

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción general.

El propósito del presente estudio fue investigar la relación que existe entre los estilos de apego y la sintomatología de trastornos alimentarios: anorexia y bulimia, en mujeres universitarias.

Los estándares de belleza en la actualidad se han ido modificando con el paso del tiempo. Así mismo, diversos factores promueven un modelo de belleza difícil de lograr para la gran mayoría de las mujeres. La anorexia y la bulimia son enfermedades vanagloriadas por la sociedad por lo que difícilmente se acepta el problema y por ende, difícilmente se busca ayuda. La anorexia nerviosa es una patología en la que intervienen de manera confusa factores conductuales, socioculturales, cognitivos, somáticos, iatrogénicos y emocionales (Toro, 1987). Friedlander y Siegel (1990) y González (2001) afirman que factores familiares e intrapsíquicos contribuyen a la etiología y mantenimiento de los desórdenes alimentarios. Además, que conflictos de dependencia y deterioro funcional, junto con disminución general del sentido de individualidad son predictivos poderosos de conducta bulímica, búsqueda de delgadez, creencias acerca de la ineffectividad personal, desconfianza interpersonal, inmadurez y una inhabilidad para discriminar emociones y sensaciones. En contraste, Keny y Hart (1993) sugieren que la presencia de una relación emocional positiva con los padres, en conjunción con el fomento a la autonomía de los padres está inversamente relacionado con la preocupación por el peso, conducta bulímica y sentimientos

de ineffectividad. Por otro lado, Klechuk, Hutchinson y Frank (Citados en Mancilla et al. 1988) señalan un incremento preocupante de los trastornos alimentarios en colegios universitarios.

2. Los trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia.

2.1 Anorexia y bulimia a través de la historia.

La anorexia y la bulimia son trastornos alimentarios que han acompañado a la humanidad desde hace siglos. Cabe señalar que en la antigüedad la anorexia era practicada sin fines “estéticos” –por terror a engordar- más bien las mujeres se abstenían de ingerir alimentos con fines ascéticos. Es decir, creían que era una manera para intensificar su espiritualidad y desprenderse de los lazos terrenales (Citado en Holtz, 1995).

Bell en 1985 (citado por Toro, 1999) realizó un estudio en la Rutgers University, el cual se basó en la revisión autobiográfica, cartas, testimonios de confesores y actas de canonización de más de 261 (desde el siglo XIII hasta el actual) mujeres religiosas italianas. Los resultados de esta investigación señalan que todas estas pudieron haber padecido anorexia nerviosa. Las más afectadas parecen haber sido las dominicas y agustinas, con un 56 y un 52% respectivamente de probables anoréxicas entre sus 41 y 23 monjas estudiadas. En siglo XIII, de las 42 “santas” estudiadas, el 50 % serían consideradas en la actualidad anoréxicas, en el siglo XVII el 61 % de las trece tomadas en consideración; en el siglo XX, sólo el 12% cumplirían dichos criterios. Catalina de Siena, Santa Clara de Asís, Benbenuta Bojan, Verónica Giuliani (Santa Verónica), María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana

de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovaina son algunas mujeres que acreditaron poderes sobrenaturales (milagros) además de *poder vivir casi sin alimentarse*. Otro ejemplo de éstas mujeres fue Luidina de Shiedam séptima hija del rey de Portugal cuyas pretensiones de casarla con el rey sarraceno de Sicilia le sugirieron ayunar y rezarle a Dios suplicándole que toda belleza fuera eliminada de su cuerpo para que de ésta manera los hombres dejaran sus pretensiones. No pasó mucho tiempo después de que todo su cuerpo se viera cubierto de pelo. El resultado: su padre la crucificó entre el 700 y 1000 antes de Cristo (Toro, 1999). Rausch y Bay (2000) aseveran que aquellas muchachas que deseaban alejar las pretensiones masculinas de sus vidas adoptaron a santa Wilgefortis (Luidina de Shiedam) como su patrona. También fue conocida como santa Ont Kommeena (en Holanda), santa Kummernis (en Alemania), como santa Liberata (en España) y como santa Uncumber (en Inglaterra).

La primera paciente anoréxica fue registrada por Morton en 1684 (J. Toro, comunicación personal, Marzo 11, 2003). Adolescente inglesa de 18 años que desarrolló amenorrea, y que poco a poco perdió peso y sufrió de ataques sincopales y desmayos continuos empeorando cada vez más su salud hasta que por último perdió la vida (Holtz, 1995). Morton llamó a esta enfermedad "*consunción nerviosa*" y afirmó que casi siempre le precedía la tristeza, dedicación obsesiva al estudio y ansiedad. Esto lo confirmó con otra paciente de 16 años quien perdió totalmente el apetito *ocasionado por estudiar demasiado y por las Pasiones de la mente* lo que le acarreo una Atrofia Universal, empeorando cada día más. Lo más atrayente de la solución de éste caso fue

que logró la curación de su paciente obligándole a abandonar sus estudios, así como alejarse de su familia por medio de un viaje (Toro, 1999).

Era la época victoriana (1873) cuando Laségue, un psiquiatra francés, junto con Gull, un psiquiatra inglés, denominaron por primera vez a la privación de alimentos como “anorexia nervosa” (Fendrik, 1997 y Bruch, 1978). Los teóricos de la American Psychiatry Association (1987) ignoran los reportes de Morton y consideran a Charles Laségue, en 1873, y William Gull, en 1874, como los que realmente dieron los primeros reportes médicos sobre la anorexia nervosa. Lo anterior se debe a que hicieron referencia al síntoma principal que en la actualidad distingue a la anorexia nerviosa de otras formas de enflaquecimiento psicógeno: el miedo anormal a estar o llegar a ser obesas, a pesar de estar emaciadas (exageradamente delgadas). Es en 1875 cuando Worthington describe un miedo anormal de volverse obeso (Holtz, 1995). En contraste, Vandereycken y Van Deth (citado por Toro, 1999) afirman que fue Charcot el primero en señalar el “miedo a la obesidad” como motivación principal anoréxica hacia el ayuno. Por otro lado, Holtz (1995) señala que los reportes publicados en esa época asociaron a la anorexia con los síntomas bulímicos, es más, la bulimia era considerada un síntoma de la anorexia nerviosa. El autor comenta que no fue sino hasta 1980 en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III,)* que se separaron ambos trastornos alimentarios.

Con respecto a la bulimia nerviosa se reporta que los romanos, antiguamente, preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados

después de engullir grandes cantidades de manjares se provocaban el vómito para vaciar sus estómagos y continuar con la comilona. La palabra Bulimia se deriva del griego "*bulimy*" que significa "hambre de buey". Según Vander Eycken, ya en el Talmut (400 500 a.C.) existía el termino "Boolmut" para referirse a una persona abrumada por el hambre y presentar alteraciones cognitivas. Por otro lado, en 1825 Hooper designó al apetito voraz seguido por vómitos los términos "bulimia emética", "bulimia canina" y "cynorexia". Como ya se ha mencionado antes, la bulimia se encontraba inexorablemente unida a la anorexia. Es en 1979 que Russel describe a la bulimia nerviosa (citado por Holtz, 1995) y detalla sus criterios diagnósticos. En 1980 en el DSM III la bulimia aparece ya como un síndrome separado de la anorexia nerviosa

2.2 Criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios.

González (2001) afirma que la anorexia está caracterizada por una notable pérdida de peso inducida, trastornos psicológicos y anormalidades fisiológicas secundarias. Según el DSM IV (1994) la anorexia nerviosa es el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Además, en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; es decir, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Es pertinente mencionar que distinguen dos tipos de anorexia nerviosa: anorexia nerviosa de

tipo restrictivo en el cuál el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. Y el tipo compulsivo/ purgativo en el cual el individuo recurre a atracones y a actividades compensatorias como provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Para el CIE-10 (1993) la característica principal de la anorexia nerviosa es la pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. O en su defecto, cuando el enfermo es prepúber puede no experimentar la ganancia de peso y crecimiento propios de la edad. También, evitación de ciertos “alimentos engordantes” y la práctica de actividades compensatorias como son vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. Además, distorsión de la autopercepción corporal. Un criterio relevante que el DSM IV (1994) no toma en consideración es que es un trastorno generalizado que afecta al eje hipotalámico - hipofisiario gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de la potencia y del interés sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo de la hormona tiroidea y alteraciones en la secreción de insulina. Existen dos tipos de anorexia: anorexia psicógena y atípica. La primera además de los criterios ya mencionados presenta síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales. La anorexia nerviosa atípica se utiliza para quienes no cumplen con todos los criterios de la anorexia nerviosa o para quienes presentan todos los síntomas pero en grado leve.

Según el DSM IV (1994) y el CIE – 10 (1993) la bulimia nerviosa se define como la presencia de atracones recurrentes que implican: ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos y ayuno. De igual importancia, el DSM-IV (1994) menciona la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento y el ejercicio excesivo como actividad compensatoria a la ganancia de peso por los atracones. Así mismo, señala la existencia de dos tipos de bulimia nerviosa: Tipo purgativo en el cual el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo en el cual el individuo utiliza sólo el ayuno y el ejercicio intenso como conducta compensatoria inapropiada. Para el CIE – 10 (1993) es frecuente que existan antecedentes de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de meses o incluso años. La bulimia nerviosa atípica es aquella que cumple con todos los criterios de la bulimia pero sin embargo éstos no son severos o en su defecto no cumple con todos los criterios para la bulimia nerviosa. Además, es posible que presenten síntomas depresivos.

De lo revisado hasta ahora se entiende que la preocupación obsesiva por el peso es uno de los criterios del diagnóstico de los trastornos alimentarios. Pero ¿Qué es el índice de masa corporal? ¿Cuáles son los estándares de normalidad? ¿Por qué en la adolescencia?, ¿Cómo se calcula el IMC? Para responder a éstas y otras preguntas comenzaremos con una breve introducción

sobre los cambios que sufren los adolescentes en ésta etapa de la vida, la cuál es –dependiendo de cómo sea resuelta y de otros factores- determinante para el desarrollo de los trastornos alimentarios.

El inicio de la adolescencia se hace evidente por el rápido desarrollo fisiológico, alteraciones en las proporciones del cuerpo, desarrollo de los senos en las niñas y el comienzo de la capacidad en los muchachos de eyacular semen. El crecimiento súbito del adolescente es uno de los primeros signos de la maduración, un intenso aumento de la estatura y de peso que, comúnmente comienza en las chicas entre las edades de 9½ y 14½ años; y en los chicos entre las edades de 10½ a 16 años. En las mujeres la pelvis empieza a ensancharse formándose capas de grasa bajo la piel, que dan una apariencia más redondeada. Los varones, por el contrario, comienzan a ensancharse por los hombros y sus piernas son más largas (Papalia, 1992). Aunado a esto, los cambios hormonales se incrementan y con ellos también las necesidades nutricias. Sin embargo, estos cambios son experimentados de manera diferente entre géneros y entre individuos. Si una chica empieza su desarrollo después que sus iguales, ésta tiene una imagen corporal más positiva. Por el contrario, si en un varón se percibe su desarrollo físico antes que el resto de los chicos, esto le produce mayor satisfacción, mejor aceptación de sus compañeros, más equilibrio, tendencia a ser líderes y a mostrar menos impulsividad (Siegel, Yancey, Aneshensel y schuler, 1999, citado en Unikel, et al. 2002). Ahora bien, una adolescente necesita 2.200 calorías por día, mientras que un chico cerca de 2800. Los niveles de proteína son importantes para el crecimiento, de la misma

manera lo son el calcio, hierro y zinc. Polivy y Meter (1987) señalan que los términos normal, aceptable y sobrepeso pueden ser entendidos sólo en el contexto de la realidad e ideología social. Normal, por ejemplo, es más usado con frecuencia en el sentido evaluativo/prescriptivo que en sentido descriptivo/estadístico. Entonces las mujeres cuyo peso es actualmente cercano a la media de la población para su edad y estura puede ser visto (y sentido) como sobrepeso. De la misma manera, el significado de la frase alimentación normal no es tan obvio. Por ésta razón, los autores afirman que dado que las normas sociales dictan hacer dieta hay que aprender a diferenciar entre un trastorno alimentario y una preocupación por el peso y la forma corporales. Así, señalan que las diferencias entre estas dos entidades son las conductas y actitudes autodestructivas y patológicas de los trastornos alimentarios.

En otro orden de ideas, el índice de masa corporal es la relación entre el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la estatura en metros: $IMC = \text{kg} / \text{mt}^2$
Los puntos de corte definen obesidad como percentil > 95, sobrepeso como percentil > 85, el peso normal como percentil 15-85, el peso bajo como percentil < 15 y el muy bajo como percentil < 5 (citado en Unikel, Saucedo-Molina y Villatoro, 2002)

2.3 Cambios cognitivos

Bruch (1978) ha observado en pacientes anoréxicas que continúan funcionando con las convicciones morales y el estilo de pensamiento de la infancia temprana. Es decir, que se han quedado en la etapa de las operaciones concretas o preconcretas –según la teoría de Piaget-. Las excelentes notas que

generalmente obtienen estas chicas se relacionan comúnmente con alta inteligencia. No obstante, éstos resultados son producto de esfuerzos desmesurados. Otra característica de éstas pacientes es que poseen deficiente desarrollo de su pensamiento diario y tienen una rígida reinterpretación de las relaciones humanas.

Distorsiones cognitivas en la Anorexia Nerviosa:

Al principio del cuadro es común escuchar a las chicas expresiones del tipo “Estoy demasiado gruesa”, “No me puedo controlar”, “Un bocado más y explotaré”, etc. Este tipo de expresiones pueden no ser patológicas siempre y cuando no sean reiterativas y vayan en aumento convirtiéndose en el eje central de la vida de la mujer y específicamente de la adolescente, aunado a una gran cantidad de ansiedad (Toro, 1987) Éste mismo autor afirma que lo que en un principio pudo ser normal, y corresponder a hechos objetivos, se convierte en verdaderas *distorsiones cognitivas de la anorexia nerviosa*. Al respecto, Raich (1994) señala que en ambas, anorexia y bulimia nerviosa ya establecidas, se observan las mismas distorsiones cognitivas. Garner y Benis (citado por Toro, 1987 y Raich, 1994) han intentado sistematizar los cambios cognitivos de la anoréxica cuando el trastorno ya se ha instaurado. Así tenemos: 1) *Abstracciones selectivas*, “sólo puedo controlarme a través de la comida”, es decir, llegar a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales; 2) *Generalizaciones excesivas*, “Cuando comía hidratos de carbono estaba gorda, por lo tanto debo evitarlos para no estarlo”; 3) *Magnificación* de posibles consecuencias negativas. “Si aumento un kilo de peso, no lo podré resistir”; 4)

Pensamiento dicotómico, del todo o nada. “Si no me controlo del todo, no me podré controlar en absoluto”; 5) *Ideas de autorreferencia*. “Cuando como me parece que todo el mundo me mira” y, 6) *Pensamiento supersticioso* aceptando relaciones de causa-efecto entre acontecimientos no contingentes. “Si como un dulce, se convertirá de inmediato en grasa en el estómago”.

Saggin (citado por Raich, 1994) enlista cinco distorsiones cognitivas referentes a la comida: 1) *Inferencia arbitraria*. “si comes a gusto, engordas”, 2) *Pensamiento dicotómico*. “Las comidas sanas no engordan, las poco saludables sí”; 3) *Uso selectivo de la información*. “sé que el pan y las pastas son buenos para la salud, pero jamás los he encontrado recomendados para mi signo zodiacal, por ello no los como”; 4) *Hipergeneralización*. “No puedo entrar en un bar sola porque una vez lo hice y me comí tres brioches”; y 5) *Magnificación de lo negativo*. “No conseguiré controlarme nunca”.

Alteraciones de la Imagen corporal.

Según Bruchon-Schweitzer (citado en Gómez, 1998) la imagen corporal es una organización y elaboración cognoscitiva compleja y consciente de conjuntos de representaciones y efectos de la unidad de un cuerpo objeto y un cuerpo sujeto. Fabian y Thompson (citado en Gómez, 1998) han reportado que la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal es uno de los más poderosos predictores de los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación. De igual manera, Davis y Katzman (1999), encontraron que las mujeres con más insatisfacción corporal tendían hacia la delgadez. Así mismo, Button (citado en Gómez, 1998) encontró, en estudios realizados con

adolescentes escolares, asociaciones entre satisfacción corporal, autoestima y conductas y actitudes asociadas con desórdenes del comer, por ejemplo, preocupación por el peso corporal. Gómez (1998) confirmó que es la auto percepción más que la realidad objetiva, el mejor predictor de satisfacción corporal. En la misma dirección, Esterling (citado en Hayaki, 2002) afirma que la expresión de las emociones está asociada con el mejoramiento de las funciones psicológicas entre los individuos que experimentan estrés, como por ejemplo, individuos que hayan sufrido la pérdida de su cónyuge. Finalmente, Hayaki (2002) encontró en un estudio realizado con adolescentes no graduadas que la expresión emocional está inversamente relacionada a la insatisfacción corporal.

Es común observar a las pacientes extremadamente delgadas, sino es que esqueléticas, negar su extrema delgadez, sobreestimar sus dimensiones (Mora y Raich, 1994) y reaccionar de manera inadecuada a ellas. En este mismo sentido, Toro y Vilardell (1987) afirman que la negación de la enfermedad guarda estrecha relación con la tendencia a negar su delgadez. A éste respecto, diferencian dos tipos de distorsiones con relación a la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo: a) Distorsiones perceptivas: se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales; b) Evaluaciones distorsionadas: son producto de una percepción más o menos objetiva, que dependiendo de su contenido, originarán reacciones de ansiedad o incluso pueden mitigarla (Toro, 1987).

La sobrestimación corporal, según Raich (1994), en pacientes con trastornos alimentarios, no es debido a fallos perceptivos y la insatisfacción corporal no es una consecuencia de la percepción alterada, sino que parece ser la causa.

Slade (citado en Toro, 1987) constata que hay tres hechos asociados a la tendencia a sobreestimar el tamaño corporal: 1) Presencia de vómitos y de bulimia nerviosa; 2) En condiciones de hospitalización existe una respuesta pobre al tratamiento, y 3) Falta de autocontrol, y orientación hacia un control externo, autoimagen deficiente y neuroticismo.

Así Toro (1987), concluye que a mayor sobreestimación del tamaño corporal, más asociación con señales de enfermedad grave, y en consecuencia peor pronóstico.

2.4 Cambios conductuales

La acción es precedida por los pensamientos, en el caso de las anoréxicas (pre-anoréxica, al inicio de la patología) mantienen su comportamiento ulterior. A los cambios cognitivos corresponden los cambios conductuales (Toro, 1987). Los cambios comportamentales en los trastornos alimentarios dependen del tipo de patología. Así tenemos que en la anorexia nerviosa de tipo restrictivo la conducta está encaminada a la disminución de la ingesta y como actividad compensatoria tenderá al incremento del gasto calórico. Con respecto a la bulimia nerviosa también es común la reducción de la ingesta que se va alternando con períodos de atracones o sobreingesta que implican preparativos, como compra, almacenamiento y consumo solitario de ellos. Luego de la

sobreingesta sobrevienen el vomito autoinducido y el abuso de laxantes y diuréticos (Raich, 1994).

Control de la conducta

Luigi-Rivero y Vivas (2001) afirman que existe una gran confusión y poca claridad con respecto a cuál es el contenido del constructo control, haciendo más difícil el esclarecimiento del rol que desempeña tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa. Para ilustrar esto tenemos que Hood, Moore y Garner utilizan el término inefectividad. Shapiro, Blinder, Hagman y Pituck (1993) hacen referencia a sensación de control. Strober (1980) usa el término *locus* de control; Leon, Lucas, Colligan, Ferdinan y Kamp (1985) utilizan mejor "autocontrol", entre otros. Es quizá por esta razón que los resultados de las investigaciones que relacionan a este constructo con los trastornos alimentarios son opuestos.

Bruch (1978) afirma que las pacientes anoréxicas tienen la sensación de que no tienen el control sobre su vida o sus relaciones con los demás. En los resultados de los estudios de Mashed y Grilo (2002), nos sugieren que el control flexible y el control rígido no tienen relaciones con el índice de masa corporal en pacientes con desórdenes de alimentación por atracones. Además, encontraron una relación inversa entre control flexible e índice de masa corporal. Garfinkel, Brown y Darby afirman que las pacientes anoréxicas demuestran autodisciplina considerable. En contraste, las bulímicas viven sentimientos de inefectividad y una constante fluctuación entre autocontrol y la pérdida de control (citado en Luigi-Rivero y Vivas 2001). Los mismos autores encontraron que las mujeres

con trastornos alimentarios se caracterizan por tener un menor control objetivo manifestando conductas no conducentes a lograr un óptimo control de sus actos. Poseen, igualmente, menor control subjetivo, lo que les dificulta el logro del control por no tener la confianza en sus propias habilidades. Además, tienen la creencia de que el control es ejercido más por parte de otros, a quienes consideran poderosos, que por sí mismas. En contraparte, los sujetos normales tienen un alto control objetivo, el que se manifiesta mediante conductas que evidencian el control de su propia conducta; tienen también un alto control percibido, considerándose capaces de regular su conducta adecuadamente y, finalmente estiman que el control está en sus manos más en otros.

2.5 Prevalencia

La prevalencia de los trastornos alimentarios ha ido en aumento desde los años 80 (Hall y Cohn, 2001); al respecto, Toro (comunicación personal, Marzo 11, 2003) afirma que en la Unidad de Psiquiatría de pacientes agudos de Cataluña (España) se recibía en 1974 - 1975 un paciente con anorexia nerviosa por año, en contraste, en el 2003 eran tres pacientes adolescentes semanales nuevos.

Por otro lado, el DSM IV (1994) reporta que en mujeres adolescentes y jóvenes adultas del 0.5 - 1 % cumplen los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Hall y Cohn (2001) reportan que 5 % de las mujeres en edad universitaria satisfacen los criterios clínicos de bulimia aunque puede llegar éste porcentaje hasta el 15 %. Por otro lado, con respecto a los varones, de los casos reportados de bulimia comprenden el 15 % y de los casos de anorexia el 10 %.

En 1984 en el congreso mundial de psiquiatría celebrado en Viena se aseguró que en el occidente de cada 100,000, mujeres en edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, 30 a 40 sufren de anorexia nerviosa cada año (Toro y Vilardell, 1987). En un estudio realizado en la Ciudad de México en 1997 con adolescentes de ambos sexos se encontró que 1.5 % de los hombres de 13 a 15 años y 2.2 % de entre 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria. Con respecto al sexo femenino 5.4 % de las de 13 a 15 años y a 16.1 % de las de 16 a 18 años corren el mismo riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002). No obstante los datos reportados, no se cuenta con estadísticas sobre la prevalencia de los trastornos alimentarios en la República Mexicana, sólo de la Ciudad de México.

2. 6 Factores Etiológicos

Los trastornos alimentarios son multicausales y multisintomáticos e intervienen múltiples factores y no todos funcionando al mismo tiempo (J. Toro, comunicación personal, Marzo 11, 2003).

Haciendo una revisión bibliográfica de la historia de los trastornos alimentarios Steiner-Aadair (citado en Bruch, 1978) asevera que la literatura psicoanalítica de mediados del siglo XIX sugiere deseos de manipulación, impulsos sexuales reprimidos o miedo a una fantaseada fecundación oral como factores etiológicos de la anorexia nerviosa. Diversos estudios aseveran que factores intrapsíquicos y familiares contribuyen a la etiología y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Friedlander y Siegel, 1990; Fundación CBA, 2002).

Otros estudios (White, 1992; Zerbe, 1996 y Hall, 2001) demuestran la interacción entre factores psicológicos, familiares, biogenéticos, emocionales, de desarrollo y socioculturales. Toro y Vilardell (1987) añaden factores neuroendocrinos, cognitivos y iatrogénicos como factores constituyentes de la anorexia nerviosa. Además, afirman que para entender la etiopatogenia de la anorexia nerviosa es necesario sistematizar los factores intervinientes en factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.

Factores predisponentes

Factores genéticos: Los resultados de estudios realizados por Kaluch y cols (citado en Toro y Villardell, 1987) demuestran la nula presencia de anorexia nerviosa en los padres de las pacientes. No obstante, en los estudios con hermanas gemelas monocigóticas en quienes se ha observado éste trastorno, les permite a los autores Schepank, Holland y cols (citados en Toro y Vilardell, 1987) concluir que puede existir una disposición o vulnerabilidad genética para la anorexia nerviosa.

Davis y Katzman (1999) reportaron que las mujeres de entre 17 y 28 años, muestran más miedos a la madurez y un gran sentido de ineffectividad.

Características de personalidad: Garner y cols. (citados en Toro y Vilardell, 1987) encontraron que las anoréxicas eran significativamente más inestables emocionalmente y más introvertidas que las mujeres obesas y las normales. Vitousek y Manke (1994) han encontrado que las características de personalidad de los individuos anoréxicos restrictivos son: limitados, conformistas y obsesivos. Con respecto a los individuos bulímicos se refieren a

inestabilidad afectiva e impulsividad. Rausch y Bay, 2000, señalan que en una investigación realizada por Strober (1980) encontró que las pacientes anoréxicas tenían más ansiedad neurótica, conformidad social, control de la emocionalidad y evitación de estímulos. El mismo autor señala -de una revisión bibliográfica en el año de 1985- que la inseguridad social, excesiva dependencia, complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía como factores predisponentes de anorexia nerviosa.

Entre los factores psicológicos podemos encontrar baja autoestima (Raich, Torras y Mora, 1997), algunos trastornos de la personalidad como el trastorno obsesivo – compulsivo, trastorno del estado de ánimo como la depresión, trastornos de ansiedad, trastorno post traumático, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos y rasgos de personalidad *borderline* (Meyer, Newman, Feary Y Mann, 2001). En contraste, con respecto al trastorno *borderline*, Bruch (1978) afirma que de persistir la inanición por muchos años la consecuencia inmediata es algo muy parecido a éste trastorno. Woodside et al. (2002) y Pratt, Telch, Labouvie y Wilson (1999) afirman que algunos rasgos de personalidad, tales como el perfeccionismo, la preocupación por la forma y el peso pueden encontrarse en familias de sujetos con trastornos de la alimentación. De manera similar, Peter (2002) afirma que la búsqueda del cuerpo perfecto simboliza la búsqueda del control y, por consiguiente, la búsqueda de la perfección. “La delgadez es sólo una manera de alimentar el vacío existencial de la perfección. La búsqueda de la perfección no es saludable... quien busca la perfección crea un auténtico caos de su vida”. También, Hornbacher (1999) señala “el temor a

un cuerpo imperfecto es sólo el reflejo del temor a un alma imperfecta que nada ni nadie puede curar”.

Rausch y Bay (2000) han observado que las pacientes anoréxicas han sido niños perfectos, obedientes y aparentemente super dotados, expertos en reconocer y satisfacer a sus padres. Al parecer estos niños nunca fueron capacitados para la separación-individuación, característica de la adolescencia. Así, estas autoras hace referencia a tres rasgos esenciales: **a)** el fracaso en desarrollar la autonomía de sus padres, especialmente de la madre, ocasionado esto por la intrusividad y exceso de control de parte de los adultos; **b)** desarrollo de una “persona” dócil y obediente con el fin de evitar enfrentamientos parentales; **c)** *Self* social deficitario en lo referente a la subjetividad ya que éstos pacientes tienen grandes problemas en detectar de manera correcta sus propios sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales. Este tipo de conducta crea un “falso *self*”, elaborado a expensas del verdadero *self* que permanece en letargo y subdesarrollado.

Características Familiares: entre los factores familiares se encuentran el hecho de que la familia sea rígida, sobreprotectora, con límites confusos, con falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflictos. Negación de conflictos bajo la fachada de perfeccionismo y amor. Lealtad al grupo, padres controladores y muy demandantes, en la que la familia no permite la expresión abierta de los deseos y conflictos además, alianzas secretas entre los miembros de la misma (Fundación CBA, 2002). Vázquez y Raich (1997) en un estudio realizado en la Ciudad de México con familias formadas solo por

papá, mamá e hija, señalan como una causa importante en las hijas, para disminuir su ingesta, el “hacer enfadar a otros”, además de sentirse solas o estar enfadadas. En este mismo estudio, en lo referente al peso corporal, un 52 % de las madres presentó problemas de sobrepeso (real o imaginario) además, encontraron alta cohesividad en las familias anoréxicas. De igual importancia es el hecho de que la expresión de conflictos no era fomentada en estas familias, lo cual las revela como evitadoras de conflicto. Bruch (1978) afirma que en las observaciones a las madres de las pacientes anoréxicas, éstas estaban de acuerdo con respecto a lo que comían sus hijas. La verdadera complicación era que no entendían por qué sus hijas pesaban tan poco. Esto le permitió concluir que esas madres estaban preocupadas por su propio peso y envidiaban la gran fuerza de voluntad de sus herederas. En otro orden de ideas, Hekier y Millar (1996), reportan como un mecanismo de defensa familiar la negación o protección del síntoma, ya que no ven lo evidente, no ven el cuerpo emaciado de la paciente. Murray, Waller y Legg (2002) señalan que a pesar de que el rol disfuncional de la familia ha sido asociado con la bulimia, los mecanismos psicológicos no son claros, sin embargo, señala que la experiencia de humillación y deshonra parecen ser un elemento crítico en el entendimiento entre disfunción familiar percibida y la psicopatología bulímica. En este mismo estudio las pacientes reportaron percibir a sus familias como problemáticas. En contraste, Hall y Hostroff (2001) señalan a la anorexia como respuesta a las relaciones entre madre/hijo(a) demasiado cercanas.

Bruch (1978) señala características comunes a la gran mayoría de las familias de pacientes anoréxicas. Las familias siempre dan buena impresión, están compuestas de pocos miembros, hay escasez de hijos varones, más de dos tercios de las familias sólo tenían hijas. Los padres tenían una edad bastante alta (38 años de media del padre y 32 para la madre) al nacimiento de la paciente. Las pacientes anoréxicas, si tienen hermanos, suelen ser las más pequeñas de la familia. Muchas anoréxicas expresan que sus vidas han sido verdaderas pesadillas en su intento de complacer a sus padres.

Factores socioculturales

La presión social para ser delgadas, confusión de roles sexuales, alta presión para sobresalir, énfasis en la delgadez como modelo de belleza (Boskind-Lodahl, 1976; Boskind-White & White, 1983; Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1986 citados en Cole-Detke y Kobak, 1996)y, popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad como sinónimo de fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad, soledad, bombardeo de los mensajes de la industria de las dietas a través de los medios de comunicación, el valor de la perfección y alta competencia son factores etiológicos socioculturales de los trastornos alimentarios (Fundación CBA, 2002, y White, 1992). De igual manera, Vázquez y Raich (1997) encontraron alta vulnerabilidad a los valores culturales con respecto al modelo estético corporal, además, reportaron que las adolescentes reaccionan y llegan a angustiarse ante la presencia de estímulos que les recuerdan los modelos sociales de “delgadez”, en otras palabras, las jóvenes

fueron significativamente más sensibles a los estereotipos culturales que sus padres.

Factores precipitantes.

Cuando hablamos de factores precipitantes nos estamos refiriendo al momento del inicio del trastorno. Usualmente se habla de factores externos que son los observables, no obstante existen también factores internos, que son todos aquellos que no se observan, pero que suceden y que afectan a los individuos de manera diferente, tanto cuantitativa como cualitativamente, dependiendo de la interpretación de una situación dada, más que de la situación misma (Toro y Vilardell, 1987).

Separaciones y pérdidas: Algunos estudios (Beaumont y cols, 1978; Kalucy y cols, 1977; Garfinkel y Garner, 1982, citados en Toro y Vilardell, 1987) afirman que existe una relación temporal entre anorexia nerviosa y el fallecimiento de una persona significativa afectivamente –padres– las separaciones de los padres, alejamiento de la paciente de su hogar, aburrimiento por choque cultural, etc.

Contactos sexuales: Toro y Vilardell (1987) afirman que en los estudios realizados por Beaumont y cols (1978) han permitido concluir que la experimentación de relaciones sexuales concretas o aproximaciones a las mismas, son precedentes inmediatos de anorexia nerviosa. Por su parte Mallinckrodt, MacCreary y Robertson (1995) no dudan en afirmar que los desórdenes alimentarios son multicausales, y creen además que el abuso sexual en la infancia es un factor etiológico. Finalmente, Romans,, Gendall, Martin, y

Mullen (2001) señalan características como ser gente joven, experimentar la menarca a temprana edad, alto control paterno, descuido materno y abuso sexual infantil como factores asociados a la anorexia nerviosa

Acontecimientos vitales potencialmente estresantes: Compass y cols (citado en Raich, 1994) diseñaron una escala de 200 eventos estresantes para adolescentes de 14 a 18 años que miden el impacto, la frecuencia y la deseabilidad, los cuales están clasificados en: 1) Intimidad, sexo y romance; 2) familia; 3) compañeros; 4) Académicos; 5) de autonomía y 6) sociales. La vivencia de situaciones que puedan ser parte de ésta clasificación demanda en cada individuo una respuesta adaptativa, que de lo contrario puede ser la puerta de entrada a un trastorno alimentario. Pero ¿qué genera la diferencia entre individuos? Un buen contacto social, que permita expresar los miedos y angustias que padecemos, disponer de un entorno social adecuado y tener un locus de control interno, son excelentes protectores.

Dietas: Bruch (1978), Toro y Vilardell (1987) y Raich (1994) afirman que se ha observado que la práctica de dietas restrictivas ha sido el común denominador de los factores precipitantes de quienes padecen de anorexia y bulimia. Así mismo, Toro et al (2003) afirman que la ansiedad asociada con la alimentación juega un rol muy importante en el inicio y/o mantenimiento de los atracones de las pacientes bulímicas.

Factores de Mantenimiento

Cuando hablamos de factores de mantenimiento nos estamos refiriendo a todas a aquellas circunstancias que de una manera o de otra mantienen a la paciente en un círculo infernal: la anorexia (Toro y Vilardell, 1987).

Síndrome de inanición: existe un estudio un poco antiguo de Keys y cols, 1950 (citado en Rausch y Bay, 1990) que les permitió concluir que los cambios psicológicos y de personalidad que aparecieron en los individuos que participaron en este estudio son atribuibles exclusivamente a los efectos de la inanición y no son parte de la personalidad del anoréxico. Los cambios a los que el estudio se refiere son: irritabilidad, ansiedad, dificultad de la concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, labilidad de humor, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas. Acapararon comida, aparecieron perturbaciones del sueño y hubo pérdida del interés sexual. Respecto a los vómitos, este tipo de conducta fácilmente exagera la persistencia del síndrome, ya que representa una “solución” al problema de la sobreingesta; sobre la fisiología gastrointestinal, se puede decir que la aparente saciedad producto del lento vaciamiento de los intestinos y la constipación facilita la disminución de la ingesta; sobre las percepciones corporales, es común que quienes han desarrollado anorexia pasen por alto un mecanismo interno que ayuda a regular las cantidades de carbohidratos ingeridos ocasionando que al ingerirlos la paciente se sienta fuera de control y por lo tanto los suprima; en relación a los factores cognitivos, ya en otro apartado se ha

hablado de éstas, no obstante, de manera sucinta mencionaré que el pensamiento de las pacientes se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, en donde los puntos intermedios no tienen cabida. Los trastornos cognitivos que se suceden en la anorexia según Bemis y Garner (citado en Toro y Vilardell, 1987) son: abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación de estímulos, razonamiento dicotómico, pensamiento supersticioso, personalización y auto referencia; acerca de los factores predisponentes no resueltos, aquí se encuentran todos aquellos asuntos no resueltos como los problemas familiares y de autonomía; concerniente a la interacción social, las pacientes anoréxicas pueden tomar dos vertientes dentro de éste ámbito. A) si la paciente antes de instaurado el trastorno era obesa, la pérdida de peso facilita la aceptación social. Esta aceptación actúa como un reforzador positivo de las conductas anoréxicas. B) Por otro lado, es probable que éste trastorno poco a poco vaya aislando al individuo lo cuál disminuye las posibilidades de interactuar con sus iguales, facilitando esto la concentración monotemática en su problemática alimenticia, estética y ponderal (Toro y Vilardell, 1987); y por último sobre la yatrogenia, Toro y Vilardell (1987) afirman que la falta de investigaciones en esta área sólo permite hacer observaciones sistémicas y afirman que es común que los médicos desconozcan los trastornos alimentarios y los síntomas y signos que observan en sus pacientes. Por tal razón son tratados de manera errónea, provocando con esto el agravamiento de dichos trastornos. Lo mismo sucede con los ginecólogos quienes al ser consultados por la amenorrea se empeñan en que sus pacientes menstrúen, dejando de lado la patología principal. En el

mismo orden de ideas, los psicólogos y los psiquiatras, quienes a sabiendas del diagnóstico acertado yerran en el tratamiento enfocándose a la interpretación del trastorno y dejando de lado la solución de la patología.

2.7 Factores de Riesgo

Unikel et al. (2002) afirman que existe una relación entre el Índice de Masa Corporal y las conductas alimentarias de riesgo. Específicamente, señalan que a medida que se incrementa el Índice de Masa Corporal y la edad de los sujetos, éstos presentan un mayor porcentaje de indicadores clínicos de los trastornos alimentarios. Así mismo, observaron que los adolescentes de ambos géneros con sobrepeso y bajo peso, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias riesgosas.

Davis (citado en Álvarez, Franco, Mancilla y Vázquez, 2002) encontró que la insatisfacción corporal es predictora de los trastornos alimentarios. También Bruch (citado en Álvarez et al., 2002) señala que la percepción inadecuada de los estímulos internos y externos son un antecedente de los trastornos alimentarios. Raich et al. (1997) observaron que una baja autoestima, obesidad y cierto nivel psicopatológico lleva a un deterioro de la imagen corporal, incrementando el riesgo de presentar síntomas de trastornos alimentarios.

2.8 Modelos explicativos de los trastornos alimentarios.

A lo largo de la historia se han desarrollado diversos modelos que pretenden explicar los trastornos alimentarios (Levine y Smolack, 1992, Striegel-More, 1993, citados en Raich, 1994). Así, Raich (1994) propone un modelo integrador de las variables más relevantes en la aparición de los trastornos

alimentarios. Según la autora, la presión social a la esbeltez, aunado a la estigmatización de la obesidad, desempeñan un rol fundamental, no obstante la presencia de otros factores se hacen necesarios para el desarrollo de los trastornos alimentarios. Estos factores pueden ser un ambiente educativo y familiar que valore y particularice para la persona implicada estos modelos sociales. Baja autoestima, falta de capacidades de afrontamiento de los problemas cotidianos, de la incapacidad para la auto relajación, dificultades en el contacto social, etc. Unido a un pensamiento especial y a la aceptación del rol de “superwoman”. Factores que en mayor o en menor grado serán un filtro de la presión sociocultural y llevarían en momentos de estrés a dar una respuesta a este tipo de trastorno alimenticio. Una vez ya establecido, se mantendrá gracias a los factores ya descritos.

Modelo cognitivo-conductual de la Bulimia Nerviosa.

El modelo de Fairburn (citado en Byrne and MacLean, 2001) propone una preocupación extrema del peso y la forma corporales, en combinación con baja autoestima, que conducen a la gente a adoptar estrictas y rígidas dietas y a restringir sus alimentos de manera no realista. Debido a la inflexibilidad de estas dietas, cualquier menor trasgresión puede dirigir a una reacción de todo o nada tal que todos los intentos para controlar la alimentación son abandonados – resultando en un atracón. Los atracones son vistos usualmente como evidencia de un autocontrol pobre. Para poder superar estos sentimientos de pérdida de control, algunas de las conductas purgativas son adoptadas como por ejemplo: vómito autoinducido, uso de laxantes o diuréticos indebidos, ejercicio excesivo, o

ayuno. La conducta purgativa también reafirma los atracones, debido a la creencia de que los efectos de los atracones pueden ser contrarrestados por la purga, entonces los atracones, debido a que no son inhibidos por mucho tiempo por la ansiedad acerca del peso, de nueva cuenta tienen como resultado la perpetuación de un ciclo de atracones.

El modelo también sugiere que la autoestima, preocupación por el peso y la forma y la restricción alimenticia están relacionados. Esto, debido a que un aspecto crítico de la bulimia nerviosa es la tendencia de los pacientes para juzgar su auto valor ampliamente, o incluso exclusivamente, en términos de su forma y peso.

2.9 Consecuencias de desarrollar un trastorno alimentario.

Las consecuencias de padecer un trastorno alimentario van desde las menos dañinas hasta las que ponen en riesgo la vida de quien padece anorexia o bulimia nerviosa (Hall y Cohn, 2001). La gravedad de los trastornos depende principalmente del tiempo que tenga instaurado el trastorno alimenticio. Así se tiene: que alguien que ha padecido anorexia durante cinco años tiene cerca de 5 % de probabilidad de morir y si alguien la ha padecido por 30 años el porcentaje aumenta a 18. Los principales problemas de salud que atañen al paciente anoréxico son problemas cardiacos, renales, trastornos gastrointestinales, anemia, leucopenia (Castro et al, 2003), contusiones o heridas, caries y decoloración dentrífica, mareo, piel reseca, cabello y uñas quebradizas, hidropesía, anomalías endocrinas, desmayos, colesterol alto, hipoglicemia, insomnio, cetosis, lanugo, daño hepático, alopecia, presión arterial y temperatura

bajas, calambres y debilidad muscular, pancreatitis, sensibilidad a la luz y al sonido, piel amarilla, y depresión del sistema inmunológico (Hall y Ostroff, 2001, Guelar y Crispo, 2000).

Hall y Cohn (2001) afirman que quienes padecen bulimia se enfrentan a arritmias cardíacas, que de ser persistentes pueden acarrear la muerte por paro cardíaco. Insuficiencia renal, estreñimiento o diarreas, caries, hinchazón, glándulas infectadas o inflamadas conocidas como “mejillas de ardilla”, ampollas en la garganta, manos y pies helados, pérdida de líquidos. Períodos menstruales irregulares o amenorrea, osteoporosis, miopatía e irregularidades en la formación de imágenes en el cerebro. Infecciones intestinales, dolor del recto, flatulencias y tumores intestinales. Papalia y Wendkos (1992) aseveran que la causa más frecuente de muerte entre las bulímicas es el suicidio. Guelar y Crispo (2000) listan sentimientos de culpa, impotencia y desesperanza hacia el futuro. Aislamiento social, ensimismamiento y dificultad en la interacción con otros; además, desinterés por las relaciones amorosa y sexual, como consecuencia de la desnutrición causada por un trastorno alimentario.

Con respecto a las anormalidades hemáticas, Castro et al (2003) señalan que las características más comunes en las adolescentes anoréxicas descritas son la anemia y la leucopenia, las cuales parecen estar relacionada a los cambios en la médula ósea, aunque los mecanismos implicados no son conocidos. También, han visto que la mayoría de anormalidades persisten poco tiempo después de haber recuperado peso: los niveles de eritrocitos, hemoglobina, ácido fólico y zinc, esto en adolescentes anoréxicas. Además, las

deficiencias de ácido fólico pueden explicar la persistencia de anemia. Otras anomalías tienden a normalizarse después de la realimentación. En conclusión, los suplementos de ácido fólico, hierro y zinc pueden beneficiar rápidamente a la compensación de deficiencias que no pueden recuperarse sólo con programas estándares de alimentación. Estos suplementos, se ha encontrado, mejoran ciertas anomalías psicológicas.

Bachrach et al (citados en Castro et al 2002) encontraron déficit en la densidad mineral ósea y reportaron que el índice de masa corporal es un importante predictor de esta reducción. Castro et al (2002) afirman que el riesgo de osteopenia, en hombres adolescentes con anorexia nerviosa de más de un año de duración, es alto.

Ahora bien, como ya se ha mencionado, la literatura revisada nos sigue la existencia de diversos factores en la etiología de los trastornos alimentarios, factores socioculturales, familiares, biológicos y psicológicos y entre éstos últimos varios autores señalan la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el estilo de relación entre padres e hijas con dicho trastorno, por ende la pertinencia de la revisión de la literatura más actual sobre la teoría del apego y su relación con los trastornos alimentarios.

3. Teoría del Apego.

3.1 Orígenes de la Teoría del Apego.

El psicoanálisis de los Estados Unidos fue dominado por la psicología del Yo en los décadas de 1950 y 1960. En Inglaterra por su parte, Melanie Klein inició la teoría de las relaciones objetales definidas como la experiencia

intrapésica de las primeras relaciones con los demás. Fue Margaret Mahler (citado en Engler, 1996) quien exploró los procesos de separación-individuación, por medio de los cuales el infante surge de una fusión simbiótica, o íntima, con la madre y asume características individuales. El proceso de separación implica diferenciación física y alejamiento del cuidador primario, mientras que la individuación implica maduración psicológica lejos del cuidador primario y hacia la identidad única del individuo. A estos estudios de Mahler continuaron los de Kohut y Kernberg (Engler, 1996) y los de Ainsworth (citado en Main, 2000 y Broberg, 2000) y Bowlby (1987).

Broberg (2000) afirma que fue Ainsworth una de las más prominentes psicólogas del desarrollo del siglo XX cuyos conceptos y contribuciones empíricas a la teoría del apego han permitido abrir un nuevo sendero al entendimiento de la conexión entre un infante y su cuidador, y por extensión, de las relaciones humanas de toda la vida. Ainsworth participó con Bowlby en el *Tavistock Institute* donde admiró el trabajo de Robertson (citado por Broberg, 2000), quien a su vez fue miembro del equipo de Bowlby. Ainsworth fue la primera en describir en detalle los aspectos del sistema de cuidado que son los más importantes para el desarrollo de la relación de apego (Broberg, 2000). Esta autora es ampliamente conocida por idear una valoración de 20 minutos en laboratorio, conocida como "situación extraña". La situación extraña es un procedimiento de laboratorio que implica dos separaciones breves de una reunión con el cuidador del infante (Main, 2000) lo cual permite la postulación de reacciones secuenciales que experimenta el niño en tales situaciones: a)

protesta, exhibe dolor y angustia; b) desesperanza, caracterizado por pasividad y tristeza; c) separación, caracterizado por defensa y evitación del retorno de la madre. De acuerdo al tipo de respuesta del niño al momento de la separación será el estilo de apego que desarrolle y que posteriormente lleve a otras relaciones: apego seguro, apego de ansiedad/ambivalente y apego de evitación (Bowlby, 1973, Collins y Read, 1990). Las personas que confían en que sus padres – figuras parentales- serán accesibles y colaboradores en una situación hostil o atemorizante son quienes desarrollan un *estilo de apego seguro*. En cambio, cuando el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o le ayudará cuando lo necesite, desarrollará un *estilo de apego de ansiedad/ambivalente*, mostrándose vacilante entre el acercamiento y la evitación expresando protesta y enojo con angustia hacia la figura del progenitor. Finalmente, el apego de evitación se desarrolla cuando el niño al requerir cuidados no obtiene una respuesta pronta y oportuna, sino por el contrario, espera sólo desaire. Así, el *apego de evitación* se caracteriza por una reacción defensiva y de rechazo hacia el objeto de apego, como una forma de auto protección, evitando a la figura de apego principal y mostrando angustia (Bowlby, 1989).

Por su parte Bowlby, después de entrenarse en ciencias preclínicas, psicología y medicina, se empleó como maestro en una escuela de niños inadaptados. Esta experiencia lo marcó de por vida y no sólo a él sino también a su carrera, lo cual se manifestó más tarde cuando formuló sus ideas del desarrollo infantil (MacDonall, 2001). En 1950 Bowlby fue invitado a colaborar

con la ONU en un estudio sobre las necesidades de los niños sin hogar y los efectos sobre la salud mental de dichas necesidades. Después de viajar por Europa y los Estados Unidos por 16 meses, publicó en éste mismo organismo *Maternal Care and Mental Health* -que posteriormente sería conocido como *Child Care and the Growth of Love* – (Bowlby, 1989 y MacDonal, 2001). Este trabajo no fue bien recibido por la comunidad científica; sin embargo, la proyección de dos películas: *A Peril in Infancy* de James Robertson y *A Two Years Old Goes to Hospital* le dieron al trabajo de Bowlby un impulso inesperado. Y a finales de los años 50 ya se habían aceptado los descubrimientos de dicha investigación, no obstante, la controversia provocada por las primeras publicaciones y por las películas se prolongó. Así, continuaron señalando las deficiencias de la evidencia y la falta de una explicación adecuada de cómo las diferentes experiencias ejercían un efecto en el desarrollo de la personalidad.

3.2 Distintas teorías del Apego.

El sistema de apego es uno de los muchos comportamientos que se han desarrollado para favorecer la supervivencia y el éxito reproductivo (Hinde, citado en Broberg, 2000) Así mismo, Bowlby (1989) afirma que el apego es “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo, claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” y cuya función biológica es la de protección (Bowlby, 1989). De acuerdo a Ainsworth el apego es el lazo que se establece entre dos personas que va más allá del tiempo y la

distancia y que es posible observar en la relación madre y/o el padre con el (la) hijo(a), en la pareja hombre y mujer o entre amigos (as) (Citado en Monroy, Montero, 2002).

Para Bartholomew (1991) y Yárnos et al. (2001) el estilo de apego adulto se deriva de dos conceptos combinados de Bowlby (1989): el modelo del self y el modelo de los otros, que combinados describen cuatro formas de apego adulto. Si la imagen abstracta del self es dicotomizada como positiva o negativa (el self como digno de amor y apoyo o nó) y si la imagen abstracta de la otra persona es también dicotomizada como positiva o negativa (otras personas son vistas como dignos de confianza y disponibles Vs. desconfiables y rechazantes), entonces son cuatro combinaciones las que pueden conceptualizarse. La Tabla 1 muestra los cuatro estilos de apego derivados de una combinación de las dos dimensiones. Cada célula representa una idea teórica o prototipo, así las diferentes personas pueden aproximarse a los diferentes grados. La celda I indica un sentido merecedor (encantador) más una expectativa de que los demás están generalmente aceptando y respondiendo. Es por esto que esta celda corresponde conceptualmente a las categorías que investigadores como Hazan y Shaver (1987) llaman Apego seguro y Bartholomew (1991) también lo etiqueta como Seguro. La celda II indica un sentido de desmérito (no cariñoso) combinado con una evaluación positiva de los otros. Ésta combinación de características puede permitir a una persona a esforzarse por la autoaceptación ganando la aceptación de valor de los otros.

Tabla 1. Modelo tetracatégico de apego adulto de Bartholomew (1991)

Modelo del otro (Evitante)	MODELO DEL SELF (Dependencia)	
	Positivo (Bajo)	Negativo (Alto)
Positivo (Bajo)	Celda I SEGURO Confortable con la intimidad y atunomía.	Celda II PREOCUPADO Preocupado con las relaciones
Negativo (Alto)	Celda IV NEGLIGENTE Negado para el apego Displicente Contra- dependiente.	Celda III MIEDOSO Miedoso a la intimidad Socialmente evitante

Éste patrón corresponde conceptualmente al estilo ambivalente de Hazan y Shaver (1987). Bartholomew (1991) lo denomina preocupado. La celda III indica un sentido de desmérito (repugnante) combinado con una expectativa de que los otros estarán negativamente dispuestos. Las personas tienden a protegerse a sí mismas anticipándose al rechazo de los otros. Este estilo puede corresponder en parte al estilo evitativo descrito por Hazan y shaver (1987). Bartholomew (1991) los etiqueta como miedoso. Finalmente la celda IV indica un sentido merecedor de amor combinado con una disposición negativa hacia las otras personas. Tales personas se protegen a sí mismos en contra de la desaprobación evitando crear relaciones cercanas y manteniendo un sentido de

independencia y vulnerabilidad. Este estilo es llamado como negligente (Citado en Bartholomew y Horowitz, 1991).

También Byng-Hall (1999) plantea cuatro estilos de apego: seguro, evitante, ambivalente o resistente y desorganizado / desordenado. De igual manera los primeros estudios realizados en México por Martínez Snack (1994) registran cuatro estilos de apego: seguro-autónomo, dependiente-preocupado, evasivo-rechazante y desorganizado (citado en Vargas, Díaz y Sánchez, 2002). En México, en un estudio con parejas adultas se identificaron siete estilos de apego: miedo-ansiedad, inseguro-celoso, seguro-confiado, realista-racional, independiente-distante, distante afectivo, dependiente-ansioso (citado en Vargas, Díaz y Sánchez, 2002)

De acuerdo con Bowlby (1982) y Broberg (2000) casi todos los infantes desarrollan una relación de apego a su cuidador primario; sin embargo, no todos ellos pueden usar a su cuidador como una base segura o refugio de seguridad, desde la cual explorar su mundo. Ainsworth y Bowlby (Citado en Bartholomew, 1991) señalan que un principio básico de la teoría del apego es que éste tipo de relación continua siendo importante a lo largo de la vida.

Vargas, Díaz y Sánchez (2002) realizaron un estudio con infantes mexicanos de educación primaria para conocer el estilo de apego predominante en ellos y encontraron que en general los niños puntuaron más alto en el estilo Seguro Interno, seguido por el estilo Evitante Ansioso Agresivo (más que las niñas) en contraste, en las niñas los estilos que más predominaron fueron: Seguro Externo, Preocupado Amistoso. De igual importancia, es el hecho de que

existe una tendencia creciente en el estilo Evitante Independiente conforme los niños son mayores. Este estilo se caracteriza por conductas de independencia ante la convicción de que es mejor no establecer vínculos cercanos, por lo que se tiene poco interés a relacionarse íntimamente con alguien o conocer personas nuevas. Mientras tanto, el estilo Seguro Externo tiende a decrementar conforme la edad aumenta; esto podría explicarse por el proceso natural de crecimiento y desarrollo de los niños, ya que mientras van creciendo, su conducta va siendo menos dependiente de sus padres o de otros adultos, para volverse más autónomos e independientes (Craig, 1996; citado en Vargas, Díaz y Sánchez 2002). Así, sus relaciones con los demás en términos de necesidad de cercanía van tornándose en relaciones menos dependientes y que muestren más autonomía y control personal.

Hazan y Shaver (1987) apoyados en las características conductuales y emocionales de los diferentes estilos de apego descritos por Ainsworth, desarrollaron un auto-reporte el cual contiene los tres estilos de apego de la infancia. Al principio, se evaluó a adultos por un "ítem singular" de auto-reporte que consiste en tres prototipos paragrafícos, de acuerdo a los tres estilos de apego de Bowlby (citado en Crystel, 2002).

3.3 El Apego y otros constructos.

En un estudio con adultos realizado por Crowell et al.(2002), hallaron que el establecimiento de una base segura en la infancia provee una perspectiva sólida en la conducta de apego adulta. Por otro lado, Schofield y Brown (1990) hicieron un estudio con jóvenes que presentaban diversos problemas de tipo conductual

y emocional. Estas jóvenes en la infancia presentaron abuso físico, emocional y sexual, los cuáles afectaron seriamente su desarrollo. Ellas fueron separadas de su núcleo familiar e integradas a un grupo de trabajo social, se les dirigió hacia un cambio de su modelo de trabajo interno y les ofrecieron relaciones diferentes. La trabajadora social proporcionó una base segura de la cual ellas pudieron desarrollar confianza, para reparar su autoestima y construir un sentido de autoeficacia, el ingrediente necesario para recuperarse y para propiciar en el futuro relaciones exitosas. En contraste, González (2001) afirma que el sentimiento de baja autoestima tiene su base en un problema para resolver la separación –individuación , ya que por una parte desean ser individuos independientes y separados y por la otra no logran esa individuación , lo que se manifiesta como frustración y baja autoestima.

Yárnos et al (2001) observaron en un estudio en el que analizaron las relaciones existentes entre el estilo de apego de los individuos y las percepciones que tienen de sí mismos y de los otros, que los sujetos, en general, se identificaron más con la madre que con el padre. Asimismo, los individuos se identificaron más con sus iguales (pareja o amigos/as) que con sus padres. Cabe mencionar, que existen diferencias culturales en relación a la percepción del apego. Así, la comparación entre la evidencia occidental y la japonesa indica que muchas de las conductas asociadas con el estilo de apego inseguro tienen diferentes significados en los E.E.U.U. y Japón. Las madres japonesas esperan formar relaciones extremadamente cercanas e incluso simbióticas con sus hijos, ellas valoran la conducta que los estándares

americanos califican de sobre protectora, intrusiva, excesivamente mimosa y de necesidad de dependencia como fomentadoras del apego inseguro, en los niños occidentales. Se espera que los niños japoneses exhiban expresiones de necesidad de cuidado y atención, busquen cercanía, muestren desamparo, pasividad, límites imprecisos entre ellos mismos y los otros, y otra conducta asociada con el apego ambivalente en el occidente. A pesar de estas diferencias en la conducta, se percibe más bien como adaptativa y se esperan menos efectos adversos de tales relaciones que con los niños occidentales.

Es en el primer año de vida que se forma la conducta de apego. Sin embargo, a lo largo de ésta, la conducta de apego cambia, especialmente en etapas críticas del desarrollo físico y emocional (Ainsworth y Bowlby, citado en Yárnos et al. 2001 y Egeland y Farber ,citado en Vargaz, Díaz y Sánchez, 2002). Al respecto, Waters et al. (2000) en un estudio longitudinal observaron que los eventos de la vida definidos como: (1) pérdida de un familiar; (2) divorcio de los padres; (3) tratamiento de por vida de una enfermedad grave de cualquiera de los padres (diabetes, cáncer, ataques cardíacos); (4) desorden psiquiátrico de los padres, y (5) abuso sexual o físico por un miembro de la familia son un factor importante en el cambio del apego. Así, 44 % de los infantes cuyas madres reportaron eventos negativos de la vida cambiaron la clasificación del apego de la infancia a la adultez temprana. Sólo 22 % de los infantes cuyas madres no reportaron tales eventos cambiaron su clasificación.

Recientemente, un gran número de investigaciones se han interesado en los procesos por los cuales las personas desarrollan y mantienen los lazos afectivos

en las relaciones íntimas (Bretherton, et al citado en Simpson, 1990). Así, respecto a las relaciones de amor adulto Feeney, (1990) sugiere grandes similitudes entre el apego romántico adulto y el apego de niños con sus primeros cuidadores. Esto se debe a que durante el desarrollo social las personas construyen modelos afectivo-cognitivo de sí mismos y patrones típicos de interacción con otros significativos. Estos modelos mentales organizan el desarrollo de la personalidad y guían el subsecuente comportamiento social. El estudio de las diferencias individuales en los estilos de apego es una contribución significativa al entendimiento del por qué las relaciones íntimas varían en la calidad y naturaleza interpersonal. Muchas hipótesis pueden plantearse acerca de la naturaleza y calidad emocional en las relaciones románticas que tienen las personas que exhiben distintos estilos de apego (Simpson, 1990). Es así como los estudios han determinado que algunas características que se presentan en las relaciones íntimas que establecen las personas tienen mucho que ver con sus estilos de apego individuales. Las personas con estilo de apego seguro tienden a desarrollar modelos mentales de sí mismos como amistosos, afables y capaces, y de los otros como bien intencionados y confiables. Ellos encuentran relativamente fácil intimar con otros, se sienten cómodos dependiendo de otros y que otros dependan de ellos, y no se preocupan acerca de ser abandonados o de que otros se encuentren muy próximos emocionalmente. Además, el estilo de apego seguro está asociado con buenas relaciones de interdependencia, compromiso, verdad y satisfacción, en comparación con los estilos de apego ansioso o de evitación.

Las personas con estilo ansioso tienden a desarrollar modelos de sí mismos como poco inteligentes, inseguros, y de los otros como desconfiables y reacios a comprometerse en relaciones íntimas. Frecuentemente se preocupan de que sus parejas no los quieran y sienten temor al abandono. Las personas con estilo de apego evasivo, desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos, y de los otros como desconfiables o demasiado ansiosos para comprometerse en relaciones íntimas, se sienten incómodos intimando con otros y encuentran difícil confiar y depender de ellos (Simpson 1990).

Con respecto a las relaciones románticas Hazan y Shaver (1987) afirman que el amor y la soledad son procesos emocionales que están al servicio de funciones biológicas. De acuerdo a lo antes señalado el amor romántico es un proceso biológico diseñado por la evolución para facilitar el apego entre parejas sexuales adultas. En la misma dirección, en la investigación realizada por Feeney y Noller (1990) los sujetos con estilo de apego seguro reportaron percepciones relativamente positivas de sus relaciones con su familia temprana (de su niñez). También los sujetos seguros fueron relativamente confiados en sus relaciones y con autoconfianza elevada. Los dos grupos inseguros (evitativo y ansioso-ambivalente) compartieron claramente características importantes. La más distintiva del estilo evitativo es evadir la intimidad, la separación de sus madres en la infancia y la expresión de desconfianza en los otros. Aquellos con estilo de apego ansioso-ambivalente, están caracterizados por dependencia y por fuertes deseos de compromiso profundo en las relaciones.

Mikulincer, Guillath, Halevy, Avihou, Avidan y Eshkoli (2001) afirman que los reportes de apego de ansiedad y evitativo están inversamente relacionados a la empatía, y el apego de ansiedad está positivamente relacionado al sufrimiento personal en reacción a la situación de los otros. En contraste, el apego seguro permite a los participantes responder a la necesidad de los otros con respuestas más empáticas y con bajos niveles de sufrimiento personal.

Mikulincer y Horesh (1999) señalan que las personas ansioso-ambivalentes en la formación de la impresión, la recuperación de la memoria y las deducciones acerca de los otros reflejan la proyección de sus características actuales del *Self*. De manera semejante, las respuestas de las personas evitativas reflejaron la proyección de las características no deseadas de su *Self*.

En un estudio de las emociones, se examinó la idea de Bowlby (1989) acerca del rol crítico que juegan los estilos de apego en la expresión de ira. Bowlby postuló que la ira es una reacción funcional de protesta a otros y que los apegos inseguros transforman esta respuesta neuronal (ira de esperanza) a una ira disfuncional (ira de desesperación) (Mikulincer, 1998).

Respecto a los episodios de enojo, Mikulincer (1998) encontró que las personas seguras tienen expectativas positivas sobre el resultado de los mismos. Otras expectativas se derivan del optimismo hacia ellos y al mundo. En contraste, las personas inseguras esperarían resultados negativos en episodios de enojo. Esta creencia pesimista se deriva de la falta de confianza que tienen de sus acciones (Carmelley & Janoff-Bulman, citado en Mikulincer, 1998). Según Mikulincer (1998) las personas ansioso-ambivalentes mostrarán mayor

propensión a la ira, que las personas seguras. Las personas evitativas experimentan episodios frecuentes e intensos de enojo, y su estilo represivo y su tendencia a presentarse de una manera positiva podría llevar a estas personas a negar cualquier propensión a la ira. En relación a la forma de experimentar la ira, las personas seguras una vez encolerizadas pensarían en resolver la situación y mejorar la calidad de la relación (metas constructivas), expresan su enojo de manera controlada y sin muchas señales de hostilidad. En cambio la experiencia de enojo del estilo evitativo y las personas ansioso-ambivalentes, se caracterizan por metas destructivas, respuestas desadaptativas y momentos desenfrenados de enojo hostil, sufriendo dolor y otras emociones negativas (Mikulincer, 1998).

Mikulincer y Florian (citados en Mikulincer 1988) aseveran que una base segura puede actuar como una fuente interna, la cuál fomenta el optimismo, actitudes constructivas hacia los problemas de adaptación a la vida. Como resultado de lo anterior, primero, las personas seguras pueden no sentir ninguna necesidad urgente para usar representaciones mentales de una manera defensiva y muestran pocas distorsiones proyectivas. Segundo, una base segura puede permitir a los individuos tolerar ambigüedades y contradicciones en sus autovaloraciones y en sus relaciones con otros. Como resultado, la gente segura puede sentirse menos amenazada por no estar autovalorándose o por la posibilidad de rechazo de los otros, de este modo se hace innecesaria alguna proyección psicológica. Por otro lado, las experiencias de apego y las estrategias regulatorias de las personas ansioso ambivalentes, pueden crear

representaciones monolíticas no diferenciadas del sí mismo de los otros. Aunque las experiencias negativas pueden promover la formación de autocriterio negativo, las estrategias regulatorias de las personas evitativas pueden promover la supresión de aspectos importantes de su propia experiencia y la fuerte diferenciación entre el sí mismo y los otros.

3.3 Los Trastornos Alimentarios y los Estilos de Apego.

Friedlander y Siegel (1990) encontraron que los conflictos de dependencia y deterioro funcional, junto con una disminución del sentido de individualidad, fueron altamente predictivos de conductas bulímicas, desconfianza interpersonal, búsqueda de la delgadez, sentimientos de ineffectividad, inmadurez, e inhabilidad para discriminar emociones y sensaciones. De manera similar, Cole-Detke y Kobak afirman que las mujeres con bulimia recuerdan relaciones pobres, en particular con sus padres, caracterizadas éstas por carencia de cuidado paterno o empatía y alta hostilidad paterna, dejando en las hijas sentimientos de fracaso al tratar de complacer a sus padres. En contraste, Keny y Hart (1993) en un estudio realizado con mujeres estudiantes que presentaban desórdenes alimentarios y un grupo control, encontraron que en este último se describieron a sí mismas como apegadas con más seguridad a sus padres y reportaron bajos niveles de preocupación por la dieta y el peso, conducta bulímica y sentimientos de ineffectividad en comparación con las mujeres con desórdenes alimentarios. De esta manera concluyeron que la presencia de una relación con los padres emocional positiva, en conjunción con el fomento a la autonomía de los padres está inversamente relacionado con la

preocupación por el peso, conducta bulímica y sentimientos de ineffectividad. En contraste, Ward, Ramsay, Turbull, Benedettini y Treasusure (2000) no encontraron asociación alguna entre un estilo de apego particular y los desórdenes alimentarios. Así afirman que es complicado hacer una asociación directa entre un estilo de apego en particular y un desorden alimentario específico. Por su parte, Boskind – White and White (citado en Cole-Detke y Kobak, 1996) también sugieren que las mujeres con bulimia socializan en la lucha por la perfección femenina, la cuál incluye ser atractiva físicamente, y que tales esfuerzos están motivados por el rechazo de los hombres.

Heesacker y Neimeyer (1990) señala que las mujeres con altos niveles de desórdenes alimentarios muestran altos niveles de relaciones objetales perturbadas y más esquemas cognitivos sociales rígidos y simplistas. Específicamente, señalan que las mujeres con desórdenes alimentarios muestran altos niveles de apego inseguro y no sólo esto sino que además, mostraron alta incompetencia social. La ansiedad interpersonal, timidez y miedo a la soledad y al abandono aseguran la unión entre inseguridad temprana en las relaciones objetales de apego y posteriores desórdenes alimentarios. De igual manera, señala que los desórdenes alimenticios son reflejo de una serie de conflictos y miedos relacionados a fusionarse y a la autonomía. De estas perturbaciones del apego, el individuo deriva un sentido de sí mismo como indefinido e ineffectivo. Por su parte, Suldo y Sandberg (2000) afirman que los sujetos con estilo de apego preocupado, se correlacionan positivamente con síntomas de desórdenes alimentarios, impulso para la delgadez y la bulimia.

Orbach y Mikulincer (1998) afirman que hay una especial relación entre cuidado materno temprano, actitudes de protección corporal y tendencias suicidas representadas por la atracción hacia la muerte. Para demostrar esto desarrollaron un instrumento llamado *The Body Investment Scale* y encontraron que hay cuatro aspectos del self corporal identificados como el aspecto más importante de la auto-preservación Vs. auto-destrucción: a) imagen, actitudes y sentimientos acerca del cuerpo; b) cuidado corporal; c) protección corporal, y d) comodidad con el contacto corporal. Cabe señalar que los estudios observados muestran una fuerte unión entre la conducta de cuidado parental y cuidado corporal infantil y las conductas de protección. Además, con respecto a la conducta suicida, se ha postulado que actitudes y sentimientos negativos hacia el cuerpo pueden ser facilitadores de conductas suicidas, debido a que tales actitudes y sentimientos conllevan una falta de placer corporal y satisfacción. En la ausencia de amor corporal y satisfacción, el individuo suicida puede expresar actos auto-destructivos con gran facilidad, en contraste, a la existencia de sentimientos positivos hacia el cuerpo. Ciertamente, en varios estudios empíricos de conductas suicidas se han encontrado sentimientos negativos hacia el cuerpo, así como en otras conductas auto-dañinas tales como los desórdenes alimentarios. Las experiencias negativas corporales pueden servir como un facilitador de conducta suicida, mientras las experiencias corporales positivas pueden ser de nueva cuenta un factor protector de auto-destrucción y un inductor de vitalidad. Con respecto a los que sufren de anorexia, de quienes la conducta típica sugiere preocupación extrema y continuo daño al cuerpo

(Bruch, 1993), éste modelo de conducta pudiera sugerir que los individuos anoréxicos podrían mostrar un alto grado de cuidado corporal y un bajo grado de protección corporal.

4. Planteamiento del Problema.

Por todo lo anterior cabría preguntarse ¿Existe un estilo de apego asociado a Sintomatología de Trastorno Alimentario (STA)? ¿Existe un estilo de apego asociado a conductas alimentarias sanas? ¿Se pueden pronosticar la tendencia hacia la sintomatología de trastorno alimentario sabiendo el estilo de apego? Con la finalidad de responder a estas interrogantes este trabajo tiene como objetivo principal estudiar los estilos de apego, las diferencias y las tendencias hacia la sintomatología de trastorno alimentario (anorexia y bulimia).

. De aquí se desprenden los siguientes objetivos particulares:

- 1) Estudiar las diferencias entre los estilos de apego en las mujeres con y sin STA
- 2) Estudiar las diferencias entre las mujeres con estilo de apego seguro con y sin STA.
- 3) Estudiar las diferencias entre las mujeres con estilo de apego evitativo con y sin STA.
- 4) Estudiar las diferencias entre las mujeres con estilo de apego ambivalente con y sin STA.

Por lo anterior se hipotetiza que existen diferencias entre las mujeres con y sin sintomatología de trastorno alimentario, así como también que existen diferencias entre los estilos de apego (seguro, evitativo, ambivalente) y la sintomatología de trastorno alimentario en las estudiantes universitarias.