



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**CORRELACION ENTRE EL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN EL CECYTEM DE IXTLÁN DE LOS HERVORES,
MICHOACÁN**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

Graciela Juárez Rodríguez

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan Michoacán, a 26 de Noviembre de 2012.



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.

DEDICATORIAS

A mis padres que desde el cielo me bendicen.

A mi esposo y a mis hijos por su amor y su paciencia, pues son lo más bello que Dios me ha regalado.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente gracias a Dios por la vida que, a pesar de los altibajos no pierde su hermosura.

Agradezco a cada una de las personas que me han acompañado en mi caminar, regalándome de sí mismos lo mejor que ahora poseo y que me han ayudado a crecer en lo humano, en lo espiritual y en lo académico.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	7
Hipótesis	8
Justificación	9
Marco de referencia	10

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés	13
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés	20
1.2.1. Estrés como estímulo	20
1.2.2. Estrés como respuesta.	22
1.2.3. Estrés como relación persona- entorno	23
1.2.3.1 El concepto integrador del estrés.	26
1.3. Los estresores.	27
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	28
1.3.2. Estresores biogénicos.	31
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	32
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	35
1.5. Los moduladores del estrés.	37
1.5.1. El control percibido	38

1.5.2. El apoyo social	39
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	44
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos	46
1.6 Los efectos negativos del estrés	48

Capítulo 2. Trastornos alimenticios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	50
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	53
2.2.2. Bulimia nerviosa.	58
2.2.3. Obesidad.	61
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	63
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	63
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	64
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	71
2.3.1. Organización oroalimenticia.	71
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	74
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	76
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	78
2.5.1. Factores predisponentes individuales	79
2.5.2 Factores predisponentes familiares.	81
2.5.3. Factores socioculturales.	82
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	84
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	85
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	87

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión	87
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.	90
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	92

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.	99
3.1.1 Enfoque cuantitativo.	99
3.1.2 Investigación no experimental	102
3.1.3. Diseño transversal	103
3.1.4. Alcance correlacional.	103
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	104
3.2. Población y muestra	110
3.2.1. Descripción de la población.	110
3.2.2. Descripción del tipo de muestreo .	111
3.3. Descripción del proceso de investigación	112
3.4. Análisis e interpretación de resultados	115
3.4.1. El estrés.	115
3.4.2. Los trastornos alimenticios.	118
3.4.3. Correlación entre el estrés y los trastornos alimenticios.	121
Conclusiones	127
Bibliografía.	130
Mesografía.	132
Anexos.	133

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con el fin de evaluar las variables estrés y trastornos alimenticios, específicamente la anorexia y la bulimia, de modo que fuera posible determinar si existe una correlación significativa entre dichas variables, en una institución educativa oficial de nivel bachillerato, denominada Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Michoacán (CECYTEM), ubicada en Ixtlán de los Hervores, Michoacán.

Antecedentes

En este apartado se exponen los estudios previos relacionados con el tema indagado. Previo a ello, a continuación se mencionan los conceptos de ambas variables.

Selye (citado por Palmero y cols.; 2002: 424), define al estrés como “una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia”, dicha situación es provocada por factores que funcionan como estímulos disparadores que son llamados estresores y están presentes durante toda la existencia del ser humano.

Según Palmero y cols. (2002), existen diversos conceptos sobre el estrés, y destaca sobre todo el más aceptado por la Organización Mundial de la Salud, que lo

define como todas las reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción.

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

En cuanto a los trastornos alimenticios, se suelen definir como alteraciones que se presentan en la forma de alimentarse de las personas, como son: la obesidad, la anorexia nerviosa y la bulimia. La obesidad, según Jarne y Talarn (2000), no es considerada como un trastorno psiquiátrico, sino como un cuadro médico de alto riesgo para la salud, conformado por un nivel de peso que supera el 30% por encima del considerado como el ideal que debiera tener la persona según sus características físicas, como estatura y complexión; en suma, la obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal. En esta investigación se hace énfasis solamente en la anorexia nerviosa y la bulimia, ya que su etiología es considerada como psicógena, son enfermedades que requieren de atención psiquiátrica y también, cuando es posible, de atención multidisciplinaria. Estas alteraciones patológicas se presentan con una imagen corporal distorsionada, que abarca dos aspectos importantes: el cognitivo y el emocional. El primero hace referencia a la percepción del propio cuerpo de quien padece estas enfermedades; el segundo consiste en los sentimientos que provocan tal percepción.

La anorexia nerviosa es descrita por Russell (citado por Jarne y Talarn; 2000), como un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, es un trastorno de alimentación de origen psicógeno. En la génesis de este trastorno confluyen una serie de factores biopsicosociales que se manifiestan en forma encadenada.

La bulimia nerviosa, también conocida como síndrome bulímico, es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguido por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. La alimentación puede no ser normal, estar restringida o en un perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos provocados (Jarne y Talarn; 2000).

Caldera y colaboradores, en su estudio realizado sobre niveles de estrés y rendimiento académico de estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos (CUALTOS), en febrero de 2007, llevaron a cabo una recolección de datos descriptiva, correlacional y transversal para identificar mediante estos recursos, la relación entre el estrés y el rendimiento académico, grado escolar, edad y género. Los autores concluyen en su trabajo que no existe una relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes, pero sí manifiestan tendencias interesantes que obligan a profundizar sobre el tema.

Por su parte, Hernández (2006), en su investigación realizada sobre las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México,

presentó como objetivo identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios de los habitantes, así como el nivel de funcionalidad de las familias y la influencia social que los medios masivos de comunicación tienen en la aparición y fomento de la anorexia y la bulimia. En dicho estudio se utilizó estadística descriptiva, un modelo no experimental y un análisis de medidas de tendencia central y variabilidad. Fue llevado a cabo de octubre a diciembre de 2006, tomando como muestra a 100 estudiantes de primer grado en una preparatoria pública de nivel socioeconómico medio-bajo y otros 100 de una preparatoria privada de nivel medio-alto. Entre los resultados se destaca que “uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con trastornos alimenticios. Los factores que presumiblemente influyen en ellos son: la presión de sus iguales y del sexo opuesto para ser aceptados; la autoimagen distorsionada que los lleva a percibirse gordos, aunque no lo estén, y factores familiares como la percepción de una madre central perfeccionista y un padre periférico que dificultan la comunicación interna” (Hernández; 2006: s/p).

Otra investigación realizada por Toledo (2011), orientada a examinar la relación entre el estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de una secundaria técnica de Uruapan, Michoacán, se fundamentó en un diseño cuantitativo, correlacional y transversal. Los resultados arrojados por esta investigación, confirman que no existe una relación significativa entre el nivel de estrés y nueve de las once subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

La presente investigación llevó a cabo la recolección de datos en una escuela oficial de nivel bachillerato, en la cual nunca se habían realizado investigaciones de ningún tipo. El nivel socioeconómico de los estudiantes de esta preparatoria es de clase media-baja. El personal y los alumnos están muy interesados en los resultados que arroje esta investigación.

Planteamiento del problema

Hablar sobre el estrés ha sido en la actualidad un tema cada vez más recurrente en los distintos ámbitos de la sociedad, por ello, se considera relevante dedicar espacios para su indagación.

El tema del estrés lleva a la autora del presente estudio a interesarse por conocer más sobre los factores psicológicos que se piensa han influido en la posible presencia del estrés en la sociedad actual, que pareciera ser cada vez más mencionada y notoria. Se piensa que, posiblemente, el estrés influye en la manera de alimentarse del individuo.

Al realizar una investigación sobre los diferentes trastornos alimenticios que se han ido presentando en las personas, se hace inevitable pensar en los adolescentes, que son en quienes mayormente se ha observado un cambio de conducta que podría implicar ciertos grados de estrés.

Resulta entonces necesario realizar un estudio para conocer si existe relación entre la presencia de los niveles de estrés y la manera de alimentarse de los adolescentes de la escuela preparatoria CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán.

Lo que se ha investigado sobre el tema, ha sido dado a conocer por los distintos medios de comunicación como un fenómeno muy actual, por tal motivo, se cree necesario tomar una muestra poblacional concreta para medir los niveles de estrés y establecer si esto se relaciona con los trastornos alimenticios que pueden presentar tales estudiantes de preparatoria. Se requiere, entonces, llevar a cabo esta investigación, ya que antes no se ha realizado ninguna semejante en la preparatoria antes mencionada.

Con la presente indagación, se busca dar respuesta a la interrogante que surge sobre la posible existencia de una relación entre los trastornos alimenticios y los niveles de estrés que pudieran estar manejando los estudiantes de la preparatoria ubicada en la población antes dicha.

Se hace necesario, entonces, plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una correlación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios que presentan los estudiantes del CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán?

Objetivos

Con esta actividad indagatoria, se pretende lograr los siguientes objetivos:

Objetivo general

Establecer el nivel de correlación que existe entre el estrés y los trastornos alimenticios en los estudiantes del CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Identificar los factores psicológicos que provocan el estrés.
3. Mencionar los principales enfoques teóricos existentes sobre el estudio del estrés.
4. Definir el concepto de trastornos alimenticios.
5. Precisar los principales factores psicológicos que influyen en los trastornos alimenticios.
6. Mencionar los principales enfoques teóricos que existen sobre el tema de los trastornos alimenticios.
7. Evaluar los indicadores psicológicos del estrés y precisar el nivel que presentan los estudiantes del CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán.

8. Evaluar los indicadores psicológicos que dan origen a los trastornos alimenticios y precisar el nivel que presentan los estudiantes del CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán.

Hipótesis

Con la presente investigación se pretende llegar a comprobar cualquiera de las siguientes explicaciones tentativas sobre la realidad estudiada.

Hipótesis de trabajo

La relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos que influyen en los trastornos alimenticios en los estudiantes del CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán, es estadísticamente significativa.

Hipótesis nula

La relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos que influyen en los trastornos alimenticios en los estudiantes del CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán, no es estadísticamente significativa.

Justificación

Los trastornos alimenticios representan un problema que ha ido en incremento en los últimos años; se presentan mayormente en los adolescentes y son causados por diferentes factores, también se reflejan en diversas consecuencias que pueden ir desde diversos problemas de salud, hasta la muerte. Es por eso que en esta investigación se estudia la relación entre el factor psicológico estrés y los trastornos alimenticios en una población de estudiantes de preparatoria en el municipio de Ixtlán de los Hervores, Michoacán.

La presente investigación es importante porque permitirá conocer si los estudiantes presentan trastornos alimenticios causados por el estrés y les beneficiará directamente, ya que se les informarán los resultados y conocerán sus niveles de estrés como una posible causa de su trastorno alimenticio, en caso de que lo presenten; a los padres de familia también se les presentarán los resultados, de manera que podrán tomar consciencia de la situación de sus hijos y aplicar medidas para ayudarlos; asimismo, coadyuvará a los maestros para conocer el perfil de sus alumnos; en forma indirecta beneficiará a la comunidad, como referencia para casos similares en otras instituciones educativas; tendrá impacto positivo en el campo de la psicología, porque contribuirá con información en donde no se había hecho antes ningún estudio sobre el tema y servirá como referencia para investigaciones futuras.

La presente investigación compete al campo de la psicología porque el estrés, que es abordado como variable independiente, se presenta como una serie de

conductas que pueden ser identificadas y medidas con estudios desarrollados en esta disciplina; asimismo, porque aborda las distintas conductas o comportamientos que llevan al adolescente a vivir la situación de estrés y además, porque la experiencia del estrés es un elemento subjetivo muy propio de la persona.

Marco de referencia

La presente investigación se llevó a cabo en la comunidad de Ixtlán de los Hervores, en el estado de Michoacán. Esta población es la cabecera del municipio con el mismo nombre. Al norte limita con los municipios de Vista Hermosa y Tanhuato, al oriente con Ecuandureo, al sur con Zamora y Chavinda y al occidente con Pajacuarán. El municipio tiene una superficie de 221 km², con un total de 11 comunidades.

El pueblo de Ixtlán de los Hervores, Michoacán, está situado a los 20° 11' de latitud norte y 100° 29' de longitud oeste del meridiano de Greenwich, a 1570m sobre el nivel del mar, cuenta con una población de 13,584 habitantes, según el censo realizado en el año 2010 por el INEGI.

El Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Michoacán (CECYTEM), CEMSAD No. 25, es una escuela preparatoria pública y laica, cuya misión es “contribuir con el desarrollo socioeconómico del estado de Michoacán, mediante la formación de profesionistas de nivel medio superior, de calidad, en las áreas que el estado quiere modernizar e impulsar, con especial énfasis en una formación armónica entre la teoría y su aplicación práctica; así como en la preservación de nuestros valores nacionales y culturales, sustentando en una dinámica de actualización de su planta docente administrativa”. Su visión es “Convertirnos en centros de apoyo tecnológico, para impulsar el desarrollo de las regiones donde nos encontramos operando”.

El CECYTEM está ubicado en la Avenida Lázaro Cárdenas No.83, Colonia Agua Azul, en la población de Ixtlán de los Hervores, Michoacán; se fundó el 4 de octubre de 2004. El tipo de población que atiende es de clase media y baja; actualmente cuenta con 174 alumnos, divididos en cinco grupos: dos de segundo semestre, dos de cuarto y uno de sexto; cuenta con cinco profesores, de los cuales todos tienen una profesión.

La infraestructura de la institución consta de un solo edificio de dos plantas, construido de block hecho con arena, cemento y enjarre, cuenta con cinco aulas para clases normales y una más que se utiliza como centro de cómputo, existen siete sanitarios: dos de hombres y cinco de mujeres, por ser éstas la mayoría de los estudiantes. No cuenta con cafetería, ya que los padres de familia son los encargados de llevar el refrigerio en la hora de receso. Cuenta con una pequeña biblioteca; no hay canchas deportivas, pero utiliza las de la unidad deportiva que está junto a la escuela; cuenta con dos áreas verdes, una al frente y otra en la parte posterior; tiene además dos oficinas que son utilizadas por el director y la subdirectora.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En este capítulo se tratan varios aspectos sobre el tema del estrés, entre los cuales están: su definición, los enfoques teóricos principales bajo los cuales es

examinado, los diferentes tipos de estresores que existen, los procesos del pensamiento que llevan al estrés y las consecuencias negativas que tiene su presencia en la vida de las personas, así como los efectos positivos que también puede generar.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.

Leer, hablar o escuchar sobre el tema del estrés, se convierte en algo común en estos tiempos; aunque se sabe que este fenómeno ha existido desde siempre, no en todas las etapas de la historia ha sido reconocido de la misma manera. Aunque se sabía de su existencia, ha sido un tema bastante polémico, por lo que han existido diversas maneras de explicarlo, desde su percepción como algo extraño y atribuido a fantasmas y malos espíritus, en épocas antiguas, con lo cual se trataba de explicar y de dar sentido a los diferentes acontecimientos desafortunados desde el inicio mismo de la humanidad, hasta entenderlo como algo tan cotidiano y normal en la vida de todo individuo, que se le menciona para explicar condiciones como por ejemplo: morderse las uñas, la adicción a fumar, o bien, hechos graves como el homicidio, el cáncer o las enfermedades cardíacas.

Lazarus y Lazarus (2000: 2) mencionan que en el siglo XIV ya se mencionaba la palabra estrés ocasionalmente “para significar dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción”.

También los autores citados hablan de cómo en el siglo XVII, el físico biólogo Robert Hooke llevó a cabo una técnica de suma importancia para tratar de explicar el

término estrés, dado que intentó ayudar en obras de ingeniería que resistieran cualquier fenómeno extraordinario sin derrumbarse.

El análisis de Hooke influyó muchísimo en la manera de definir la tensión en fisiología, psicología y sociología. El estrés se convirtió en el término para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico, que sería análoga a la carga que un puente podría soportar (Lazarus y Lazarus; 2000).

Los psicólogos fueron también beneficiados con esta idea, ya que pudieron comparar la capacidad que tenían las estructuras de ingeniería como los puentes, de soportar pesadas cargas, de manera similar a la capacidad que tiene el ser humano de sobrellevar el estrés. Aunque con referencia a la persona, es utilizada la palabra resistencia, o su contraria, vulnerabilidad.

En la Primera Guerra Mundial, se creía que el cerebro se veía afectado por el estruendo del estallido de los proyectiles lanzados en la guerra por el ruido tan fuerte que producían, por lo tanto, las crisis emocionales de los soldados eran explicadas como una afección neurológica en lugar de psicológica.

Durante la Segunda Guerra Mundial, al ver que los soldados se derrumbaban emocionalmente en los combates, se trataba de explicar estos fenómenos como “fatiga de combate”, o “neurosis de guerra”, por lo que se volvió necesario buscar una explicación psicológica. En esta guerra, los líderes militares observaron incapacidad en los soldados para llevar a cabo sus deberes en la guerra a causa de trastornos de estrés. Entonces se preocuparon por la manera de seleccionar y

entrenar a sus hombres de modo que resistieran el estrés en combate y de que aprendieran también a saberlo manejar.

Después de la Segunda Guerra mundial, ya era concebido el estrés como parte significativa de la vida cotidiana. En las décadas de los sesenta y los setenta, y hasta la actualidad, ha existido el interés por explicar el estrés como una condición necesaria que movilice los esfuerzos realizados por el ser humano para enfrentar sus problemas habituales (Lazarus y Lazarus; 2000).

La palabra “estrés” proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir u oprimir. El término comenzó a utilizarse en la física y la metalurgia como “La fuerza que se aplica a un objeto y mediante la cual es posible deformarlo y romperlo” (Lazarus y Lazarus; 2000). Después pasó al campo de las ciencias de la salud como una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de los individuos,

Domínguez (2011) menciona que el término estrés proviene de la Física; indica que a finales del siglo XVII, Robert Hooke descubrió la ley fundamental resultante de la acción de una fuerza externa y su consecuencia en la distensión elástica del cuerpo sobre la cual se ejercía la misma.

Dicho autor habla también de cómo un siglo después, un sabio inglés, Thomas Young, formuló la Ley de Hooke definiendo estrés como la fuerza interna generada

en un cuerpo sólido por la acción de cualquier otra fuerza actuante sobre el mismo y que pone a prueba su resistencia y elasticidad.

A Claude Bernard se debe la introducción del término en el campo de la medicina en el siglo XIX, definiendo estrés como la respuesta adaptativa del organismo ante agentes agresores y señaló la necesidad de mantener un equilibrio interno frente a los cambios externos, aporte que fue retomado por Cannon, quien lo denominó homeostasis, indicando que cuando el individuo se enfrenta a una situación que amenaza su equilibrio interno, tiene dos opciones de respuesta: lucha o escape.

Domínguez añade que “el concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien le denominó “síndrome de estar enfermo’ ” (Domínguez; 2011: 27).

Después realizó experimentos con ratas, exponiéndolas a ejercicio exagerado, esto dio como resultado atrofia del sistema linfático y úlceras gástricas; a dichas alteraciones orgánicas las denominó como estrés biológico.

Posteriormente Selye mencionó que a diferencia de los animales, el ser humano requiere de capacidad de adaptación ante las demandas y amenazas del entorno en que vive, lo cual le provoca el trastorno del estrés.

A las anteriores reacciones Selye les llamó en conjunto: “Síndrome General de Adaptación”; más tarde, ante la OMS, definió el estrés como: “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, mientras que al estímulo causante del estrés lo denominó ‘estresor’ ” (citado por Domínguez; 2011).

Selye dividió el Síndrome General de Adaptación en tres etapas que son:

- 1) Reacción de alarma, que habla de la alteración fisiológica del organismo al sentirse amenazado por las circunstancias.
- 2) Estado de resistencia: menciona que cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales, puede adaptarse o no a su capacidad de respuesta; si sucede lo segundo, su capacidad de respuesta disminuye y sobreviene la fatiga. Durante esta etapa puede ocurrir el equilibrio llamado homeostasis, entre lo interno y lo externo de la persona; de no resistir, avanzará a la siguiente fase.
- 3) Fase de agotamiento: disminución progresiva de respuesta del organismo por estrés prolongado, hasta que los mecanismos de reserva resulten ineficientes y el organismo caiga en shock.

Domínguez (2011) menciona que Selye hablaba de estrés bueno, al que llamaba “eustrés”, y de estrés malo, al que llamaba “distrés”. Esto generó polémica en la comunidad científica.

Aunque la ciencia médica y la psicología han querido pensar en el estrés sólo de manera patológica, hay que decir que el estrés también es necesario para la activación positiva del ser humano, porque lo motiva a sobrellevar, incluso a culminar, situaciones difíciles de forma exitosa.

Cuando Selye se refiere al eustrés (la parte positiva del estrés) y al distrés (la parte negativa), los compara con ambas caras de una misma moneda; añade que ante un mismo disparador de estrés, o estresor, algunas personas reaccionan con estrés negativo y otras, con estrés positivo.

En lo que se refiere al eustrés, menciona las siguientes características:

- Permite al ser humano experimentar el mundo como un lugar en que cada detalle es agradable.
- Es un estado de conciencia en que pensamiento, emoción y sensación, parecen organizarse para proporcionar un efecto general de alegría, satisfacción y energía vital.
- Incrementa la vitalidad, la salud y la energía en el organismo.

- Facilita la toma de decisiones, permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa.
- El eustrés viene a ser empuje, motivo y energía.
- Provoca un estímulo sano y atractivo de reto.
- Aumenta la autoestima, permitiendo un mayor y mejor rendimiento personal.
- Permite mantener la mente abierta y creativa.
- La persona se manifiesta con placer, alegría, bienestar y equilibrio.
- Permite al individuo manifestar y expresar su talento especial, así como su imaginación e iniciativa.

Y cuando se refiere al distrés, incluye las siguientes características:

- Es un estrés desagradable.
- Ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a lo que causa tensión.
- Va acompañado siempre de un desorden fisiológico.
- Causa envejecimiento prematuro.
- Obstaculiza el responder adecuadamente a las demandas del entorno.
- Disminuye la capacidad de respuesta.
- Lleva a un desgaste con deterioro físico y psicológico, con aparición de enfermedades y trastornos psicosomáticos, que disminuyen las defensas orgánicas (Domínguez; 2011).

1.1. Tres enfoques teóricos del estrés.

El estudio en relación con el estrés se ha llevado a cabo con tres enfoques: como estímulo, como respuesta y como relación persona – entorno.

1.1.1. Estrés como estímulo.

Es difícil fundamentar el estrés como estímulo, porque no se pueden identificar los tipos de incitaciones como universales, ya que cada persona reacciona de manera diferente ante ellos, según las propias características, dependiendo de la naturaleza del estímulo en cuanto a intensidad, novedad, grado de estructuración o ambigüedad, compromiso para el sujeto, las expectativas, las evaluaciones cognitivas y los valores en juego.

Hay diversas posiciones en cuanto a considerar el estrés como estímulo. Una de las más conocidas es la de un estudio realizado por los norteamericanos Thomas Holmes y Richard Rahe, en los años 40 y 50, a 5 000 personas, en las que evaluaron el estrés provocado por eventos vitales. De dicho trabajo resultó la escala de reajuste social como un inventario de eventos extraordinarios, aunque recibió críticas, porque se suponía que tales acontecimientos eran estresantes por sí mismos. A manera de ejemplo se citan algunos eventos vitales: muerte del cónyuge, unión o separación matrimonial, muerte de un ser querido, padecer una enfermedad seria, quiebra en el estado financiero, problemas sexuales (impotencia, trastornos eyaculatorios, anorgasmia, fobias, crisis de identidad sexual), descenso en el rol o status laboral.

“Los eventos vitales generadores de estrés pueden ser extraordinarios y cotidianos; dentro de los primeros se incluyen el matrimonio, el divorcio, la muerte de la pareja, la enfermedad de algún familiar cercano, y, entre los segundos, aquellos estímulos o situaciones consideradas como desagradables, pero que no alcanzan el rango objetivo de desastre, entre los cuales cabe citar: sentirse desorganizado algún día, las críticas verbales continuas, sentir que lo pusieron en ridículo, no terminar lo que se tenía planeado, discusiones familiares, problemas con el tráfico, entre otros.” (Domínguez; 2011: 50-52).

Travers y Cooper (1997: 31) afirman que “el nivel de tensión apreciable y su tipo dependerán del individuo y de la duración y fuerza de la presión aplicada. En términos de ‘personas’, la presión puede ser física o emocional y si tiene lugar durante un dilatado período de tiempo, puede conducir eventualmente a diversas reacciones de ansiedad, que a su vez resulten estresantes. Por lo tanto, como indica Fisher (1986): ‘Asumimos que el estrés es una condición ambiental. Este entorno puede ser físico o psicológico’ ”.

“La metodología que emplea este enfoque suele centrarse en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes: presiones ambientales (el ruido), sociales (el racismo), psicológicas (la depresión), físicas (la discapacidad), económicas (la pobreza) y los desastres naturales (inundaciones). En consecuencia, se intenta medir la toxicidad de cada estímulo” (Holmes y Rahe, referidos por Travers y Cooper; 1997: 31).

1.1.2. Estrés como respuesta.

Domínguez (2011: 47) señala que “el estrés fue enfocado por Selye como una respuesta de adaptación del organismo. En 1956 describió el Síndrome General de Adaptación y definió al estrés como la suma de los cambios inespecíficos que tienen lugar en el organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular.” Su intención era demostrar que, independientemente del estresor, el organismo siempre responde con estrés.

Para quienes entienden al estrés como respuesta, consideran que la reacción del organismo es automática ante cualquier situación interna, como emociones negativas e ideas irracionales; o externa, como un secuestro, desempleo, maltrato y violencia intrafamiliar. Todo ello provoca en el sujeto un aumento en la activación fisiológica y cognitiva, de manera que puede enfrentar más adecuadamente las nuevas situaciones estresantes que se le presenten. Dichas respuestas pueden manifestarse como irritabilidad, cólera, llanto, temor, comportamiento errático, disminución del rendimiento, indecisión y deterioro de las relaciones interpersonales. Sin embargo, estas manifestaciones emocionales también pueden variar, según la cultura, la época, el contexto, los aprendizajes y las características personales.

La actividad del sistema nervioso aumenta cuando se está esperando con ansiedad algo que ha de llegar. Esto indica la importancia de la reacción al estrés en el individuo.

Travers y Cooper (1997) afirman que el estrés como respuesta a un estímulo, es una variable dependiente, ya que es una reacción que tiene la persona frente a un estímulo amenazador o desagradable. Según Fisher (referido por dichos autores), se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión.

Estar bajo presión es la forma más común de hablar de los efectos del estrés sobre el individuo, observando los síntomas que presenta. El estrés también puede ser llamado tensión, esfuerzo o presión. Las respuestas frente al estrés pueden darse en tres niveles: el psicológico, el fisiológico y el conductual, los cuales se encuentran interrelacionados.

1.1.3. Estrés como relación persona–entorno (enfoque interaccionista).

Domínguez (2011: 54) afirma que “este enfoque más actualizado del estrés sostiene la posición de abordar su concepción como un proceso transaccional entre el individuo y su entorno, mediado por la interpretación que el sujeto realiza de las situaciones o demandas y la capacidad para afrontarlas y responder con determinadas conductas. Este enfoque supera concepciones basadas en ubicar al estrés como estímulo o como respuesta, y rompe con posiciones mecanicistas y unilaterales, orientadas a definir el carácter estresante de un evento por su propia naturaleza, sin ubicar el carácter mediatizador del sujeto en este proceso”.

Este enfoque tiene un componente psicológico muy importante. Según Walter Cannon (referido por Domínguez; 2011), los factores emocionales pueden alterar la naturaleza fisiológica del organismo.

Este enfoque requiere de un estudio multidisciplinario, por ejemplo, la medicina como ciencia ha relacionado a la persona y su ambiente con la condición de enfermedad. De aquí surge el modelo biológico, psicológico y social de la salud.

Travers y Cooper (1997) consideran que el estrés no es un fenómeno estático, sino un proceso compuesto. Para ello, citan a Pearlin y otros, Mc Grath, Cox, Cooper y otros, quienes afirman que el estrés es un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual, en el cual el entorno presiona y modifica al individuo, pero también ocurre lo contrario. El entorno por sí mismo no se considera estresante, sino que es la relación existente entre el ambiente y la persona lo que puede generar una experiencia estresante.

Una persona puede controlar su estrés, ya sea modificando su entorno, o su forma de reaccionar ante una situación concreta. La actividad mental de la persona es un factor muy importante para determinar la presencia o ausencia del estrés. También es muy importante la percepción que tenga el sujeto del estímulo estresante.

Este enfoque considera a la persona como un agente activo, capaz de modificar su medio ambiente, que valora la importancia de su bienestar.

La relación entre el individuo y su entorno, según Travers y Cooper (1997), está mediada por cinco aspectos cognitivos, que se han de tomar en cuenta al estudiar el estrés, y son los siguientes:

- 1) La valoración cognitiva: es la forma personal en que un individuo percibe e interpreta aquellas circunstancias que conducen al estrés.
- 2) La experiencia: la percepción que el sujeto tenga de una situación o de un suceso, dependerá de las experiencias, de los éxitos o fracasos que haya tenido.
- 3) La exigencia real del estímulo y la percepción real del sujeto, que va de la mano con su capacidad real y la percibida. Esto depende de las necesidades, deseos y nivel de estimulación inmediata que la persona tenga.
- 4) la influencia interpersonal: “la forma de percibir una fuente potencial de estrés depende en gran medida de la presencia o ausencia de otras personas, que influirán en la experiencia subjetiva del estrés y en las conductas de respuesta y superación; este factor puede ser tanto positivo como perjudicial” Travers y Cooper, (1997:34).
- 5) Un estado de desequilibrio: cuando se llega a la falta de armonía entre la exigencia y la capacidad percibidas, para salir de una situación de estrés, surgen estrategias de superación del evento, éstas pueden ser positivas o negativas; las primeras ayudan a restablecer el equilibrio, las segundas engrandecen más la situación negativa.

1.1.3.1. El concepto integrador del estrés.

Al hablar del estudio del estrés con tres enfoques teóricos, aparecen algunos elementos que pueden ayudar a llegar a un concepto integrador:

1. Es el resultado de la reacción de una persona ante los diversos estímulos que recibe y que la presionan para dar una respuesta, ya sea a nivel físico o emocional.
2. Los estímulos pueden ser de tipo ambiental, social, psicológico, físico, económico, o por desastres naturales.
3. La reacción depende de las expectativas, evaluaciones cognitivas, y los valores existentes en una persona (Lazarus y Lazarus; 2000).
4. Selye habla del estrés como una respuesta de adaptación del organismo; como la suma de los cambios que tienen lugar en el organismo en respuesta a un estímulo. Las respuestas al estrés se dan en tres niveles: psicológico, fisiológico y conductual. Los tres están interrelacionados.
5. Las respuestas dadas ante un estímulo estresante, capacitan a la persona para dar respuestas adecuadas a las nuevas situaciones estresantes.
6. Las respuestas pueden variar de una persona a otra, según la cultura, la época, el contexto, el aprendizaje y las características de cada persona.
7. El estrés por sí mismo es neutral; pero puede tener una connotación positiva en algunos casos, porque le da fuerza creadora al individuo que puede ser fuente de motivación para alcanzar metas; y negativa en otros, en cuanto a que puede llevar a la persona a enfermedades.

8. Estudios más recientes hablan del estrés como un proceso transaccional entre el individuo y su entorno, mediado por la interpretación que el sujeto realiza de las situaciones que lo presionan para dar una respuesta, y por su capacidad de afrontarlas. En esta visión, el individuo, con sus respuestas a los estímulos que lo presionan, puede modificar su entorno; y éste puede condicionar a aquél para la respuesta que va a dar (Cannon, Pearlin, McGrath, Cox, Cooper; citados por Domínguez; 2011).
9. Se considera que la relación entre el individuo y su entorno está mediada por cinco aspectos cognitivos: la valoración cognitiva, la experiencia, la exigencia real del estímulo ligada a la percepción y capacidad del sujeto, la influencia interpersonal y un estado de desequilibrio entre la exigencia y la capacidad del sujeto para salir de una situación estresante.

En resumen, el estrés, se ha interpretado como positivo o como negativo, es aquella fuerza que motiva al sujeto a reaccionar ante un estímulo y lo obliga a dar una respuesta determinada, influenciada por el entorno; de esa manera, al estrés no se le puede medir de forma aislada, ni como estímulo ni como respuesta solos, sino en total relación con el ser humano en un determinado contexto.

1.2. Los estresores.

A todo aquello que provoca un cambio en la vida de una persona se le llama estresor, sea bueno o malo. Palmero y cols. (2002: 425), mencionan que “cabría

realizar diferentes taxonomías sobre los estresores, en función de criterios meramente descriptivos -características físicas, perceptivas, etc.; sin embargo, dado que la inmensa mayoría de estas situaciones son de tipo psicosocial, se ha tendido a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida, cambios que afectan precisamente a las propias condiciones psicosociales de las personas”.

Así, Lazarus y Cohen (referidos por Palmero y cols.; 2002) hablan de tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales, en función de la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona. Los tres tipos de estresores psicosociales son: los cambios mayores o estresores únicos, los cambios menores o estresores múltiples, y los estresores cotidianos o microestresores. A estos tres, habrá que añadir un cuarto tipo, que son los estresores biogénicos.

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

Los cambios mayores modifican drásticamente la vida de las personas; una de sus características más importantes, es la gran capacidad que tienen de cambiar la vida de un grupo numeroso de personas, aunque no se descarta que también puedan afectar a una sola persona o a un grupo pequeño. No obstante, el número de personas afectadas nada tiene que ver con el fuerte trauma que provocan estos sucesos que pueden ser prolongados, por ejemplo, un encarcelamiento; o rápidos, como un temblor de tierra o un huracán.

Todos estos estresores tienen en común un gran efecto traumático, que puede prolongarse en las personas de manera indefinida. Estos cambios mayores son los causantes del estrés post-traumático.

Los cambios menores o acontecimientos vitales estresantes, son las situaciones que se salen del control del sujeto; como, por ejemplo, una amenaza de muerte, un divorcio, perder un puesto de trabajo o la muerte de un ser querido.

Las principales fuentes que desencadenan el estrés, corresponden a cambios en:

- La vida conyugal: por ejemplo, los pleitos de pareja, el divorcio o la muerte de uno de los cónyuges.
- La paternidad: convertirse en padre o madre, relaciones conflictivas con los hijos o la enfermedad de uno de ellos.
- Las relaciones interpersonales: como cuando se tienen problemas con los amigos, los vecinos, los familiares o el jefe.
- El ámbito laboral: por ejemplo, los problemas que se presenten en el trabajo, en las tareas domésticas o en la escuela.
- Las situaciones ambientales: como cambiar de casa, de ciudad o de país; las amenazas a la integridad personal.
- El ámbito económico: incluye una mala administración del dinero, o el cambio de una situación económica estrecha a una rica, o viceversa.

- Las cuestiones legales: por ejemplo, ser detenido o encarcelado, tener pleitos o juicios.
- El propio desarrollo biológico: este aspecto engloba las distintas etapas por las que pasa el ser humano: niñez, pubertad, adolescencia, juventud, adultez y ancianidad.
- Las lesiones o enfermedades somáticas: por ejemplo, una enfermedad, un accidente o una operación.
- Otros tipos de estrés psicosocial: un embarazo no planeado, una violación o sufrir persecución.
- En caso de niños y adolescentes, existen otras fuentes de estrés, por ejemplo: las relaciones frías y distantes entre los papás y los hijos, la violencia intrafamiliar, trastornos mentales en algún miembro de la familia.

Los estresores cotidianos, también llamados microestresores, son todas aquellas fuentes de estrés que suceden frecuentemente en el vida diaria, y que provocan irritabilidad en el ser humano. Tienen las siguientes características: grado de control que tiene el individuo sobre el acontecimiento, posibilidad de predecirlo, valoración positiva o negativa que realice, implican un cambio en la situación ambiental, producen incertidumbre, presentan situaciones ambiguas y llegan a producir alteraciones biológicas en el organismo. Por ejemplo: las responsabilidades domésticas, la economía, el trabajo, problemas ambientales y sociales, mantenimiento del hogar, salud y vida personal, familia y amigos.

Por último, se mencionan dos tipos de microestresores:

- Las contrariedades: como perder un objeto, sufrir por el tráfico, vivir fenómenos meteorológicos, discutir o tener problemas familiares.
- Las satisfacciones: son las experiencias y emociones positivas que contrarrestan las contrariedades (Palmero y cols.; 2002).

1.2.2. Estresores biogénicos.

Los estresores biogénicos, son aquellos estresores a los que hay que enfrentarse y que influyen de manera directa en la persona, provocando la respuesta del estrés. Estos estresores no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, sino que actúan de forma directa sobre el aspecto neurológico y afectivo con base en sus propiedades bioquímicas, ya que comienzan directamente la respuesta de activación del estrés sin pasar por el proceso cognitivo afectivo. Algunos tipos de estos estresores, de acuerdo con Palmero y cols. (2002) son:

- Los cambios hormonales en el organismo, los cuales se presentan en las diferentes etapas del desarrollo del ser humano, como pueden ser: la pubertad, la adolescencia, la segregación de nuevas hormonas por parte de los órganos sexuales en el adolescente o el síndrome premenstrual. Este tipo de estrés se origina por un desequilibrio existente entre las hormonas que se relacionan con el ciclo menstrual como son los

estrógenos y la progesterona. Dicho desequilibrio hormonal puede llevar al organismo al sobre-estrés, que se puede presentar también durante el embarazo, el postparto, el aborto, así como en los cambios importantes que se dan en el perfil hormonal durante el climaterio; todo declive endocrino puede causar el sobre-estrés.

- Palmero y cols. (2002) señalan como otro factor, la ingestión de determinadas sustancias químicas como: anfetaminas, fenilpropanolona, cafeína, teobromina, teofilina y nicotina.
- Reacción a ciertos tipos de factores físicos, como aquello que provoca dolor, calor o frío extremo.
- Estrés alérgico, que se presenta como un mecanismo natural de defensa del organismo, en forma de reacciones alérgicas. “La alergia es una fuente de estrés que requiere de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que el cuerpo considera peligroso”. (Palmero y cols.; 2002: 431).

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Al momento de valorar y clasificar los diferentes tipos de estresores, influyen la significación psicológica y las diferencias individuales. Habrán momentos en que el

estrés que surge en el ámbito académico, sea disfuncional, por ejemplo, cuando no se permite a la persona responder de la manera que quiere y para la cual se ha preparado, o cuando se sostiene el estado de alerta por más tiempo del requerido para responder a las demandas, lo que conlleva de manera implícita algunos síntomas característicos como: dolor de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel (ejemplo, acné), alteraciones del sueño, inquietud, dificultad para concentrarse, cambios en el humor, entre otros. Pérez; 2003, (citados por Barraza; 2005).

Se darán otros momentos en los que el estrés académico sea negativo, viéndose afectado el rendimiento escolar debido a que el sujeto requiera de más tiempo para aprender, o a que, ante las respuestas en las pruebas académicas, pueda bloquearse aunque posea los conocimientos requeridos y haya hecho su máximo esfuerzo por obtener buenos resultados.

Polo y cols. (citados por Barraza; 2005), mencionan varios tipos de estresores académicos como: exposición de trabajos, intervención en el aula (realizar o responder preguntas, participar en coloquios), realización de un examen, ir al despacho del profesor para tutoría, sobrecarga académica (excesivo número de créditos o trabajo obligatorio), masificación de las aulas, competitividad entre compañeros o trabajar en grupo.

Por su parte Barraza (2005) habla de los siguientes estresores académicos: exceso de responsabilidad, interrupciones del trabajo, ambiente físico desagradable, falta de incentivos, tiempo limitado para realizar trabajos, problemas o conflictos con

los profesores o los compañeros, evaluaciones, o los tipos de trabajos que se le piden al estudiante.

Otros factores o circunstancias que contribuyen a la aparición de estrés en el estudiante, pudieran ser: la entrada y la permanencia en el centro educativo, hecho de dejar la casa paterna, tener que viajar diariamente muchos kilómetros, hacerse cargo de la economía, compartir vivienda o el vivir solo, atender las responsabilidades académicas, a las clases y a las relaciones personales. Aunque también puede ser que aparezca el estrés con sucesos positivos y motivantes como enamorarse o preparar un viaje de estudios, que siendo agradables, también agregan cierto grado de tensión.

Polo y cols. (referidos por Barraza; 2005) hablan también de respuestas de estrés académico que pueden presentarse como: preocupación, latidos muy rápidos del corazón, la falta de aire, la respiración agitada, los movimientos repetitivos en alguna parte del cuerpo, el quedarse paralizado, los movimientos torpes, sentir miedo o molestias en el estómago, fumar, beber, comer demasiado, tener pensamientos o sentimientos negativos, presentar temblor en las manos o en las piernas, la dificultad para expresarse verbalmente, a veces tartamudear, sentirse inseguro, tener seca la boca, sentir dificultades para tragar y ganas de llorar.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Palmero y cols. (2002), hablan de la manera como llegan a distorsionarse automáticamente los procesos cognitivos del cerebro, lo cual se manifiesta por medio de pensamientos deformados que tienen la característica de ser repetitivos y también de influir directamente para que se genere en el sujeto una incapacidad para evaluar de la forma adecuada cada situación que se presenta. Dichos pensamientos deformados suelen presentarse de varias maneras, como son:

- El filtraje: es aquel pensamiento en que se tiende a ver sólo un elemento de la situación general y se ignora el resto. Sólo se resalta un pequeño detalle, pero eso afecta a toda la situación.
- La sobregeneralización: consiste en obtener conclusiones globales a partir de acontecimientos particulares.
- La polarización y la visión catastrófica: la primera consiste en juzgar todo cuanto sucede, como algo bueno o como algo malo; por lo que, pensando de esa manera, se llega al catastrofismo, que se da cuando sucede algo malo y eso se interpreta como la peor de las desgracias.
- La falacia de control: que se manifiesta de dos maneras, ya que puede deformarse el sentido de poder y el control de una persona. Cuando un sujeto presenta este tipo de distorsión, se cree responsable de todo y de todos o, por el contrario, supone que su destino está en manos de los demás.

- El razonamiento emocional: en este tipo de distorsión del pensamiento, lo que la persona siente, tiene que ser verdadero.
- La falacia de cambio: consiste en que el sujeto piensa que su felicidad depende de los demás y espera que ellos satisfagan sus necesidades.
- La culpabilidad: la persona siente que es responsable de cualquier situación negativa que suceda con ella o con las personas cercanas a ella, siente la obligación de dar cumplimiento con todos y de satisfacer también sus necesidades. Si por alguna circunstancia las situaciones no salen bien, se sienten culpables.
- El tener razón: esta forma de pensamiento distorsionado se da cuando la persona siente que su punto de vista es el único válido y correcto siempre; generalmente está a la defensiva, no es fácil que cambie de opinión, además, le resulta difícil escuchar otros puntos de vista.
- La personalización: consiste en adjudicarse a sí mismo cualquier situación desagradable que suceda, en pensar que todas las palabras o acciones de los demás se refieren al sujeto que presenta este tipo de pensamiento.
- La inferencia arbitraria: consiste en obtener una conclusión, sin pruebas, de todas las situaciones. Generalmente este tipo de inferencias son predicciones negativas en las que solo se prevé lo peor. También se incluye lo que piensan todos los demás del sujeto: con este tipo de distorsión, pareciera que tiene la capacidad de leer el pensamiento de los demás.

- La abstracción selectiva: consiste en aislar una información de su contexto, para extraer una conclusión que, generalmente, termina agravando el estrés.
- La minimización y la maximización: son errores de evaluación de los otros y de sí mismo, que se cometen muy a menudo. El sujeto tenderá a minimizar sus éxitos y a maximizar sus fracasos. Se trata, de alguna manera, de un tipo de generalización y de personalización. Un proceso de pensamiento como éste, también puede desencadenarse en relación con los demás, ya que se tenderá a minimizar los logros y a maximizar los errores y las imperfecciones.

En conclusión, cada persona utiliza de manera habitual, algunos procesos de pensamiento más que otros y es importante mencionar que, con un poco de entrenamiento, es posible adquirir un estilo personal y saber reconocer cuándo esos procesos agravan el estrés, hasta llegar a modificarlos en el sentido deseable (Cungi; 2007).

1.5 Los moduladores del estrés.

Según Palmero y cols. (2002: 527), “el individuo hace uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés y las emociones; estas estrategias dependen de las características de la situación y de las propias características del individuo (estilos de afrontamiento)”.

Dichos autores mencionan que los moduladores del estrés, son una serie de factores indispensables para saber distinguir y predecir el curso que seguirá el proceso de estrés y, sobre todo, las consecuencias que tenga para la salud del individuo. Se mencionan dos tipos de moduladores: los de carácter social y los de índole personal. Estos moduladores existen independientemente de si el sujeto se encuentra o no sometido a estrés y afectan siempre su salud, ya sea de manera nociva o beneficiosa.

1.5.1. El control percibido.

Se entiende como una creencia general, que se refiere al grado en el que el sujeto mismo es capaz de llegar a vigilar y a lograr las metas o los objetivos que se ha propuesto y que tanto desea, confiando en que él mismo puede regular y superar todas las dificultades que encuentre en el camino para conseguir dichas metas. Por lo tanto, en la medida en que la persona crea en sus propios recursos para superar las adversidades, en esa medida influirá de manera muy positiva en su salud (Domínguez; 2011).

El control percibido puede llegar a tener importantes efectos sobre la conducta del ser humano, de modo que cuando la persona siente que tiene el control sobre su entorno, aunque éste no exista, esa creencia puede protegerle de los efectos negativos del estrés que podrían llegar a dañar su salud.

El control percibido y sus efectos, están determinados por el tipo de información de que dispone la persona y, sobre todo, de su manera de procesarla.

1.5.2. El apoyo social.

El apoyo social, según Domínguez (2011: 62), se define como “una variable mediadora en el proceso de interacción individuo-ambiente que ha despertado el interés de los psicólogos a partir de los años 70’s. Es un fenómeno complejo asociado con el estrés, la depresión y los problemas de salud mental”.

A continuación se mencionarán algunas de las diferentes definiciones que han surgido en función de los objetivos perseguidos por los investigadores:

- “Se ha definido como la información, asistencia y recursos que el individuo recibe de otros; como el grado en el cual las necesidades básicas (afecto, estima, aprobación, pertenencia, identidad, seguridad) son satisfechas durante la interacción con otras personas, necesidades que pueden ser satisfechas mediante la provisión de ayuda socio-emocional (afecto, condolencia, entendimiento, aceptación y estima) e instrumental (consejo, información, ayuda en responsabilidades familiares, laborales o ayuda financiera)” (Domínguez; 2011: 63).
- También se define como “los recursos sociales accesibles o disponibles a una persona encontrado en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la

salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso, que presenta como característica distintiva su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal” (Domínguez; 2011: 63).

- “El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas” (Domínguez; 2011: 63).
- Es definido también como “La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimulados y valorados, c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas” (Domínguez; 2011: 63).
- Otra definición de apoyo social indica que son “transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia [...] La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas [...] El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros” (Domínguez; 2011: 64).

El concepto de apoyo social se conforma por diferentes grados:

- La integración social: número y fuerza de asociaciones de una persona con los otros significativos.
- Relaciones de calidad: se refiere a la calidad de las relaciones (aunque sean pocas), hablan más bien de su influencia sobre la salud y el bienestar

psicológicos; también contribuyen a satisfacer necesidades del ser humano como pueden ser las de afiliación, de afecto, de identidad, de pertenencia, son fuente de sentimientos de control de las situaciones.

- La ayuda percibida: es la percepción que se tiene de que en situaciones problemáticas, hay en quién confiar y a quién pedir apoyo.
- La actualización: se refiere a las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de un apoyo.

En general, se puede definir el apoyo social como “los recursos accesibles o disponibles que se encuentran en el entorno que el individuo percibe y que pueden ayudarlo a enfrentar una situación presente o futura” (Domínguez; 2011: 65).

El apoyo social siempre va a tener efecto directo sobre la salud y el bienestar de la salud del individuo; la percepción de que otros están dispuestos a ayudarlo eleva su autoestima, estabilidad y control. La función más importante del apoyo social en el mantenimiento de la salud es la de actuar como posible reforzador de la autoestima del sujeto.

Existen diversas clasificaciones de apoyo social, difíciles de diferenciar de sus funciones. House (citado por Domínguez; 2011) identifica cuatro tipos:

- Apoyo emocional: empatía, atención.

- Apoyo instrumental: ayudar a otros participando en la solución de labores difíciles.
- Apoyo informativo: dar información o enseñar habilidades para resolver un problema.
- Apoyo valorativo: estimular el trabajo de los demás.

Musitu, también citado por Domínguez (2011), destaca los siguientes tipos de apoyo social:

- Apoyo instrumental: tangible, material.
- Apoyo emocional: afectivo, expresivo, sustento emocional.
- Apoyo de estima: valoración, reconocimiento, afirmación.
- Apoyo informativo: enseñar, guiar, orientar, aconsejar.
- Apoyo de compañía: proximidad, disposición, interacción social positiva.
- Apoyo motivacional: animar, estimular, reafirmar.

“El apoyo informativo suele ser más efectivo cuando es ofrecido por expertos, mientras que el emocional lo es cuando proviene de allegados” (Domínguez; 2011: 67).

Los siguientes son diversos aspectos a tener en cuenta para estudiar el apoyo social y sus efectos sobre la salud:

- ¿Quién es el proveedor?

- ¿Qué tipo de apoyo se recibe?
- ¿Quién es el receptor?
- ¿Cuál es el problema?
- ¿En qué momento y durante cuánto tiempo se recibe?
- ¿Cuál es el costo-beneficio?
- Y la interacción entre todos los anteriores aspectos.

House, (citado por Domínguez; 2011), propone nueve fuentes de apoyo social: esposo/a o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda, profesionales de la salud o servicios sociales.

Se habla también de factores que determinan la frecuencia y calidad del apoyo social, como son: la tendencia a prestar atención a las personas, el estilo participativo, la estabilidad emocional, la extraversión, la capacidad de escucha empática y activa, así como la asertividad.

Domínguez (2011) menciona también tres formas en que el apoyo social puede modificar o influir en los efectos del estrés sobre la salud:

1. Puede influir positiva y directamente sobre la salud, satisfaciendo necesidades de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto. Esta influencia positiva puede compensar los efectos negativos del estrés.

2. Puede reducir directamente los niveles de estrés de distintas formas y mejorar indirectamente la salud. Por ejemplo, los jefes o compañeros con su apoyo, pueden reducir tensiones.
3. Puede mitigar o amortiguar el impacto del estrés sobre la salud.

Finalmente, se hace mención del apoyo social en cuanto a su contenido, y se dice que opera en tres niveles: cognitivo, afectivo y conductual.

- Cognitivo: ofrecer información a la persona receptora del apoyo, con la intención de corregir conceptos erróneos y clarificar dudas.
- Afectivo: hacer frente a reacciones y sentimientos de la persona, animándola a manifestar sus preocupaciones, miedos, dificultades familiares y sociales.
- Conductual: se ofrecen estrategias concretas para hacer frente a situaciones problemáticas concretas.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B

Travers y Cooper (1997: 91) definen el comportamiento de la personalidad de tipo A como “un patrón de conducta que implica hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia; los pacientes pueden ser también intolerantes, exigentes y orientados al éxito de sus objetivos”.

Las características principales que presentan las personas con este tipo de comportamiento son: la prisa, una forma de hablar acelerada, movimientos rápidos, un sentimiento de culpa o inquietud cuando no están trabajando o cuando se relajan, y una disposición por lo general impaciente, no les gusta que les impidan resolver rápidamente los obstáculos que encuentran en su camino.

La manera como se puede identificar a una persona con personalidad de tipo A, puede ser observando si presentan las siguientes formas de comportarse:

- Suelen decir las últimas palabras de cada frase con mucha mayor rapidez que las primeras.
- Evidencian agresividad e impaciencia y sienten perder el tiempo si hablan.
- Hacen énfasis de forma explosiva en palabras clave en su forma de hablar rutinaria, sin necesidad.
- Se mueven, caminan y comen rápidamente.
- Suelen terminar las frases del hablante.
- Procuran hacer dos o más tareas a la vez.
- Pueden manifestar gestos como tics nerviosos, mantener los puños cerrados o dar golpes a la mesa, para enfatizar lo que dicen.
- Se concentran en sus propios pensamientos aunque estén escuchando hablar a alguien.
- Se sienten ligeramente culpables cuando no están haciendo nada; tienen un sentido crónico de la urgencia.

- No se sienten atraídos por los de su mismo tipo.
- Compiten con sus pares y los desafían, generando sentimientos hostiles y competitivos.

Es importante mencionar que el tipo A de personalidad no es un rasgo, sino más bien una serie de comportamientos abiertos, es la forma que tiene un individuo de enfrentarse a una situación; sin embargo, este tipo de personalidad sigue presentándose como un mecanismo de defensa que se llega a convertir en un hábito, y suele manifestarse cuando se generan exigencias personales o ambientales.

Las personas con el tipo de personalidad B, por su parte, “se ven libres de estos rasgos, no sufren debido a la urgencia ni a la impaciencia, no albergan hostilidades injustificadas, pueden relajarse y hacerlo sin sentir culpabilidad” (Travers y Cooper; 1997: 93).

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Friedman y Rosenman (referidos por Travers y Cooper; 1997), al hablar del tipo de personalidad A, propusieron que se trataba de un conjunto de actitudes, de reacciones emocionales y de modelos de conducta que tenían que ver con los

pacientes que presentaban enfermedades debidas al estrés, como dolencias coronarias cardiacas.

Por su parte, Ivancevich y Matteson (1985: 203), sugieren que el patrón de conducta de la personalidad tipo A, presenta alta propensión a la enfermedad de las arterias coronarias, ya que representa “un complejo de acciones y emociones que pueden observarse en cualquier persona que se encuentre agresivamente involucrada en una lucha incesante y crónica, por lograr cada vez más cosas, en cada vez menos tiempo, y, si se ve obligada a ello, contra los esfuerzos opositores de otras cosas o personas (Friedman y Rosenman, 1974)”.

Cabe decir que las personas con personalidad tipo A, viven bajo una situación exagerada de estrés. Por su parte, los de personalidad de tipo B, viven de manera más relajada y tranquila; rara vez se alteran o experimentan estrés.

Hay dos posturas incorrectas a este respecto: ambos tipos, A y B, pueden tener metas comunes y mostrarse igualmente deseosos de lograrlas con éxito; la diferencia consiste en que una persona del tipo B, busca la satisfacción de estas necesidades, de tal manera que no crea los estragos psicológicos y físicos a los que se enfrenta el sujeto de tipo A. Por otra parte, la existencia de la ecuación en la que A es igual a estrés, y B, es igual a falta de estrés; sin embargo, existe un vínculo entre la conducta de tipo A, y las consecuencias negativas que se presentan por causa del estrés.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Ivancevich y Matteson (1985: 106) refieren que “las enfermedades de adaptación no son consecuencia de un agente externo, sino que se encuentran asociadas a reacciones de adaptación, menos que perfectas, ante los estresores que encontramos en nuestra vida”.

No obstante, existen algunas enfermedades relacionadas con la presencia de estrés, en la vida del sujeto. A continuación se mencionan algunas:

- 1) La hipertensión es una enfermedad de los vasos sanguíneos, en la cual la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada. Cuando la alarma ha pasado, la presión vuelve a la normalidad, pero si se prolonga el estrés, aquélla permanece en niveles anormalmente altos.
- 2) Las úlceras son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o del intestino, y una de sus causas más conocidas es la presencia del estrés.
- 3) La diabetes es una grave enfermedad que implica deficiencia de insulina, de modo que el cuerpo no absorbe suficientemente el azúcar de la sangre. El estrés incrementa el nivel de azúcar en la sangre, demandando incrementos en la secreción de insulina. Si el estrés persiste, el páncreas se debilita, dando como resultado una deficiencia permanente de dicha sustancia.

- 4) Las jaquecas son, con frecuencia, resultado de la tensión muscular, que aumenta cuando se está expuesto a los estresores durante un período sostenido. La jaqueca es un estresor que provoca una mayor tensión muscular, y que, a su vez, aumenta la severidad y duración de aquélla.
- 5) El cáncer: existe una teoría que sostiene que las células mutantes se producen continuamente en el organismo, pero que, normalmente, son destruidas por el sistema inmunológico, antes de que crezcan y se multipliquen. Está demostrado que las respuestas a los estresores, provocan pequeñas alteraciones en el sistema inmunológico del organismo. El estrés influye para que dichas células se reproduzcan de manera importante y lleguen a convertirse en tumores malignos.

Regularmente, entre los seres humanos, el estrés es considerado como un elemento negativo que, cuando se experimenta de manera continua, es significativamente dañino, al grado de considerarse como una de las causas de muchas enfermedades como: la diabetes, la hipertensión, la colitis, la migraña, la impotencia, los dolores de espalda, la artritis reumatoide, el asma, las diferentes alteraciones de la piel, la calvicie o las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, en este capítulo se subrayó cómo el estrés existe en la vida de todas las personas y que es visto también como un factor benéfico para la existencia, ya que puede representar una fuerza creadora que puede llegar a ser fuente de motivación y un paso definitivo para el logro de propósitos y metas en la vida. Es decir que, visto como un aliado, el estrés produce cambios químicos muy positivos en el cuerpo.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

En este capítulo se examina el tema de los trastornos alimenticios, por ser un asunto de gran importancia, ya que su presencia ha ido en aumento entre adolescentes y jóvenes de la sociedad actual. Se habla sobre todo de dos trastornos en específico: la anorexia y la bulimia nerviosas, de sus factores precipitantes, sus síntomas y tratamiento.

A continuación se aborda, de manera más detallada, el tema de los trastornos alimenticios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.

A través de la historia, según refieren Jarne y Talarn (2000), siempre han existido desórdenes en la forma de alimentarse de los seres humanos. Desde tiempos antiguos se le han dado diferentes significados al acto de compartir los alimentos, ya que se llegaban a organizar banquetes a los que se daba un carácter social y de poder; en ellos se consumía comida en forma desmesurada, a veces tenían también un importante simbolismo sagrado y durante estos eventos, se recurría al vómito autoprovocado para regresar a ingerir alimento de nuevo.

En la religión cristiana, el abstenerse de alimento por medio del ayuno, era una importante forma de practicar la penitencia, que era concebida como un medio para elevar el espíritu.

A Catalina de Siena se le considera quizá como la más famosa anoréxica de la historia. Nacida en 1347 en una familia acomodada, fue educada profundamente en la religión cristiana y desde la edad de siete años, la niña comenzó a realizar penitencias de ayuno que ella se imponía; durante la adolescencia se alimentaba sólo de hierbas y pan.

Aunque Jarne y Talarn (2000) refieren que no todos los casos parecidos eran interpretados como actos de sacrificio y penitencia, se comenzaron reconocer las manifestaciones este fenómeno como verdaderos casos clínicos.

Los autores antes mencionados también hablan de otros temas de la historia que han colaborado para ir estudiando esta alteración, como el caso de Marthe Taylor, que en 1667 presentó un cuadro de inanición, por lo que fue visitada por médicos, nobles y clérigos que pretendían hacerla tomar alimento. Ella comenzó a presentar amenorrea y vómito, entre otros síntomas.

Por otra parte, en 1873, Gull, un médico inglés, realizó descripciones completas de cuadros anoréxicos; comprobó que no existía patología orgánica que ocasionara anorexia, de modo que se inclinó por atribuir a la anorexia una etiología psicológica.

Lassege y Gull describieron cuadros anoréxicos más parecidos a los actuales. Las primeras teorías sugerían una afección de origen panhipopituitario, después vinieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico; durante los años setenta, el problema se concibe desde un punto más pragmático y heterodoxo, que tomaba en cuenta como orígenes del trastorno, factores psicológicos, biológicos y sociales, por lo que se sugiere atención multidisciplinaria que abarque tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

En 1979, Russell describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que relacionaba con la anorexia nerviosa; en algunas pacientes el cuadro evolucionaba rápidamente y a esto le llamó bulimia nerviosa como una forma de evolución de la anorexia (referido por Jarne y Talarn; 2000).

Por su parte, Lahortiga y Cano (2005) hacen referencia a que desde tiempos antiguos, se sabe que una alimentación correcta aumenta la esperanza de vida, disminuye la tasa de mortalidad y la incidencia de muchas enfermedades.

“Ya Herodoto, historiador griego del siglo V a.C., relataba la creencia de los egipcios, de que los alimentos constituían el origen de todas las enfermedades. La misma idea era promulgada por el médico griego Hipócrates, cuando aconsejaba ‘que tu alimento sea tu mejor medicina’, o por el médico inglés Herbert, quien en el siglo XVII afirmaba ‘quien quiera que haya sido el padre de la enfermedad, una mala dieta fue su madre’” (Lahortiga y Cano; 2005: 9).

Estos autores definen a la alimentación como “una conducta biológica universal encaminada al mantenimiento del equilibrio vital y de la propia existencia; el ser humano necesita comer para vivir y realizar sus actividades normales. Pero el acto de comer, tiene un significado y unas implicaciones que van más allá de la pura satisfacción de una necesidad biológica” (Lahortiga y Cano; 2005: 9-10).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

Los trastornos alimenticios se definen como aquellas alteraciones graves que se presentan en la forma de alimentarse de los seres humanos, la American Psychiatric Association (APA; 2002), menciona que los trastornos alimenticios más comunes son dos: la anorexia y la bulimia nerviosas.

La anorexia nerviosa “se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad” (Jarne y Talarn; 2000: 150).

En cuanto a la bulimia nerviosa, de acuerdo con Jarne y Talarn (2000: 164), “es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas”.

Según refiere la APA (2002), existe una característica en común para la anorexia y la bulimia nerviosas, que es la alteración en la percepción de su cuerpo.

Por su parte, el DSM-IV-TR (citado por Jarne y Talarn; 2000) indica que existen dos tipos de bulimia que son: el purgativo, en el que el individuo se provoca el vómito, o bien, usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso; el otro es el no purgativo, que se caracteriza por el empleo de otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, sin recurrir a las conductas que se presentan en el tipo purgativo.

De acuerdo con Castillo y León (2005), a los trastornos de alimentación más frecuentes como la anorexia y la bulimia, suelen agregarse en la práctica clínica, otras perturbaciones como: la hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, vómitos en otras alteraciones psicológicas, trastornos de la conducta alimentaria en la infancia, entre otros. De ellos se hablará posteriormente de manera más detallada.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

Según Lahortiga y Cano (2005), la anorexia nerviosa es un trastorno que se presenta en la conducta alimentaria de la persona, caracterizado por una pérdida progresiva de peso, que puede llegar a ser causa de una severa desnutrición provocada por la misma paciente por medio de una disminución en la ingesta de alimentos, por la evitación de aquellos que engordan y por conductas encaminadas a

la pérdida de peso como pueden ser: vómitos, abuso de laxantes o ejercicio físico intenso.

El motivo es el deseo de adelgazar, dada la insatisfacción que la paciente presenta con respecto a su imagen corporal. La característica psicopatológica principal de este trastorno es la alteración de la percepción de la imagen corporal a la que también se le conoce como dismorfofobia, que es la percepción que lleva a la paciente a sobrevalorar las dimensiones de la silueta corporal y a seguir viéndose gorda, a pesar de estar incluso en un estado de desnutrición grave y de extrema delgadez.

La distorsión de la imagen también se acompaña de un miedo intenso a engordar, de una preocupación constante por el peso y la figura, así como sentimientos de insatisfacción respecto al propio cuerpo, aunque a veces la paciente sólo está insatisfecha por algunas partes como los muslos, las nalgas o las caderas.

Esta enfermedad es muy frecuente entre la población femenina joven por considerar que su figura no encaja en los parámetros de la moda. Se asocia a una baja autoestima, a la edad en la que aparecen estos trastornos como son la pubertad y la adolescencia.

En la anorexia la autoestima está muy determinada por la imagen corporal y la aceptación social.

La pérdida de peso se consigue por varios medios, por ejemplo, a través de la restricción de alimentos con alto valor calórico como las grasas y los carbohidratos; se emplea también la dieta rigurosa o el ejercicio intenso. Se puede llegar, según Lahortiga y Cano (2005), hasta el uso de conductas patológicas como el provocarse el vómito, el uso y abuso de laxantes, diuréticos y otros fármacos como los anorexígenos.

El trastorno suele iniciarse entre los doce y los dieciocho años de edad. La paciente suele carecer de conciencia de la enfermedad y negar la preocupación extrema por el peso.

Es frecuente que la persona emplee excesivamente la báscula y que su enemigo principal sea el espejo. Se vuelve un hábito sentir culpa tras la ingesta de alimento, sentirse llena, experimentar molestias en el estómago, irritabilidad e insatisfacción por no poder controlar la ingesta; se desencadenan mecanismos compensatorios como vómitos autoinducidos, uso de laxantes y ejercicio extenuante.

También se altera en estas personas el modo de comer: comen lentamente, manipulan los alimentos, los trocean en pequeñas porciones, mastican una y otra vez antes de tragar el alimento, rechazan comer en compañía, se angustian cuando llega el momento de comer, se sienten tensas, inquietas y con culpa; por medio del vómito evitan la asimilación del alimento.

Cuando ya existe la desnutrición, se presentan alteraciones endocrinas como retraso en la secuencia del desarrollo y amenorrea, como signos físicos, estas pacientes presentan ojos hundidos, huesos prominentes, caída de cabello, alteraciones en la piel, que se muestra rugosa, seca, agrietada y se traduce en apariencia de envejecimiento.

A lo anterior se agregan los síntomas psicopatológicos como: tristeza, sentimientos de insuficiencia, angustia, ansiedad, aislamiento social, autoestima muy negativa, actitud de perfeccionismo y rigidez, búsqueda de corrección en todas las áreas de su vida, incluso la delgadez se interpreta como perfecta; también se presenta un alto nivel de exigencia e insatisfacción personal.

En la paciente anoréxica se ven alteradas sus relaciones interpersonales, pues tienden al aislamiento, a la inestabilidad emocional y a la irritabilidad, perdiendo así la calidad en sus relaciones.

Jarne y Talam (2000: 186), hablan de cómo “la adolescente anoréxica no puede ‘digerir’ los duelos que le suponen los cambios producidos en su cuerpo. Perder peso significa borrar las formas femeninas para las que no se encuentra preparada para afrontar. La anoréxica no sólo teme a su voracidad, sino también a la proximidad corporal, la ternura, rechazando en general todo lo que proviene de los otros”.

Cabe mencionar que existen dos subtipos de anorexia: el restrictivo, en el que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso; y el tipo compulsivo/purgativo, que se da cuando el individuo recurre a atracones, purgas o ambos. También pasan por episodios de atracones al recurrir a purgas, provocarse el vómito o utilizar diuréticos, laxantes o enemas en exceso.

2.2.2 Bulimia nerviosa.

La Bulimia nerviosa es “un Trastorno de la Conducta Alimentaria que posee muchas características psicopatológicas comunes a las de la Anorexia nerviosa, pero que presenta una característica claramente diferenciadora de aquélla, y es la presencia de atracones, esto es, de episodios de ingesta de grandes cantidades de alimento (significativamente superiores a lo que sería normal ingerir en circunstancias similares), en un espacio corto de tiempo y con un sentimiento de pérdida de control, de no poder parar de comer” (Lahortiga y Cano; 2005: 23).

Después de haber definido la bulimia nerviosa y mencionado lo que es el atracón como su característica principal y distintiva, Lahortiga y Cano (2005) señalan que al atracón también le son aplicados ciertos adjetivos característicos, como son: que es cuantioso, rápido, incontrolable y egodistónico, es decir, no deseado ni placentero para la paciente. La duración de este episodio puede ser muy variable.

El DSM-IV-TR (APA; 2002) establece como criterio diagnóstico de la presencia de un atracón, que éste ocurra en un período corto de tiempo, por ejemplo, dos horas.

El tipo de alimentos que la persona ingiere durante el atracón varía entre unos casos y otros, aunque en la mayoría se consumen dulces y alimentos de alto contenido calórico, a pesar que de manera habitual son éstos alimentos los que la paciente evita.

La forma de comer de estas pacientes es muy irregular, ya que durante el día puede ser que sigan una dieta estricta y coman poco; pero puede suceder que a media tarde caigan en el acceso bulímico y se presente el atracón. También la cantidad de alimento ingerido varía, pudiendo llegar a consumir hasta 4,000 calorías en un episodio.

El atracón suele presentarse en secreto, por lo general en el propio domicilio; la forma de comer es muy rápida y muchas veces sin masticar, se come vorazmente y la frecuencia con que esto sucede va en aumento según la evolución de la enfermedad.

Las pacientes bulímicas presentan mayor resistencia para aceptar el diagnóstico, a diferencia de las pacientes anoréxicas, por el hecho de que mantienen en secreto su enfermedad incluso durante años, pues tarda más tiempo en notarse el

cambio en su peso corporal, que suele mantenerse dentro de límites normales y ello propicia que este trastorno alimenticio sea menos evidente hacia el exterior.

Según mencionan Lahortiga y Cano (2005), existen varios factores que desencadenan un atracón: la sensación de hambre producida por el ayuno prolongado que la paciente ha mantenido durante el día, factores ambientales y sobre todo emocionales, dentro de los que se consideran relevantes: dificultad en la relación con la familia o los compañeros, un estado de tensión, ansiedad o intranquilidad interna, una situación de aburrimiento o de soledad. La paciente suele resistirse hasta que sucumbe al atracón. Esto le lleva a experimentar una mejoría pasajera ante los sentimientos negativos, aunque a esto le sigue invariablemente el sentimiento de culpa, vergüenza, autodesprecio, miedo intenso a engordar, sensación de hinchazón y malestar corporal. Como consecuencia de lo anterior, la paciente practica formas de impedir el aumento de peso como el vómito provocado, obtiene así como ganancia el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a engordar, perpetuando de esa manera esta conducta y haciendo que se forme un ciclo de atracón-vómito-atracón.

Las personas con bulimia nerviosa utilizan también otros mecanismos para evitar el aumento de peso, como laxantes, diuréticos, anorexígenos o ejercicio físico intenso.

En el núcleo tanto de la bulimia como de la anorexia de tipo nervioso, se presenta en común la intensa preocupación por el peso y la imagen corporal, que se traduce en un miedo morboso a engordar.

Existen también dos subtipos que son: el purgativo, en el que el enfermo se provoca el vómito y hace un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio; y el tipo no purgativo, en el cual el enfermo emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas, como el ayuno y el ejercicio intenso, sin provocarse el vómito ni hacer mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

2.2.3 Obesidad.

Según mencionan Jarne y Talarn (2000), a la obesidad no se le considera un trastorno psiquiátrico como lo son la anorexia y la bulimia, sino un cuadro médico que representa riesgos para la salud cuando el peso corporal está por encima del considerado como el ideal, estos autores refieren que se considera obesidad cuando el peso supera el 30% del adecuado según la edad y la talla de la persona.

La obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal. En este cuadro aparte de los riesgos que representa para la salud, se añaden otros factores importantes como son las cuestiones estéticas y sociales, que darán posteriormente origen a problemas psicológicos.

Esta alteración médica, se debe abordar multidisciplinariamente, ya que en las últimas décadas se ha presentado un incremento importante en el mundo occidental y los factores sociales influyen de manera importante. Es mucho más frecuente en personas de baja posición social, afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres, principalmente en edades de los cincuenta años en adelante.

Las consecuencias físicas de la obesidad pueden ocasionar alteraciones médicas como hipertensión, diabetes mellitus, hiperlipidemia, intolerancia a los carbohidratos, trastornos cardiovasculares, pulmonares y renales, riesgos en intervenciones quirúrgicas que pueden ser por problemas con la anestesia, complicaciones durante el embarazo, problemas en las articulaciones, artritis, dolores de espalda, dificultades en las nalgas, problemas con las rodillas y los tobillos, gota, insuficiencia respiratoria y también complicaciones como las tumorales, de las que se ha hecho mención en estudios recientes.

Otras características propias de la obesidad, son: la presencia de ansiedad, sintomatología somática, depresión, menor sociabilidad, alteraciones atencionales, alteraciones del ritmo e impulsividad. Es considerada como un problema social y psicológico. La obesidad es vista como un signo de dejadez, incultura, falta de autocontrol y déficit psicológico (Jarne y Talarn; 2000).

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

La hiperfagia es un término que según la CIE-10, (citada por Castillo y León 2005: 225), se refiere a la “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una ‘obesidad reactiva’, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso”.

Es importante que se distinga este trastorno de otras situaciones que se dan en las personas como: cuando se padece de obesidad y a consecuencia de ello, se cae en falta de confianza en las relaciones interpersonales y en baja autoestima, o cuando la obesidad se presenta como efecto secundario de tratamientos farmacológicos. Este trastorno también se conoce como hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

A este tipo de trastorno se le conoce también como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

Como características principales se presentan “vómitos repetidos no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, y en el embarazo en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes” (Castillo y León; 2005: 225).

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Según menciona Jiménez (1997), al hablar sobre problemas alimenticios menores, se alude a un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación y que no representan un riesgo grave, en la mayoría de los casos, para la salud del infante.

Palmer, Thompson y Linscheid (citados por Jiménez; 1997: 210), refieren que “no existe un sistema de clasificación estándar de los desórdenes de alimentación en la infancia. Esto es debido en gran parte a la extensa variedad de problemas relacionados con la alimentación, así como a la multitud de disciplinas que se han venido ocupando de tales problemas”.

Con respecto a la psicología, Jiménez (1997) señala que se han tratado de clasificar de diferentes maneras los trastornos alimenticios infantiles, que algunos se basan en los síntomas del niño y otros, en la posible etiología.

Por su parte, Palmero y cols. (citados por Jiménez; 1997) proponen una clasificación basada tanto en la naturaleza del problema, como en sus posibles causas. De este modo, las perturbaciones se clasifican en: problemas de conducta a la hora de las comidas, hábitos dietéticos inadecuados, negación a tomar múltiples alimentos, mantenimiento de las comidas trituradas durante un tiempo excesivo, demora o dificultad para tragar, succionar o masticar y prolongación en el tiempo de la ayuda para comer.

A la vez, Jiménez (1997) agrupa las posibles causas de estos problemas en tres categorías: un entrenamiento inadecuado de los comportamientos relacionados con la alimentación, la existencia de algún tipo de disfunción neuromotriz o la presencia de algún obstáculo estructural que impide la aparición de comportamientos alimenticios adecuados.

Por su parte, Linscheid (retomado por Jiménez; 1997) añade cuatro categorías: pica, sobrealimentación, baja ingesta de alimento y rumiación de la comida; incorporando además, como otras posibles causas de algunos de ellos, las anormalidades médicas y genéticas.

El psicólogo clínico infantil, se encontrará con múltiples variables susceptibles para ser tratadas, descartando, primeramente, las orgánicas. Para ello se recomienda que, antes de poner en marcha cualquier tratamiento psicológico, se consulte a otros especialistas.

También se presentan en el infante otros comportamientos y hábitos inadecuados durante la comida, por ejemplo: la costumbre de comer de pie o levantarse continuamente de la silla; comer sólo si al mismo tiempo está jugando o si un adulto lo observa, le cuenta una historia o simplemente le habla; negarse a utilizar los cubiertos para comer, cuando así lo requiere el tipo de alimento; negarse a comer solo, cuando ya tiene edad para ello, además de todas las conductas que impiden que el niño adquiera hábitos alimenticios adecuados.

Es importante que los padres puedan prevenir este tipo de comportamientos en sus hijos, sobre todo entre los 1 y los 5 años, ya que en esta edad suele suceder que el apetito del niño es menor que en su primer año de vida, que sus preferencias alimenticias sean más variables y que comiencen a desarrollarse comportamientos de la autonomía personal del niño, oponiéndose así a las reglas familiares (Bakwin y Bakwin, citados por Jiménez; 1997).

Otros problemas alimenticios que frecuentemente se presentan durante la infancia, son: comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimenticios inadecuados, rechazo de alguna clase de comida, negación a tomar alimentos sólidos, ingesta de comida sólo si está mezclada, falta de apetito, tiempo de comida excesivo y vómitos.

También suele suceder que “el miedo a que deje de comer, a que llore o, simplemente, a que impida a los que le rodean, que sigan con lo que están haciendo, lleva al adulto a permitirle al niño conductas que, en un principio, facilitan la ingesta de comida, pero que posteriormente convierten ese momento en una pesadilla” (Jiménez; 1997: 212).

En lo que respecta al rechazo de alguna clase de comida, habrá que observar si el alimento que no quiere ingerir el niño es importante para su adecuada nutrición y si tal rechazo se prolonga por bastante tiempo. Los motivos pueden ser el olor, el sabor, la mayor o menor dificultad de ingerir dichos alimentos. Para esto, Jiménez

(1997) recomienda, como se mencionó antes, primero consultar al pediatra para descartar algún motivo físico.

En cuanto a la negación ante los alimentos sólidos, aunque el niño alcance su peso y talla adecuados, si se prolonga, habrá que tomar medidas, ya que eso puede dañar sus encías y dientes. Dicha oposición se suele presentar cuando al bebé se le cambian sus papillas por alimento sólido, generalmente a partir de los ocho meses de edad.

Por parte de los padres o cuidadores del infante, es importante que estén atentos a este hecho, ya que por tal de ver comer al niño pueden ceder a sus exigencias y prolongar este paso en el desarrollo del hijo; si eso sucede, se convertirá en un problema que requerirá atención del especialista, o bien, del tiempo, la sistematicidad y la paciencia de los padres.

Sobre la ingesta de comida mezclada, Jiménez (1997) menciona que por lo general, son los padres quienes propician este problema, que consiste en sólo ingerir alimentos triturados y mezclados con otro sabor. Esto pareciera ser una solución inmediata, pero se puede convertir en un problema, ya que ocasionará que el niño se niegue a esforzarse en masticar, pues se acostumbra a recibir las porciones trituradas y mezcladas, creando así el rechazo de los alimentos cuando no se le ofrecen mezclados.

En cuanto a la falta de apetito, Jiménez (1997) refiere que el desarrollo evolutivo del niño es variable y llega a ser un importante motivo de preocupación para sus padres, su percepción sobre la cantidad de comida que ingiere el niño y la que debiera ingerir, muchas veces está distorsionada. Para esta inquietud es aconsejable acudir al pediatra a consulta para saber si el infante está dentro de los niveles normales en cuanto a la cantidad de comida que ingiere.

Es importante, habiendo comprobado que todo está dentro de lo normal, tranquilizar a los papás y brindarles información adecuada. Sin embargo, cuando el problema aparece, puede manifestarse de dos maneras: que el niño coma poco en general, o que suceda esto sólo con determinados alimentos.

El tiempo de comida excesivo es un problema que se presenta de manera más frecuente. Los motivos de la lentitud del niño son varios y dependen de cada caso. Se pueden resumir en los siguientes: rechazo a ingerir el alimento que se le ha preparado; negación a pasar de la comida triturada a la sólida; oposición a tomar toda la comida que los padres quieren que coma o excesivos estímulos distractores a su alrededor que le impiden concentrarse en el acto de comer. Si esto se prolonga, se convierte en un problema, ya que el niño va formando una especie de pelota con la comida dentro de su boca llamada "bolo" y la pasa de un lado a otro sin tragarla. Esto no sucede con frecuencia y, cuando se da, suele ser en niños con deficiencias psíquicas (Del Barrio, citado por Jiménez; 1997).

El problema de los vómitos es menos frecuente, aunque alarma a los padres cuando sucede porque lo relacionan con un problema físico; de igual manera que en los problemas antes mencionados, habrá que descartar el aspecto orgánico acudiendo al pediatra. De comprobarse que no existe enfermedad física, habrá que considerar si el problema se encuentra en el medio en el que el niño se desenvuelve.

Los vómitos pueden producirse como rechazo a la comida, o por una causa bien conocida por el profesional: la escuela, que puede ser por varios motivos: el niño vomita al salir de casa, o antes de llegar a la escuela, o al haber ingresado, en estos casos el niño consigue evitar o escapar de alguna situación que le resulta desagradable, ya que con el acto de vomitar sus cuidadores lo llevan a su espacio seguro, alejándolo de lo que le desagrada.

El profesional habrá de indagar en dos direcciones concretas: si el vómito está relacionado con algún alimento, o si es un medio de escape de alguna situación desagradable para el infante y que no está relacionado con la comida. (Jiménez; 1997).

“Son muchos y variados los motivos por los que un problema alimentario surge y/o se mantiene. Sin embargo, todos ellos los podemos dividir en dos categorías de variables: extrínsecas e intrínsecas. Las primeras hacen referencia a variables ajenas a la comida propiamente. Las segundas tienen una relación directa con la alimentación” (Jiménez; 1997: 217).

Las variables extrínsecas son: el refuerzo social, que es la atención que recibe el niño cuando realiza las conductas problemáticas; consecuencias materiales reforzantes, que consisten en conseguir refuerzos tangibles que llevan al infante a repetir la conducta una y otra vez para conseguir lo que quiere; observación de la conducta, consiste en que el niño observa a otra persona que realiza determinada conducta para obtener algo que desea y aprende también él a conseguirlo imitando a quien le sirve de modelo.

Las variables intrínsecas son: el olor, el sabor, la comodidad, como un factor que le evita hacer esfuerzos incómodos que le impiden realizar actividades agradables para él y que se ven interrumpidas cuando se le ofrece alimento; la inapetencia es otra variable intrínseca que se refiere al desgano que presentan niños que comen sin hambre, por lo que para ellos nunca es momento de comer. El motivo es la frecuencia con que comen, pues los padres les dan frecuentemente alimento porque consideran que come muy poco, así caen en un círculo vicioso.

Las consecuencias que sufren los padres ante este problema son: preocupación por la falta de ingesta adecuada de su hijo, ansiedad ante posibles efectos negativos, relaciones desagradables con el hijo en esos momentos y, a menudo, discusiones y situaciones tensas en la pareja. (Jiménez; 1997).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

Ajuriaguerra (1973) menciona cómo desde el momento en que el ser humano nace, ya existe en él un reflejo oroalimenticio que, como reacción oral, le permite empezar a relacionarse con el mundo externo. A continuación se hará mención de la organización y de las alteraciones de la esfera oroalimenticia en el infante.

2.3.1 Organización oroalimenticia.

“En la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento” (Preyer y Thomas, citados por Ajuriaguerra; 1973: 178).

Para el recién nacido, la madre aún no es un objeto amado, sino que es percibida como “la madre alimento”; desde los primeros momentos de vida del ser humano, la conducta infantil ante el pecho materno, pasa por diferentes fases: a los ocho días de nacido, el niño responde a señales que son las de sensibilidad profunda y del equilibrio, esto es, al tomarlo en brazos para tetar, vuelve la cabeza hacia el pecho de la persona que le tiene en brazos.

Hacia el segundo mes de vida, el niño sólo conoce la señal de la comida cuando tiene hambre.

Cuando va a cumplir tres meses reacciona ante la presencia del adulto que se le acerca al llorar porque tiene hambre.

Poco después, el niño fijará ya su mirada en los ojos maternos mientras mama. El objeto que le satisface y la persona que le consigue su satisfacción están íntimamente unidos.

Hacia los tres meses el niño reacciona al tomar el biberón con cambios motores o movimientos de succión.

A partir del segundo año, el infante distinguirá entre su madre y el alimento. En este sentido, “la actividad oral es una fuente de satisfacción y una necesidad biológica de nutrición. Es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo, consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

Durante un tiempo, la boca del niño será un medio que le permitirá apropiarse de los objetos. Esto contribuye a un conocimiento muy elemental de su cuerpo, por ejemplo, cuando el infante lleva el dedo o el pie a su boca. Estos inicios del conocimiento se completarán al captar visual o táctilmente el mundo exterior, cuando ya le sea posible localizar un cuerpo fuera del suyo.

El hecho de chupar el pulgar, muestra que el niño hace funcionar automáticamente la succión para lograr un placer cuando no tiene a su alcance el

seno materno. La introducción oral es también la realización de una elemental identificación.

Ajuriaguerra (1973: 180), refiere que K. Abraham divide el período oral en dos fases: “una fase preambivalente en la que subjetivamente todavía no existe el objeto, en que únicamente se busca el placer de la succión, y una fase ambivalente posterior a la salida de los dientes, cuyo objetivo será morder los objetos, se denominará sadismo oral, frente al anterior erotismo oral”.

Ajuriaguerra (1973) considera que los niños, desde recién nacidos, tienen los elementos necesarios para comportarse de una determinada manera ante el alimento. Esos recursos son de dos tipos: los instintivos, naturales y no condicionados, y los adquiridos, dados por la educación y condicionados.

Es importante mencionar en este apartado, los conceptos de hambre y apetito. El hambre, según Debré y otros (citados por Ajuriaguerra; 1973), es un estado somático provocado por la privación de alimento y que desaparece por la ingestión de comida. El apetito es un estado consciente caracterizado por el deseo de comer, estrechamente condicionado por una experiencia anterior y provocado por el gusto de una comida concreta.

Dar alimento a un niño no es simplemente un acto nutritivo, ni sólo proporcionarle algo por vía oral, sino una entrega por parte de la madre, de sí misma, no sólo por el pecho que da, sino por su actitud. Las mejores madres son las mejores

nodrizas. “En el acto de mamar, el niño encuentra su comodidad, una posición acariciadora, un olor característico; todas sus ansias son satisfechas y son inseparables. No sólo se le satisface su hambre, sino todas sus necesidades.” (Ajuriaguerra;1973: 182-183).

La comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia. El comer significa varias situaciones: alimentarse, sentir placer, un acto cuya finalidad última es crecer.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

En cuanto a las alteraciones en la esfera oroalimenticia del infante, Ajuriaguerra (1973) refiere que son: la anorexia del recién nacido, la de la segunda infancia, la anorexia mental esencial de las adolescentes y la mental masculina, las cuales se explicarán a continuación.

La anorexia del recién nacido se divide en: anorexia esencial precoz, que puede aparecer en las primeras semanas de vida o en el primer día. Suele presentarse en individuos de poco peso, nerviosos, muy despiertos, que al principio muestran pasividad ante la comida y pasados algunos meses, se muestran reacios a comer; la anorexia del segundo semestre, por su parte, aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimir paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

Según el comportamiento infantil ante la comida, existen dos tipos de anorexia: la inerte, que se da cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera; a veces ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o, incluso vomita lo poco que haya podido tomar. Por otra parte, la anorexia de oposición, que es un auténtico enfrentamiento, ya que el niño reacciona ante la comida con chillidos, agitación, intensa rotación tónica, no queriendo comer, con rechazo, vómitos y métodos de los que se vale para rechazar la comida que le ofrecen los padres.

En el segundo semestre, Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia: la simple, que al inicio se parece a la reacción del infante al destete, ante el cambio de alimentación o ante un factor orgánico, que provoque una anorexia pasajera; y la anorexia compleja, que presenta síntomas intensos con resistencia a los tratamientos habituales, el niño manifiesta desinterés por la comida.

Los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto con la madre.

Por otra parte, la anorexia de la segunda infancia suele seguir a la de la primera, pero también se da en niños que se han alimentado normalmente en su primer año de vida y cuyo rechazo por el alimento es causado por la ritualización de su comida en el contexto familiar.

La anorexia mental esencial de las adolescentes, suele presentarse en la pubertad o en la adolescencia, en jóvenes que viven en un ambiente muy dominante,

que por lo regular son muchachas extremadamente mimadas; en algunos casos cuando la joven es hija única y, en general, de un medio económico elevado. La adolescente con anorexia mental minimiza la importancia de su problema, no siente hambre pero argumenta que eso no le impide sentirse bien.

Con respecto a la anorexia mental masculina, Ajuriaguerra (1973) menciona que es mucho más rara que la anorexia que surge en la adolescente; este trastorno se origina en la adolescencia. Fuera de la amenorrea, no parece haber trastornos somáticos, metabólicos o endocrinos propios de la anorexia en ninguno de ambos sexos. Sólo en algunos casos se presenta un importante retraso en el desarrollo físico y genital; en cuanto al aspecto mental, hay diversos tipos de personalidad: obsesiva, fóbica, histérica o esquizoide.

Se cree que la diferencia entre muchachos y muchachas con anorexia mental, es la hiperactividad, pero se cree que esto se da en la adolescente, mientras que en el varón, suele ser que predomine la apatía y la pasividad; estos muchachos viven en un ambiente familiar neurótico. También es importante mencionar que en estos muchachos existen relaciones especiales con la madre, ya sean de enfrentamiento o de excesiva dependencia.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Lahortiga y Cano (2005) refieren que no resulta fácil detectar un trastorno de la conducta alimentaria, dado que estas perturbaciones se presentan en la etapa

puberal e incluso prepuberal, así como en la adolescencia; las pacientes son muy celosas de guardar en intimidad el inicio de los síntomas que se van manifestando de manera notoria en su aspecto físico.

El hecho de que los hijos coman en casa solos a consecuencia de que en la actualidad es usual que ambos padres trabajen, puede favorecer, según Lahortiga y Cano (2005), el inicio de algunas conductas alteradas con respecto a la comida, que desemboquen en un trastorno alimentario. Aunque también si los fines de semana se intenta dedicar tiempo a los hijos por parte de los padres trabajadores, suele suceder que, a esa edad ellos rehúyan el ambiente familiar, buscando un tiempo para relacionarse con sus iguales.

Por parte precisamente de los padres de familia y prestando atención a detectar si algo no funciona en los hijos, se podrán observar un conjunto de signos y síntomas para descubrir posibles irregularidades en la conducta alimenticia de los menores de la familia. Estos signos se dividen en cuatro grandes grupos de alteraciones: psicopatológicas, de la conducta alimentaria, de la dieta y del estado físico.

En cuanto a las alteraciones psicopatológicas, se detecta un aumento de la preocupación por el peso y la figura; alteraciones de la afectividad como tristeza, ansiedad y culpa; baja autoestima; pérdida de atención y dificultad para la concentración; presencia de insomnio y aislamiento del grupo, entre otras.

Con respecto a las alteraciones conductuales, se comienza a sentir la necesidad imperiosa de conocer el peso y las medidas corporales; hay una manifiesta hiperactividad en acciones cotidianas; se comienzan a utilizar las dietas o los productos adelgazantes y se presentan visitas frecuentes al cuarto de baño en las comidas. Referente a las alteraciones en la dieta, surgen como signos: el interés creciente por las dietas adelgazantes, el aumento en el consumo de productos bajos en calorías, la evitación de las comidas familiares, manifiesta inquietud durante la comida, surge un interés novedoso por preparar las comidas, también se presenta el jugueteo con la comida y el retraso en la finalización.

En cuanto a las alteraciones físicas, están la disminución notoria de peso, la presencia de amenorrea o retraso de la menarquia, la caída de cabello, la piel escamosa y seca, las molestias abdominales, entre otras (Lahortiga y Cano; 2005).

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

De acuerdo con Lahortiga y Cano (2005), los trastornos alimenticios son enfermedades en las que intervienen múltiples elementos causales. Es difícil, hasta la fecha, poder establecer razones específicas de su presencia. A continuación se mencionan algunos de los factores más conocidos: los individuales, familiares y sociales.

2.5.1 Factores predisponentes individuales.

Entre los factores individuales que predisponen a padecer un trastorno alimenticio, se encuentran: la pertenencia al sexo femenino (en proporción de diez a uno con respecto a los varones); la edad, siendo la pubertad y la adolescencia las etapas en que existe una mayor incidencia de la presencia de estas patologías, aunque existen raras excepciones que las presentan después de los treinta años o durante la infancia.

Existen componentes biológicos como la predisposición genética: es importante mencionar que el hecho de tener algún familiar afectado con algún tipo de trastorno alimenticio, arroja diez veces más probabilidades de sufrir la enfermedad que alguien que no tiene dicho antecedente familiar, aunque es determinante el entorno familiar y ambiental en que se desarrolla el individuo.

Como factor individual también se tiene en cuenta, según Lahortiga y Cano (2005), una vulnerabilidad bioquímica a la enfermedad, en forma de una alteración de los neurotransmisores implicados en los mecanismos del control de la alimentación, a la vez que una fragilidad fisiológica en forma de alteración de la función neuroendocrina y de los ejes de regulación hormonal.

Existen además características de personalidad que hacen a una persona más vulnerable a padecer estos trastornos alimenticios, como: la inmadurez, la baja autoestima, la inestabilidad emocional, la inseguridad, el miedo a madurar, la

dificultad para ser autónomo, baja tolerancia a la frustración, la dificultad para el control de los impulsos, la ausencia de hábitos bien estructurados, entre otras. Es difícil distinguir si estas características anteceden al comienzo del trastorno alimenticio, o son consecuencia del mismo.

Estas personas tienden a basar su autoestima exclusivamente en su apariencia física, esto constituye un motivo para que el concepto que tienen de sí mismas oscile en función de una báscula. Buscan constantemente la perfección en todos los aspectos de su vida, conseguir las mejores notas en los estudios, el mejor trabajo, el cuerpo perfecto. Además de seguir la ley del “todo o nada”, “del 0 o el 10”, para poder valorar sus logros, considerando como fracasos el no alcanzar sus metas, lo que trae como consecuencia los sentimientos de inferioridad.

Lahortiga y Cano (2005) hablan de la importancia de tener muy en cuenta el período evolutivo en que aparecen estas enfermedades, como son la pubertad y la adolescencia; estas etapas del desarrollo del ser humano son caracterizadas por tensiones, conflictos y cambios, tanto en el aspecto corporal como en el familiar y social en que el joven tiene que comenzar a asumir el papel de adulto, hacer frente a nuevas responsabilidades y abandonar el papel de dependencia familiar, con los miedos naturales que esto genera.

Los cambios corporales de la pubertad-adolescencia como el aumento de peso, de talla, la aparición de caracteres sexuales secundarios, generan en la adolescente malestar con su propio cuerpo e inseguridad. Lo anterior repercute en su

autoestima, pues empieza a vivir la época en que la necesidad de estimación y de aceptación externa es un valor muy buscado, de manera que, según refieren Lahortiga y Cano (2005), la imagen externa se convierte en la medida de la autoestima de la adolescente.

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

Costin (2003) refiere que es difícil establecer características familiares específicas que predispongan a las personas a presentar algún trastorno en su forma de comer, pues suelen detectarse los síntomas y signos cuando estos casos acuden en busca de ayuda profesional, generalmente ya estando presente el trastorno.

“Es importante destacar que ninguno de los rasgos individuales o características familiares por sí mismos ‘son causa’ o ‘producen’ un trastorno de la alimentación, sino que simplemente predisponen a eso. Por lo tanto, es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona, lo que precipita la situación” (Costin; 2003: 72).

Según Lahortiga y Cano (2005), a pesar de que se han llevado a cabo muchas investigaciones sobre los factores familiares implicados en la génesis de un trastorno alimenticio, no ha sido posible llegar a demostrar con certeza que existan unas características familiares específicas para que uno de sus miembros presente trastornos en su forma de comer. Sin embargo, se pueden tener en cuenta las que las pacientes refieren en consulta más comúnmente: la ausencia de hábitos

alimentarios familiares adecuados; la preocupación excesiva de los padres por la imagen corporal, por la apariencia externa y el éxito de los hijos; la presencia de obesidad en algún miembro de la familia, o la existencia de patrones de interacción familiares anómalos; la ausencia de comunicación entre los miembros de la familia, la incapacidad para resolver los conflictos que se presentan en la familia y la sobreprotección, entre otros.

Costin (2003) también menciona algunas características a tener en cuenta como precipitantes del trastorno alimenticio: la escasa comunicación entre los miembros de la familia, la incapacidad para resolver los conflictos que se presentan, la sobreprotección por parte de los padres, la rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa, la ausencia de límites generacionales (por ejemplo, jóvenes con papel de madres), expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos, historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo, al igual que existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

2.5.3 Factores predisponentes socioculturales.

Entre los factores socioculturales que predisponen a desarrollar un trastorno alimenticio, se encuentra la evidencia de que en la sociedad actual existe un auténtico culto a la corporalidad. Una situación, como lo puntualizan Lahortiga y Cano (2005), en la que se privilegia un ideal estético de delgadez, que es

considerada como un bien, una meta, que se asocia con la belleza, el éxito y, en definitiva, con la felicidad.

De lo anterior se ocupan los distintos medios de comunicación (prensa, televisión, radio), a través de mensajes dirigidos sobre todo a la mujer, llegando de manera especial a las jóvenes, ya que su capacidad de crítica está menos desarrollada que la de un adulto.

La joven considera que tener un cuerpo perfecto es sinónimo de éxito personal, profesional y social. Influye también, continúan diciendo Lahortiga y Cano (2005), el alto porcentaje de la población que se siente insatisfecha con su cuerpo y expresa deseos de cambiarlo.

A la persona delgada se le atribuyen una serie de características positivas, como tener capacidad de autocontrol y sacrificio en las distintas facetas de su vida. A la mujer se le incita a conseguir un cuerpo perfecto, unas medidas ideales, de acuerdo con el patrón estético vigente que responde a la moda imperante.

Está comprobado que en muchos casos el factor que desencadena un trastorno alimenticio es el seguimiento de una dieta severa realizada por cuenta propia, sin asesoría médica; Lahortiga y Cano (2005) consideran que el origen de un trastorno alimenticio es multifactorial, de riesgo acumulativo, y mencionan algunos factores de riesgo principales: una circunstancia estresante, la muerte de un familiar, un desengaño amoroso, entre otros.

Como factores precipitantes, se habla también de la realización de dietas de adelgazamiento autoimpuestas por la misma paciente, la pérdida del hábito de comer en familia, ya que el hecho de comer solo hace que se pierda el vínculo social y afectivo de la comida familiar y facilita en la paciente hábitos alimenticios anómalos.

Una persona predispuesta a presentar un trastorno de alimentación es sumamente vulnerable ante la muerte de un familiar cercano, la separación de los padres, la existencia de un conflicto amoroso, estancias en el extranjero, las críticas o burlas de familiares o compañeros respecto a su figura.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

“Una de las características psicopatológicas que se observa en los enfermos diagnosticados de trastorno de alimentación es la presencia de trastornos de la imagen corporal. Estos pacientes manifiestan una gran insatisfacción con su propio cuerpo y con ellos mismos, que se suele asociar a una baja autoestima. La obsesión por obtener un bajo peso y un aspecto de extrema delgadez, íntimamente unido a un deseo y búsqueda de la satisfacción personal que se deriva de ello, adquirirá progresivamente en este tipo de pacientes una característica de necesidad imperiosa” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

La imagen corporal se define como “la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia” (Jarne y Talarn; 2000:144). Esto representa los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Se menciona que existen dos aspectos que

conforman el concepto que la paciente tiene de su imagen corporal: uno cognitivo, que corresponde a cómo se percibe el propio cuerpo; y uno emocional, que consiste en el sentimiento que provoca dicha percepción.

En las pacientes con trastornos de alimentación, la imagen corporal se puede observar de dos formas diferentes: la perceptual, que se refiere al grado de exactitud o de no exactitud con que la enferma considera las dimensiones de su cuerpo; el componente afectivo o emocional, que consiste en aquellos pensamientos y actitudes con respecto al propio cuerpo y, de forma indirecta, al grado de satisfacción o de insatisfacción con él.

Todo esto se resume en que las pacientes con trastorno de anorexia nerviosa, presentan un trastorno de la imagen corporal en diferentes formas: ante el propio concepto de su cuerpo, respecto a la percepción e interpretación cognitiva, de una sensación de falta de control, y en cuanto a sus funciones corporales.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Lahortiga y Cano (2005) añaden también factores llamados mantenedores del trastorno alimenticio, que pueden ser: el tiempo de evolución antes de iniciarse el tratamiento, la presencia de un trastorno psiquiátrico comórbido, es decir, que se presenta simultáneamente con el trastorno de alimentación; esto conlleva un peor pronóstico para la enfermedad.

Existen otros factores asociados a los síntomas del trastorno alimenticio, como por ejemplo: un estado de desnutrición, las modificaciones biológicas y psicológicas que surgen en la paciente, la presencia de conductas purgativas (vómitos, abuso de laxantes) que favorecen la presencia de atracones, formando así un círculo vicioso atracón-purga-atracón; cuando esto llega a presentarse, es objetivo prioritario la resolución de la enfermedad cortando estos comportamientos, aunque se incluye el tratamiento de la conducta alimenticia.

Por su parte, Costin (2003) considera a la dieta como un factor que perpetúa la enfermedad del trastorno alimenticio, ya que cuando el cuerpo está desnutrido o mal alimentado, genera malestar tanto en el aspecto anímico, como en el emocional de la paciente, causando disminución de fuerzas en el organismo.

Costin (2003: 101) refiere que “no es de sorprender que la respuesta del cuerpo a una restricción calórica tan severa sea un enlentecimiento general de todas las funciones corporales”.

Dentro de los trastornos anímicos que se presentan en el trastorno alimenticio, se encuentran: la desesperación sobre el futuro, sensación de depresión, descontrol, regresión, inseguridad, comportamientos autodestructivos, irritabilidad, intolerancia, dejar de disfrutar actividades que antes eran placenteras, o bien, presentar asco por la forma de alimentarse de los demás.

Los trastornos que surgen en los trastornos de alimentación a nivel físico, pueden ser: problemas en la visión, en la audición, cefaleas, sensibilidad a la luz, intolerancia ante el ruido, molestias del aparato digestivo, adormecimiento de extremidades, baja temperatura corporal, amenorrea, debilidad general y deshidratación.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Jarne y Talarn (2000) refieren que prácticamente en todos los trastornos psicopatológicos se presenta algún tipo de perturbación alimenticia, únicamente varía al manifestarse en mayor o menor medida, y la forma como aparecen está muy relacionada con la enfermedad de base. El trastorno de alimentación puede presentarse en forma episódica y fugaz.

2.8.1 Trastornos alimenticios y depresión.

Korszman y Salgueiro (2002), sugieren que, aunque parecen ser independientes, los trastornos alimenticios y los afectivos no excluyen a la depresión como un factor de riesgo importante para que se desarrolle un trastorno de la alimentación.

Además, se menciona que han sido utilizadas evaluaciones de síntomas depresivos en los trastornos alimenticios, sin ninguna modificación de sus escalas.

Kirschman y Salgueiro (2002: 125) hacen mención de que “los trastornos alimentarios se ubican en un terreno invaluable para el estudio del diagnóstico de la depresión, puesto que van acompañados de cambios físicos. La inanición y también la hiperfagia, producen en sí mismas cambios fisiológicos y psicológicos que se asemejan a los que aparecen en la depresión”. Además, mencionan que la desnutrición, así como la interferencia en los patrones del sueño y el comienzo de cambios endocrinos, son síntomas que se parecen a los que se producen bajo los efectos de la depresión.

Una parte importante de pacientes que padecen depresión mayor, manifiesta pérdida de apetito, pero no sucede lo mismo en pacientes con anorexia nerviosa.

Se han realizado estudios del eje hipotálamo-hipofisario, además de indagaciones del sueño, ante lo cual se han encontrado, en el aspecto biológico, signos y síntomas compartidos entre los trastornos alimenticios y los trastornos afectivos.

Se sabe que “los pacientes con trastornos depresivos muestran frecuentemente diversas disfunciones a nivel hipotalámico e hipofisario, hipercolesterolemia, respuesta a la administración de dexametasona, mientras que los pacientes con hipercolesterolemia, cambios en los ritmos circadianos, cursan frecuentemente con anorexia nerviosa de muy bajo peso”. (Kirschman y Salgueiro; 2002: 126).

Casper (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002) contrasta síntomas emocionales, conductuales, fisiológicos y cognitivos presentes en la anorexia nerviosa y la depresión mayor y hace las siguientes observaciones:

- El ánimo disfórico, el auto-reproche, la evaluación negativa de sí mismo, las tendencias obsesivas y el aislamiento en las relaciones interpersonales, se pueden encontrar en ambos cuadros.
- También los síntomas físicos parecen exactamente iguales si se considera sobre todo a la anorexia nerviosa con severa disminución del peso corporal.

Las pacientes anoréxicas suelen tener una meta, un propósito, que es el control de su cuerpo, para lo que realizan distintas actividades que para ellas significan mucho: planean comidas, realizan ejercicios y moldean su aspecto; mientras que en las pacientes deprimidas, todos estos propósitos se encuentran ausentes.

Las personas bulímicas miden el éxito del mantenimiento de su peso por medio del humor, del que Kirschman y Salgueiro (2002) mencionan dos tipos:

- Humor positivo, ya que en el tiempo anterior a la comida evalúan su estado dietético como exitoso y mantenido.

- Humor negativo, dado que el tiempo que precede a un episodio de hartazgo, las lleva a evaluar que el estado dietario ha sido infringido y por lo tanto, el atracón aparece.

Por lo general, se suele hacer mención sólo de las semejanzas existentes entre los trastornos alimenticios y los cuadros depresivos, pero es también importante hablar de las diferencias. Por ejemplo, en la paciente anoréxica es muy raro que exprese sentimientos de ineffectividad, desvalorización o ideas de auto-reproche. Por el contrario, la paciente anoréxica muestra complacencia por lograr sus metas y fuerte voluntad para realizarlas; mientras que el paciente deprimido, muestra preocupación por la muerte e ideación suicida. Entonces, la relación entre los trastornos alimenticios y los trastornos afectivos es compleja (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Jarne y Talam (2000) mencionan que las pacientes que padecen algún trastorno alimenticio como la bulimia nerviosa, en su mayoría cursan una psicopatología asociada. La depresión es la que más se relaciona con el trastorno de bulimia, aunque según refieren estos autores, también presentan índices importantes de ansiedad.

2.8.2 Trastornos alimenticios y ansiedad.

Kirschman y Salgueiro (2002) hablan sobre estudios de comorbilidad que se han realizado para explorar la naturaleza y extensión de la ansiedad entre pacientes

con trastornos alimenticios. Schwalberger y otros (citados por dichas autoras), en su trabajo realizado, comparan cuatro grupos de pacientes: con bulimia nerviosa, con trastorno por atracón, con trastorno de pánico y con fobia social, en relación con la comorbilidad con depresión, ansiedad y abuso de sustancias. El estudio arrojó que el trastorno de ansiedad precedía con al menos un año, al trastorno alimenticio; que el trastorno de ansiedad más frecuente fue el de ansiedad generalizada y fobia social.

Quienes participaron en el estudio refirieron haber padecido ansiedad generalizada y fobia social “toda la vida”, o desde la infancia.

Bullik y otros (retomados por Kirschman y Salgueiro; 2002: 134) estudiaron “la prevalencia del trastorno de ansiedad como diagnóstico previo, concurrente o posterior al de trastorno alimentario. Se encontró que un 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 casi la totalidad de las pacientes, el 90%, el trastorno de ansiedad precedía al trastorno alimentario, con excepción del trastorno de pánico que tendía a desarrollarse después del inicio de la anorexia nerviosa”.

Se ha resaltado el rol que juega la ansiedad, entendida como un miedo mórbido a la gordura, en la psicopatología de un trastorno alimenticio. Se menciona también el modelo de reducción de ansiedad desarrollado por Rosen y otros en 1984, a quienes se refieren Kirschman y Salgueiro, (2002) como quienes posicionaron

los constructos “ansiedad” y “reducción de la ansiedad”, en un rol central para la conceptualización y el tratamiento de la bulimia.

Tentativamente, según Kirschman y Salgueiro (2002), se puede concluir que la ansiedad juega un importante papel etiológico en los trastornos alimenticios.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Una vez habiendo analizado las características principales que definen a los trastornos alimenticios y, en especial, habiendo tratado sobre todo las de la anorexia y la bulimia nerviosas, se mencionarán a continuación algunas de las diferentes modalidades de tratamiento que existen para estos trastornos.

Cuando Lahortiga y Cano (2005) hacen alusión al tratamiento de los trastornos alimenticios; mencionan que es muy importante dar a éstos un enfoque multidisciplinario, ya que esto es evidente dado su origen multifactorial la complejidad de sus manifestaciones psicopatológicas y su alta comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas. Todo lo anterior hace necesaria la participación de un equipo de profesionales como psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales y nutriólogos; integrados todos ellos idealmente en el equipo terapéutico.

Las modalidades de tratamiento que existen actualmente para estos trastornos son: el tratamiento psicoterapéutico, que, según mencionan Lahortiga y Cano (2005), se sitúa en tres planos diferentes: el primero se refiere a la aplicación de una

psicoterapia individualizada de acuerdo con la paciente; el segundo hace referencia a una psicoterapia grupal, en la que participan uno o varios terapeutas, aplicando el tratamiento a un grupo de enfermas que presentan más o menos las mismas características clínicas; el tercer plano habla de la aplicación de psicoterapia familiar, que tiene como objetivo tratar de establecer un equilibrio funcional en el entorno familiar, ya que éste se ve alterado cuando uno de sus miembros presenta un trastorno de la conducta alimenticia.

Otra modalidad de tratamiento que existe, es el tratamiento psicofarmacológico, en el cual se tienen en cuenta las alteraciones psicopatológicas, la frecuente comorbilidad psiquiátrica y los descubrimientos cada vez más evidentes de la intervención de ciertas regiones cerebrales en la evolución de estas enfermedades; por lo anterior se habla de algunos fármacos utilizados generalmente para tratar a estas pacientes, éstos suelen ser: los antidepresivos, los ansiolíticos y, sobre todo, últimamente, aunque con menos frecuencia, los antipsicóticos.

La siguiente modalidad de tratamiento que mencionan Lahortiga y Cano (2005), es el tratamiento mixto psicoterapéutico-farmacológico, que parece ofrecer mejores resultados en las pacientes que padecen estos trastornos de alimentación.

También dichos autores habla del tratamiento sintomático, que se dirige a solucionar síntomas físicos específicos del trastorno que presenta la paciente, como son: la reposición de líquidos, de potasio y de otros iones, tratamiento de las náuseas y las molestias gástricas, entre otros.

Es probable que la paciente sea llevada por su familia primeramente con varios especialistas, que terminan canalizándola con un psiquiatra o psicólogo después de haberse descartado la presencia de otras alteraciones orgánicas. Es muy importante que en cualquier forma de tratamiento se establezca una relación adecuada de empatía con la paciente y una relación de confianza con el equipo terapéutico, ya que estos aspectos serán los pilares fundamentales para obtener el éxito deseado.

En el caso de la anorexia nerviosa, primeramente se evalúan aspectos como el estado físico y nutricional de la paciente, las complicaciones orgánicas que se pudieran haber presentado según el tiempo de evolución del trastorno, las alteraciones psicopatológicas concomitantes como tristeza, ansiedad, fobias, aislamiento social, entre otras; deberá tenerse en cuenta un recuento general exhaustivo del consumo de alimentos diarios que ingiere la paciente, para así realizar las pruebas necesarias y obtener con certeza el diagnóstico adecuado.

De acuerdo con Lahortiga y Cano (2005), es importante tratar de alcanzar un compromiso con la paciente y con el familiar cercano que la acompañe. Los autores mencionan que desde hace años se observó que existe una relación entre la ingesta de alimento y la función que desempeñan determinados receptores y neurotransmisores cerebrales: la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, o la acetilcolina; presentes muchas veces en las alteraciones psicopatológicas relacionadas con trastornos alimenticios.

Además de los fármacos mencionados anteriormente, se han utilizado también los antianorexígenos, es decir, fármacos que aumentan el apetito, a la vez que también algunos que suelen utilizarse para tratar crisis epilépticas, así como sales de litio, tratamientos derivados de la dopamina y algunos tratamientos hormonales.

Es importante hacer alusión a que los fármacos más utilizados son los antidepresivos, como lo refieren Lahortiga y Cano (2005), ya que esta enfermedad se acompaña de alteraciones en la esfera afectiva. Estos fármacos inhiben la recaptación de serotonina cerebral, liberada entre las neuronas; la fluoxetina es la molécula que mayormente ha sido estudiada y utilizada eficazmente, aunque también de la venlafaxina y la mirtazapina se han obtenido buenos resultados.

Como se hizo referencia anteriormente, el grupo de ansiolíticos es muy utilizado, ya que ayudan a mitigar y a disminuir el grado de ansiedad en la paciente y también para ayudarle a restaurar el sueño.

Si la valoración psiquiátrica lo considera adecuado, cuando se presentan enfermedades psicóticas junto a este trastorno, se tiene en cuenta si la paciente presenta ideación obsesiva y pseudodelirante acerca de su peso y de su imagen corporal, en cuyo caso se podrán emplear antipsicóticos como: olanzapina, risperidona, quetiapina, clozapina, aunque regularmente estos fármacos no son muy recetados en la anorexia, existen sin embargo casos especiales que han de ser cuidadosamente evaluados por el psiquiatra.

Por otra parte, la psicoterapia que comúnmente es empleada para tratar la anorexia, se encamina a modificar aspectos personales y familiares en la paciente. Se tienen muy en cuenta los factores familiares, sociales y relacionales, su malnutrición y sus síntomas psicopatológicos.

Entre las diferentes propuestas psicoterapéuticas que existen, Lahortiga y Cano (2005) destacan algunas de las más utilizadas para este padecimiento: a nivel individual recomienda la terapia cognitiva, que llevará a la paciente a reconocer la relación entre sus creencias distorsionadas y sus conductas inadaptadas, para cambiarlas por otras más realistas y sanas, modificándolas progresivamente.

Además, los autores recomiendan también las técnicas conductuales para reforzar, por medio del condicionamiento, la ingesta de alimentos y la ganancia de peso; para esto se sugiere enseñar a la paciente a llevar un autorregistro de pensamientos y conductas relevantes que le permita resolver conflictos y aprender a manejar su ansiedad.

Otras técnicas psicoterapéuticas empleadas en este trastorno son: las de orientación psicodinámica, las psicoanalíticas y de hipnosis, al igual que la psicoterapia interpersonal.

Es también muy importante considerar las repercusiones que la anorexia tiene en el ámbito familiar, como por ejemplo: conflictos conyugales entre los padres, obsesión de éstos por el peso o la imagen corporal, temas de control de los hijos,

reproches o sentimientos de culpa que puedan estar presentes en la familia, para lo que Lahortiga y Cano (2005) recomiendan técnicas de terapia familiar como la psicoterapia del insight, la terapia cognitivo-conductual, la orientación psicoeducacional, la psicoterapia de apoyo, la terapia familiar sistémica, entre otras.

En cuanto se refiere al tratamiento de la bulimia nerviosa, Lahortiga y Cano (2005) mencionan que, al igual que en la anorexia, se valora el estado nutricional de la paciente (que suele acudir a consulta por voluntad propia, a diferencia de la paciente con anorexia, que suele ser llevada por sus padres o personas cercanas), se valora también muy especialmente la presencia de atracones y vómitos, además de las conductas de riesgo e impulsivas que puedan dañar a la paciente.

Los fármacos utilizados en casos de bulimia son, como en el caso de la anorexia, los antidepresivos, los ansiolíticos, en contadas ocasiones los antipsicóticos, además de fármacos llamados estabilizadores del estado de ánimo.

Los de mejores resultados en este trastorno son la fluoxetina y los ansiolíticos, que ayudan a frenar la ansiedad previa a un episodio de atracón; mientras que los antipsicóticos son recetados sólo si la paciente lo requiere, con exámenes previos para descartar cuestiones orgánicas y si el trastorno se relaciona con síntomas psicopatológicos, como trastornos afectivos, consumo de tóxicos o alcohol, o dificultad en el control de los impulsos.

Las técnicas psicoterapéuticas recomendadas por Lahortiga y Cano (2005) para el trastorno de bulimia pueden ser la psicoterapia individual, grupal y familiar; teniendo muy en cuenta las consecuencias psicopatológicas que haya provocado esta enfermedad, las relaciones socio-familiares de la paciente y la presencia de alteraciones comórbidas de la personalidad.

Otros modelos de psicoterapia que se aplican en la bulimia son la orientación psicodinámica, especialmente el psicoanálisis, la psicoterapia interpersonal, además de que es recomendable también aplicar modelos de terapia utilizados en el tratamiento de las adicciones.

Los anteriores modelos terapéuticos tienen como objetivo que la paciente desarrolle un sentido de identidad basado en sus valores y no en los estereotipos culturales del momento, reforzando su autoestima, confianza, seguridad e independencia emocional, para mayor aceptación de su imagen corporal, mayor control de su conducta alimentaria y un planteamiento más realista de sus metas y objetivos. La terapia conductual también se considera adecuada para este tipo de trastornos, pues permitirá a la paciente aprender respuestas más equilibradas y adaptadas ante situaciones potencialmente conflictivas, como el establecimiento de relaciones interpersonales o con personas del sexo opuesto, así como de tipo familiar y social.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber presentado el marco teórico de esta investigación y habiendo descrito las principales variables abordadas en ella, se procederá en este capítulo a presentar la investigación de campo realizada y se explicará su metodología, la descripción poblacional y el análisis de los resultados obtenidos.

3.1 Descripción metodológica.

En este apartado se expondrán detalladamente los componentes que caracterizan a la metodología llevada a cabo en la presente investigación, lo que incluye el enfoque, el tipo de investigación, el diseño, el alcance del estudio y las técnicas de recolección de datos.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

En el transcurso de la historia se han ido conformando diversas corrientes de pensamiento, como resultado de diferentes caminos que se han seguido para llevar a cabo los procesos de investigación en todos los campos.

En las diferentes rutas que se han seguido en la búsqueda del conocimiento, se han definido dos enfoques para investigar: el cuantitativo y el cualitativo. Ambos

utilizan procesos cuidadosos, metódicos y empíricos, generan conocimiento y comparten cinco fases parecidas, relacionadas entre sí: “llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos, establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas, demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento, revisan tales 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” (Hernández y cols.; 2010: 4).

Sin embargo, aunque ambas orientaciones metodológicas comparten las fases mencionadas anteriormente, cada una tiene sus propias características. En resumen, el enfoque cuantitativo se define como: “un conjunto de procesos que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías; es secuencial y probatorio, en él cada etapa precede a la siguiente, no se pueden omitir o eludir pasos; el orden es riguroso, parte de una idea que, una vez delimitada, se determinan variables, genera objetivos y preguntas de investigación, revisa la literatura y construye un marco teórico, de las preguntas se establecen hipótesis, se desarrolla un plan para probarlas, que es el diseño, se miden las variables en un determinado contexto, se analizan las mediciones obtenidas con métodos estadísticos y se establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis. La investigación de enfoque cuantitativo debe ser lo más objetiva posible” (Hernández y cols.; 2010: 4-5).

Las características específicas del enfoque cuantitativo son:

- Plantea un problema de estudio delimitado y concreto.
- Considera lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico.
- Deriva una o varias hipótesis y las pone a prueba mediante diseños de investigación apropiados.
- Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de datos se fundamenta en la medición de fenómenos reales y se utilizan procedimientos estandarizados, aceptados por una comunidad científica.
- El producto de las mediciones se analiza por medio de métodos estadísticos.
- Este tipo de análisis se interpretan a la luz de hipótesis y teorías.
- Se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo (muestra), a un universo (población).
- La meta principal es la construcción y demostración de teorías.
- Los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad.
- Pretende identificar leyes universales y causales.
- La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo, lo cual conduce a la explicación de cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

Grinnell y Creswell (citados por Hernández y cols.; 2010) mencionan dos realidades que se presentan en este tipo de investigación: una consiste en las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas; y la otra, en la realidad objetiva que no depende de las intuiciones o creencias que se tengan sobre ella.

En este enfoque, lo subjetivo existe y tiene un valor para el investigador, pero se enfoca en demostrar qué tan bien se adecúa el conocimiento a la realidad objetiva.

3.1.2 Investigación no experimental.

Según mencionan Hernández y cols. (2010), el tipo de investigación no experimental es el que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, en él se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

En este tipo de estudio, no se provocan intencionalmente las situaciones, sino que se observan las ya existentes. En esta investigación las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, por el hecho de que ya sucedieron, al igual que sus efectos.

La diferencia entre el estudio experimental y el no experimental, consiste en que en el primero se construye la situación a estudiar, en la que involucra a varios sujetos; y en el segundo se estudia una situación que ya existe.

3.1.3 Diseño transversal,

De acuerdo con Hernández y cols. (2010: 151), el diseño de investigación de tipo transversal, “consiste en recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”.

En el diseño transversal se lleva a cabo una recolección de datos única, que puede abarcar a varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores, así como a diferentes comunidades, situaciones o eventos.

3.1.4 Alcance correlacional.

Un estudio de alcance correlacional es aquel que “asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (Hernández y cols.; 2010: 81). Su propósito es conocer la relación que existe entre dos o más variables en un contexto determinado. Normalmente se analiza la relación entre dos variables, pero también sucede que se estudian relaciones entre tres, cuatro o más variables. Estos estudios correlacionales, después de evaluar el grado de relación que existe entre dos o más variables, miden cada una de ellas y luego cuantifican y analizan la relación existente

o cómo es su vinculación. Estas correlaciones sólo se basan en hipótesis que han sido sometidas a prueba. La principal utilidad de los estudios de esta naturaleza consiste en intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que tienen en la o las variables relacionadas. Es “saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas” (Hernández y cols.; 2010: 82).

La correlación puede ser positiva o negativa. En el primer caso, los valores altos en una variable, tenderán también a mostrar valores altos en la otra variable; si es negativa, los valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra variable. Los estudios correlacionales se distinguen por medir el grado de correlación entre dos variables.

También existe la correlación falsa o espuria, que sucede cuando dos variables aparentemente están relacionadas cuando no es así.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas de recolección de datos utilizadas en este trabajo de investigación son pruebas estandarizadas, que se entienden como mediciones que poseen uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse, así como ciclos específicos de desarrollo y reconfirmación.

“Un inventario estandarizado puede aplicarse a cualquier persona del tipo para el cual fue elaborado y el tiempo que se brinda para contestarlo, en ocasiones es flexible y en otras, no” (Mertens, citado por Hernández y cols.; 2010: 21).

“En la actualidad existe una amplia diversidad de pruebas e inventarios desarrollados por diversos investigadores para medir un sinnúmero de variables. Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, además se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias, así como en centros de investigación y difusión del conocimiento” (Hernández y cols.; 2010: 22).

Es importante mencionar que “cada vez que se aplique un instrumento de medición, se vuelve indispensable demostrar su validez y su confiabilidad en el contexto elegido para aplicarse” (Hernández y cols.; 2010: 23).

Para medir la variable estrés, que es la variable independiente, se aplicó el test CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada), que fue diseñada por Reynolds y Richmond (1997).

La prueba CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento conformado por 37 reactivos, que valora el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad, puede aplicarse tanto de forma individual como en grupo. En la prueba el sujeto responde a cada reactivo encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, según corresponda.

La prueba CMAS-R se diseñó para ser utilizada por personas preparadas en su aplicación e interpretación y entrenadas para ello, como son: psicólogos o individuos con niveles parecidos de capacitación en pruebas psicológicas, psicopatología infantil y áreas relacionadas de estudio como la psicología social y de la personalidad.

La prueba CMAS-R está conformada por cinco puntuaciones. La de la escala ansiedad total consta de 28 reactivos de ansiedad, que a su vez se dividen en tres subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración.

Los nueve reactivos que restan, son parte de la subescala de mentira. en cuanto a las subescalas que forman parte de la escala ansiedad total, se menciona a continuación con qué se relaciona cada una.

La subescala de ansiedad fisiológica se asocia con manifestaciones fisiológicas de ansiedad, dificultades del sueño, náusea y fatiga. La de inquietud/hipersensibilidad tiene que ver con la preocupación obsesiva por varias situaciones, la mayoría de ellas vagas y mal definidas en la mente del sujeto, junto con miedos de ser lastimado o aislado emocionalmente. La subescala de preocupaciones sociales/concentración abarca pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de ellos de naturaleza social e interpersonal, que, como consecuencia, llevan al sujeto a una falta de concentración y atención.

Dentro de esta prueba también se encuentra la subescala mentira, que detecta conformidad, conveniencia social o la falsificación deliberada de respuestas.

La prueba CMAS-R fue calculada bajo el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual obtuvo un valor de .76, lo cual muestra su confiabilidad.

Para medir la variable de trastornos alimenticios fue utilizada la prueba EDI-2 (Trastornos de la Conducta Alimenticia) de Gardner (1998). Esta prueba mide el conjunto de síntomas que se relacionan con los trastornos alimenticios llamados anorexia y bulimia nerviosas; puede ser aplicada de manera personal o colectiva, en un espacio de tiempo ilimitado, a sujetos a partir de los once años de edad, consta de 91 reactivos que abarcan la medición de once escalas que son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad y, por último, inseguridad social.

Esta prueba también fue evaluada bajo el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor fue superior a 0.80. Fue evaluada con estudios de contenido, de criterio y de constructo, logrando puntuaciones satisfactorias.

En cada uno de los 91 reactivos contenidos en la prueba EDI-2, se tienen las siguientes opciones de respuesta: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre.

Cada escala es relacionada con factores psicológicos que ayudan a detectar anomalías en las personas:

- 1) La escala obsesión por la delgadez se relaciona con la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.
- 2) La escala bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.
- 3) En cuanto a la escala de insatisfacción corporal, el sujeto manifiesta insatisfacción por la forma de su cuerpo o de algunas partes de él como son: estómago, caderas, muslos y nalgas.
- 4) La escala ineficacia se relaciona con sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Está estrechamente relacionada con pobre autoestima, autoevaluación negativa, sentimientos de vacío y soledad; también muestra intensos sentimientos de falta de adecuación.
- 5) La escala perfeccionismo mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser los mejores y que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes, se siente convencido de que los demás esperan de él resultados excepcionales.
- 6) La escala desconfianza interpersonal está relacionada con desinterés por establecer relaciones íntimas y dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.
- 7) En cuanto a la escala de conciencia introceptiva, se asocia a confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a estados

emocionales de inseguridad y desconfianza con respecto al funcionamiento del cuerpo del sujeto.

- 8) La escala miedo a la madurez evalúa el deseo del sujeto de volver a la seguridad de la infancia. El ayuno es un mecanismo que evita la madurez psicobiológica. La persona piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares.
- 9) En la escala ascetismo se mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ideales espirituales como autodisciplina, sacrificio, autosuperación y el control de las necesidades corporales. El sujeto cree que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno, un acto de penitencia.
- 10) En la escala impulsividad se evalúa la dificultad para controlar los impulsos adecuadamente, la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.
- 11) Finalmente, la escala inseguridad social mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. La persona presenta falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales.

3.2 Población y muestra.

A continuación serán descritos la población y el proceso de selección de la muestra, para luego llevar a cabo la recolección de datos.

3.2.1 Descripción de la población.

De acuerdo con Selltiz (citado por Hernández y cols.; 2010: 174), la población es “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Es importante mencionar que en algunos procesos de investigación puede existir una deficiencia que consiste en no describir suficientemente las características que presenta la población o se llega a considerar que la muestra representa a la población de manera automática. A la población también se le conoce como universo. Se recomienda establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales.

La delimitación de las características de la población no sólo depende de los objetivos, la calidad de un trabajo de investigación consiste en delimitar muy claramente la población con base en el planteamiento del problema. Cabe mencionar también que las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y en el tiempo (Hernández y cols.; 2010).

En este trabajo de investigación, la población a estudiar son los alumnos de la Escuela Preparatoria CECYTEM, del poblado de Ixtlán de los Hervores, Michoacán, la cual cuenta con 174 alumnos en total de entre 15 y 20 años de edad; la mayoría es de un nivel socioeconómico medio-bajo.

3.2.2 Descripción del tipo de muestreo.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010: 175), “una muestra es en esencia, un subgrupo de la población. Es decir, un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se le llama población”

En la realidad, pocas veces es posible medir a toda una población, por lo que conviene obtener o seleccionar una muestra, con la que se pretende que este subconjunto sea un reflejo fiel de toda la población.

Existen dos tipos de muestras que son: probabilísticas y no probabilísticas. En la primera todos los elementos de la población tienen la posibilidad de ser elegidos; en la segunda, la elección de los elementos depende de las características que tenga la investigación, o de quien escoge la muestra.

En el presente trabajo se realizó un muestreo no probabilístico. La muestra fue seleccionada de manera intencional, la que, según Kerlinger (2002: 135), se define como “aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados;

éstas se pueden dar cuando dentro de una población escolar o cualquier otra unidad se facilite la recolección de datos”. En el presente estudio se tomaron en cuenta a 139 alumnos de la población antes descrita, quienes cursan la preparatoria y se encuentran subdivididos en cinco grupos: dos de segundo semestre, dos de cuarto y uno de sexto. En total, se estudió una muestra de 67 hombres y 72 mujeres de entre 15 y 20 años de edad, aunque al final los casos se redujeron a 95.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

La validez en un trabajo de investigación abarca varios aspectos importantes como, por ejemplo, la metodología que se siguió, los procesos que se realizaron para recabar la información y los instrumentos que fueron utilizados.

Para llevar a cabo la presente investigación, se consideró de suma importancia indagar sobre el fenómeno del estrés en relación con los trastornos alimenticios que pudieran existir en los alumnos de la Escuela Preparatoria CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán, debido a que en la institución no se ha realizado antes ningún estudio de este tipo y se consideró relevante investigar sobre el tema para sentar un precedente que pueda motivar en un futuro a nuevos investigadores que tomen en cuenta a la institución antes mencionada.

Después del surgimiento de la idea de estudiar, se planteó el proyecto de investigación fijando los objetivos a lograr y las hipótesis a corroborar, así como investigando algunos antecedentes escritos sobre el tema.

Posteriormente, se procedió a elaborar un marco teórico, conformado por dos capítulos referentes a las variables del estrés y de los trastornos alimenticios; se consultaron también a los principales autores sobre dichos tema.

Para poder tener acceso a la población elegida como muestra a estudiar, esta investigadora se presentó a la dirección, con el propósito de obtener el permiso del director de la escuela, quien accedió complacido por el hecho de que se tuviera en cuenta al plantel para llevar a cabo una investigación de esta naturaleza.

Después de haber explicado al director el tema y la forma de recabar los datos, se acordó una fecha para aplicar a los alumnos en sus salones de clase los test CMAS-R y EDI-2, lo cual fue llevado a cabo grupo por grupo, dentro de sus horas de clase, que fueron cedidas por los respectivos maestros. Se dieron las debidas explicaciones a los estudiantes y se aclararon las dudas que surgieron en el momento; se procedió luego a entregarles las hojas de respuesta de ambas pruebas. El CMAS-R se contestó de manera individual, en silencio y en un ambiente respetuoso. El test EDI-2 fue contestado con esta investigadora como guía, se les leían los reactivos y ellos contestaban, se proseguía cuando todos habían elegido la respuesta. Los estudiantes trabajaron en silencio durante la aplicación de las pruebas.

Las pruebas aplicadas se calificaron con las plantillas indicadas en cada test, después se procedió a obtener los percentiles de acuerdo con los baremos indicados

para cada instrumento. Los percentiles, según Montgomery (2004: 21) “son los puntos que dividen la muestra en cien partes iguales”.

Posteriormente se obtuvieron los porcentajes y después se detectaron los alumnos con puntajes altos en las diferentes escalas; se calcularon la media, la moda y la mediana, así como la desviación estándar de todas las escalas de ambas pruebas, vaciando todos los resultados en una matriz de datos y obteniendo el coeficiente de correlación “r” de Pearson y la varianza entre la subescala ansiedad total de la prueba CMAS-R con cada una de las subescalas de la prueba EDI-2.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

Enseguida se presentan los resultados arrojados en este trabajo de investigación, en cuanto al análisis de la correlación entre las variables estrés y trastornos alimenticios en el contexto antes mencionado.

En primer lugar se presentan los resultados de la variable estrés; en segundo lugar, los de la variable trastornos alimenticios; por último, los índices de correlación entre ambas variables.

3.4.1 El estrés.

Según Hans Selye, (citado por Sánchez; 2007: 15), el estrés es “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior”, esta definición fue presentada por dicho autor ante la Organización Mundial de la Salud, como resultado de sus investigaciones que le permitieron identificar una 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.

A continuación se presentan los resultados arrojados en las medidas de tendencia central y dispersión; éstas últimas, de acuerdo con Hernández y cols. (2010), son aquellas que ayudan a ver el grado de variación entre el conjunto de valores de una distribución, así como en qué promedio se alejan unas de otras.

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos del CECYTEM, se encontró una media de 70, entendida ésta como la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas; una mediana de 76, teniendo en cuenta que la mediana es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas; una moda de 93, que es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones (Hernández y cols.; 2006); asimismo, una desviación estándar de 26, definiendo a ésta como “la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones” (Hernández y cols.; 2010).

Además de la escala anteriormente mencionada, se realizó la medición de las otras subescalas de la prueba CMAS-R.

Particularmente en la subescala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 70, una mediana de 82, una moda de 99 y una desviación estándar de 28.

Por otra parte, en la subescala de inquietud/hipersensibilidad se obtuvo una media de 71, una mediana de 76, una moda de 84 y una desviación estándar de 23.

Finalmente en la subescala de preocupaciones sociales/concentración se observó una media de 58, una mediana de 63, una moda de 97 y una desviación estándar de 32.

En el anexo 1 se encuentra una representación gráfica de las medias aritméticas de cada una de estas subescalas.

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

En la escala de ansiedad total, el 63% de sujetos resultaron con un valor superior al percentil 70; en la escala de ansiedad fisiológica, el porcentaje fue de 57%; mientras que en la escala de inquietud/hipersensibilidad el porcentaje fue de 59; en la escala de preocupaciones sociales/concentración, el índice de alumnos por arriba del percentil 70 fue de 36%.

En el anexo 2 se pueden observar gráficamente estos datos.

Los datos muestran que existe un porcentaje preocupante de sujetos con niveles altos en las escalas de ansiedad total, ansiedad fisiológica e inquietud/hipersensibilidad. Esto indica que hay una situación apremiante en cuanto a los niveles de ansiedad que están presentando los estudiantes de esta institución, particularmente porque hay muchos que presentan niveles altos de estrés. Lo anterior implica la necesidad de una urgente intervención psicopedagógica en estas áreas.

3.4.2 Trastornos alimenticios.

Según la APA (2002), los trastornos alimenticios son alteraciones graves que se presentan en la forma de alimentarse de las personas. Entre otros trastornos alimenticios existentes, la presente investigación sólo aborda los de anorexia y bulimia nerviosas.

Según Lahortiga y Cano (2005), la anorexia nerviosa es un trastorno que se presenta en la conducta alimentaria de la persona, caracterizado por una pérdida progresiva de peso, que puede llegar a ser causa de una severa desnutrición que es provocada por la misma paciente por medio de una disminución en la ingesta de alimentos, por la evitación de aquellos que engordan y por conductas encaminadas a la pérdida de peso como pueden ser: vómitos, abuso de laxantes o ejercicio físico intenso.

La bulimia nerviosa es “un Trastorno de la Conducta Alimentaria que posee muchas características psicopatológicas comunes a las de la Anorexia nerviosa, pero que presenta una característica claramente diferenciadora de aquella, y es la presencia de atracones, esto es, de episodios de ingesta de grandes cantidades de alimento (significativamente superiores a lo que sería normal ingerir en circunstancias similares), en un espacio corto de tiempo y con un sentimiento de pérdida de control, de no poder parar de comer”. (Lahortiga y Cano; 2005: 23).

Enseguida se describen los resultados que se obtuvieron en esta medición. Los valores están basados en percentiles.

- 1) Respecto a los resultados obtenidos en la escala de obsesión por la delgadez, en la escuela preparatoria CECYTEM, se encontró una media de 52, una mediana de 48, una moda de 59 y una desviación estándar de 24.
- 2) En la escala de bulimia se observó una media de 57, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 18.
- 3) De la misma manera, en la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 55, una mediana de 56, una moda de 63 y una desviación estándar de 23.
- 4) Por otro lado, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 54, una mediana de 55, una moda de 55 y una desviación estándar de 26.
- 5) La escala de perfeccionismo arrojó una media de 59, una mediana de 68, una moda de 76 y una desviación estándar de 29.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se detectó una media de 68, una mediana de 75, una moda de 75 y una desviación estándar de 25.
- 7) En la escala de conciencia introceptiva se puede observar una media de 54, una mediana de 51, una moda de 16 y una desviación estándar de 31.
- 8) Asimismo, en la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 72, una mediana de 77, una moda de 72 y una desviación estándar de 20.
- 9) De igual modo, en la escala de ascetismo se observó una media de 46, una mediana de 40, una moda de 32 y una desviación estándar de 28.

10) De la misma manera, la escala de impulsividad muestra una media de 68, una mediana de 74, una moda de 99 y una desviación estándar de 27.

11) Por último, en la escala de inseguridad social, se detectó una media de 72, una mediana de 81, una moda de 98 y una desviación estándar de 24.

Los resultados de las medias aritméticas de las escalas anteriores se muestran gráficamente en el anexo 3.

Se presentan a continuación los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en las distintas escalas, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicará el porcentaje de casos preocupantes en alguno de los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 28% de los sujetos presenta niveles altos; en la escala de bulimia, el 21%; en la escala de insatisfacción corporal, el 26%; en la de ineficacia, el 29%; el 42% en la de perfeccionismo; el 57% en la de desconfianza interpersonal; en la de conciencia introceptiva, el 37%; en la de miedo a la madurez, el 69%; en la de ascetismo, el 24%; el 54% en la de impulsividad y el 59% en la de inseguridad social.

En función de lo anterior, se observa que en el área donde hay más casos preocupantes es en las escalas de desconfianza interpersonal, ascetismo e impulsividad. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de lo anterior se considera que en términos generales, los niveles que presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se encuentran dentro de los parámetros normales, sin embargo, en varias de las escalas hay una tendencia hacia los puntajes altos. Es particularmente preocupante los niveles que se identificaron en las escalas de miedo a la madurez e inseguridad social, de cuyos resultados vale la pena poner especial atención.

3.4.3 Correlación entre el estrés y los trastornos alimenticios.

Se ha resaltado en diversos estudios el rol que juega la ansiedad, entendida como un miedo mórbido a la gordura, en la psicopatología de un trastorno alimenticio. Se menciona también el modelo de reducción de ansiedad desarrollado por Rosen y otros en 1984, a quienes se refieren Kirschman y Salgueiro (2002), como quienes posicionaron los constructos “ansiedad” y “reducción de la ansiedad”, en un rol central para la conceptualización y el tratamiento de la bulimia.

Tentativamente, según Kirschman y Salgueiro, (2002), se puede concluir que la ansiedad juega un importante papel etiológico en los trastornos alimenticios.

Los índices de correlación se entienden como aquellos que permiten conocer la relación que existe entre las variables estudiadas, y si una influye en la otra.

En la investigación realizada en la escuela preparatoria CECYTEM se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.27 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, que consiste en realizar una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón.

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. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, donde, mediante un porcentaje, se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza, sólo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández, 2010).

El resultado de la varianza fue de 0.07, lo que significa que, entre el estrés y la obsesión por la delgadez, hay una relación del 7%.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia, existe un coeficiente de correlación de 0.46 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y la escala de bulimia, existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.21, lo que significa que entre el estrés y la bulimia hay una relación del 21%.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de 0.26 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que denota que entre dichas variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.07, lo que significa que entre el estrés y la insatisfacción corporal hay una relación del 7%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de 0.45 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual indica que entre tales atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.20, lo que permite afirmar que entre el estrés e ineficacia hay una relación del 20%.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo, existe un coeficiente de correlación de 0.15 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual permite indicar que entre el estrés y la escala de perfeccionismo existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.02, esto es, entre el estrés y el perfeccionismo hay una relación del 2%.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal, existe un coeficiente de correlación de 0.16 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, por lo que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe una correlación positiva débil.

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

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

El resultado de la varianza fue de 0.32, lo que significa que entre el estrés y la conciencia introceptiva hay una relación del 32%.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de 0.19 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual indica que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.04, lo que permite inferir que entre el estrés y el miedo a la madurez hay una relación del 4%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.27 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto permite aseverar que entre el estrés y la escala de ascetismo existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.07, por ende, entre el estrés y el ascetismo hay una relación del 7%.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.49 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y la escala de impulsividad existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.24, lo que significa que entre el estrés y la impulsividad hay una relación del 24%.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social, existe un coeficiente de correlación de 0.37 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre el estrés y la escala de inseguridad social existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.14, en otras palabras, entre el estrés y la inseguridad social hay una relación del 14%.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de bulimia, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social. De esta manera, para estas escalas se corrobora la hipótesis de trabajo, la cual afirma que la relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos que influyen en los trastornos alimenticios en los estudiantes del CECYTEM, es estadísticamente significativa.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo. De esta manera, para estas escalas se corrobora la hipótesis nula, que afirma que la relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos que influyen en los trastornos alimenticios en los estudiantes del CECYTEM, no es estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Una vez hecho el análisis de los resultados arrojados por esta investigación, realizada en la Escuela Preparatoria CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán, se describe a continuación la comprobación de las hipótesis y el logro de los objetivos particulares, para así corroborar el cumplimiento del objetivo general.

La hipótesis nula, que afirma que la relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos que influyen en los trastornos alimenticios de los estudiantes del CECYTEM, no es estadísticamente significativa, es aceptada debido a que se comprobó estadísticamente que no existe una correlación significativa entre las subescalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo de la prueba EDI-2, respecto a la subescala de ansiedad total de la prueba CMAS-R.

La hipótesis de trabajo, que afirma que la correlación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos que influyen en los trastornos alimenticios de los estudiantes del CECYTEM es estadísticamente significativa, sólo es válida para las subescalas de bulimia, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

En lo que concierne a los objetivos, la manera en que fueron cumplidos se explica enseguida.

El primer objetivo particular, que consiste en conceptualizar el término estrés, fue cubierto en el capítulo 1, en el cual se incluye esta definición. Con respecto al segundo objetivo particular, en el capítulo 1 también se identificaron factores psicológicos que provocan estrés. Fueron mencionados los principales enfoques teóricos que existen sobre el estudio del estrés, cumpliendo así con el tercer objetivo particular.

En el capítulo 2 se cubre el cuarto objetivo particular, que consiste en definir el concepto de trastornos alimenticios, así como el quinto, que se refiere a precisar los principales factores psicológicos que influyen en la presencia de trastornos alimenticios; también se abarca el sexto objetivo donde se mencionan los principales enfoques teóricos que existen sobre el tema de los trastornos alimenticios.

Al aplicar la prueba y analizar los resultados, descritos en el capítulo 3, se cumplió con el séptimo y el octavo objetivos particulares que consistieron respectivamente en evaluar los indicadores psicológicos que dan origen tanto al estrés como a los trastornos alimenticios, y precisar el nivel de presencia de ambos en los estudiantes de la Escuela Preparatoria CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán.

Una vez definidos los conceptos, evaluados los indicadores y analizados y descritos los resultados, mediante el cumplimiento de los objetivos particulares, fue posible cumplir con el objetivo general de establecer el nivel de correlación que

existe entre el estrés y los trastornos alimenticios de los estudiantes de la Escuela Preparatoria CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán.

Además de lo anterior, este proceso de investigación permitió detectar algunos otros aspectos relevantes, como puntajes altos con niveles preocupantes en las subescalas miedo a la madurez, que no presenta correlación con el nivel de ansiedad total; e inseguridad social, que presenta una correlación positiva media respecto al nivel de ansiedad total, ambas de la prueba EDI-2.

Respecto a la prueba CMAS-R, las subescalas que presentan niveles preocupantes son la de ansiedad total y la de inquietud/hipersensibilidad.

A raíz de esto, se sugiere que se profundice más en la investigación de estas dos variables dentro de la institución y se pueda dar seguimiento a los casos preocupantes con atención psicológica, ya sea de manera individual o grupal.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.

Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA). (2002)

DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Editorial Masson. 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 alimenticios.

Editorial Diana. México.

Cungi, Charly. (2007)

Estrés bajo control.

Ediciones Larousse. México.

Domínguez, R., José. (2011)

Estrés: ¿enemigo o aliado?

Grupo Editorial Darma. 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)

Fundamentos de la metodología de la investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2010).

Metodología de la investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)

Estrés y trabajo.

Editorial Trillas México.

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

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

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

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

Lahortiga, Francisca; Cano, Adrián. (2005)
Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas.
Editorial Everest. España.

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

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

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.

Toledo Suárez, Elsa. (2011)
Relación entre estrés y trastornos alimentarios en alumnos de la Secundaria Técnica
85 de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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

Montgomery, Douglas C. (2004)
Probabilidad y Estadística aplicadas a la ingeniería
Editorial Mc Graw Hill. México.

MESOGRAFÍA

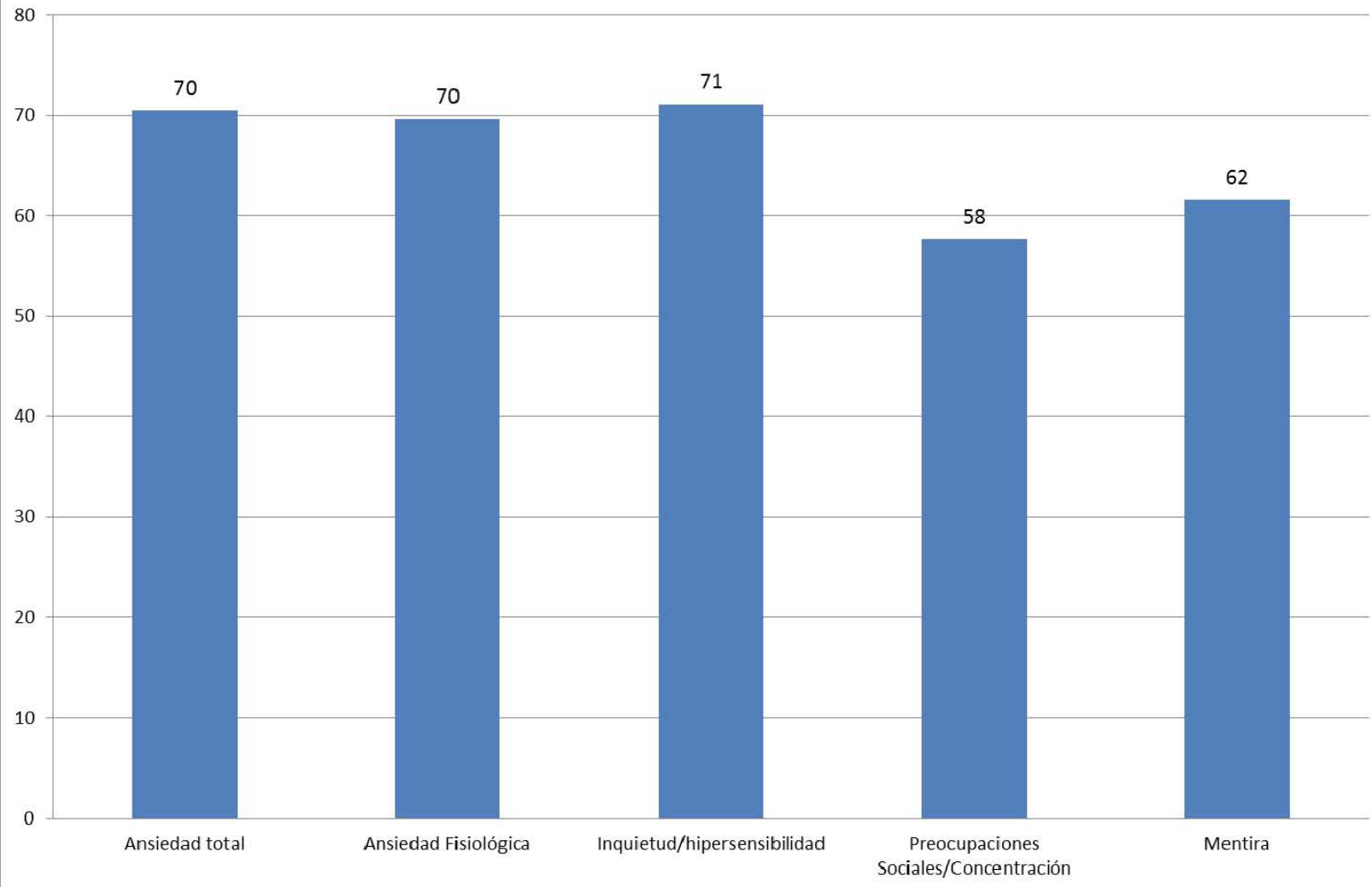
Barraza Macías, Arturo. (2005)
“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”.
Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-19-1-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educa.html>

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.
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Caldera.pdf

Hernández García, Mariamparo A. (2006)
“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”
Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.
http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp

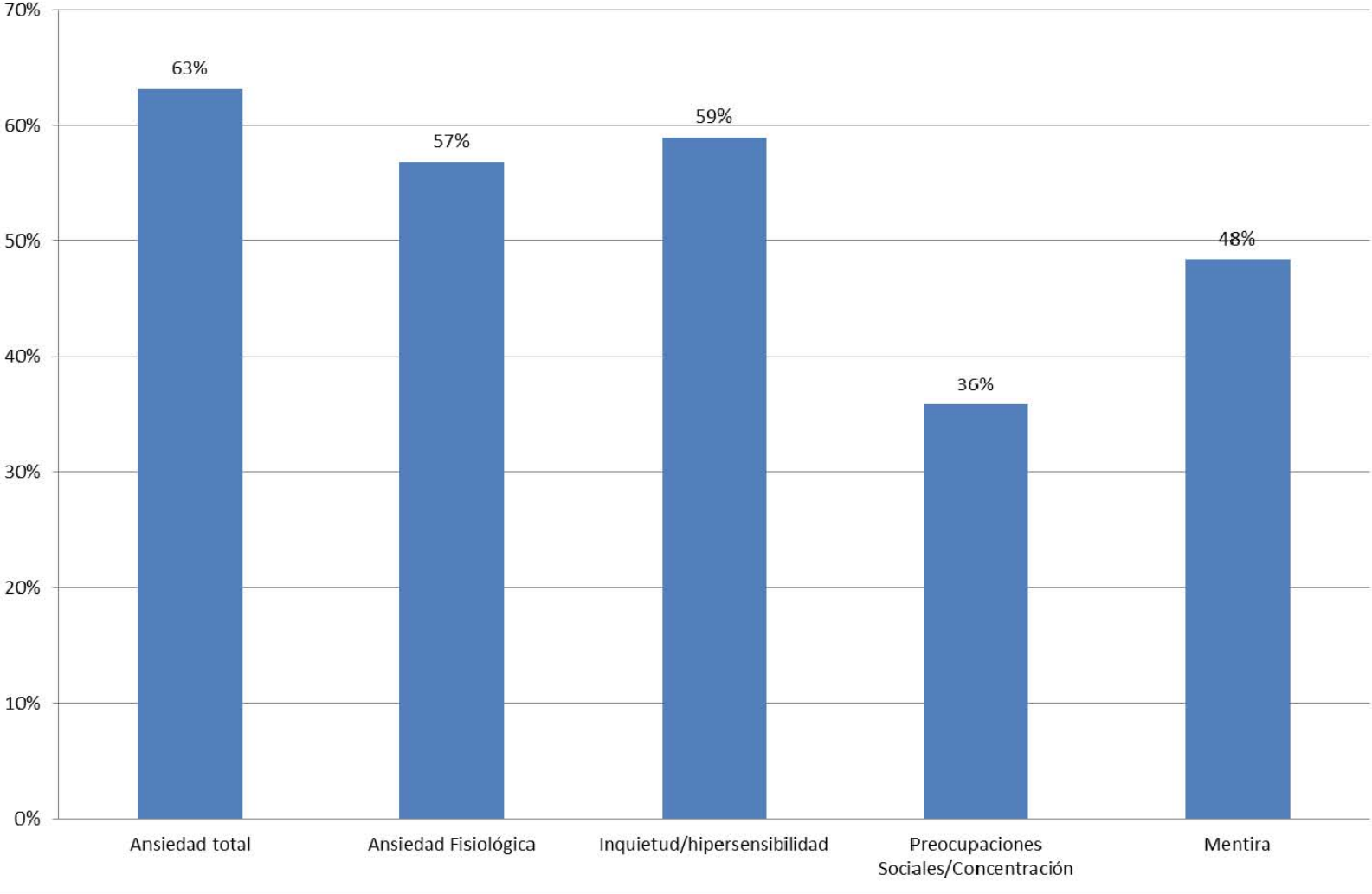
Anexo1

Media Aritmética de las Escalas de Estrés



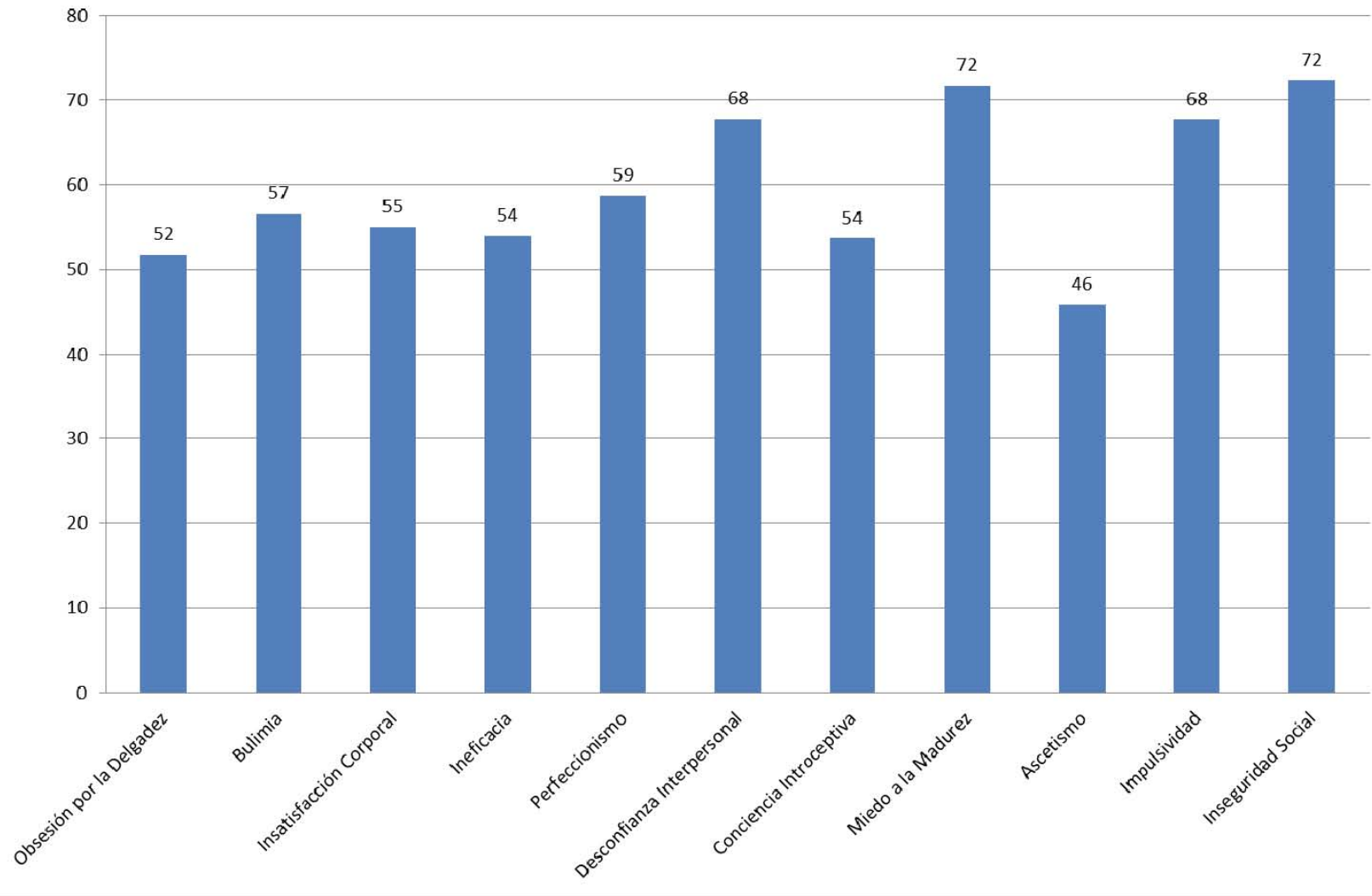
Anexo 2

Porcentaje de sujetos con niveles altos de ansiedad



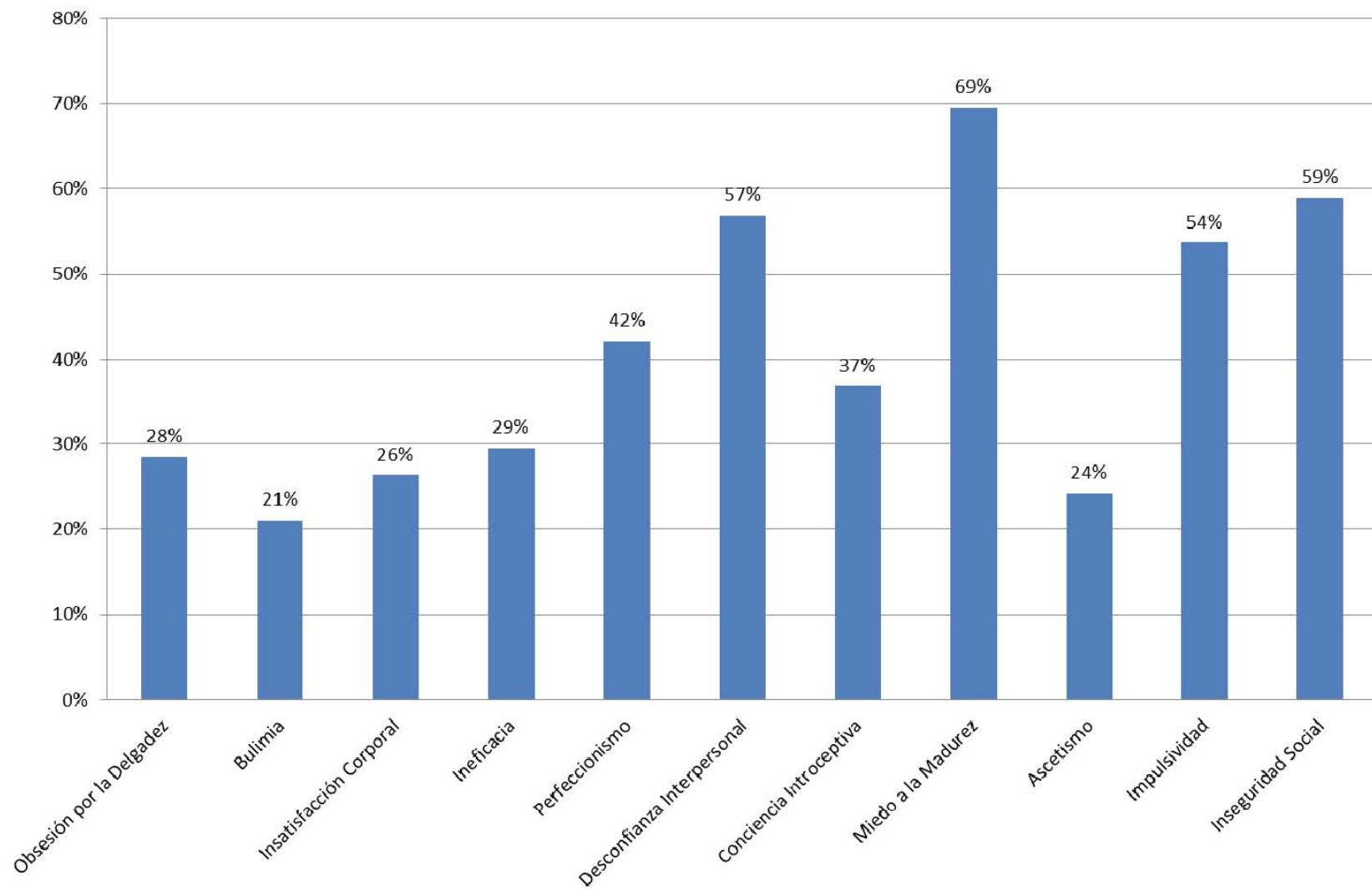
Anexo3

Media Aritmética de las Escalas de EDI2



Anexo 4

Porcentaje de sujetos con niveles altos en escalas de EDI2



Anexo 5

Porcentaje de Correlación entre Ansiedad total y Escalas de EDI2

