impulsividad, 84% y, finalmente, en la escala inseguridad social, 61%.

En función de lo anterior, se observa que en el área donde hay más casos preocupantes es en las escalas de miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos de la secundaria Instituto Juan de San Miguel, A.C., se encuentra por lo general elevado, es preocupante sobre todo la cantidad de estudiantes que presentan niveles altos en las distintas escalas de indicadores de trastornos alimenticios.

3.4.2. Descripción de la variable estrés.

Un concepto aceptado universalmente es el que a continuación se expone, y que incluye cinco aspectos relevantes (Lazarus, referido por Trianes; 2002: 21-22):

- Existencia de una demanda.
- Percepción de esta demanda como amenaza, pérdida o daño.
- El sujeto no dispone de recursos suficientes.
- Presencia de emoción negativa.
- Peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

Los resultados obtenidos en la medición del estrés se muestran en puntajes percentilares.

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador de estrés en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel, se encontró una media 69, una mediana 77, una moda 99 y una desviación estándar de 25. Los datos obtenidos en la medición de estrés en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel A.C. se muestran en el anexo 13.

Además del puntaje total, se obtuvieron tres más, derivados de cada una de las subescalas. Particularmente, en la escala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 73, una mediana de 84, una moda de 96 y una desviación estándar de 25. Los datos obtenidos en esta escala se muestran en el anexo 14.

En la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 70, una mediana de 75, una moda de 86 y una desviación estándar de 22. Los datos obtenidos al respecto, se muestran en el anexo 15.

Por su parte, en la escala de preocupaciones sociales/concentración, se encontró una media de 54, una mediana de 56, una moda de 63 y una desviación estándar de 28. La información respectiva se aprecia 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. El porcentaje fue de 55%.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los niveles de estrés en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel A.C. Se encuentran arriba de lo esperado desde la perspectiva de la psicología clínica y educativa.

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

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

La relación entre depresión, ansiedad y obsesión en pacientes con anorexia, la coincidencia que tienen estos con los síntomas se hace presente en pacientes con un estado severo de desnutrición. Constituyen el llamado síndrome de inanición, cuadro severo por la intensidad de los síntomas y por el hecho de que éstos se conforman en verdaderos circuitos de retroalimentación positiva que coadyuvan a la perpetuación del trastorno anoréxico en el tiempo. La recuperación del peso corporal disminuye notablemente la sintomatología depresiva y ansiosa pero en un porcentaje significativo de pacientes con síntomas persisten de forma moderada (Kirszman y Salgueiro; 2002).

La ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva con relación a los atributos del cuerpo y peso corporal (Kirszman y Salgueiro; 2002).

Modelos de fuerte poder predictivo en relación con la bulimia ha resaltado el rol de la ansiedad, entendida en términos de miedo mórbido a la gordura en la psicopatología del trastorno. Específicamente el modelo de la reducción de ansiedad desarrollado por Rosen y otros (citados por Kirszman y Salgueiro; 2002), posiciona los constructos de la ansiedad y reducción de la ansiedad en un rol central para la conceptualización y el tratamiento de la bulimia.

En la investigación realizada con los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.21 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 débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2006).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez 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 relación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2006).

El resultado de la varianza fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 4%. Cabe mencionar que 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 no existe una correlación significativa entre el estrés y la obsesión por la delgadez en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel. 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 0.13 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto denota que entre el estrés y la escala indicada existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la bulimia hay una relación del 2%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre dichas variables. Estos resultados se aprecian gráficamente en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.40 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto permite expresar que entre el estrés y la escala antes dicha, existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.16, lo que significa que entre el estrés y la insatisfacción corporal hay una relación del 16%. Con lo anterior se puede corroborar que sí existe una correlación significativa entre tales variables en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se pueden consultar en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.49 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto alude que entre el estrés y la escala citada existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.24, lo que significa que entre el estrés y la ineficacia hay una relación del 24%. Con lo anterior se puede verificar que sí existe una correlación significativa entre los atributos referidos en los sujetos de estudio. Estos resultados se observan a detalle en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.37 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto quiere decir que entre el estrés y la escala antes mencionada, existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.13, lo que significa que entre el estrés y el perfeccionismo hay una relación del 13%. Con lo anterior se puede afirmar que existe una correlación significativa entre las variables citadas, en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel. 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 0.27 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre el estrés y la escala referida existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.07, lo que significa que entre el estrés y la desconfianza interpersonal hay una relación del 7%, con lo cual se puede distinguir que no existe una correlación significativa entre dichas variables. Estos resultados se pueden consultar en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.64, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre el estrés y la escala mencionada existe una correlación positiva considerable.

El resultado de la varianza fue de 0.41, lo que significa que entre el estrés y la conciencia introceptiva hay una relación del 41%. Con lo anterior se puede ratificar que existe una correlación significativa entre las variables medidas en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel. Para mayores detalles, 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 0.22 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre el estrés y la escala antes citada existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.05, lo que significa que entre el estrés y la desconfianza interpersonal hay una relación del 5%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y el miedo a la madurez en los sujetos de estudio. 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 0.13, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto quiere decir que entre el estrés y la escala indicada, existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y el ascetismo hay una relación del 2%. Con lo anterior se puede determinar que no existe una correlación significativa entre dichas variables. Estos resultados se aprecian a detalle en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.38 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre el estrés y la escala antes indicada existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.14, lo que significa que entre el estrés y la impulsividad hay una relación del 14%. Con lo anterior es posible corroborar que sí existe una correlación significativa entre el estrés y el Impulsividad en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel. 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 0.35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto expresa que entre el estrés y la escala referida existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.12, lo que significa que entre el estrés y la inseguridad social hay una relación del 12%, con dicho porcentaje es posible afirmar que sí existe una correlación significativa entre el estrés y la inseguridad social en los alumnos de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 28.

CONCLUSIONES

La presente investigación surge con el afán de conocer la correlación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios en los adolescentes. Esto con la finalidad de dar herramientas a las instituciones educativas para la detección de casos y su pronto tratamiento.

En el planteamiento del problema se integran los factores que de tipo personal y social de mayor influencia en los adolescentes para la aparición del estrés y por lo tanto, la importancia de detectar la relación que tiene con los trastornos alimenticios.

Durante el proceso de investigación, se plantearon varios objetivos, uno general y ocho particulares, los cuales fueron cumplidos satisfactoriamente.

En función del objetivo general, que consiste en identificar la existencia de una correlación estadística entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, se puede decir que no existe una correlación significativa entre el estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo, cuyo porcentaje de correlación fue menor de un 10%. Por otra parte se encontró que sí existe correlación significativa entre el estrés y las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social, con más de un 10% de correlación. En el primer caso se corrobora la hipótesis nula. En el segundo la hipótesis de trabajo.

El primer objetivo particular se refiere a la definición del concepto estrés se cumplió en el capítulo uno, en el cual se expresa que “el estrés es una respuesta adaptativa, mediada por características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

El segundo objetivo, concerniente a la identificación de las causas que desencadenan un cuadro sintomatológico de estrés se logró mediante el capítulo uno. De acuerdo con Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002) existen tres tipos de eventos estresantes o también llamados estresores psicosociales, los cuales son denominados como: cambios mayores, cambios vitales o menores y estresores cotidianos o microestresores, los cuales se generan de acuerdo con la intensidad en que ocurren ciertos cambios en la vida de un individuo.

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

Y por último los estresores académicos, de acuerdo con la investigación de Barraza en el año de 2005, incluyen 12 tipos de respuestas.

El tercer objetivo particular, que establece describir las principales perspectivas teóricas del estrés, se pudo corroborar en el capítulo uno donde se presentan tres enfoques en la comprensión del estrés: el primero que menciona al estrés como estímulo, el segundo como respuesta y el tercero como interacción.

El cuarto objetivo particular, concerniente a la medición de los indicadores de estrés en los estudiantes de la secundaria del Instituto Juan de San Miguel A.C, se alcanzó gracias a la aplicación del test psicológico denominado CMAS-R.

El quinto objetivo particular, enfocado a enunciar el concepto de trastornos alimentarios se pudo analizar en el capítulo dos. Estos trastornos generalmente se caracterizan por ciertas alteraciones importantes en la conducta alimentaria, dos de ellas son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Como característica en común de estos dos trastornos se encuentra la alteración de la propia percepción del peso y forma corporal (APA; 2002).

El sexto objetivo particular, de clasificación de las causas que detonan la aparición de un cuadro clínico de trastornos alimentarios, sirvió para determinar que una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno alimentario cuando se dan una serie de combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales, un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital, en un terreno lleno de dietas y actitudes extremas siempre enfocadas al peso y la figura, la cual precipita el problema, pero la perpetuación del trastorno, además de lo que puede haber provocado en un comienzo y más allá de eso, está estrechamente

relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo (Costin; 2003).

El séptimo objetivo particular, referido a la evaluación de los trastornos alimenticios se cumplió favorablemente como consecuencia de la administración de la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de EDI-2.

El octavo objetivo particular, que planteó establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios, se cumplió mediante el análisis de los resultados de los tests psicológicos mediante la “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

Mediante esta investigación y a través de los resultados obtenidos, se pudieron corroborar las dos hipótesis planteadas la nula y de trabajo, de acuerdo con los resultados obtenidos en las pruebas CMAS-R y EDI-2. Los cuales nos ayudan a corroborar que se debe estar atento al tipo de problemáticas encontradas, como la insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, así como impulsividad e inseguridad social, las cuales cobran más fuerza entre los jóvenes y los hace más vulnerables ante las exigencias de la sociedad. Es por ello que con este tipo de resultados ayudarán a los jóvenes a orientarse, concientizarse y prevenir, así como a actuar de una manera más eficaz ante la presencia de este tipo de padecimientos.

Asimismo, los resultados que se encontraron pueden ayudar a desarrollar mejores planeaciones de prevención más eficaces ante los factores de riesgo que predominan entre el estrés en relación con el surgimiento de trastornos alimenticios en adolescentes, de acuerdo a las necesidades de este tipo de población, así como una intervención más eficaz en los diferentes tipos de terapias.

De este modo la presente investigación resulta de gran importancia para el Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad Uruapan, Michoacán, puesto que con estos datos se pueden generar estrategias más específicas, como el desarrollo de talleres para los alumnos, maestros y padres de familia de acuerdo con las necesidades que se presentan y lograr así una educación de calidad para los adolescentes que ahí cursan sus estudios de secundaria.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia. (2009)
“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.
Revista Chilena de Neuro – psiquiatría.

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

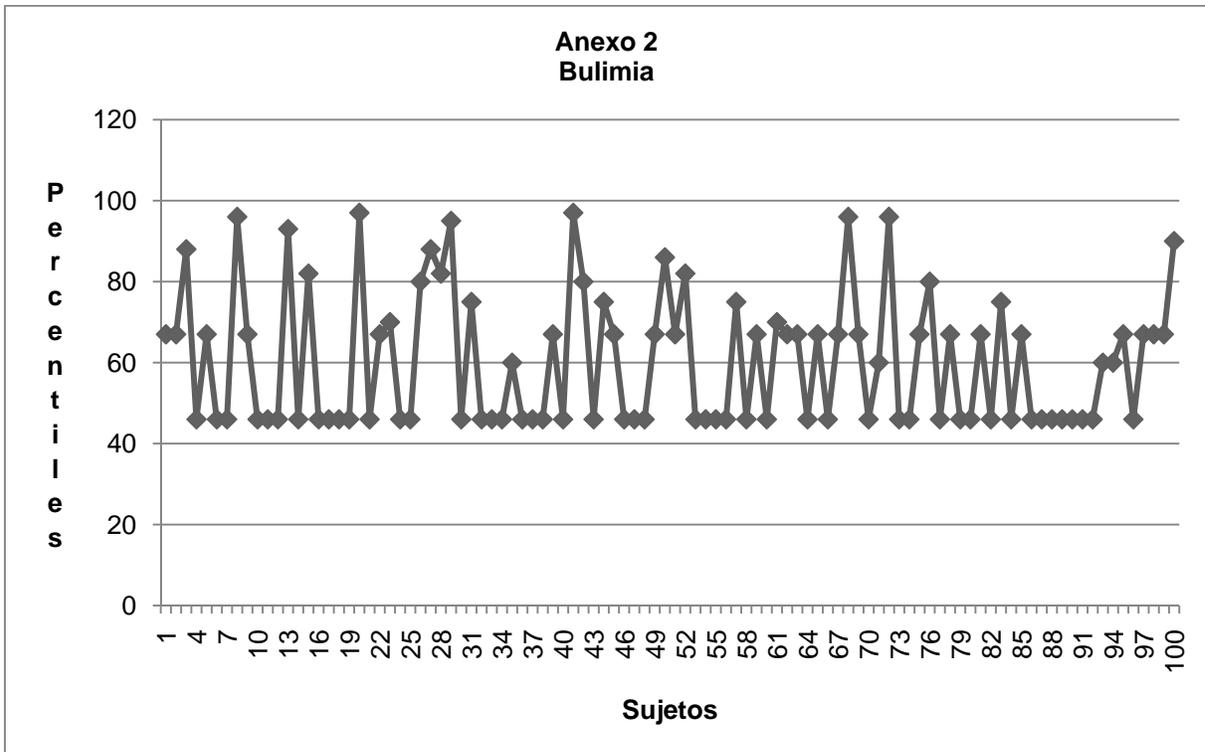
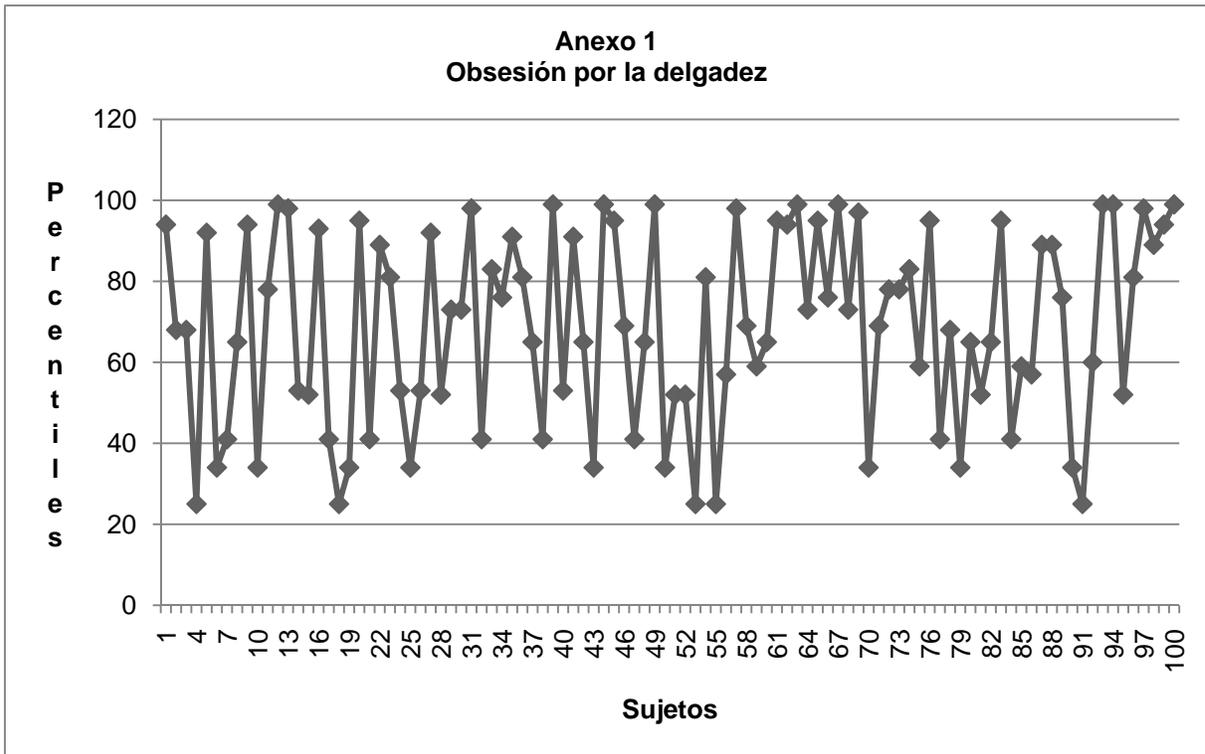
Artículos de Internet

Barraza Macías, Arturo. (2005)
“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>

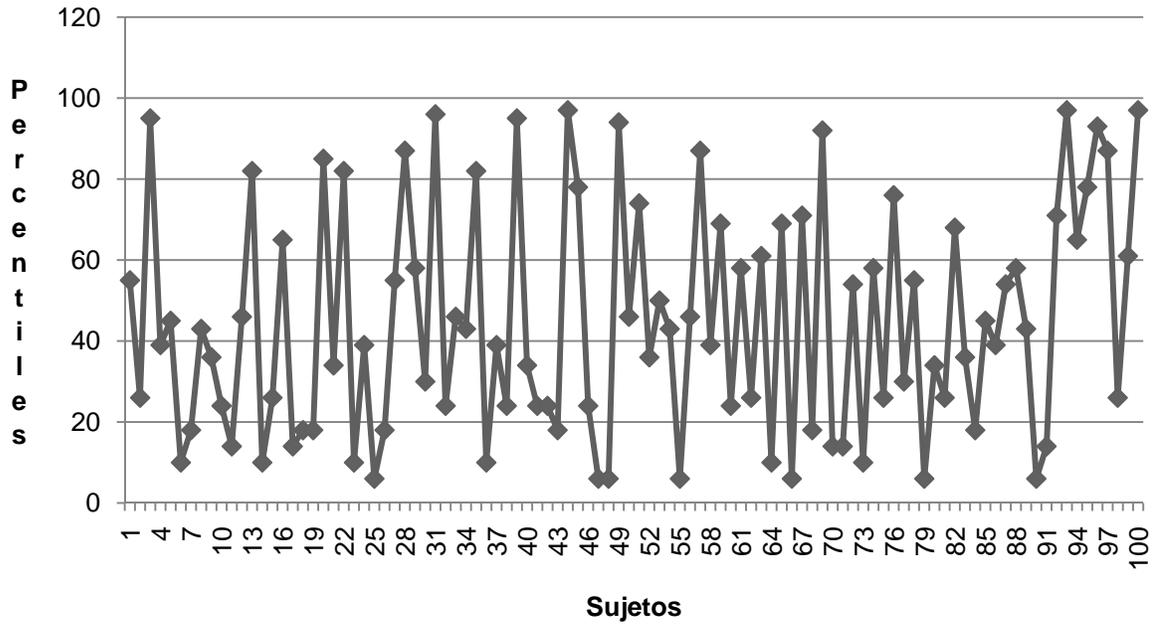
Bermúdez Quintero, Sol Beatriz; Durán Ortiz, María del Mar; Escobar Ávila, Camila; Morales Acosta, Adriana. (2006)
“Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina.”
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=print&id_revista

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>

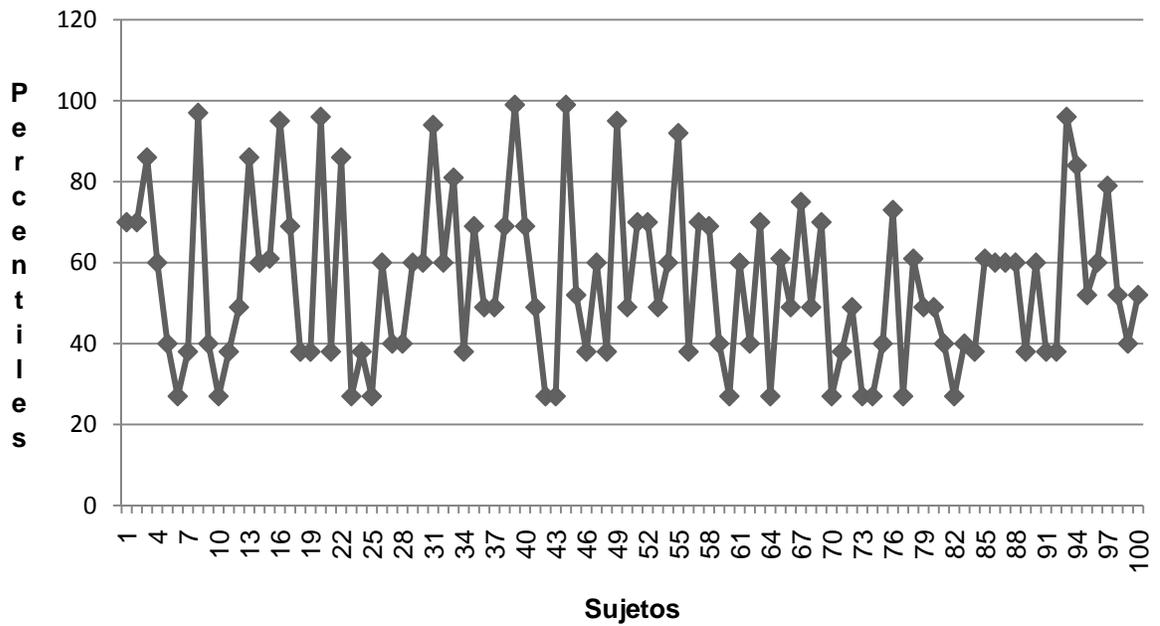
ANEXOS



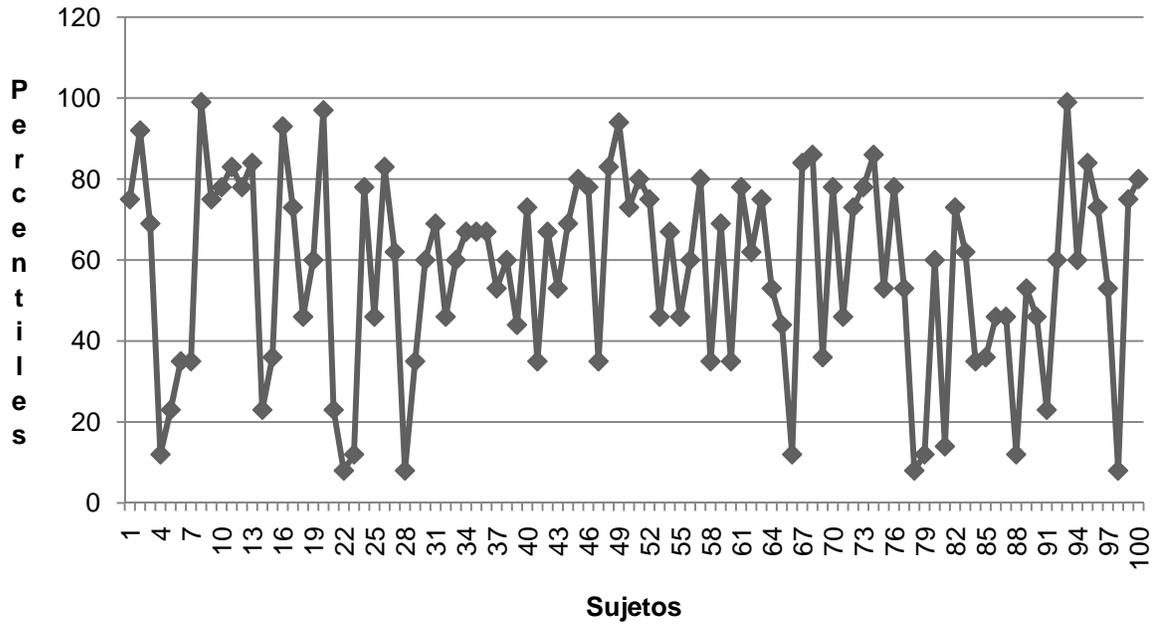
**Anexo 3
Insatisfacción corporal**



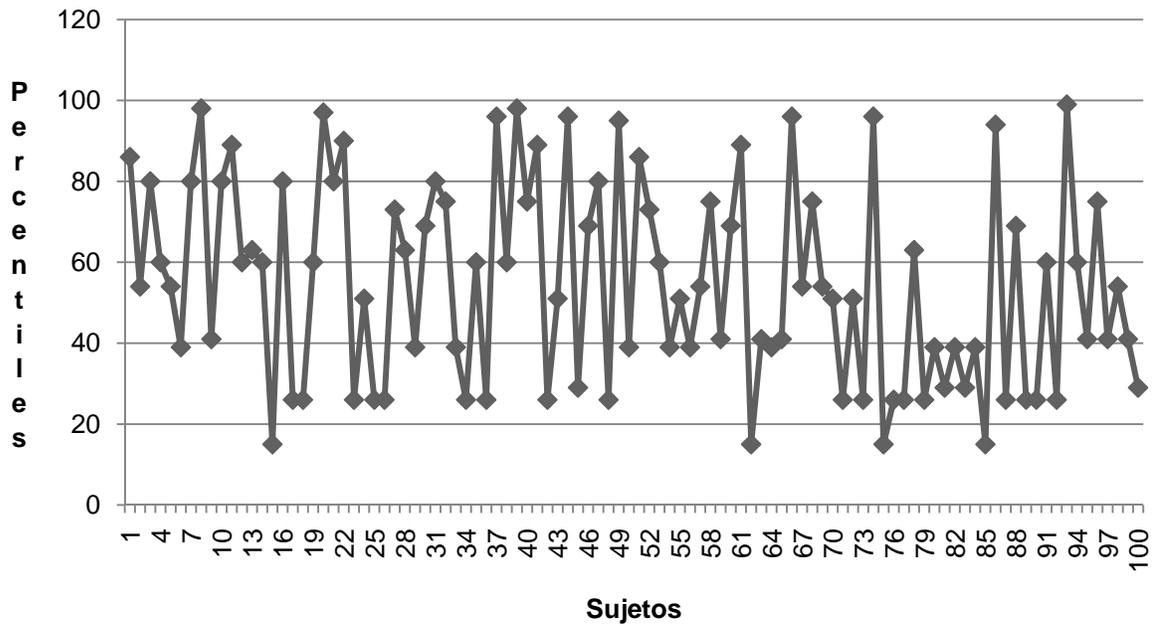
**Anexo 4
Ineficacia**



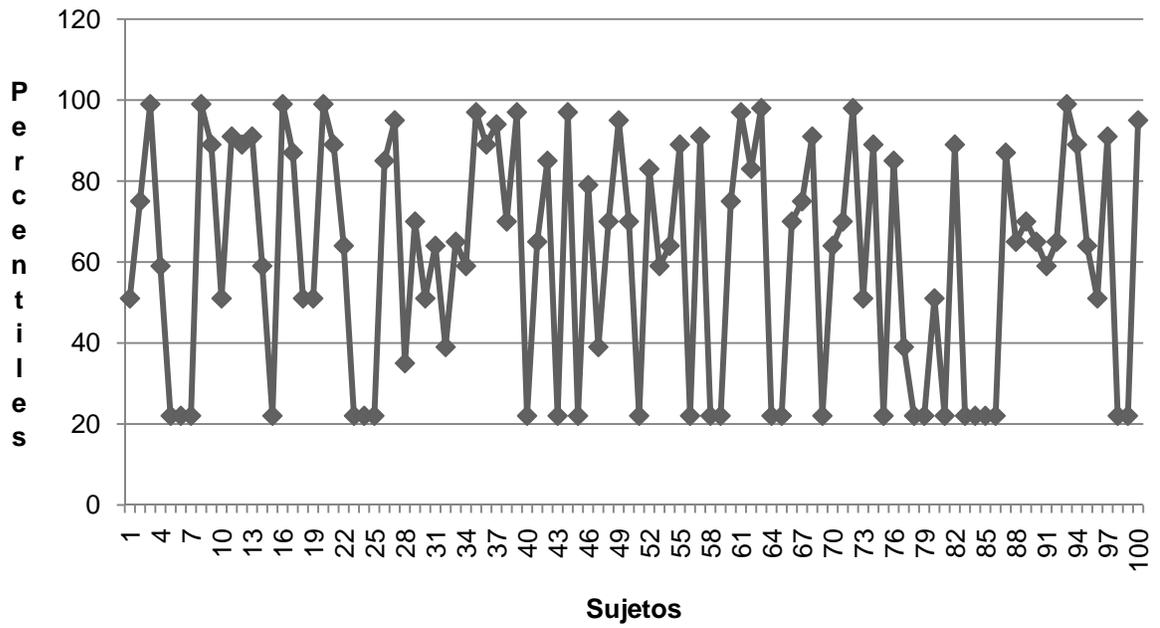
**Anexo 5
Perfeccionismo**



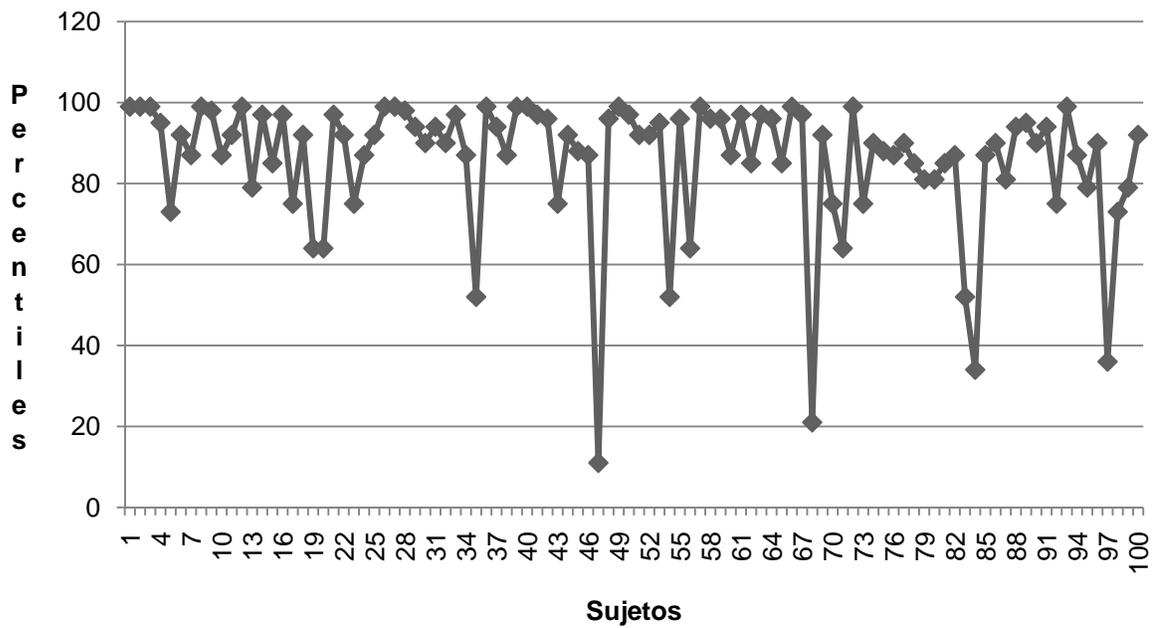
**Anexo 6
Desconfianza interpersonal**



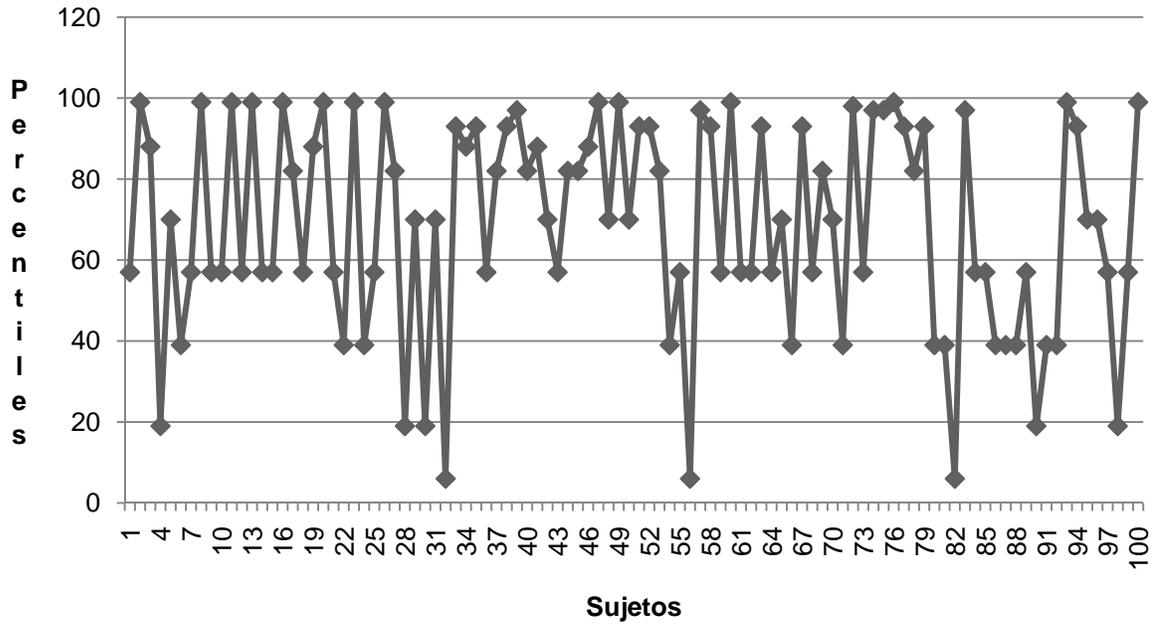
**Anexo 7
Conciencia introceptiva**



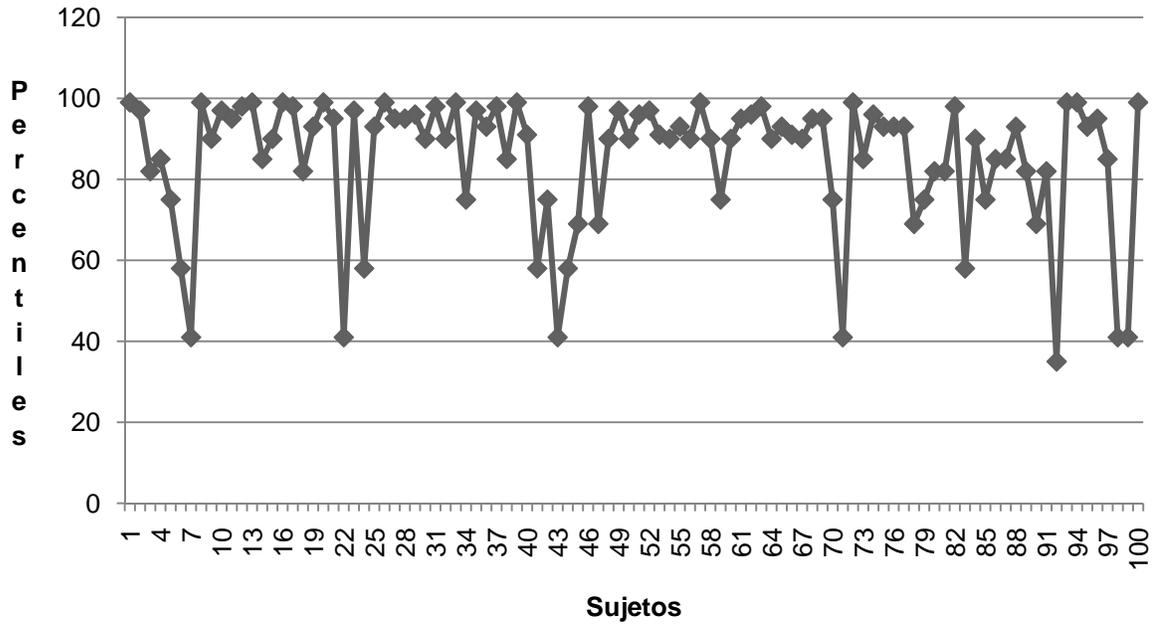
**Anexo 8
Miedo a la madurez**



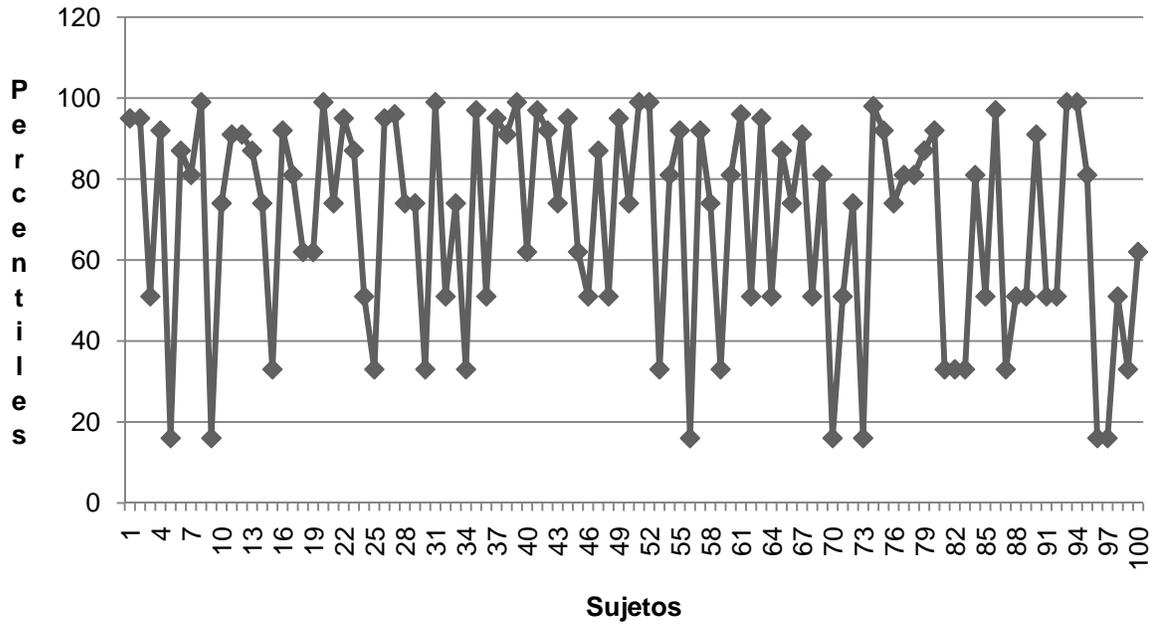
**Anexo 9
Ascetismo**



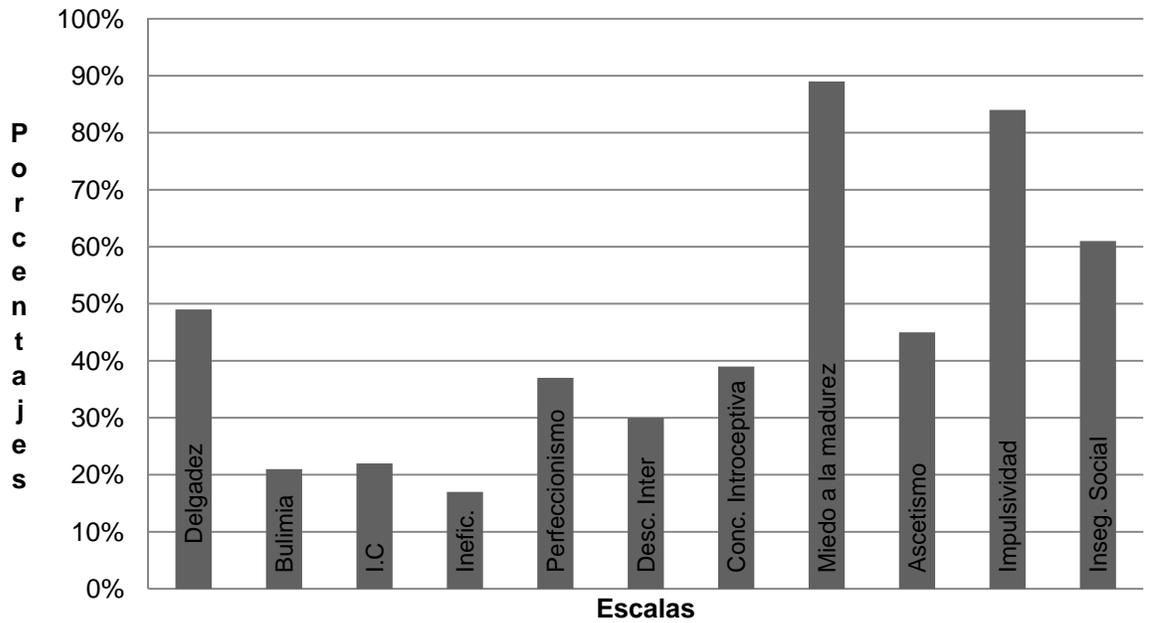
**Anexo 10
Impulsividad**



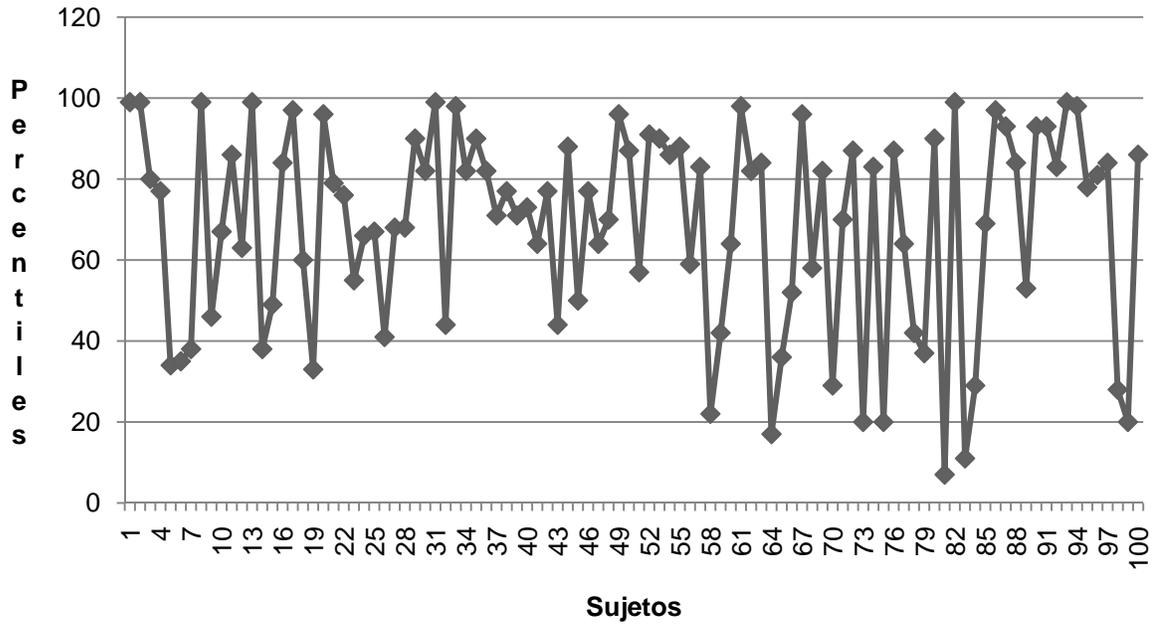
**Anexo 11
Inseguridad social**



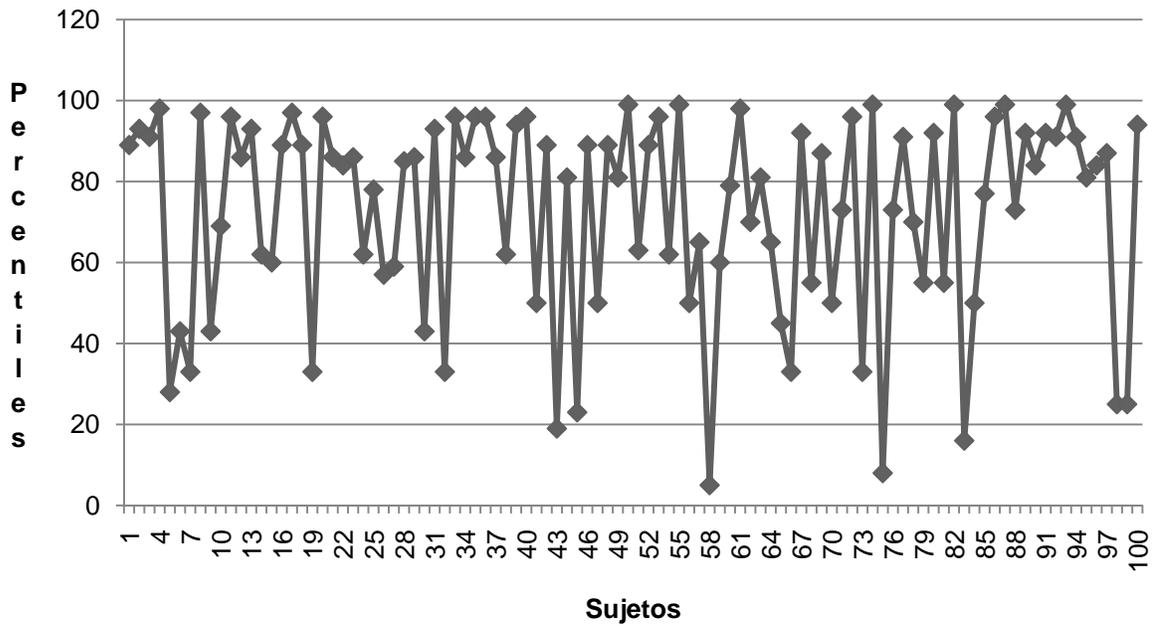
**Anexo 12
Puntajes Altos**



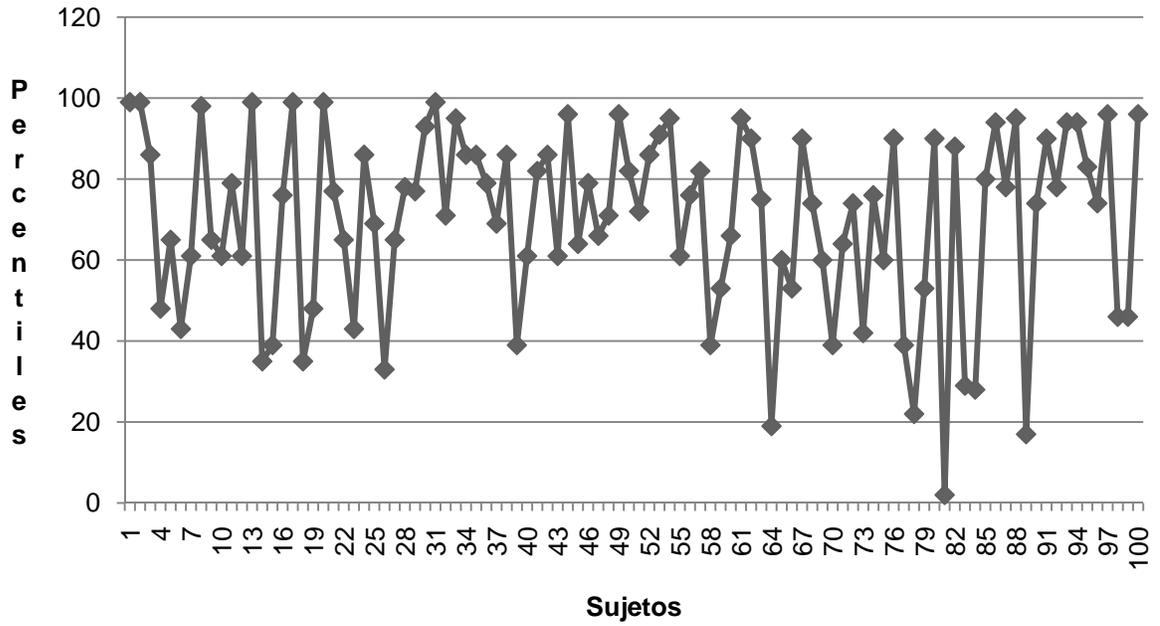
Anexo 13
Ansiedad Total



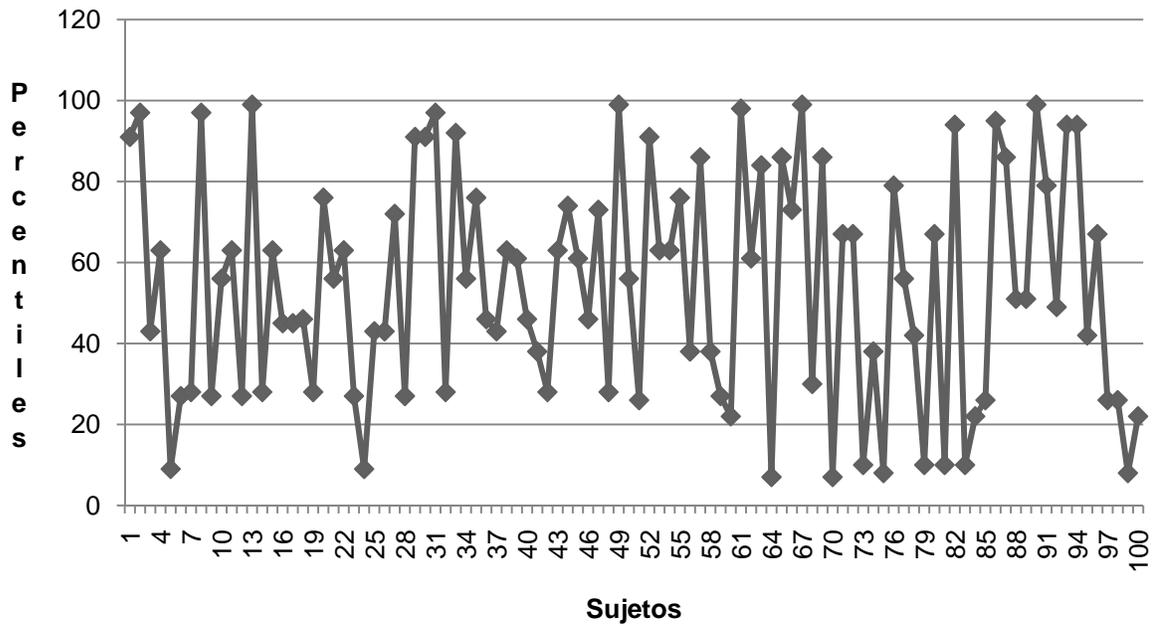
Anexo 14
Ansiedad Fisiológica

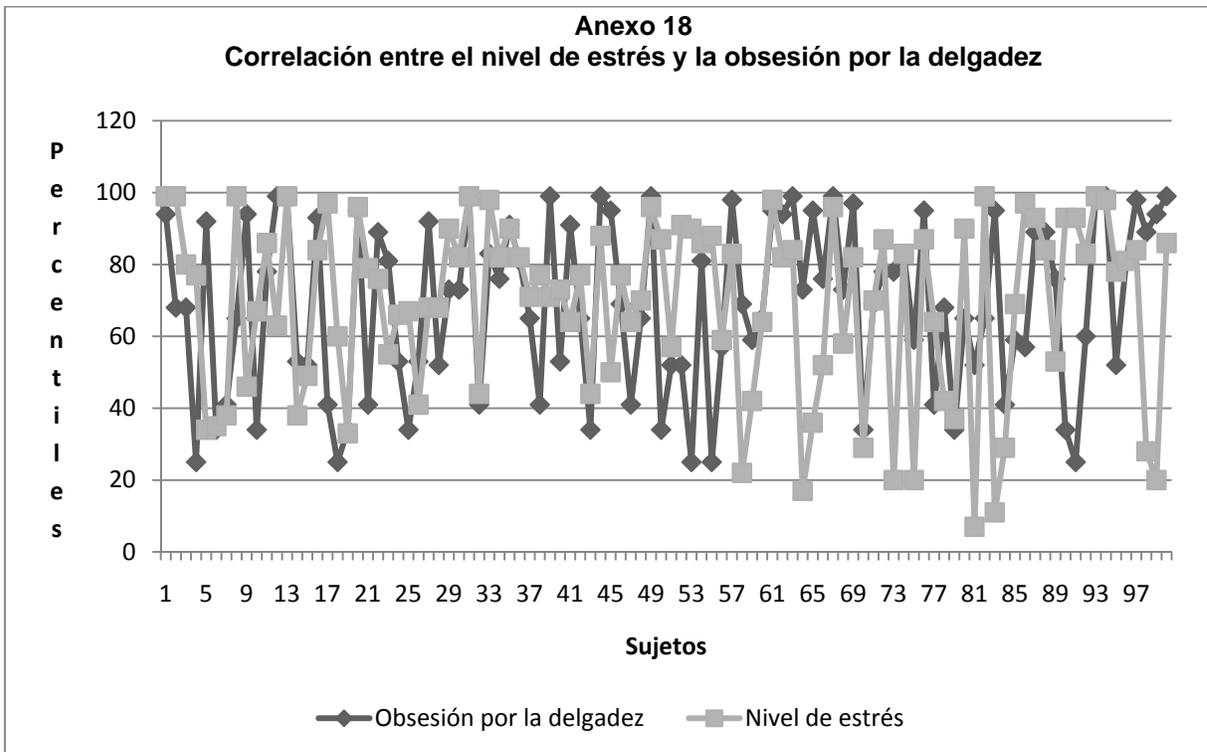
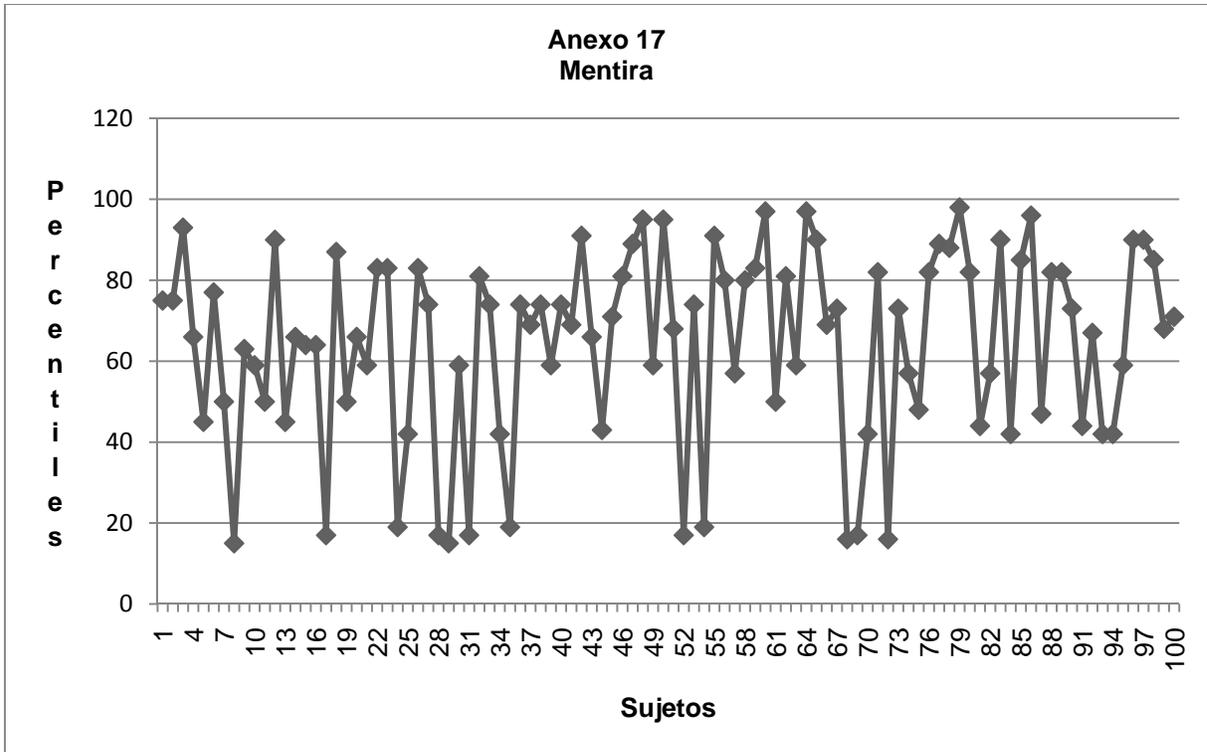


**Anexo 15
Inquietud-Hipersensibilidad**

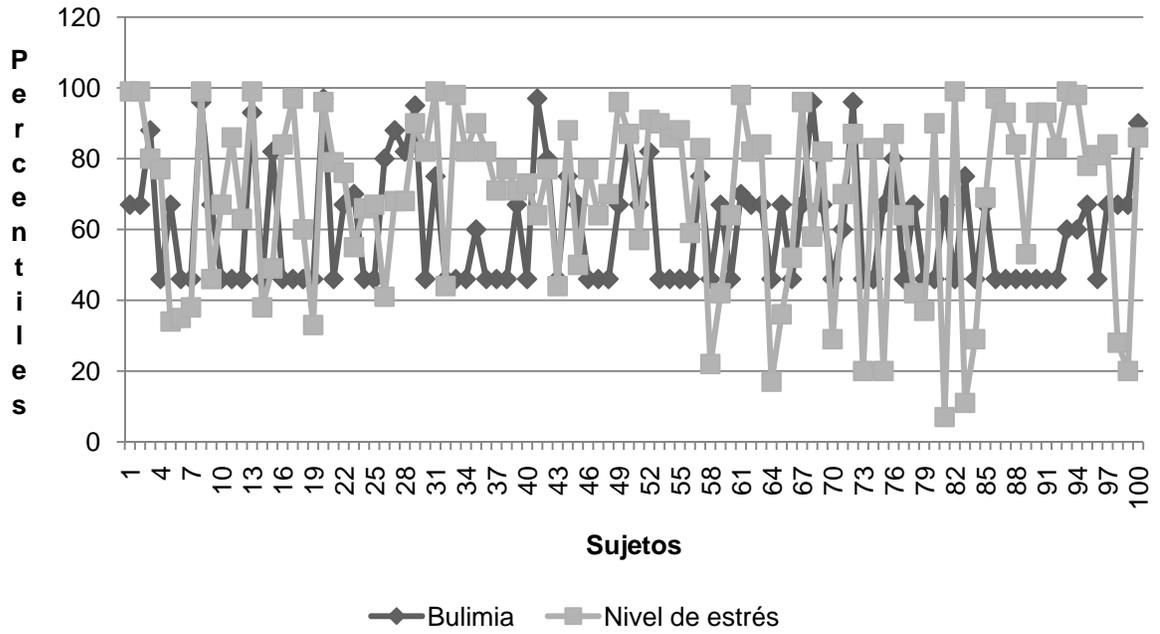


**Anexo 16
Preocupaciones Sociales/Concentración**

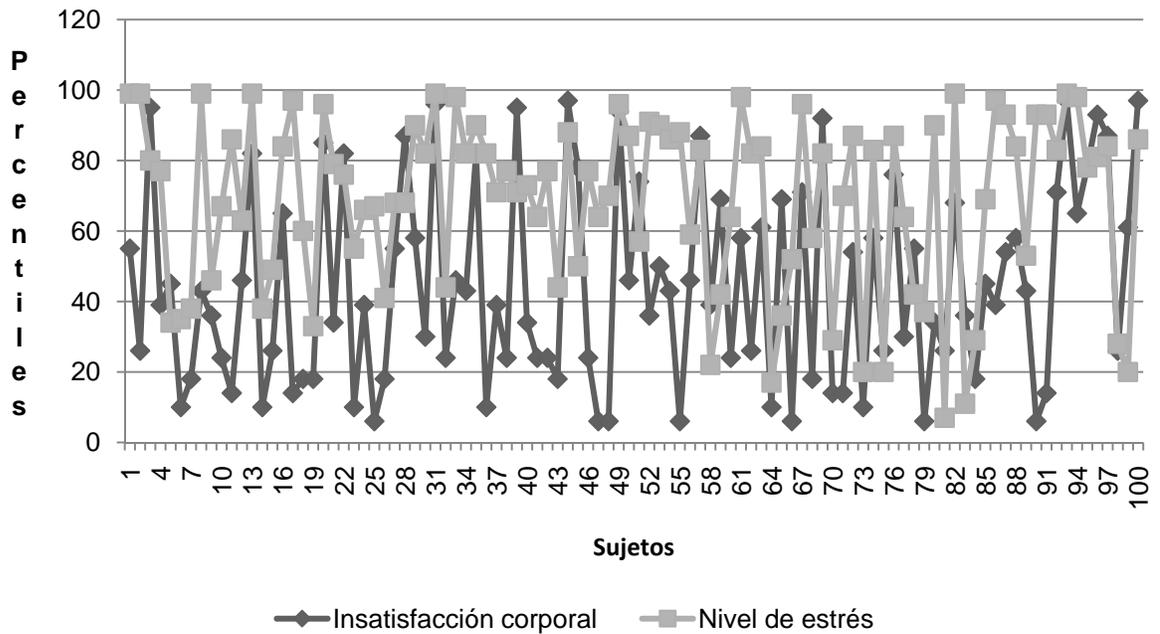




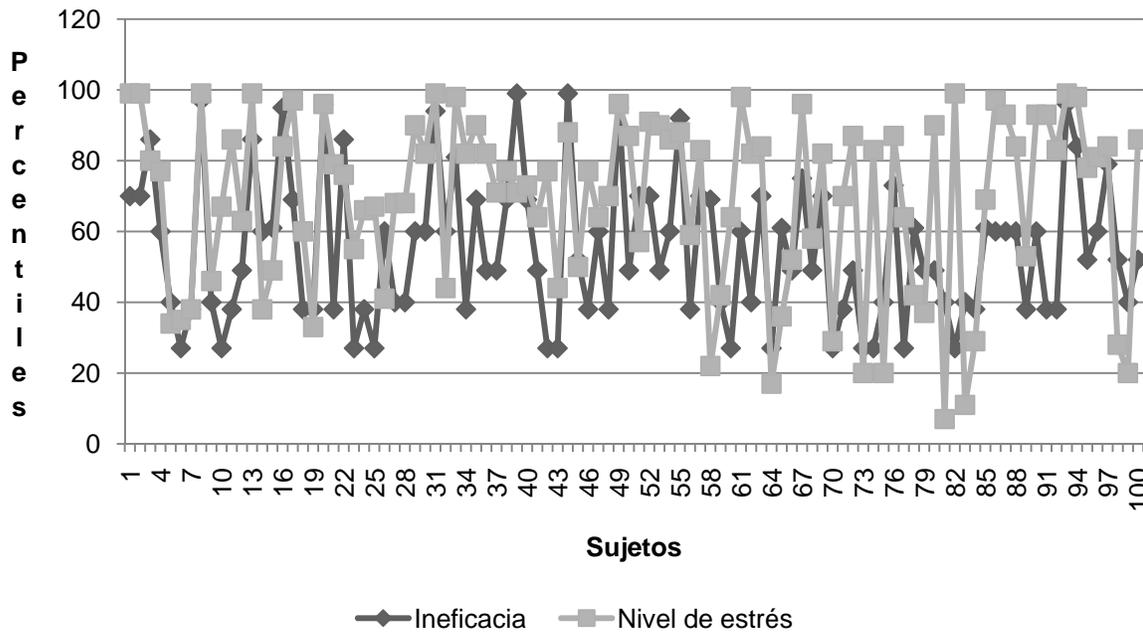
Anexo 19
Correlación entre el nivel de estrés y bulimia



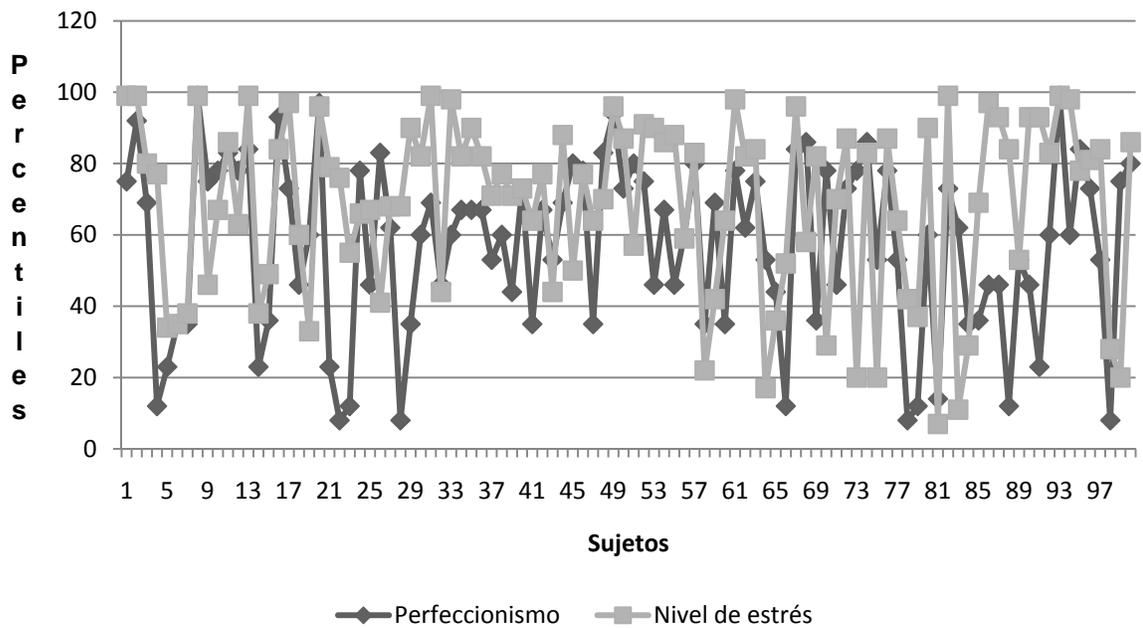
Anexo 20
Correlación entre el nivel de estrés e insatisfacción corporal



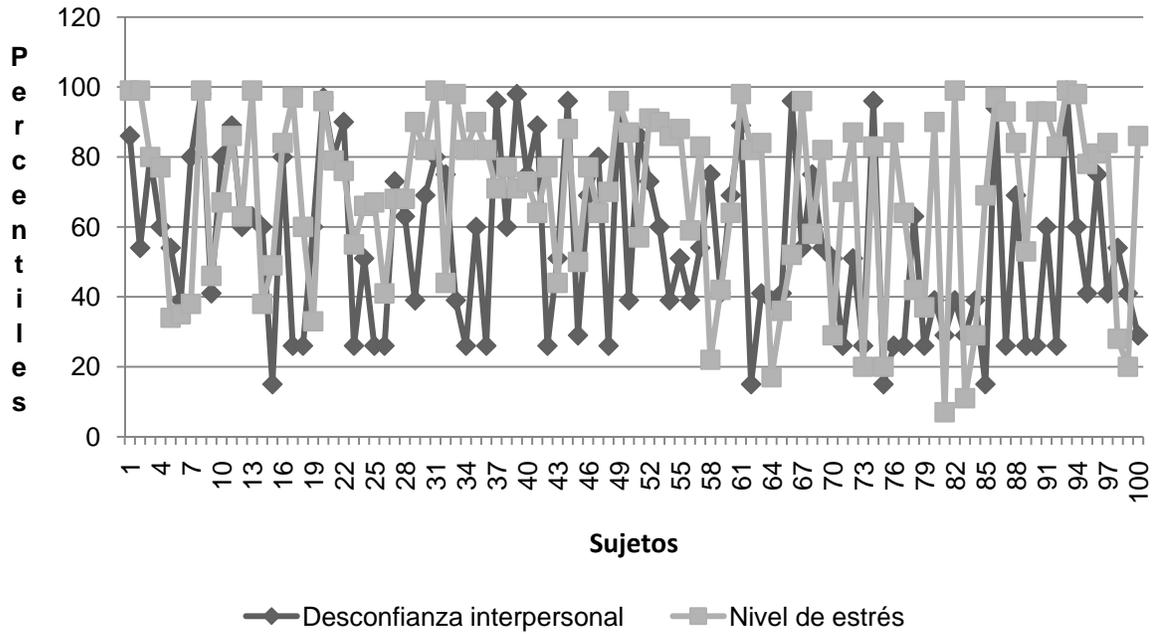
Anexo 21
Correlación entre el nivel de estrés e ineficacia



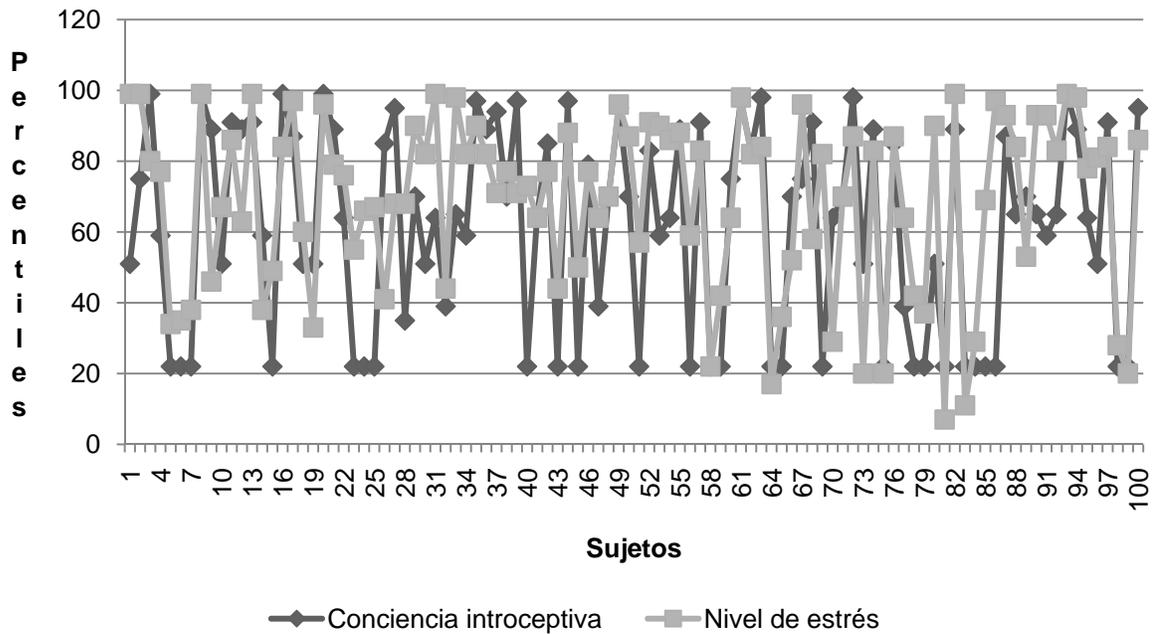
Anexo 22
Correlación entre el nivel de estrés y perfeccionismo



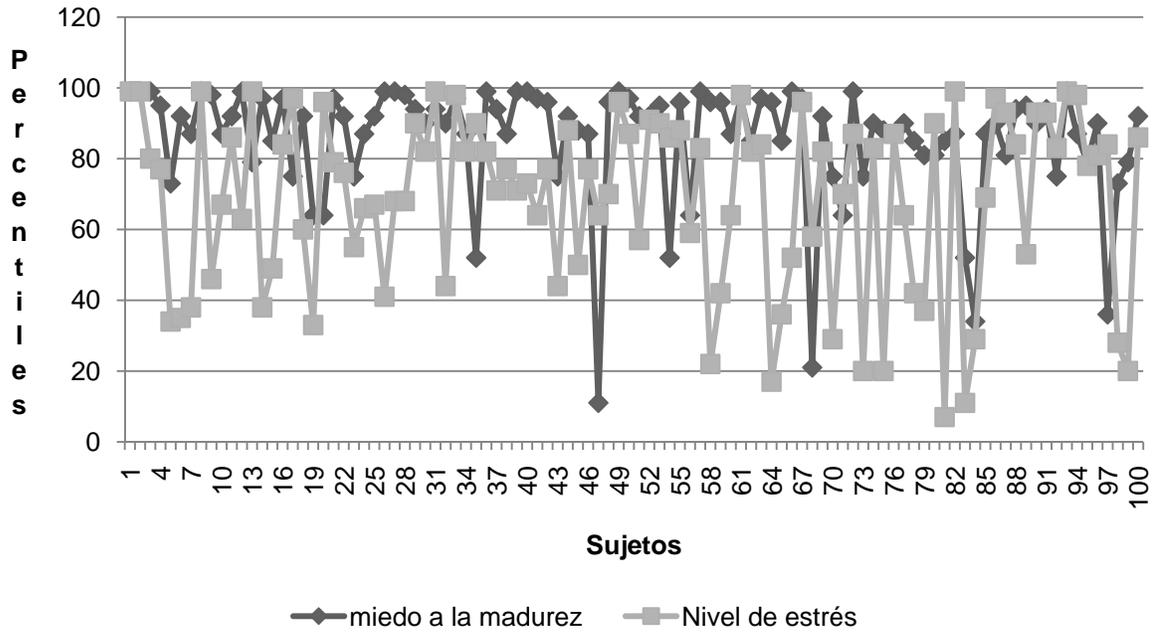
Anexo 23
Correlación entre el nivel de estrés y desconfianza interpersonal



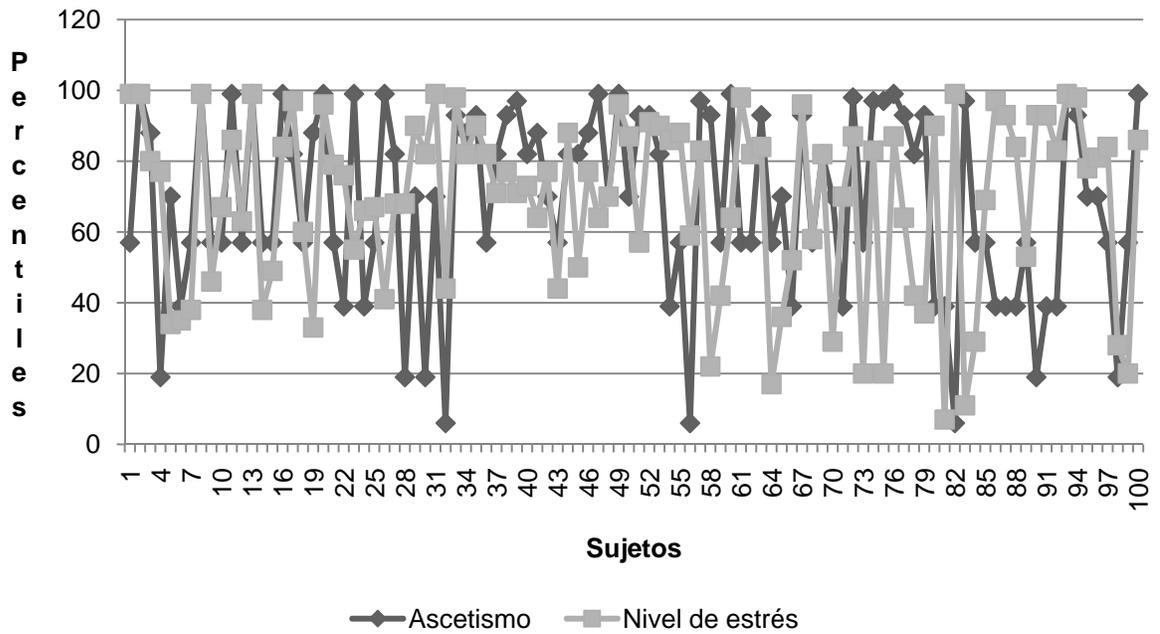
Anexo 24
Correlación entre el nivel de estrés y conciencia introceptiva



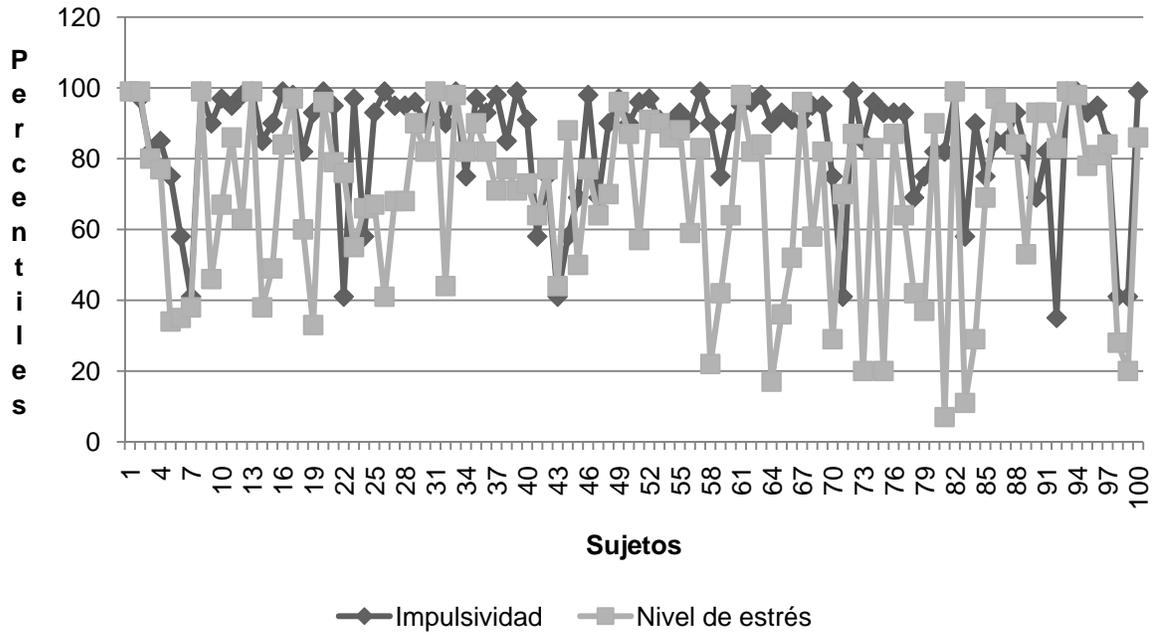
Anexo 25
Correlación entre el nivel de estrés y miedo a la madurez



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

