

#### IV. DISCUSIÓN

En la presente investigación se han estudiado las diferencias entre los estilos de apego en sujetos con y sin sintomatología de trastorno alimentario. Tal como lo mencionan algunos autores, la sintomatología de los trastornos alimentarios anorexia y bulimia nerviosa se han incrementado en los últimos años (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002; Klehuk, Hutchison y Frank; Hall y Cohn (2001). Estos trastornos alimentarios no son nuevos, ya desde el siglo XII se tiene conocimiento de mujeres que manifestaron conductas de tipo anoréxica como por ejemplo, Santa Catalina de Siena y Luidina de Shiedam. Además, en el Talmut (400 - 500 a.C.) ya existía el termino "Boolmut" para referirse a una persona abrumada por el hambre. La prevalencia de los trastornos alimentarios se ha incrementado considerablemente como lo muestra este estudio en el que se encontraron 29 casos con sintomatología de anorexia nerviosa y 26 casos con sintomatología de bulimia, de una muestra de 188 estudiantes universitarias, lo cual representa un 21.80 % de sujetos con sintomatología de trastorno alimentario. No es posible afirmar que dichas mujeres ya hallan desarrollado el trastorno en sí, dado que, como Mancilla (comunicación personal, Febrero 15, 2004) afirma, sería necesaria una entrevista clínica para hacer el diagnóstico. Lo que sí podemos decir es que estas mujeres tienen muchas probabilidades de desarrollar dicho trastorno. Esto debido a que se encuentran en el grupo de alto riesgo: son mujeres, estudiantes universitarias, en un medio ambiente altamente bombardeado por los medios

masivos de comunicación que sobrestiman la delgadez y estigmatizan la obesidad (Raich, 1994) y a que muchas de ellas se encuentran en un ambiente nuevo, motivo por el cual se enfrentan a situaciones desconocidas, muchas veces difíciles de manejar por sí solas. Situaciones tales como, el provenir de una familia sobreprotectora que ha dificultado la separación-individuación, el inicio del ejercicio de la sexualidad, fracaso en las relaciones amistosas y amorosas, indecisión hacia el futuro próximo y choque cultural, por mencionar sólo algunas.

Para estudiar las diferencias entre los estilos de apego en los sujetos que presentan sintomatología de trastorno alimentario de quienes no la presentan, se aplicó la prueba Chi-cuadrada. Así, tenemos que esta prueba arrojó diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrada = 24.47,  $p = .001$ ). Estos resultados afirman que hay diferencias entre los grupos, sin embargo, no vislumbran entre que grupos existen dichas diferencias. En consecuencia, se aplicó en varias ocasiones la misma prueba chi-cuadrada entre los diferentes estilos de apego y los diferentes grupos con y sin STA. Así tenemos que en la prueba Chi-cuadrada para la comparación entre los estilos de apego (seguro, evitativo y ambivalente) y los grupos con sintomatología de anorexia y con sintomatología de bulimia no fueron diferentes estadísticamente. En la comparación entre el grupo con sintomatología de anorexia y sin sintomatología de trastorno alimentario y la comparación entre el grupo de sintomatología de bulimia y sin sintomatología de trastorno alimentario resultaron estadísticamente diferentes. Estos resultados nos permiten afirmar que existe una similitud en los

estilos de apego de los sujetos que presentan sintomatología de anorexia y sintomatología de bulimia. Para poder inferir sobre el estilo de apego que presentan los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario se efectuó nuevamente la prueba Chi-cuadrada, ahora entre los grupos con sintomatología de anorexia, con sintomatología de bulimia y sin sintomatología de trastorno alimentario y los diferentes pares de estilos de apego. Primero tenemos que la comparación entre los estilos de apego ambivalente y evitativo entre los grupos con STA no fueron estadísticamente diferentes. En la comparación entre los estilos de apego seguro y evitativo entre los grupos con STA, y en la comparación entre los estilos de apego seguro y ambivalente entre los grupos con STA fueron estadísticamente significativos. Estos resultados nos permiten inferir que los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario comparten el mismo estilo de apego el cual puede ser evitativo o ambivalente, pero no seguro.

Como Toro y Vilardell (1987) lo mencionan los trastornos alimentarios son multicausales y multisintomáticos. A continuación se hace referencia a las características cognitivas y conductuales que se derivan del EDI en sujetos con y sin sintomatología de trastorno alimentario y sus respectivos estilos de apego.

En referencia al factor motivación para adelgazar, se observó una diferencia significativa en la muestra con STA en comparación con el grupo sin STA. Así mismo, se observó éste factor en los tres estilos de apego: seguro, evitativo y ambivalente. No obstante, esta motivación fue mayor en la muestra de sujetos con STA con estilo de apego seguro. Estos resultados apoyan las hipótesis en la que esperábamos encontrar diferencias entre los estilos de apego

ambivalente, evitativo y seguro en los sujetos con y sin STA. Sin embargo, se rechaza la hipótesis en la que esperábamos que los sujetos con estilo de apego seguro tuvieran menos probabilidad de acompañar STA. Así se puede confirmar lo señalado por Bruch (1987), Toro y Vilardell (1987) y Raich quienes han observado que la práctica de dietas restrictivas ha sido el común denominador de los factores precipitantes de quienes padecen anorexia y bulimia. También que la ansiedad asociada con la alimentación desempeña un papel muy importante tanto en el inicio como en el mantenimiento de los atracones de las mujeres bulímicas.

Algunos autores como Fabian y Thompson (1998) mencionan que uno de los más poderosos predictores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios es la insatisfacción corporal. Así tenemos, que este factor se encontró entre las mujeres con y sin STA con estilo de apego seguro y evitativo. Es decir, que en el estilo de apego ambivalente no se encontró rechazo a la apariencia física de la forma general del cuerpo o de aquellas partes como los muslos, las nalgas, estómago y caderas que generalmente rechazan quienes tienen STA. Estos hallazgos, en parte cumplen con la hipótesis en la que esperábamos que el estilo de apego evitativo acompañara a la sintomatología de trastorno alimentario. Sin embargo, en lo que respecta al apego seguro no se esperaba que acompañara a los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario.

Con respecto a que quienes desean continuar en la seguridad de la infancia (miedo a madurar), este deseo fue mayor en los sujetos con STA con

estilo seguro y estilo de apego ambivalente. No obstante son los sujetos con estilo seguro quienes muestran más rechazo a la etapa adulta. Estos hallazgos coinciden, en parte, con los de Davis y Kratzman (1999) quienes reportaron que son las mujeres de entre 17 y 28 años las que muestran más miedo a la madurez. Estos resultados rechazan la hipótesis en la que esperábamos que el estilo de apego seguro tuviera menos probabilidades que el estilo de apego evitativo y ambivalente de acompañar sintomatología de trastorno alimentario. También, se rechaza la hipótesis en la que se esperaba que el estilo de apego ambivalente tuviera más probabilidades que el estilo de apego seguro de acompañar sintomatología de trastorno alimentario. Esta contradicción permite afirmar que no es suficiente tener una base segura para poder dejar la seguridad de la infancia. Sino que existen otros factores más poderosos que al parecer influyen en la negación de la etapa adulta próxima.

En referencia a la conducta bulímica se observó tanto en sujetos con y sin STA con estilo de apego seguro, evitativo y ambivalente. Siendo mayor esta conducta vomitiva entre los sujetos con STA y apego seguro. Esta contradicción entre nuestros hallazgos y los de Suldo y Sandberg (2000) posiblemente se deba a que no obstante los sujetos tienen una base segura no han encontrado una conducta más sana para controlar el peso, y su fácil ejecución permite la repetición de la misma en casi cualquier lugar en donde se encuentre un sanitario lejos de la vista conocida. Además, este tipo de conducta fácilmente exagera la persistencia del síndrome, ya que representa una “solución” al problema de la sobreingesta.

Una característica típica de las mujeres con anorexia nerviosa es la dificultad que manifiestan para poder identificar sus propias sensaciones corporales como el hambre, la sed, el cansancio y el dolor. Así también, como las diferentes emociones que los seres humanos experimentamos en la cotidianidad (identificación de la interocepción). Bruch (citado en Alvarez et al. 2002) señala a éste respecto, que la percepción inadecuada de los estímulos internos y externos son un antecedente de los trastornos alimentarios. Tal y como se esperaba en éste estudio, fueron los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario con estilo de apego ambivalente quienes tuvieron más dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

Por otro lado, Rausch y Bay (2000) han observado que las pacientes anoréxicas han sido niñas perfectas, obedientes y aparentemente súper dotadas, expertas en reconocer, y por supuesto, satisfacer las necesidades de sus padres. Tocante a esto, en este estudio se encontraron a las mujeres sin sintomatología de trastorno alimentario de estilo de apego evitativo y ambivalente con altas expectativas (en ocasiones, imposibles de lograr) hacia su desempeño. Así, con estos éstos resultados se rechaza la hipótesis en la que esperábamos que el apego evitativo y ambivalente acompañaran sintomatología de trastorno alimentario, específicamente el perfeccionismo.

En lo concerniente a la desconfianza interpersonal se observó una diferencia significativa en los sujetos con STA de apego evitativo y ambivalente

en comparación con los sujetos de estilo de apego seguro. De esta forma se pudo constatar lo que Heesacker y Neimeyer (1990) señalan con respecto a las mujeres con altos niveles de desórdenes alimentarios quienes muestran altos niveles de relaciones objetales perturbadas y más esquemas cognitivos sociales rígidos y simplistas. Específicamente, los autores señalan que las mujeres con desórdenes alimentarios muestran altos niveles de apego inseguro y no sólo esto sino que además, muestran 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, señalan 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 inefectivo. Estos hallazgos y los de este estudio nos hacen suponer que los sujetos con estilos de apego ambivalente y evitativo están caracterizados por dependencia y fuertes deseos de compromiso en las relaciones.

Garfinkel, Brown y Darby (1999) afirman que las pacientes anoréxicas demuestran autodisciplina considerable. En contraste, las bulímicas viven sentimientos de inefectividad y un constante ir y venir entre autocontrol y pérdida del mismo. En el presente estudio se encontró alta inefectividad en los sujetos con trastorno alimentario de apego ambivalente. Como lo señala Garner y Polivy (1983) cuando esta escala tiene puntuaciones elevadas (como en éste caso) es un indicativo de autoestima pobre. Además, Fairburn (citado en Byrne

and MacLean, 2001) proponen que la preocupación extrema por el peso y la forma, en combinación con baja autoestima son conducentes a la práctica de dietas rígidas y estrictas de manera poco realista.

En resumen, si bien es cierto que cuatro factores se hicieron presentes en el estilo de apego seguro, tan bien es cierto que a medida que se avanza en la escala del apego –de seguro a evitativo, y de evitativo a ambivalente- más sintomatología de trastorno alimentario presentan los sujetos. Estos resultados permiten concluir que el estilo de apego ambivalente y evitativo están más asociados a sintomatología de trastorno alimentario, en comparación con el estilo de apego seguro.

Las implicaciones de ésta investigación, apuntan, primero, hacia la prevención y segundo hacia la corrección. Con respecto a la prevención, me parece prudente revalorar el papel de la mujer en la familia. Ya que hasta hace pocos años (más o menos lo que tiene la mal entendida liberación femenina), la mujer cumplía una función nutricia tanto en lo físico como en lo emocional. Esto, debido a que gran parte de su tiempo, sino es que todo, lo dedicaba a la crianza de los hijos. Pero, no era solo criarlos, verlos crecer y verlos dejar el nido. Nó, era brindarles, justamente esa seguridad que de alguna manera les decía “hijo, aquí estaré cuando me necesites”. En los años cincuenta era común cargar a los hijos con un rebozo, que los mantenía unidos al cuerpo de su madre por un poco más de un año. Incluso, todavía se pueden ver en las comunidades rurales estos mismos rebozos o *huacales* creados para dicha función. En la actualidad, la modernidad nos ofrece un sin número de “comodidades” que nos “facilitan” la



vida. Claro que ya no llevamos a los hijos pegados al pecho o a la espalda, nó. Ahora se llevan en flamantes carreolas manufacturadas en México o complicadas y aparatosas, traídas del viejo continente. Ahora, los bebés recién nacidos no duermen al calor y cuidado de su madre, nó. Duermen en un elegante, distante y frío Mbisés. Antes, los niños asistían a la escuela a los seis o incluso siete años. En casa se quedaban hasta esa edad, aprendiendo a distinguir los colores de las prendas cuando ayudaban a mamá a doblarlas después de recoger juntos la ropa del tendedero. También aprendían a contar, cuando acomodaban los trastes limpios. A aprehender los conocimientos básicos de la lectoescritura, (posición en el espacio, lo que es grande, lo que es chico, etc.). A relacionarse con sus hermanos, primos o vecinos. Aprendía cada vez, nuevas maneras de solucionar conflictos, en esas peleas cotidianas con primos y hermanos. Hoy, todo eso ha cambiado. Hubo que inventar un lugar donde dejar a los niños a temprana edad ya que mamá tenía que salir a trabajar. Esos lugares llamados *Kinder garden* empezaron a sustituir esa relación de los hijos con sus madres. A estos lugares se llevaba a los niños a los 3 años aproximadamente. Sin embargo, hubo madres que se vieron en la necesidad de buscar nuevas alternativas para dejar a sus hijos más pequeños, incluso recién nacidos. Y se inventaron las guarderías. En estos lugares principalmente se trata de satisfacer las necesidades alimenticias y de higiene. No obstante, se deja de lado, una función tan o más importante que las otras dos, la de protección, la de brindar una base segura desde la cual el niño pueda explorar el mundo y regresar a él con la seguridad de que habrá alguien que lo esté

esperando con amor. Es decir, que lo ideal sería que los pequeños desarrollen un estilo de apego seguro. Que de cómo la presente investigación lo ha demostrado, disminuye la probabilidad de practicar conductas tendientes a desarrollar sintomatología de trastorno alimentario.

Cómo se menciona al inicio de este párrafo, la primera implicación de esta investigación va hacia la prevención de los trastornos alimentarios. Esto se puede lograr elaborando programas que inviten a las madres (principalmente) a desprenderse de sus hijos a una edad más tardía, que puede ser a los tres años (Bowlby, 1973) cuando el niño ya haya establecido una relación de apego sólida. La segunda implicación de esta investigación apunta hacia la elaboración de intervenciones terapéuticas correctivas. Esto es, crear programas con bases cognitivo-conductuales (que se ha demostrado son los más efectivos para dar mejor calidad de vida a quienes han desarrollado un trastorno alimentario) primero, tendientes a desensibilizar esos factores que se ha demostrado están presentes en quienes manifiestan sintomatología de trastorno alimentario. Segundo, en crear programas que aumenten la sensibilidad materna hacia el cuidado de su hijo. Ya que se ha demostrado (Broberg, 2000) que la sensibilidad parental y el apego infantil están asociados con la representación del apego parental.

**Recomendaciones a futuro:**

- a) Realizar estudios semejantes en población masculina, ya que este sector también se ve afectado por cambios semejantes a los que se enfrenta la mujer en un ambiente universitario.
- b) Tomar en cuenta otras variables como el nivel socioeconómico de los sujetos, el estilo de apego de las madres y si existen antecedentes de patología alimentaria en la familia.
- c) Realizar un estudio longitudinal de las mujeres que en este estudio se han encontrado con sintomatología de trastorno alimentario para corroborar o no, el desarrollo de anorexia y/o bulimia nerviosa.

**Limitaciones del estudio:**

Los resultados no pueden generalizarse debido a que se estudió sólo a un grupo de estudiantes de género femenino, de una institución privada y de clase socioeconómica media y/o media-alta.