

**CAPÍTULO I.**  
**PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL**  
**PROBLEMA**

## **I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

En estos últimos tiempos se ha notado un importante crecimiento de trastornos de conducta alimentaria, cada vez a edad más temprana, especialmente de la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), como lo describe la especialista Olga Ricciardi (2021) “Se duplicaron las consultas por anorexia respecto al promedio de años anteriores. El rango etario se amplió, en la franja de la adolescencia, aumentó la proporción de casos en un 50% y el agravamiento de casos aumentó un 57%”. (p. 1), lo cual hace que sea un tópico cada vez más preocupante. Tomando en consideración que los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se definen como una “alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una modificación en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.329)

Por lo tanto, es un trastorno mental de larga evolución que provoca consecuencias peligrosas tanto a nivel físico como psicológico y relacional, presentando dificultades para realizar un abordaje eficaz tras su detección. Por ello, resulta imprescindible indagar en ciertos factores asociados con los que se pueda prevenir, detectar el trastorno en una etapa temprana y además obtener herramientas que permitan intervenir con un tratamiento adecuado, así como evitar la mantención de los síntomas, conductas y actitudes que parten de la anorexia o bulimia.

En los estudios previos de factores psicológicos de TCA se tiende a investigar variables como la ansiedad, depresión o autoestima como trastornos comórbidos y factores asociados a la misma enfermedad, y esto ha ido evolucionando en la investigación de otras variables psicológicas asociadas que podrían dar una perspectiva alterna respecto a los tratamientos psicológicos basados en sus antecedentes familiares y su relación con los aspectos emocionales y sociales que predisponen a que las personas lleguen a una instancia clínica de TCA.

En la particularidad de este estudio, se determina y analiza algunos factores psicológicos asociados a TCA. Al referirse a factores psicológicos se hace mención de los pensamientos, sentimientos y demás características cognitivas que pudieran afectar la actitud, comportamiento y funcionalidad de la mente humana, dichos factores afectarían en el pensamiento, decisiones y la forma en que se relaciona en su día a día, dentro de los cuales se encuentran factores emocionales, cognitivos,

conductuales, de personalidad entre otros que tienden a ser asociados con elementos psicopatológicos o con enfermedades físicas (Martínez & Frías, 2005).

Uno de los factores que considera esta investigación es el estilo de apego adulto que representa cada uno los casos expuestos, siendo el apego un modelo relativo a las emociones y las relaciones que Bowlby (1988) define como “Tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida”. (Pierrehumbert, Sieye, Meisler, Miljkovitch, & Halfon, 1996)

Por otro lado, se determina las estrategias de regulación emocional, las cuales se definen como aquellos procesos por los cuales las personas ejercen una influencia sobre las emociones, sobre cuándo se las tiene, y sobre cómo son experimentadas y expresadas (Gross, 1999). En relación a esto, también se pretende identificar si existe presencia o ausencia de alexitimia con la intención de verificar si concurren deficiencias en la experiencia de las emociones y cogniciones que se unen e inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas (Parker, M, & Bagby, 1997). En correlación, se busca saber cuáles son los rasgos de personalidad que proyectan introspectivamente, reflejando tres instancias (ello, yo, súper yo) que se desarrollan en el pensar, sentir y moverse de un cuerpo (Machover, s.f.).

En adherencia a las variables previamente mencionadas se plantea determinar el nivel de influencia de los modelos estéticos corporales, que Toro (1994) define como “un estereotipo de cuerpo ideal construido social y mediáticamente usado por las publicidades como canon de cuerpo bello o cuerpo que se debe aspirar tener”. (p.92)

Para el desarrollo de los trastornos y su mantención en el tiempo; las variables que se analizan en la investigación tienen la intención de identificar si el origen de estos desórdenes alimentarios provienen del núcleo familiar y como aquello pueden afectar el modo de relacionarse y manejar las emociones en el futuro de la persona de manera que pudiera evolucionar hacia un trastorno de conducta alimentaria; sustancialmente el de la anorexia y bulimia reforzado por una imagen corporal culturalmente aceptada por la sociedad en general, familia y amigos, además de impulsada por los medios de común acceso de los jóvenes como las redes sociales, publicidad, etc.

Dicho esto, se pretende determinar y analizar ciertos factores psicológicos previamente mencionados que pudieran estar relacionados tanto con la predisposición como el mantenimiento

del trastorno y que tras la investigación pudieran dar ciertas luces a la visualización y experiencias personales de personas con este trastorno en la ciudad de Tarija, Bolivia.

A nivel **internacional** son diversos los estudios en los que los TCA han tomado más y más relevancia fundamentalmente en poblaciones jóvenes, esto debido al gran incremento de la prevalencia de estos a nivel mundial, Silén & Keski-Rahkonen (2022) hacen una revisión de muchos estudios realizados entre el 2013 y 2022 en el que concluyen:

En entornos occidentales, entre 5 y 17.9% de las mujeres y entre 0.6 y 2.4% de los hombres han experimentado un trastorno alimentario en la edad adulta temprana. La anorexia nerviosa fue reportada en 6.3% de las mujeres y 0.3% en hombres, bulimia nerviosa por 2.6% de las mujeres y 0.2% de los hombres, otros trastornos específicos de alimentación por 11.5% de las mujeres y 0.3% de los hombres y trastornos alimentarios no especificados por 4.7% de las mujeres y 1.6% de los hombres. Estudios emergentes de Europa del Este, Asia y América Latina muestran altas prevalencias similares. Durante la pandemia de COVID-19, la incidencia de trastornos alimentarios ha aumentado. (p.362)

Estas cifras recalcan la importancia de estudios relativos a los TCA que puedan contribuir a disminuir la gran incidencia que se ha visto en los últimos años. Algunos de los estudios más recientes hacen hincapié en su relación con la teoría del apego, como bien lo indica Giorgio Tasca (2018) en una actualización de la investigación de Pierrehumbert (1996) donde presume que existiría un tipo de apego particular en relación a los TCA, concluyendo que a más altos niveles de apego de inseguridad mayores síntomas de TCA.

Esta situación surge por el escaso cuidado de los padres y un posible trauma a edad temprana, lo cual, haría que se determine este tipo de apego en el futuro del niño. Así mismo indica que la asociación entre el apego inseguro y la gravedad del trastorno alimentario probablemente esté mediada por la desregulación del afecto y el perfeccionismo (Tasca, 2018). Por lo mismo, Consedine y Magai (2003) aseguran que “mientras mayor sea la seguridad en el apego, mayor es la probabilidad de un repertorio emocional balanceado dado los contactos positivos y mayor intimidad emocional asociada a este tipo de apego”. (p.167)

Berenbaum y James (1994) realizaron una investigación, buscando la relación entre la familia y alexitimia. Aquí, determinaron que los niños que crecen en ambientes donde se sienten inseguros física y emocionalmente, no se espera que aprendan a enfrentar de manera exitosa los estados emocionales, y como consecuencia se sienten incómodos al experimentarlas (Iglesias & Del Castillo Arreola, 2017). Estas dificultades de expresión más adelante podrían derivar a alexitimia como resultado de las relaciones tempranas de apego con los cuidadores del niño; todo esto, formaría su estilo de apego que posteriormente estaría tentativamente relacionado al surgimiento de trastornos de conducta alimentaria.

Como se ha podido revisar, para los autores mencionados existen diversas hipótesis sobre qué variables del apego influyen en el desarrollo de un trastorno alimentario, por lo que, la relación entre apego inseguro y TCA está mediada por la comparación social, rasgos de personalidad característicos de la neurosis y la desregulación emocional. Esto implica la necesidad de tratar no solo la alimentación, sino las dificultades en autorregulación emocional (Ty & Francis, 2013).

Las investigaciones actuales han puesto en evidencia que uno de los factores con mayor peso, tanto para la predisposición a los TCA, como para la resistencia al cambio que dificulta su recuperación, son los problemas emocionales que padecen los pacientes y sus dificultades de reconocimiento e inadecuada regulación (Cooper, Wells, & Todd, 2004). La importancia de reconocer y expresar las emociones proviene del efecto saludable que tiene la expresión adecuada sobre la salud física y psíquica. Una buena regulación emocional está negativamente relacionada con la ansiedad y la depresión y positivamente con las estrategias de afrontamiento saludables.

Por otro lado, otro factor relevante y que podría ser estresante de los antes mencionados es el modelo corporal estético predominante culturalmente, el de la delgadez. Por ello, Toro (1994) elaboró un cuestionario (CIMEC) con el objetivo de medir la influencia de los agentes y situaciones que transmiten este modelo:

El cuestionario CIMEC se aplicó a 59 anoréxicas y 59 niñas normales emparejadas por edad y clase social. Se encontraron diferencias muy significativas entre las puntuaciones obtenidas de ambos grupos, mostrando que los pacientes tienen una implicación mucho mayor con los agentes socioculturales que favorecen la pérdida de peso. (p.5)

A nivel **nacional y regional** se han identificado investigaciones donde se indica la prevalencia de los síntomas asociados a los trastornos de conducta alimentaria, en mujeres escolarizadas de 16 a 18 años, de distintos estratos económicos, que asistían a diversas instituciones educativas de La Zona Sur de la ciudad de La Paz. Con la aplicación del instrumento EDI 2 a 245 mujeres adolescentes, se encontró un 4,7% de casos clínicos con bulimia y un 2,6% con anorexia. Sin embargo, los trastornos alimenticios no especificados se dieron en un porcentaje similar al grupo bulímico (4,7%). (Freudenthal, 2000, p.74)

Así mismo, en el año 2003 la Universidad Católica realizó un estudio sobre la prevalencia de riesgo de los trastornos de alimentación en adolescentes de 13 a 19 años en las ciudades de La paz, Santa Cruz y Tarija con una muestra de diferentes estratos sociales, detectando un 4,44% de TCA; El total obtenido de datos de estos tres departamentos es de 1,61% con anorexia y un 2,84% con bulimia. Según el género, el 8,54% de mujeres y el 0,35% de varones presentan TCA. Tomando en cuenta las ciudades, la mayor prevalencia de los TCA se encontró en la ciudad de Tarija con 5,8%, y la menor en la ciudad de La Paz con 3,8%. En la ciudad de Santa Cruz se encontró una prevalencia de 4,7%. (Daroca & Velasco, 2003, p.7)

De acuerdo a estas investigaciones se muestra una alta prevalencia de TCA en Bolivia en comparación a países más desarrollados, especialmente en la ciudad de Tarija donde 6 de cada 100 adolescentes indicaron síntomas clínicos de anorexia o bulimia y un 22,5 % como población de riesgo.

En contraparte, en la ciudad de Tarija se ha encontrado una investigación de 6 estudios de caso en población juvenil denominada “factores psicológicos y familiares asociados a la anorexia” en la que se concluye que los jóvenes con anorexia de Tarija tienen un nivel de autoestima bajo, niveles de ansiedad moderada, estado de depresión alto, rasgos de personalidad sizotímicos, con poca fuerza del “yo”, con rasgos de tensión, inseguridad, temor y angustia, así como se hace énfasis en la disfuncionalidad familiar (Ibáñez, 2013).

Por lo previamente mencionado, se destaca la importancia del estudio de TCA en la población femenina pues las cifras tanto a nivel Bolivia como en Tarija entre las edades jóvenes considerablemente alta como lo indica la investigación de Daroca (2003):

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria es en general mucho mayor en mujeres que en hombres (8.54%-0.35% respectivamente). Con relación al sexo, son los adolescentes del sexo masculino los con mayor riesgo de padecer TCA (82.31% en hombres y 75.36 % en mujeres), sin embargo, cuando se analiza la magnitud del riesgo son las mujeres las que presentan mayor porcentaje de alto riesgo (34.2% mujeres y 17.5% en hombres). (p.6)

Por eso, teniendo en cuenta la peligrosidad de estos trastornos y más aún en el contexto actual por el que está atravesando el mundo como lo es la pandemia por “covid-19” detectándose hasta un 120% en el aumento de casos de anorexia y bulimia:

En el último año, la enfermedad pandémica de covid-19 ha influido en los trastornos del comportamiento alimentario y ha hecho incrementar los casos de TCA, en especial entre los adolescentes. Esto ha influido en la obsesión por tener un cuerpo humano perfecto, siguiendo el ejemplo de “influencers” y otros personajes famosos que muestran una y otra vez su imagen. (Radio Televisión Española, 2021)

Por ello, se considera que el estudio temprano permite inferir con programas de prevención, y detección precoz de los síntomas con la finalidad de evitar que estos se agraven progresivamente, considerando que la edad en la que más prevalencia tienen estos trastornos es sumamente temprana.

Así mismo, a nivel local en una entrevista realizada a la psiquiatra Marcia Paredes (2021) trabajadora del “INTRAID”, indica que en Tarija no existen centros especializados en el particular cuidado de los trastornos de conducta alimentaria y una vez que los trastornos son detectados, el proceso de tratamiento y recuperación es intensamente largo siendo el mínimo de 2 años con un tratamiento integral constante, puesto que es un trastorno con una evolución creciente de la enfermedad y alteraciones tanto funcionales, emocionales y sociales que se complican en un contexto como lo es la ciudad de Tarija.

Como tal, indica su preocupación por la edad cada vez más temprana en la que asisten a su consultorio, al ser la etapa más frecuente la pre adolescencia y adolescencia, donde aspectos como el deseo de llamar la atención, la estética que se muestra en las redes sociales como “Instagram”, la fijación al cuerpo y el pobre manejo emocional que provoca la intolerancia a la frustración son de

su consideración las causales más destacables para el desarrollo de la anorexia y/o bulimia nerviosa; por lo tanto, la galena acentúa la importancia de investigaciones que propicien la prevención de estos trastornos. (Paredes, 2021)

Como bien se ha mencionado previamente, en la ciudad de Tarija se han estudiado algunas variables psicológicas asociadas a la anorexia como la depresión, ansiedad, personalidad, autoestima y funcionalidad familiar en jóvenes con anorexia, sin embargo, no se han encontrado investigaciones en la ciudad de Tarija referidas a profundizar en qué medida factores psicológicos como el apego, regulación emocional, alexitimia, rasgos de personalidad y modelos corporales estéticos están asociados a anorexia y además a la bulimia nerviosa en mujeres con estos trastornos en el contexto en que se propicia la investigación.

Por lo tanto, notando la necesidad de más investigaciones en el área y con el fin de dilucidar aspectos a tener en cuenta tanto para la prevención como tratamiento del trastorno nos lleva a preguntarnos: **¿Qué factores psicológicos están asociados a trastornos de conducta alimentaria en mujeres de la ciudad de Tarija?**

## **1.2. Justificación**

Al ser los trastornos de conducta alimentaria (TCA) un problema de salud pública que tiende a ser detectado en sus etapas más avanzadas, es menester identificar factores psicológicos que permitan detectarlos en medidas preventivas e intervenir temprana y adecuadamente tras adquirir un diagnóstico. Para ello, en esta investigación se hace hincapié en aquellos rasgos que podrían dar luces sobre la evolución, pronóstico y tratamiento a partir de las variables asociadas a los TCA como las de carácter evolutivo-emocional influidas por los medios sociales.

Muchas veces se confunde la imagen que los medios proponen con la realidad o el objetivo estético que se posee como sociedad, misma que en su constante cambio debe seguir estudiando y profundizando el tema, desde la prevalencia de TCA que va progresiva y peligrosamente en aumento hasta las implicaciones de factores asociados probables presentes en el desarrollo integral del individuo, ofreciendo información sobre la relación interfamiliar, posibles traumas, capacidad de expresión emocional, personalidad y grado de afectación de los modelos corporales estéticos.

Por consiguiente, resulta significativo identificar si estos factores son desencadenantes, predisponentes o promueven el mantenimiento de estos trastornos, como lo puede ser la

inseguridad que en la gran mayoría viene de la mano del tipo de estilo de apego predominante durante el desarrollo evolutivo, y que también se relaciona con el retrato que se construye de uno mismo a partir de la imagen corporal impuesta a nivel social y por comparaciones externas, en ocasiones distorsionadas de la realidad , donde más adelante se profundiza, haciendo de vital importancia el estudio de estas variables para un futuro funcionamiento reflexivo y con ella se pueda predecir la respuesta de procesos terapéuticos y detección temprana de TCA en el contexto tarijeño, especialmente en mujeres, quienes suelen presentar porcentajes mucho más altos en prevalencia de anorexia y bulimia.

Por lo tanto, esta investigación pretende otorgar un **aporte teórico**, ya que pretende llenar un vacío existente sobre los factores asociados el tema en el contexto regional, pudiendo generar nuevos conocimientos, en primera sobre las características de anorexia y bulimia en mujeres y en segunda sobre su relación con variables como el estilo de apego, la regulación emocional, alexitimia, rasgos de personalidad y nivel de influencia de los modelos corporales estéticos en las mujeres con trastornos de conducta alimentaria de la ciudad de Tarija.

Además, este estudio cuenta con aporte **metodológico** puesto que, se realizó la traducción del inglés al español del instrumento EDE-Q o cuestionario de examinación de trastornos alimentarios, el cual, es una herramienta diseñada para el diagnóstico preliminar de trastornos de conducta alimentaria, basado en los criterios diagnósticos del DSM-V para TCA; este instrumento es ampliamente utilizado en Europa y Estados Unidos para el propósito antes mencionado.

# **CAPÍTULO II.**

## **DISEÑO TEÓRICO**

## **II. DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1. Pregunta problema**

¿Qué factores psicológicos están asociados a los trastornos de conducta alimentaria en mujeres de la ciudad de Tarija?

### **2.2. Objetivo general**

Determinar los factores psicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria en mujeres de la ciudad de Tarija.

### **2.3. Objetivos específicos**

- Determinar el estilo de apego.
- Identificar el nivel de las estrategias de regulación emocional.
- Identificar si existe presencia de alexitimia.
- Determinar los rasgos de personalidad.
- Establecer el nivel de influencia de los modelos estéticos corporales.

## 2.5. Operalización de Variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
<b>Apego</b>	Modelo relativo a las emociones y las relaciones que Bowlby (1978) define como “Tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida”.  (Pierrehumbert, Sieye, Meisler, Miljkovitch, & Halfon, 1996)	Apego Seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego</li> <li>● Valor de la autoridad de los padres</li> </ul>	<b>Cuestionario de apego CaMir Pierrehumbert (1996). Adaptación de Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011)</b>  Escalas independientes: -Apego Seguro (T ≥50) -Apego Inseguro-Evitativo (T ≥50) -Apego Inseguro-Preocupado (T ≥50)
		Apego inseguro/evitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Permisividad parental</li> <li>● Autosuficiencia y rencor hacia los padres</li> </ul>	
		Apego inseguro/preocupado	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Preocupación familiar</li> <li>● Interferencia de los padres</li> </ul>	
<b>Estrategias de Regulación emocional</b>	Aquellos procesos y estrategias por los cuales las personas ejercen una influencia sobre las emociones, sobre cuándo se las tiene, sobre cómo se	Reevaluación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Modificación de pensamiento para emociones positivas o negativas</li> <li>● Capacidad de mantener la calma en situaciones emocionales negativas</li> </ul>	<b>Cuestionario de regulación emocional (ERQ)</b>  <b>(Gross &amp; John, 2003, adaptado por Urquijo y Andrés (2010))</b>

	experimentan y expresan. (Gross, 1999)		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Control emocional</li> </ul>	<p><i>A. Reevaluación cognitiva</i></p> <p>Baja: entre 6 y 23. Media: entre 24 y 30. Alta: entre 31 y 42</p> <p><i>B. Supresión emocional</i></p> <p>Baja: entre 4 y 11. Media: entre 12 y 16. Alta: entre 17 y 28</p>
		Supresión emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Expresión de emociones negativas</li> <li>● Expresión de emociones positivas</li> </ul>	
<b>Alexitimia</b>	Deficiencias en la experiencia de las emociones y cogniciones que se unen e inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas. (Parker, M, & Bagby, 1997)	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dificultad para diferenciar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales</li> <li>● Dificultad para comunicar y describir los propios sentimientos a otras personas</li> <li>● Una vida de fantasía empobrecida</li> <li>● Un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo</li> </ul>	<p><b>Escala de Alexitimia de Toronto (TAS -20) (Bagby, Parker y Taylor, 1994)</b></p> <p>-Menor o igual a 51-Ausencia de alexitimia</p> <p>-Entre 52 y 60-Posible alexitimia</p> <p>-Mayor o igual a 61- Presencia de alexitimia</p>



			<p>4.3 Manos pequeñas</p> <p>4.4 Manos con guantes</p> <p>4.5 Ojos pequeños</p> <p>4.6 Dedos en forma de pétalos</p>	
		5. Retraimiento social	<p>5.1 Dibujar la cara de último</p> <p>5.2 Omisión de algunos rasgos faciales</p> <p>5.3 Hacer el rostro en blanco</p> <p>5.4 Rostro con dirección confusa</p> <p>5.5 Cabeza grande y redonda</p> <p>5.6 Manos con contornos indecisos u oscurecidos</p>	
		6. Infantilismo e inmadurez	<p>6.1 Boca con dientes a la vista</p> <p>6.2 Boca cóncava</p> <p>6.3 omisión de la boca</p> <p>6.4 Pipas o cigarrillos en labios</p> <p>6.5 Cuello excesivamente largo</p> <p>6.6 Dedos cortos y romos</p> <p>6.7 Botones</p> <p>6.8 Bolsillos en el pecho (Masculino)</p> <p>6.9 Ojo Vacío</p>	

		<p>7. Dependencia</p> <p>8. Paranoia</p> <p>9. Impulsividad</p> <p>10. Inseguridad</p> <p>11. Terquedad</p>	<p>6.10 Tamaño exagerado de las manos</p> <p>6.11 Pies desnudos</p> <p>7.1 Boca cóncava</p> <p>7.2 Senos grandes</p> <p>7.3 Cinturón</p> <p>7.4 Trazo circular</p> <p>8.1 Ojo grande</p> <p>8.2 Ojo sombreado</p> <p>8.3 Mirada furtiva</p> <p>8.4 Dedos en forma de lanza</p> <p>9.1 Trazos cortos</p> <p>9.2 manos sombreadas</p> <p>9.3 Nariz grande</p> <p>9.4 Trazos cortos</p> <p>10.1 Boca con cigarrillos, pipas o palitos</p> <p>10.2 Líneas redondeadas, indecisas, reforzadas</p> <p>10.3 Ausencia de nariz</p> <p>10.4 Cejas muy finas</p> <p>10.5 Cinturón</p> <p>10.6 Botones</p> <p>10.7 Posición inferior</p>	
--	--	---	---	--

		<p>12. Obsesivo-compulsivo</p> <p>13. Neuroticismo</p>	<p>11.1 Cuello ancho y corto</p> <p>12.1 Arrugas en la ropa</p> <p>12.2 Cordones en los zapatos</p> <p>12.3 Tratamiento detallado de la figura</p> <p>13.1 Uso de la goma de borrar, borraduras</p> <p>13.2 Sombreado excesivo</p> <p>13.3 Reloj</p> <p>13.4 Líneas redondeadas, indecisas y reforzadas</p> <p>13.5 Brazos apretados al cuerpo</p>	
--	--	--	--	--

<b>Modelo estético corporal</b>	Estereotipo de cuerpo ideal construido social-mediáticamente usado por las publicidades como canon de "cuerpo bello" o "cuerpo que se debe aspirar tener". (Toro,1994)	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Influencia de la publicidad.</li> <li>● Malestar con la imagen corporal</li> <li>● Influencia de los modelos estéticos corporales</li> <li>● Influencia de las relaciones sociales</li> </ul>	<b>CUESTIONARIO DE INFLUENCIA DE LOS MODELOS ESTÉTICOS CORPORALES (CIMEC-40) (Toro, J., 1994), adaptado por Riveros,2011.</b>  Influencia: 0-22: Baja 23-40: Moderada Baja 41-60: Moderada Alta 61-80: Alta
---------------------------------	--	----------------	--	---

**CAPÍTULO III.**  
**MARCO TEÓRICO**

### **III. MARCO TEÓRICO**

En el estudio de los trastornos de conducta alimentaria, haciendo referencia particularmente a la anorexia y bulimia nerviosa, se han hecho diversos estudios en relación a características que conciernen a la sintomatología de las mismas, si bien es cierto que el interés del estudio de esta desorden ha ido incrementando a través de los años y con ellos la evolución en la investigación de nuevos modelos asociados a los mismos; en el contexto tarijeño pareciera ser un tema estancado siendo imprescindible estar acorde a perspectivas que podrían beneficiar en el modelo terapéutico e incluso ser de utilidad para la prevención de los mismos.

Por ello, se requiere hacer referencia a elementos bibliográficos que darían una mejor visibilidad del lineamiento teórico en el que se basa esta investigación en relación a ciertos factores psicológicos enmarcados en lo emocional e inter relacional que podrían estar asociados a los trastornos de conducta alimentaria y que tanto influyen en la adquisición y mantención de la anorexia y bulimia.

De tal manera, a continuación, se definirán cada una de las variables y concepciones tratadas en este trabajo investigativo.

#### **3.1. Trastornos de conducta alimentaria (TCA)**

Los trastornos de conducta alimentaria se definen como una “alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.329) Dada su sintomatología que Garfinkel y Garner (1977) definen como: “Indicios e inquietudes características de la anorexia y bulimia nerviosa”. (p.117)

Los TCA vienen a ser alteraciones en los comportamientos relacionados con la comida que repercuten sobre la salud física, psicológica y social caracterizadas por conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas, presión social distinguida al aumentar de peso e índice de masa corporal (Garfinkel y Garner, 1979).

### **3.1.1. Criterios diagnósticos de TCA**

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM-V) (2014) las principales clasificaciones son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa las cuales se describen a continuación:

#### **Anorexia Nerviosa**

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo (inferior al mínimo esperado) con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. (pág. 338)

Se especifica si es de tipo restrictivo (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas) o con atracones/purgas durante los últimos tres meses, así como también se indica la remisión parcial o total.

Para constatar la gravedad se acude al índice de masa corporal (IMC) el cual se refiere como “Leve: IMC 17 kg/m<sup>2</sup>; Moderado: IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>; Grave: IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup> y Extremo: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.339).

#### **Bulimia Nerviosa**

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM), 2014, pág. 345)

La gravedad se determina de la siguiente manera (DSM V,2014):

- Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. (p. 346)

### **TCA no especificado**

Esta clasificación se aplica a presentaciones en las que predominan los indicios peculiares de un trastorno del comportamiento alimentario que ocasionan malestar clínicamente relevante o deterioro en lo social, gremial u otras superficies relevantes del desempeño y que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los TCA y de la alimentación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

### **3.2. Factores psicológicos**

Al referirse a factores psicológicos se hace mención de los pensamientos, sentimientos y demás características cognitivas que pudieran afectar la actitud, comportamiento y funcionalidad de la mente humana, dichos factores afectarían en el pensamiento, decisiones y la forma en que se relaciona en su día a día, dentro de los cuales se encuentran factores emocionales, cognitivos, conductuales, de personalidad entre otros que tienden a ser asociados con elementos psicopatológicos o con enfermedades físicas (Martínez & Frías, 2005).

Los factores psicológicos a los que se refiere esta investigación y que se desarrollarán a lo largo del marco teórico son: Apego, regulación emocional, alexitimia y modelos estéticos corporales.

### 3.2.1. Apego

Modelo relativo a las emociones y las relaciones que Bowlby (1978) define como “Tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida” (Pierrehumbert, Sieye, Meisler, Mijkocitch & Halfon,1996, p.10)

La teoría del apego fue manifestada para dar explicación a algunas pautas conductuales características de no solo “bebés y niños”, sino también “adolescentes y adultos”, conceptualizándose en términos de dependencia o sobre dependencia.

De manera histórica la teoría no se desarrolló desde las relaciones objetales del psicoanálisis sino más bien basados en conceptos teóricos de la evolución, etología, teoría del control y psicología cognitiva, con los cuales se destaca en esta teoría, el estatus primario y biológico de los lazos emocionales íntimos entre individuos haciendo utilización de modelos operantes del sí mismo y de la figura de apego en relación mutua de la importante influencia de la manera en que es tratado un niño por sus padres, especialmente por la figura materna, para el desarrollo de esa persona. (Bowlby, 1988)

Esta teoría formulada por John Bowlby y Mary Ainsworth sobre el apego o vínculo afectivo que se establece especialmente entre madre e hijo constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socio-emocional, concibiendo a la patología como el resultado de la interacción entre la vulnerabilidad y los factores de riesgo a lo largo del ciclo vital.

Las aportaciones de los estudios basados en la teoría de apego dan más luz a la noción de apuntalamiento de Freud, la creación de una base relacional entre la madre y el hijo para que los instintos de conservación se desplieguen y realicen su función (Marrone, 2011, p.325).

#### 3.2.1.1. Estilos de Apego

Ainsworth y Bolwy (1988) encontraron diferencias muy claras e individuales de la conducta de los niños, adolescentes y adultos pudiendo visualizar patrones representativos que denominaron como tipo o estilos de apego:

**Apego seguro.** Las figuras de apego experimentan preocupación honesta por el cuidado de su hijo y se lo expresan de manera perceptible; son capaces de reconocer las necesidades del bebe con precisión sin llegar a ser invasivos ni despreocupados, tratan al niño de manera cálida y afectuosa, pero tiene una alteridad propia, es decir que no es una extensión del psiquismo de sus padres; por

ello a medida que creces los niños con este tipo de apego se sienten seguros y queridos, forman buenas relaciones interpersonales pudiendo identificar a las personas con las cuales el acercamiento le generaría bienestar, además los adultos con este apego serían capaces de saber cuándo se encuentran angustiados buscando consuelo y apoyo. (Barroso, 2011)

Las personas que no se enmarcan dentro del estilo de apego seguro, están dentro de los tipos de apego inseguro donde existen dos subgrupos: Individuos que han crecido en un grupo familiar estable y continente o individuos que han tenido experiencias difíciles en la niñez, pero muestran resiliencia y se presentan como excepcionalmente reflexivos y maduros, a continuación, se detallan cada uno de ellos:

**Apego inseguro/evitativo.** Las figuras de apego se encuentran en una posición rígida e inflexible mostrando conductas de rechazo y hostilidad hacia el niño y necesidades no cubiertas y manifestaciones afectivas-emocionales no atendidas. A partir de estas vivencias en el futuro estas personas tienden a no expresar sus emociones y empiezan a funcionar de manera muy lógica buscando satisfacción únicamente individual.

Las y los jóvenes con modelos de vínculos inseguros separados o autosuficientes acostumbran eludir el compromiso emocional y les resulta bastante difícil dialogar de dichos temas, no proporcionan casi información y restan trascendencia a las vivencias difíciles que pudieron haberles marcado de niños. Además, es recurrente que presenten variantes bastante idealizadas de sus figuras de apego y/o que quiten trascendencia a su interacción con ellas y que, además, el tono emocional de su relato sea bastante gélido. (Goicoechea, 2014)

Estos individuos tienden a mantener sus conductas de apego a un bajo nivel de activación, debido a la organización de sus defensas, estas que por estabilidad se transforman en características. En consecuencia, estos individuos tienden a no buscar o esperar apoyo, empatía o cariño e intimidad de las relaciones personales o específicamente en los vínculos de apego. La defensa subyacente es de autoprotección ante las emociones penosas que en muchos casos sintieron en la infancia al ser ignorados o rechazados por las figuras parentales. Al referirse a sus figuras de apego pueden mostrar idealización, desprecio o devaluación (Marrone, 2009)

**Apego inseguro/preocupado.** Se entremezclan comportamientos de rechazo a la dependencia basado en el modelo centrado en la vivencia de afectividad. Las figuras parentales pudieron ser en

sí mismos figuras ambivalentes por lo que el niño para obtener su atención y desarmar la vivencia autorreferencial de las figuras de apego, emiten señales disfuncionales mediante formas poco adaptativas de exteriorizar sus necesidades; con ello las personas que hayan interiorizado este tipo de apego tendrán cierta dependencia afectiva y emocional a las figuras de apego generando niveles altos de estrés y ansiedad dificultando el desarrollo cognitivo y social de la persona. Las y los adolescentes con este tipo de apego se muestran celosos e inseguros en sus relaciones afectivas y su historia aún les afecta emocionalmente esquivando constantemente el tema y afectándoles poderosamente al narrarla. (Goicoechea, 2014)

Son personas que parecen confusas, incoherentes e incapaces de aplicar criterios objetivos a la comprensión de las relaciones interpersonales y sus influencias. Estas personas a menudo pueden parecer intensamente preocupadas por las relaciones del pasado, con temas relacionados a su autoestima, apariencia física o duelos no resueltos. En algunos casos parecen aún estar involucradas en tramas de su familia todavía tratando de satisfacer las expectativas y deseos de los padres, o inmersos en, los conflictos de la rebelión y la independencia, en constantes luchas internas.

Otras variantes de apego son:

**Apego desorganizado.** En las entrevistas destaca el manejo de los duelos y la descripción de los episodios de carácter traumático ocasionando como consecuencia la desorganización mental y de razonamiento. Este tipo de personas han pasado por episodios traumáticos de severidad en su infancia que pueden ir desde la muerte temprana de un progenitor o figura de apego hasta experiencias donde predominan emociones fuertes especialmente de miedo, como se da en casos de violencia sexual. (Marrone, 2009)

**Apego inclasificable.** Es una mezcla de elementos preocupados y evitativos probablemente porque él niño tuvo un patrón evitativo con uno de los progenitores y preocupado por el otro.

### **3.2.1.2. La relación entre el apego adulto y los trastornos de conducta alimentaria**

A la hora de relacionar las variables de apego y TCA, Giorgio Tasca (2018) en una actualización de la investigación de Pierrehumbard et al. (1979) indica que existe un tipo de apego particular en relación a los TCA, a más altos niveles de apego de inseguridad mayores síntomas de TCA; esto debido al escaso cuidado de los padres y un posible trauma temprano lo cual haría que se determine

este tipo de apego en el futuro del niño. Así mismo indica que “La asociación entre el apego inseguro y la gravedad del trastorno alimentario probablemente esté mediada por la desregulación del afecto y el perfeccionismo.” (Tasca, 2018, p.59)

De igual manera Kuipers y Bekker (2012) informaron hallazgos parecidos en los que:

La prevalencia de inseguridad del apego en muestras de trastornos alimentarios osciló entre el 70%, el 22 % y el 100%. Varios estudios informaron una mayor incidencia de estilo de apego evitativo en comparación con el apego preocupado en muestras que incluyen anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) (p.332).

Es así que la inseguridad del apego podría ser de importancia transdiagnóstica de manera que pueda llegar a determinar hasta la gravedad de los síntomas trastornos alimentarios, especialmente cuando se presenta una necesidad de aprobación de los demás.

La necesidad de aprobación, un aspecto de la ansiedad por el apego, se asocia positivamente con la insatisfacción corporal y la psicopatología del trastorno alimentario, independientemente de las dimensiones de la personalidad, la demografía, el diagnóstico del trastorno alimentario y la depresión. preocupación por las relaciones y el miedo al abandono. (Tasca,2018, p.60)

### **3.2.1.3. Personalidad, Apego y Trastornos de conducta alimentaria**

De acuerdo al estilo de apego previamente explicado y variables de personalidad, Hervás y Vázquez (2006) proponen un modelo que hace una conexión entre los rasgos de personalidad y apego inseguro con el déficit en la regulación emocional y, por tanto, más vulnerabilidad a una variedad de trastornos psicológicos. Fue el mismo Bowlby (1979) el que señaló esta relación a través de los modelos operantes:

Los modelos operantes son un sistema interno de expectativas y creencias acerca del self y de los otros que les permiten a los niños predecir e interpretar la conducta de sus figuras de apego. Estos modelos se integran a la estructura de la personalidad y proveen un prototipo para futuras relaciones sociales. (Bowlby, 1979, p.70).

Asimismo, el apego inseguro se ha relacionado con los rasgos de personalidad, principalmente con el neuroticismo. (Amianto, Daga, Bertorello y Fassino, 2013).

Dada la complejidad de tratamiento que acarrearán los TCA, la personalidad del paciente juega un rol determinante. La necesidad de control, la impulsividad y la falta de flexibilidad mental suponen un problema a la hora de trabajar con la persona, puesto que influyen en el mantenimiento de: creencias y distorsiones cognitivas (en las que influye la inflexibilidad mental), purgas y los atracones (impulsividad), y dietas restrictivas (por ejemplo, necesidad de control).

### **3.2.2. Regulación Emocional**

La regulación emocional, definida como el proceso a través del cual los individuos modulan sus emociones para alcanzar metas, adaptarse al contexto y promover tanto su propio bienestar como el de su grupo social (Gross & John, 2003), es un fenómeno psicológico sumamente complejo. En sus intentos por regular su experiencia emocional, las personas utilizan diversas estrategias, como modificar la situación generadora de la emoción, el contexto, la apreciación, su experiencia subjetiva o su expresión (Gross & Thompson, 2007).

#### **3.2.2.1. Modelo procesual de regulación emocional**

Este modelo propone que la regulación emocional puede estudiarse en función del lugar en el que la estrategia de regulación se inserta dentro del proceso de generación de la emoción (Gross, 1999).

De acuerdo al autor el procesamiento emocional pasa por las fases de: situación, atención, interpretación y respuesta de las cuales para cada una de ellas es posible instaurar grupos de estrategias de regulación emocional; dichas estrategias se dividen en dos grupos principales: regulación centrada en los antecedentes de la emoción y regulación centrada en la respuesta emocional.

En estas divisiones los autores plantearon la emergencia de diferentes secciones del proceso a partir de la valoración de determinados elementos que originan diversas tendencias de acción o respuesta específicas que sostienen el desenvolvimiento de las emociones dirigiendo su explicación a cuatro pasos básicos:

1. Situación relevante: puede ser externa debido a existencia ambientales o interna en referencia a representaciones mentales.
2. Atención: se hace la selección de elementos más significativos de acuerdo a las circunstancias.
3. Evaluación: en dependencia de la relevancia de la situación.

4. Respuesta emocional: es la que por efectos de la retroalimentación emocional modifica la situación relevante.

Si bien existe cierto proceso los autores sostienen que la regulación emocional puede darse en diferentes partes del mismo por lo que se debe tener en cuenta dos grandes elementos: la reevaluación cognitiva y supresión emocional.

Por su parte la reevaluación cognitiva es una estrategia de regulación emocional que consiste en la modificación del proceso en el que surge la emoción de manera que se logren cambios en el impacto que tendrá la emoción en el individuo (Gross & John, 2003). Por lo que, básicamente de manera estratégica busca cambiar así el modo de expresión de respuesta emocional sin cambiar como tal la naturaleza de la emoción.

La supresión modula la respuesta del individuo ya que inhibe la expresión de la respuesta emocional y con ello la expresividad como una forma de modular la respuesta emocional y a sí mismo ha sido relacionada positivamente con el afecto negativo y la depresión, y ha correlacionado negativamente con el afecto positivo, el optimismo, el bienestar y el soporte social (Gross & John, 2003). Por otro lado, el uso de la reevaluación cognitiva reduce eficientemente el estrés, lo que no sucede con la supresión (Gross, 1999). Además, la reevaluación cognitiva ha correlacionado positivamente con el afecto positivo, vitalidad, optimismo, crecimiento personal, propósito en la vida, y lo ha hecho negativamente con el afecto negativo y la depresión.

### **3.2.2.2. La importancia de la regulación emocional en los trastornos de conducta alimentaria**

En previos estudios se han ido estableciendo relaciones entre la regulación emocional y su implicancia en la anorexia y bulimia señalando que las personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa poseen problemas tanto para enfrentarse a sus propias emociones como para expresarlas verbalmente. Asimismo, según esta autora, el estado emocional de estas personas influye directamente en la ingesta de comida que realizan. Así, la persona con AN normalmente es incapaz de ingerir bocado cuando se siente emocionalmente disfórica (triste, ansiosa o irritada), mientras que la persona con BN suele realizar atracones de comida ante este mismo tipo de situaciones. (Pascual, Etxebarria, Echeburúa, 2011). Pero, a pesar de ser éste un tema bastante comentado entre los profesionales clínicos que trabajan en este ámbito y de haber estudios en que se han tomado en cuenta otras variables, como los trastornos de personalidad, los trastornos depresivos, los aspectos

cognitivos y sociales, apenas se han realizado estudios empíricos en los que se hayan analizado variables emocionales en este tipo de trastornos.

Esta disfunción en la regulación emocional en conjunto con otras variables como la alexitimia podrían suponer tanto un factor de iniciación, como de mantenimiento del trastorno de conducta alimentaria ,a partir de previos estudios realizados dirige a la consideración de que el tener una percepción negativa de las emociones (concretamente, percibir las como algo negativo y peligroso), un estado de ánimo excesivamente influido por la alimentación, el peso y la estructura corporal y una excesiva necesidad de tener todo bajo control y utilizar con frecuencia determinadas estrategias para regular las emociones (como la rumiación y la ilusión) podrían constituir factores fundamentales a tener en cuenta en relación a los trastornos de conducta alimentaria.

### **3.5. Alexitimia**

#### **3.5.1. Definiciones y características**

Parker y Bagby (1997) definen a la alexitimia como:

Deficiencias en la experiencia de las emociones y cogniciones que se unen, que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas privándolo de la capacidad de reflexionar plenamente sobre sus reacciones en relación con los estímulos internos y externos y de comunicar su experiencia a otros, y eso tiene consecuencias para el tipo de terapia que se debe aplicar. (p.50-51)

Etimológicamente hablando el término de “alexitimia” proviene del vocablo griego que se interpreta como “ausencia de palabras para expresar las emociones o sentimientos (lexis-palabra, thymos-emoción), fue introducido por un médico llamado Sifneos en 1972 ante la dificultad de denominar a ciertos enfermos psicósomáticos con dificultades para expresar verbalmente sus emociones o sus sentimientos. (Fernández, 2011)

El término ha sido tomado progresivamente desde el origen etimológico señalado, un sentido más universal, a modo de un rasgo de personalidad, circundando datos afectivos, cognitivos, psicomotores y somáticos, de manera que “su núcleo semiológico del perfil de la personalidad reside en la afectividad, en forma de una incapacidad para identificar, reconocer, describir o nombrar los sentimientos o las emociones propias y para captar los estados emocionales ajenos”. (Fernández, 2011, pág. 482).

A continuación, se denotan sus características más importantes (Parker, M, & Bagby, 1997):

- Dificultad para diferenciar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales.
- Dificultad para comunicar y describir los propios sentimientos a otras personas.
- Una vida de fantasía empobrecida.
- Un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo.

Las personas con elevada alexitimia no son completamente incapaces de expresar verbalmente sus emociones y no se hallan totalmente desconectadas de sus experiencias emocionales (Lunazzi, 2012, p. 76)

Por lo mismo, Sifneos (1967) informó que sus pacientes con alexitimia mostraban síntomas de ansiedad y depresión, así como describían estar sintiéndose nerviosos, agitados, irritables o tensos, y que también experimentaban a veces vacío y aburrimiento; sin embargo, cuando se los interrogaba más profundamente, estos pacientes mostraban un vocabulario muy limitado para la expresión de sus emociones.

Nemaih et al. (1976) indicaron que las personas con elevada alexitimia manifestaron exposiciones elevadas de enojo o llanto, no obstante, eran incapaces de relacionar esas emociones con situaciones, fantasías o pensamientos específicos. El reconocimiento de todas estas condiciones condujo a la noción de que las emociones de las personas con alta alexitimia se encuentran muy pobremente diferenciadas y no poseen una buena representación mental.

### **3.5.2. Alexitimia y trastornos de conducta alimentaria**

Un aspecto de vulnerabilidad para que las personas tengan cierto riesgo a tener TCA es a través del manejo emocional, un factor que puede vulnerar a las personas para sufrir un trastorno alimenticio, es el manejo emocional por lo cual se han realizado investigaciones que precisamente buscan encontrar la relación entre la alexitimia y los síntomas asociados a la anorexia y bulimia obteniendo como resultados en uno de estos estudios que un 56% de un conjunto de mujeres con anorexia presentó más alexitimia en comparación con mujeres con bulimia (32%) y un grupo control (12%). [Guilbaud et al., 1999 citado por (Ruesga-Lozano & Chávez-Aguilar, 2015)]

Así mismo, en investigaciones específicas referidas a la alexitimia y los TCA Heather Westwood, Jess Kerr-Gaffney, Daniel Stahl, Kate Tchanturia en 2017 hicieron una revisión de 48 estudios en el mundo que han utilizado la escala TAS creada por R. Michael Bagby. y otros donde se concluyó que, para todos los grupos, hubo diferencias significativas con tamaños de efecto medianos o grandes entre el grupo clínico y los con factor de riesgo, y el grupo clínico obtuvo una puntuación significativamente más alta en la TAS, lo que indica una mayor dificultad para identificar y etiquetar las emociones. (Bagby, Parker, & Taylor, 1992)

### **3.6. Personalidad**

Dentro del constructo de la personalidad, lleva por sí mismo diversos modelos teóricos y uno de los más importantes es el modelo psicoanalítico en el cual Freud conceptualiza diversas teorías; de las más destacables y usadas actualmente, es el modelo estructural del ello, Yo y Superyó; por lo que, la psique humana se dividiría de acuerdo a las funciones que lleva a cabo cada componente (Freud, 1856-1939).

De acuerdo a esta conceptualización, el individuo tiene 3 construcciones que aparecen a lo largo del desarrollo de la vida; la primera de ellas corresponde a lo que se ha nombrado ello, la exclusiva composición que está presente en el origen y es plenamente inconsciente, se atrae en saciar los anhelos del infante para evadir el dolor. En esta parte del desarrollo el infante solo tiene 2 formas de obtener placer, las ocupaciones reflejas y la fantasía (Brainsky, 1998).

En esta segunda estructura Freud (1967) concibe al yo como aquello que está entre lo consciente y lo preconscious, que intenta satisfacer deseos del Ello en el mundo externo y en lugar de actuar de acuerdo al principio del placer y actúa de acuerdo a la manifestación de la realidad. Por medio del razonamiento inteligente el yo busca demorar la satisfacción de los deseos del Ello hasta que se pueda garantizar la gratificación de la manera más segura posible (Pervin & John, 1998).

Teniendo en cuenta lo anterior, Freud plantea que la personalidad se desarrolla en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, por la manera en que aborda cada una de las etapas psicosexuales. Las etapas psicosexuales son cinco y las vivencias en cada una de ellas dan cuenta de un posible perfil de personalidad:

**Etapa oral:** este periodo comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses y se caracteriza, porque el niño obtiene placer a través de succionar el pecho de la madre y masticar los alimentos

meses más tardes. Según Freud (1967; citado por Pervin & John, 1998), los niños que obtienen buena gratificación durante esta etapa tienden a ser adultos optimistas, crédulos y confiables, mientras que los que no son satisfactoriamente gratificados tienden a ser pesimistas, sarcásticos, discutidores y hostiles.

**Etapa anal:** comprende de los 18 meses a los 3 años aproximadamente, en esta etapa el placer del niño está concentrado en el ano y lo experimenta a partir de la expulsión y retención de heces fecales. Se cree que los hijos de padres estrictos en el entrenamiento de control de esfínteres tienden a ser autodestructivos, obstinados, mezquinos y excesivamente ordenados durante la edad adulta. (Freud, 1967)

**Etapa fálica:** Se involucra de los 3 a 6 años, es la etapa en la que en que los niños empiezan a descubrir sus genitales, y tienden a apegarse más al progenitor del sexo contrario mientras que experimentan sentimientos de rivalidad con el progenitor del mismo sexo. Las personas que no reciben suficiente gratificación durante esta etapa tienden a mostrarse como egoístas, vanidosos, con baja autoestima, tímidos y con sentimientos de minusvalía durante la edad adulta (Pervin & John, 1998)

**Etapa de latencia:** va de los 6 hasta los 12 o 13 años; Freud creía que en esta etapa el interés por el sexo disminuye y los niños pueden jugar con los otros niños del mismo sexo sin experimentar ninguna dificultad.

Finalmente, de los 13 años en adelante Freud describe la **etapa genital**, momento en el cual se despiertan los impulsos sexuales permitiendo que el adolescente satisfaga todos los deseos reprimidos durante la niñez, las personas que logran abordar satisfactoriamente esta etapa, desarrollan buen sentido de responsabilidad y preocupación por los demás. (Pervin & John, 1998)

Es así que, de acuerdo al enfoque dinámico de la personalidad la forma de evaluar dicho fenómeno involucra estrategias como las técnicas proyectivas de manchas o tintas, técnicas pictóricas o gráficas, técnicas verbales, entre otras.

Por su parte, dentro del constructo de personalidad vale la pena definir los rasgos de personalidad los cuales de acuerdo al Instituto Americano de Psiquiatría (APA) (2014) son:

“Patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”. (p.647)

Algunos de los rasgos de personalidad que se puede identificar en la prueba proyectiva del Test de la figura humana son:

**Agresividad.** La personalidad agresiva puede ser definida de manera resumida como el conjunto de predisposiciones psicológicas que hace que ciertas personas tiendan a adoptar una actitud hostil o atacar a los demás con relativa facilidad. Estos ataques pueden ser físicos o psicológicos, comprometiendo el bienestar de otra persona o de sí mismo o incluso haciendo que se sienta amenazada. (Anderson & Bushman, 2002)

**Narcisismo.** Incapacidad para percibir sentimientos, necesidad insaciable de atención, vanidad y auto admiración son algunos de los rasgos que describen a las personas narcisistas. El desarrollo de estas características durante la vida del individuo puede deberse a situaciones bastante complejas. (Andarcia, 2021)

**Introversión.** Según la definición dada por Jung (1965): Las personas introvertidas suelen anteponer una realidad que no existe ante lo evidente, además de pensar que en esta realidad que ha creado, será observado o evaluado. Estas personas se basan siempre en lo que sienten y no en lo que ven. Tienen particularidades para elegir su ropa, sus gustos y todo aquello que le pertenezca. Son pasivos, aunque no significa que no sean inteligentes, tienden a ser tercos y muestran retraimiento y tristeza constantemente. (p. 161)

**Inmadurez.** Las señales psicológicas que nos ponen sobre la pista de que estamos ante una personalidad inmadura son: Desfase entre la edad cronológica y la edad mental, desconocimiento de uno mismo, lo que implica no saber cuáles son las aptitudes y limitaciones, también se expresa mediante cambios en el estado de ánimo, pasando de la euforia a la melancolía de un día para otro e incluso en el mismo día, poca o nula responsabilidad, mala o nula percepción de la realidad, ausencia de un proyecto de vida y falta de madurez afectiva. (Rojas, 2001)

**Dependencia.** La personalidad dependiente se caracteriza por la excesiva y generalizada necesidad de ser cuidado que conduce a una conducta sumisa y dependiente y el miedo a ser abandonado. Se perciben a sí mismos como inadecuados y desvalidos y por ello, incapaces de enfrentarse al mundo

solos. El mundo es un lugar frío y solitario donde manejarse uno solo es imposible. Así que reclaman la constante presencia de otra persona. Piensan: “no puedo sobrevivir sin alguien que se haga cargo de mí”, “si mi pareja o padres o amigo me dejan no podré seguir adelante yo sola”. (Sampietro, 2015)

**Obsesión.** Desde el punto de vista de la psicología, una obsesión es una idea, creencia, imagen mental o hábito que invade de forma repetitiva en la consciencia de la persona y compromete la capacidad de control de la línea de pensamiento. Es decir, que la persona no tiene capacidad de parar de pensar en el objeto de la obsesión y cae en una rumia que se retroalimenta a sí misma. (Feist, 2007)

**Neuroticismo.** Las personas con neuroticismo (o inestabilidad emocional) son ansiosas, emocionalmente inestables, se preocupan con facilidad y están a menudo de mal humor o deprimidas. Suelen dormir mal y pueden tener trastornos psicósomáticos. A menudo reaccionan de forma irracional o rígida, debido a que se ven dominados por sus emociones. Se sienten estresados con facilidad y experimentan a menudo emociones negativas, como ira, ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza. Se trata de personas que toleran mal el estrés o los estímulos negativos de cualquier tipo, tienen más probabilidades de interpretar las situaciones neutras de la vida diaria como amenazantes y las pequeñas frustraciones como obstáculos desesperantes. (Sampietro, 2015)

**Inseguridad.** Son personas que reflejan en su actitud duda constante, cuestionando frecuentemente sus propias acciones y decisiones. Se caracterizan por una conducta de evitación ante las dificultades, por mínimas que parezcan; actitud defensiva, rechazando diferentes puntos de vista y perdiendo el control del manejo de sus emociones. Así mismo puede presentar relaciones limitadas, sin iniciativa para comunicarse con otros, por lo que no son muy abiertos a conocer personas y formar nuevas amistades. (Cerdán, 2018)

### **3.7. Los modelos estéticos corporales**

Los modelos estéticos corporales son un estereotipo de cuerpo ideal construido social y mediáticamente que es usado por las publicidades como canon de "cuerpo bello" o "cuerpo que se debe aspirar tener" y que incide en las personas a través de la publicidad, el malestar con la imagen corporal, la influencia de estos modelos estéticos asociados a la delgadez y la influencia de las relaciones sociales (Toro,1994). A razón de aquello, una investigación realizada por Toro, Salamero y Martínez (1994) utilizando el cuestionario (CIMEC), elaborado por los mismos

autores, determinó diferencias muy significativas entre las puntuaciones obtenidas por un grupo de mujeres anoréxicas y otro de bulímicas, mostrando que los pacientes tienen una implicación alta con los agentes socioculturales que favorecen la pérdida de peso.

Así mismo, en una investigación realizada por Esnaola (2005) donde se analiza la relación entre la imagen corporal (EDi-2) y los modelos estéticos corporales (CIMEC-26). Por un lado, se analiza las diferencias en función de género, y por otro, las diferencias entre dos grupos de edad, adolescentes y jóvenes. La muestra está compuesta por 627 adolescentes y 271 jóvenes. La media de edad de los adolescentes es de 15.33 años y la de los jóvenes 22.49 años. Los resultados indican que las mujeres, tanto en la adolescencia como en la juventud, muestran mayor insatisfacción corporal y mayor influencia de los modelos estéticos corporales. En cuanto a la edad, existen diferencias significativas en el EDi-2. Los varones adolescentes se perciben con mayor obsesión por la delgadez y sentimientos de ineficacia que los varones jóvenes; las mujeres adolescentes se perciben con mayor obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia.

En la actualidad, la anorexia y la bulimia expresan las contradicciones de la identidad de la mujer del presente. Dichas contradicciones culturales están relacionadas con la industrialización occidental a través de un constante cambio de rol de la mujer, en el cual las mujeres se encuentran luchando por encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito (autosuficiente, luchadora, competente, eficaz, trabajadora, incorporada al mercado laboral, número uno, ambiciosa, con éxito, delgada) y las expectativas tradicionales de su rol. Toda esta multiplicidad de exigencias del rol, es lo que hace tan difícil la situación contemporánea para las mujeres. Esas elecciones de valores fuertemente contradictorios son típicas de las crisis de identidad que pueden precipitar anorexia y bulimia.

Así mismo, tal preocupación por el aspecto y la imagen corporal, está relacionada con la apariencia de mantenerse joven, dinámica y atractiva conectada a la preocupación culturalmente generalizada por el control de peso y la obesidad, llegando a equiparar socialmente la delgadez con competitividad y éxito.

**CAPÍTULO IV.**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## **IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1. Área a la cual pertenece la investigación**

La presente investigación se enmarca dentro del área de la **psicología clínica**, puesto que las variables que se estudian abarcan sintomatología, evaluación, diagnóstico y prevención de los trastornos de conducta alimentaria, la cual afecta a la salud mental y conducta adaptativa que genera malestar y sufrimiento al individuo que las padece. Como se muestra en la población de este estudio, para su inclusión se toma criterios del DSM-V realizando el diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia. De igual manera, se hace la evaluación de las variables de apego, regulación emocional, alexitimia y modelos estéticos corporales, para establecer posibles criterios para la prevención y tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria.

### **4.2. Tipificación de la investigación**

De acuerdo a la profundidad, el presente trabajo es de alcance **descriptivo** debido a que se hizo una evaluación y descripción de cada una de las variables.

Así también, el método de investigación es el **estudio de caso múltiple**, el cual se describe como uno de los modelos característicos de las ciencias sociales, constituyendo el enfoque tradicional de la investigación clínica. Este modelo consiste en el análisis detallado de unidades psicológicas, sociales o educativas y se orienta en la comprensión profunda de la realidad del individuo en torno a lo que se busca investigar (Carreter, 2008).

En la materia de los estudios de caso múltiple, Yin (2003) relata que son:

Diseños más “robustos” y poseen mayor validez. Estos deben contar con niveles de análisis tanto individual como colectivo, en el aspecto de análisis caso por caso, opera la lógica cualitativa, mientras que, en análisis colectivo, puede ser llevado de manera mixta, con elementos tanto cuantitativos como cualitativos. Al ser múltiples, a más casos a investigar es posible desarrollar un mayor sentido de relación con el planteamiento del problema que permitan encontrar las similitudes entre caso y caso que admiten inferir hacia la generalidad. (p.8-9)

Por lo que, en la particularidad de este estudio, se busca comprender y describir algunos factores psicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria a través de casos. Cada uno de ellos desde su singularidad y de aquellos factores que tienen en común.

A su vez, la investigación también es de tipo **cuali-cuantitativo**; lo cualitativo trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica, por lo que en este estudio se usó la técnica de entrevista a profundidad y se presenta de manera cualitativa por la interpretación, análisis de datos en la presentación de casos clínicos, con el empleo de entrevistas y análisis de un test proyectivo. Mientras que lo cuantitativo es la medición y tratamiento estadístico de las variables en estudio del apego, regulación emocional, alexitimia y modelos estéticos corporales.

Cabe aclarar que los estudios de caso múltiple tienen la característica de ser mixtos, dado a la dualidad y profundidad en el análisis de los datos, haciendo un estudio caso por caso (cualitativamente) con instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos que permiten hacer un análisis mucho más amplio de las variables a estudiar, lo que permite una estandarización en instrumentos, y una interpretación colectiva que da lugar a la respuesta al planteamiento del problema que suscita la investigación (Martínez & Piedad, 2006).

De acuerdo al tiempo del estudio, este es de tipo **transversal** dado a que el recojo de datos se da por un limitado periodo de tiempo.

### **4.3. Población y muestra**

#### **4.3.1. Población**

Para la delimitación de la población se tomó en cuenta el género femenino; esto, debido a que en este grupo se encuentran las mayores cifras de trastornos de conducta alimentaria, como lo describe la Asociación de anorexia y bulimia (Acab,2020) “El 94% de los afectados son mujeres de 12 a 36 años, 6 de cada 10 chicas creen que serían más felices si estuvieran más delgadas y alrededor del 30% de ellas revela conductas patológicas”. (p.1)

En relación, de acuerdo con los datos de Our World in Data (2018) los trastornos alimentarios afectan a 16 millones de personas en todo el mundo, tanto a hombres como a mujeres, en cualquier etapa de la vida. Sin embargo, son más habituales en chicas y mujeres jóvenes, entre los 15 y los 34 años, haciendo un total de personas con TCA del 70% que son mujeres, es decir, alrededor de 11 millones registradas en el mundo (Dattani, Ritchie, & Roser, 2018).

Así mismo, a nivel local, la psiquiatra Marcia Paredes (2021) indica que en la institución “INTRAID” se atiende casos de trastornos de conducta alimentaria primordialmente en la

adolescencia e indica que las edades más frecuentes están en el rango de los 12 años hasta los 20 años. Estadísticamente, de acuerdo a un estudio realizado por la Universidad Católica el año 2003, se indica que 6 de cada 100 adolescentes entre los 12 y 19 años de la ciudad de Tarija, presentan trastornos de conducta alimentaria y referente al sexo el más afectado es el femenino (8.54% de las mujeres y 0.35% de los hombres) (Daroca & Velasco, 2003). Actualmente, no se cuentan con datos estadísticos actualizados que den una cifra de la cantidad de personas que tienen algún trastorno de conducta alimentaria en la ciudad de Tarija.

Por lo tanto, se determina que la población del presente estudio está delimitada por las siguientes variables de inclusión:

- Sexo: femenino
- Ubicación geográfica: Que habite en la ciudad de Tarija.
- Que presentan trastorno de conducta alimentaria.

#### **4.3.2. Muestra**

El muestreo es de tipo **no probabilístico** ya que los participantes se eligieron de manera discrecional en función de la disposición poblacional limitada. De acuerdo a esta última característica se detectaron a los participantes a través del **método de bola de nieve**, el cual consiste en la identificación de sujetos potenciales con indicios o referencias de trastornos de conducta alimentaria y una vez determinados estos sujetos, se les pidió que recluten a otras personas con las mismas características.

Con el fin de que estos participantes cumplan con los criterios de elegibilidad para ser parte de la muestra, se aplicó el instrumento EDE-Q (cuestionario de examinación de trastornos alimentarios), el cual ha sido elaborado de acuerdo a los criterios presentados en el DSM-V respecto a la restricción, preocupación por el peso, preocupación por la alimentación, alteración de la percepción de peso y forma, así como el índice de masa corporal y actitudes de atracón y purga. Para ser tomados en cuenta en la muestra debieron alcanzar una puntuación total de 4 puntos o más en la escala general del instrumento, lo cual se enmarca en un rango clínico, es decir, presencia de algún tipo de trastorno de conducta alimentaria, que puede ser especificado para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno de conducta alimentaria no especificado mediante el análisis cualitativo de los ítems del instrumento que referencian los criterios diagnósticos del DSM-V. Las

puntuaciones posicionadas entre 2 y 3 son consideradas como conductas de riesgo para TCA, por lo que no se consideraron en este estudio.

Es así que, las variables de selección de la muestra son:

- Mujeres que residan en la ciudad de Tarija.
- Mujeres que puntúen 4 o más puntos en la escala global y subescalas, es decir con rango clínico y cumpliendo con los criterios diagnósticos del DSM-V para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno de conducta alimentaria no especificada.
- Mujeres que deseen y accedan a ser partícipes de la investigación.

Teniendo en cuenta las variables mencionadas, por el método de muestreo de bola de nieve se encontraron a 22 mujeres con alguna referencia o indicio de tener conductas correspondientes a trastornos de conducta alimentaria, posteriormente se les aplicó el instrumento EDE-Q y se obtuvo que 10 de ellas evidentemente se encontraban en el rango clínico considerable para este estudio (4 puntos o más), mientras que los 12 restantes presentaron puntuaciones entre 2 y 3 puntos.

Las 10 mujeres que pasaron por el correspondiente tamizaje y tras hacer un análisis de las respuestas con los criterios diagnósticos para TCA del DSM-V, y haber accedido plenamente a ser partícipes de la investigación se encuentra que todas cumplen los criterios necesarios, por lo cual, la muestra final manejada en la misma es de 10 mujeres de la ciudad de Tarija con TCA.

#### **4.4. Métodos técnicas e instrumentos**

##### **4.4.1. Métodos**

Este trabajo investigativo se acoge al **método analítico-sintético** el cual Bernal (2010), define como “El método que estudia los hechos, partiendo de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes para estudiarlas de manera individual (análisis), para luego ser estudiarlas de forma integral (síntesis)”.(p.60) ; como tal este estudio se concentra en analizar los factores psicológicos del apego, regulación emocional, alexitimia, personalidad y modelos estéticos corporales en relación a los TCA para finalmente realizar una síntesis de los resultados obtenidos teniendo en cuenta sus similitudes.

De igual manera, se enmarca en un **método deductivo e inductivo** pues parte de lo general, es decir los principios y teorías que sustentan este trabajo y buscan influir en lo particular del contexto tarijeño desglosando las premisas ya conocidas para su respectivo análisis; a su vez, también parte de lo particular a lo general al hacer inferencias generales a partir de cada caso estudiado.

Por otro lado, también presenta **métodos empíricos** de medición dado que permitió la recopilación de datos ya que este consiste en obtener información sobre las propiedades del objeto de estudio acudiendo con frecuencia a instrumentos como encuestas, tabulación de datos, entre otros (Bernal, 2010).

#### **4.4.2. Técnicas**

Como técnicas de recolección de datos se emplearon **cuestionarios**, que están formados por una serie de ítems que no están necesariamente relacionados entre sí, no hay respuestas correctas o incorrectas y los factores pueden ser analizados y puntuados individualmente (PsicoUned, s/f).

De igual manera, se emplean **escalas**, que se caracterizan por presentar una posición respecto aquello que se mide, sin tener respuestas correctas o incorrectas. (PsicoUned, s/f).

Otra técnica empleada es la de la **entrevista a profundidad**, la cual se caracteriza por irse construyendo tras varios encuentros cara a cara del investigador y las persona estudiada con el objetivo de adentrarse en su intimidad y comprender la individualidad de cada uno; por ende, el entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, cuál es la información más relevante para los intereses de la investigación; por medio de ellas, se conoce a la gente lo suficiente para comprender qué quieren decir. (Robles, 2011)

#### **4.4.3. Instrumentos**

##### **1. Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)**

*Autor:* Fairburn & Beglin

*Versión y año:* 17va versión, correspondiente al DSM-V (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2014)  
/Traducido al español por Julio Layla (2021)

*Objetivo:* Examinación, evaluación de conductas en trastornos de conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón) de acuerdo a los criterios del DSM-V.

El Cuestionario de examinación de Trastornos alimentarios (EDE-Q) es un cuestionario auto informado de 28 ítems adaptado de la entrevista semiestructurada “Examen de Trastornos de la Alimentación” (EDE). Utiliza 4 subescalas (Restricción, Preocupación por la alimentación, Preocupación por la forma y Preocupación por el peso) y una puntuación global, tanto las subescalas como las puntuaciones globales reflejan la gravedad de la psicopatología del trastorno alimentario. Este instrumento posibilita dar una dilucidación de la palabra atracción, evaluar ciertas creencias como el miedo a engordar, la restricción alimentaria y la preocupación por el peso, la figura y la alimentación.

El instrumento toma en cuenta la escala general en la que se puede determinar la significancia clínica para Trastorno de Conducta Alimentaria y las correspondientes subescalas actitudinales y comportamentales.

<i>Subescalas</i>	<i>Ítems</i>
<i>Restricción (R)</i>	1, 2, 3, 4, 5
<i>Preocupación por la alimentación (PA)</i>	7, 9, 19,21,20
<i>Preocupación por la forma (PF)</i>	6,8,10, 11, 23,26,27,28
<i>Preocupación por el peso (PP)</i>	8,12,22,24,25
<i>Puntaje Total (Escala global)</i>	Media de las subescalas: R, PA,PF,PP

<i>Conducta</i>	<i>Ítem</i>
<i>Conducta de dieta</i>	2
<i>Sobre ingesta objetiva</i>	13
<i>Sobre ingesta subjetiva</i>	14
<i>Atracones</i>	15
<i>Vómito autoinducido</i>	16
<i>Abuso de laxantes</i>	17
<i>Ejercicio excesivo</i>	18

**Técnica:** Cuestionario

**Validez y confiabilidad:** El EDE-Q ha demostrado confiabilidad en múltiples estudios y las subescalas EDE-Q demuestran una consistencia interna aceptable. Además, se encontró que la puntuación global del EDE-Q es altamente precisa en la discriminación de individuos con un trastorno alimentario de aquellos sin ella. La discriminación entre anorexia y bulimia se hace de acuerdo a los criterios del DSM-V relacionando ítems específicos con cada criterio. (Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2011)

La decimoséptima edición del EDE-Q Fairburn, Cooper y O'Connor (2014) es la última versión de este instrumento ampliamente utilizado. Todos los cambios de la edición anterior (EDE 16.0D); surgen de la necesidad de generar diagnósticos de trastornos alimentarios. Los principales cambios son los siguientes:

- Referencias a "cuyo peso podría hacerlos elegibles para el diagnóstico de anorexia nerviosa" han sido sustituidos por "cuyo peso podría considerarse "significativamente bajo"
- En todos los demás aspectos significativos, el instrumento es el mismo que EDE 16.0D. La edición 17.0D genera datos compatibles con la 16.0D.

**Materiales:** Hoja con ítems y protocolo de respuestas

**Tipo y tiempo de aplicación:** Individual, tiempo de 30 min.

**Escala:** Se examina utilizando una escala de calificación de elección forzada de 7 puntos (0-6), que va en referencia a la frecuencia de acción de las premisas en los últimos 28 días de aplicado el instrumento.

Para poder diferenciar a aquellos que presenten trastornos de conducta alimentaria de los que no llegan a esta significación clínica, se toma en cuenta el puntaje total, el cual, tiene un máximo de 6 puntos, lo que quiere decir que los participantes que puntúan igual o más de 4 puntos ( $\geq 4.0$ ) en escala global presentan algún trastorno de conducta alimentaria, la puntuación de esta escala general surge del promedio de las subescalas, las cuales de igual manera deben igualar o superar los 4 puntos. Las puntuaciones posicionadas entre 2 y 3 son consideradas como conductas de riesgo para TCA y requerirían una evaluación más exhaustiva.

Para la diferenciación de anorexia, bulimia y trastorno por atracón se toma en cuenta los puntajes de las subescalas y los criterios del DSM-V; se relaciona analíticamente cada uno de los ítems correspondientes a cada criterio diagnóstico que se muestra en dicho manual.

## **2. Cuestionario de apego CaMir-R**

**Autor:** Pierrehumbert, Karmaiola, Sieye, Miljkovich & Halfon (original)

**Versión y año:** Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011)

**Objetivo:** Evaluación del apego para su aplicación en el ámbito clínico y la investigación con adolescentes y adultos. Las dimensiones del CaMir pueden utilizarse tanto para describir las representaciones de apego de la persona como para estimar los estilos de apego a partir de dichas dimensiones.

El CaMir-R (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011) es un cuestionario que mide las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y edad adulta. Consta de 32 ítems que el participante debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo).

**Técnica:** Cuestionario

**Validez y confiabilidad:** El CaMir-R presenta una adecuada consistencia interna. Excepto en el factor “Permisividad parental”, los valores del Alpha de Cronbach oscilaron entre 0,60 y 0,85, lo que cabe considerar como valores aceptables para escalas de menos de ocho ítems. Por otra parte, las correlaciones test-retest mostraron valores superiores a 0,56 en todos los factores excepto en el factor “permisividad parental”, que adoptó el valor de 0,45. A su vez, el CaMir-R posee una adecuada validez factorial convergente y de decisión (Balluerka, 2011). En esta versión de test por lo antes mencionado omite el factor de “permisividad parental”.

Dicho esto, se determina que el CaMir-R es un buen instrumento para evaluar el apego en adolescentes y adultos, por presentar una adecuada fiabilidad y validez. Su administración es breve y ha sido probada en poblaciones clínicas y no clínicas.

**Materiales:** Hoja con ítems y protocolo de respuestas.

**Tipo y tiempo de aplicación:** Aplicación individual o colectiva, tiempo de 15 min.

**Escala:** Escala Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo).

Escalas finales independientes:

-Apego Seguro ( $T \geq 50$ ); Apego Inseguro-evitativo ( $T \geq 50$ ); Apego inseguro-preocupado ( $T \geq 60$ )

El puntaje T mayor o igual a 50 representa el estilo de apego que presenta el evaluado. Predomina el puntaje mayor si varios subieran de 50. Los factores de autosuficiencia y permisividad parental representan apego evitativo, mientras que Interferencia de los padres y preocupación familiar el apego preocupado, de acuerdo a ese orden se determina que factores son mayores para determinar tal estilo de apego.

### **3. Cuestionario de regulación emocional (ERQ)**

**Autor:** Gross & John (2003)

**Versión y año:** adaptado en Argentina por Urquijo y Andrés ,2010.

**Objetivo:** Evaluar las diferencias individuales en dos estrategias de regulación emoción: la reevaluación cognitiva (en qué medida las personas suelen intentar cambiar a nivel cognitivo o mental el impacto emocional que determinada situación les genera) y la supresión o represión expresiva, (en qué medida la persona opta por inhibir su comportamiento expresivo).

**Técnica:** Cuestionario

**Validez y fiabilidad:** Respecto a la consistencia interna, se obtuvieron valores similares a los hallados en la versión original (Gross & John, 2003), considerados aceptables y buenos, para los dos factores y en relación con las puntuaciones normativas, se calcularon los puntajes percentilares diferenciados según sexo, habiéndose encontrado la existencia de diferencias significativas en la reevaluación cognitiva en favor de las mujeres, y en la supresión expresiva en favor de los varones.

Estos resultados son congruentes con los de las investigaciones realizadas por Spaapen, Brummer, Stopa, Waters & Bucks, (2014). A su vez, coinciden parcialmente con los reportados por Gross y John (2003), quienes reportaron que los varones obtuvieron puntajes mayores de supresión expresiva, pero no hallaron diferencias significativas en la reevaluación cognitiva. Se han obtenido evidencias que permiten establecer que el ERQ es un instrumento válido y confiable, de gran utilidad para su utilización en población de la Ciudad y conurbano de Buenos Aires. Se trata de un

cuestionario breve y de fácil utilización, que aporta información relevante acerca de las estrategias de regulación emocional.

**Materiales:** Hoja con ítems y protocolo de respuestas

**Tipo y tiempo de aplicación:** Aplicación individual o colectiva, tiempo de 10 min.

**Escala:** En base a 10 ítems (escala oscilando entre 1= En desacuerdo total y 7 = En total acuerdo).

*Reevaluación cognitiva*

- Baja: entre 6 y 23.
- Media: entre 24 y 30.
- Alta: entre 31 y 42

*Supresión emocional*

- Baja: entre 4 y 11.
- Media: entre 12 y 16.
- Alta: entre 17 y 28

#### **4. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS -20)**

**Autor** Bagby, Parker y Taylor.

**Versión y año:** Versión de 1994 traducida al español.

**Objetivo:** Detectar la ausencia de alexitimia, posible alexitimia o presencia de alexitimia.

Este instrumento tiene una escala de 20 ítems que cuenta con cuatro características de la definición de alexitimia: a) la dificultad para diferenciar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales; b) Dificultad para comunicar y describir los propios sentimientos y los de otras personas; c) una vida de fantasía empobrecida; d) un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo.

**Técnica:** Escala

**Validez y confiabilidad:** Los autores informan de coeficientes test-retest de  $r = .82$  tras una semana y de  $r = .75$  tras cinco semanas. El coeficiente de consistencia interna (Alpha de Cronbach) es de  $.75$ . Esta escala ha mostrado tener un alto nivel de fiabilidad y validez para la investigación clínica (Wise, Mann & Shay, 1992).

El TAS-20 demostró una buena consistencia interna y confiabilidad test-retest, y una estructura de tres factores teóricamente congruente con el constructo alexitimia. La estabilidad y replicabilidad

de esta estructura de tres factores se demostró en el segundo estudio con poblaciones clínicas y no clínicas mediante el uso de análisis factorial confirmatorio.

**Materiales:** Hoja de respuesta de la escala con sus 20 reactivos.

**Tipo y tiempo de aplicación:** Aplicación individual o colectiva. 10 minutos.

**Escala:** 20 ítems, con 6 posibilidades de respuesta en una escala de Likert que va desde muy en desacuerdo (1) a muy de acuerdo (6).

- Menor o igual a 51-Ausencia de alexitimia
- Entre 52 y 60-Posible alexitimia
- Mayor o igual a 61- Presencia de alexitimia

## **5. Test de la figura humana**

**Autor:** Karen Machover

**Objetivo:** Reflejar aspectos de la personalidad en relación al autoconcepto, imagen corporal y estado emocional.

Es un test gráfico que busca que el sujeto dibuje una figura humana, que sea un reflejo de su persona. Los principios de esta prueba tuvieron un crecimiento empírico en una amplia variedad de material clínico recolectado en clínicas y hospitales durante más de 15 años, que fue el tiempo que le llevó a Karen Machover diseñar su instrumento.

**Consigna:** Quiero que dibujes en esta hoja una persona (se señala la hoja en forma vertical) si el sujeto pregunta sobre la identificación del sexo del dibujo le indica: dibuje como usted quiera.

**Técnica:** Proyectiva

**Validez y confiabilidad:** Dado el amplio y extenso uso de esta prueba se comprueba la confiabilidad para el uso de la misma, denotando una gran consistencia y pudiendo conservarse incluso aspectos básicos de la personalidad independientemente del control consciente, habilidad, práctica, etc.

**Materiales:** Hoja de papel bond tamaño oficio, lápiz, borrador, hoja para anotación de observaciones.

**Tipo y tiempo de aplicación:** Aplicación individual. El tiempo depende del sujeto, pero no debe sobrepasar los 20 min.

**Escala:**

- Presencia del indicador
- Ausencia del indicador

## **6. Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)**

**Autor:** Toro, J.; Salamero, I. y Martínez, E., 1994

**Versión y año:** Adaptación y validez de Vasquez, Alvarez y Macilla, 2000

**Técnica:** Cuestionario

**Objetivo:** Determinar la influencia de los modelos estéticos corporales y sus componentes. Evaluar las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales.

**Validez y confiabilidad:**

Originalmente fue elaborado y validado en una muestra española de 59 anoréxicas y 59 controles. Presentó una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.93. Con una sensibilidad de 81.4% y una especificidad del 55.9%. Del análisis del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) en una muestra de estudiantes mexicanas, se puede afirmar que este instrumento mostró una excelente consistencia interna (a 5 0.94), semejante a la señalada por Toro, quien estableció un Alpha de 0.94 para su grupo de anoréxicas, y de 0.92 para su grupo control.

Del análisis factorial se extrajeron inicialmente seis factores, no obstante, con base en el análisis confirmatorio, se obtuvo una solución de cuatro factores que explican 45.3% de la variabilidad total. Por lo tanto, la solución factorial quedó de la siguiente forma: F1) Influencia de la publicidad; F2) Malestar por la imagen corporal y conductas de reducción de peso; F3) Influencia de modelos estéticos corporales; y F4) Influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos.

De acuerdo a Toro (1994) el punto de corte para considerar una influencia mínima considerable de los modelos estéticos considerables es de 23 puntos. Por encima de ese puntaje se establece una posición de mayor influencia.

**Materiales:** Hoja de respuesta con sus 40 reactivos.

**Tipo y tiempo de aplicación:** Individual o colectiva. 15 a 20 min.

**Escala:** Los ítems se responden por medio de una escala de Likert en donde las opciones de respuesta son: *sí siempre*, al cual se le otorga 2 puntos, *a veces* al cual se le otorga 1 punto y *nunca*, que tiene un valor de 0 puntos. La sumatoria total de acuerdo a las respuestas asignadas dará la puntuación del test. De acuerdo a Toro (1994), el punto de corte para considerar que existe una mínima influencia de los modelos estéticos corporales es de igual o mayor ( $=<$ ) a 23 puntos. Arriba de ese puntaje se puede hacer un análisis del nivel de influencia que representan estos modelos, considerando los puntajes mínimos del test (0) y los máximos (80) (Tagre 2014).

- Influencia:
- 0-22: Baja
- 23-40: Moderada Baja
- 41-60: Moderada Alta
- 61-80: Alta

## **6. Guía de entrevista a profundidad**

**Autor y año:** Julio Layla, 2022.

**Objetivo:** Ampliar la información obtenida a fin de enriquecer y dar respuesta a los objetivos planteados.

Esta guía contiene ejes temáticos para realizar al momento de la entrevista. Está elaborada en función de los objetivos y variables que se plantean en la presente investigación dando lugar a las siguientes dimensiones a tratar: historia evolutiva, historia del peso, hábitos alimentarios, familia y apego, personalidad, alexitimia, regulación emocional e imagen corporal.

**Técnica:** Entrevista a profundidad

**Materiales:** Guía, bolígrafo y hoja de anotaciones, grabadora de audio (en caso de obtener el permiso del entrevistado).

**Tipo y tiempo de aplicación:** Individual. 60 min por sesión. De 3 a 4 sesiones.

**Escala:** Preguntas de libre respuesta.

#### **4.5. Procedimiento**

Para el desarrollo de este trabajo de investigación, se siguió el siguiente procedimiento:

Fase 1: Esta fase consistió en la exploración teórica relacionada con la búsqueda y obtención de la bibliografía referida a la investigación.

Fase 2: Selección de los instrumentos. Se hizo la selección de 6 instrumentos, 5 de ellos por cada variable y si responden a los objetivos planteados, y de los instrumentos para hacer el tamizaje de la muestra a emplear. Además, se realizó 1 instrumento de apoyo.

Fase 2: Prueba piloto. En esta fase se procedió a la aplicación de los instrumentos en una muestra piloto de 2 casos que permitió ver si los instrumentos son comprensibles para la población, si requieren ser adaptados o si responden a los objetivos propuestos.

Fase 4: Selección de la muestra de estudio. Una vez finalizado el perfil del trabajo investigativo se procederá a seleccionar a las personas (muestra) que participarán en el estudio.

Fase 5: Recojo de información. Una vez seleccionada la muestra se aplicó primeramente el cuestionario EDE-Q para la confirmación de diagnóstico de trastornos de conducta alimentaria, para en siguientes oportunidades aplicar el Cuestionario de apego CaMir-R, Cuestionario de regulación emocional (ERQ), Escala de Alexitimia de Toronto (TAS -20), el cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40), Test de la figura humana y finalmente la entrevista a profundidad.

Fase 6: Procesamiento de los datos. Una vez obtenidos los datos, se hizo el análisis cualitativo de los casos, y el análisis mixto de los mismos de manera colectiva.

Fase 7: Finalmente, en esta fase se procedió con la redacción de resultados, conclusiones y recomendaciones para el informe final.

#### 4.6. Cronograma

ACTIVIDAD	GESTIÓN 2021				GESTIÓN 2022									
	AGO	SEP	OCT	NOV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	
<i>Revisión bibliográfica</i>	X	X	X											
<i>Selección de los instrumentos</i>		X	X											
<i>Prueba piloto</i>			X		X	X								
<i>Selección de la muestra</i>			X	X	X	X								
<i>Recojo de la información</i>					X	X	X	X	X					
<i>Procesamiento de información</i>									X	X	X			
<i>Redacción del informe final</i>										X	X	X	X	

**CAPÍTULO V.**

**PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E  
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## **V. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Este capítulo se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Primeramente, se realiza una descripción de los datos sociodemográficos de la muestra con la cual se trabajó, misma que permitirá conocer la edad y nivel de escolaridad. Seguidamente, se hará un informe psicológico de cada uno de los diez casos que incluye: datos personales, descripción general, historia de vida, presentación de resultados, análisis e interpretación de las variables de apego, regulación emocional, alexitimia, personalidad y modelos estéticos corporales, un acápite de discusión y finalmente conclusiones.

Luego, se hará la presentación, análisis e interpretación de los diez casos de manera colectiva, tomando en cuenta cada uno de los objetivos planteados para el análisis, dando respuesta a los mismos a través de la presentación de cuadros y gráficas acompañadas de su respectiva descripción y análisis.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**CUADRO N.º 1**  
**EDAD**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-18	3	30,0
19-22	4	40,0
23-26	1	10,0
27+	2	20,0
<b>Total</b>	10	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la muestra analizada de mujeres de la ciudad de Tarija con trastorno de conducta alimentaria, se encuentra que, en una frecuencia total de 10, cuatro casos se encuentran entre las edades de 19 a 22 años, seguido de 3 casos en la edad de 15 a 18 años. Esto deja ver que existe cierta prevalencia mayor en las edades más jóvenes, resultando en 7 de los 10 casos entre los 15 y 22 años.

**CUADRO N.º 2**  
**NIVEL DE ESCOLARIDAD**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	2	20,0
Secundaria completa	3	30,0
Universitario	3	30,0
Profesional	2	20,0
<b>Total</b>	10	100,0

Fuente: Elaboración propia

Respecto al nivel de escolaridad que presenta la muestra, se encuentra que 3 de los 10 casos se encuentran estudiando en la universidad o tienen sus estudios en la misma pausados, ya sea por abandono o porque siguen en proceso de formación. De igual manera, 3 casos tienen la escuela de secundaria completa, 2 de son profesionales y tan solo 2 tienen únicamente la primaria completa.

## CASO NRO 1

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** D.L

**Fecha de nacimiento:** 24-06-2000

**Lugar de nacimiento:** Yacuiba-Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Secundario Completo

**Ocupación:** Ama de casa

**Nro. De hijo:** hija menor

**Cantidad de hermanos:** 2

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

D.L es una joven de 21 años, ama de casa y madre de un niño de 5 años, actualmente vive con el niño y su esposo, padre de su hijo. D.L presenta problemas alimenticios desde sus 10 años donde indica que inicia su incesante preocupación por la comida que va evolucionando hasta dar pie a la restricción alimentaria a la edad de 12 años. Inicia reemplazando la comida por caramelos hasta bajar progresivamente el consumo de la misma, actitud motivada por su círculo de amigas quienes se *“retaban”* la una a la otra con el fin de bajar de peso *“nos matábamos de hambre, alguna vez una de ellas trajo pastillas y todo, pero eso no me gusto era más fácil no comer. Una de ellas llevaba su wincha al colegio y nos metíamos al baño hasta para medirnos”*; esto le llevó progresivamente a bajar más y más de peso hasta llegar a los 44 kg midiendo en su momento 1.65m, dicho peso la llevó a visitar a médicos en su natal Yacuiba, donde le dijeron que sufría de anemia, disrupción de la menstruación y anorexia pues comparando su peso y altura, se encontraba para ese entonces con un índice de masa corporal (IMC) de 16.1 kg/m<sup>2</sup>, posicionándose en un nivel insuficiente. Al peligrar su salud, tuvo que llevar un tratamiento en el que no era constante y relata *“me costó sí que me costó, cada vez lo dejaba me arrepentía volvía a comer, lo dejaba, luchaba mucho conmigo”* dado que no existía conciencia de la enfermedad (aunque ya había subido de peso y su menstruación había vuelto).

A los 16 años resultó embarazada, este hecho lo describe como el motivante que hizo que quisiera mejorar su salud y subir de peso *“ya que estaba un poco mejor me volvió la regla poco después a los 16 me entero de que estaba embarazada de mi hijito, yo lo veo como mi salvación me dio fuerzas para salir adelante, para no recaer todo este tiempo, hasta ahora claro...hasta estos últimos años”*. Como lo indica si bien no bajo tanto de peso, la preocupación persiste, lo que la llevó a desarrollar conductas de ingesta alimentaria excesiva (atracones) y purgas (vómito). Actualmente pesa 61 kg, lo que indica que los pensamientos intrusivos han vuelto y tiene atracones seguidos de purga alrededor de 1 o 2 veces por semana dependiendo de su estado de ánimo.

### **III. HISTORIA DE VIDA**

D.L nació el año 2000 en la ciudad de Yacuiba-Tarija. Vivió con ambos padres hasta su primer año, momento en el que estima se dio el abandono de la madre. De acuerdo a lo que le relata su padre, no llegó a lactar por lo que se alimentó mediante biberón. Si bien no se refiere cómo fue el clima familiar tras el abandono de la madre, D.L hace hincapié en recuerdos de soledad y parece no recordar muchos elementos de su infancia.

Destacando la ausencia completa de su madre, su progenitor ejerció su rol como padre soltero haciéndose cargo de sus 3 hijos (D.L siendo la menor) con la ayuda de su hermana, sin embargo, por cuestiones de trabajo, el tiempo que su padre le dedicaba era mínimo; y si bien pudo criarse en conjunto con la familia de su padre, la atención que le prestaban era limitada y sintió que debía aislarse del resto, por lo que inminentemente aprendió a ser independiente desde una edad muy temprana. Tras habitar en dicha ciudad hasta sus 10 años, tuvo que cambiar de residencia y mudarse a la ciudad de Tarija por lo que indica como problemas de propiedad en el domicilio de su ciudad natal.

El cambio fue un proceso complicado, D.L relata que le costó adaptarse y hacer nuevos amigos *“No conocía a nadie, todo era nuevo, no podía adaptarme y cuando entré al colegio aquí en Tarija, me molestaban por mi nariz, me costó hacer amigas; las chicas que le decía fueron las primeras que se animaron a hablarme por eso también yo quería hacer lo que ellas hacían, solo quería que me acepten no pensé que iba a causar tantos problemas”* pues como lo indica ,mediante la búsqueda de aceptación y con la incesante preocupación por el peso que crecía en ella es que comienzan las conductas restrictivas, primero reemplazando la comida por caramelos para posteriormente dejar de alimentarse en lo absoluto, motivado por *“retos”* que se auto imponía con

sus amigas para alcanzar un modelo corporal más delgado, recurriendo a medirse en el baño de la escuela y hechos similares que la llevaron a un peso mínimo de 44 kg, sin asumir aún el trastorno. A partir de ahí fue llevando tratamiento *“complicado al principio hacerme entender lo que está bien o mal, me dijeron que tal vez tenía anorexia, no vimos más porque la salud era un poco limitada para mí, tampoco había mucho dinero que digamos”* sin embargo si bien había subido de peso, por la inestabilidad del procedimiento no lograba una completa recuperación, de esa manera siguió hasta los 16 años, más estable pero aun con pensamientos intrusivos se enteró que estaba embarazada e indica *“más fue la motivación de mi hijo lo que me hizo entender que sí tenía que subir de peso pero antes era pura obligación, después ya investigué en internet vi historias, me sentí como identificada y recién ahí yo asumí lo que tenía”*.

Actualmente, tras 5 años del nacimiento de su hijo D.L vive con su esposo en la ciudad de Tarija y se encuentra pasando por una recaída, pues en el contexto de la pandemia indica haberse visto afectada y haber reincidido con pensamientos intrusivos en relación al peso y la constitución; sin embargo, ahora con un peso de 61 kg acude a atracones y comportamientos purgatorios compensatorios como vómitos, ocasionando un desajuste importante en ella.

### **Dinámica familiar**

D.L indica no conservar muchos recuerdos de su infancia, un hecho destacable es que se crió únicamente con su padre *“Mi papá nunca habló mucho de eso, pero sé que cuando nací mi mamá se fue, nos dejó con mi papá y ya nunca la conocí, nunca se apareció ni nada, más chica le preguntaba a mi papá porque siempre uno ve que los compañeritos tienen a su mamá y a su papá yo no tenía mamá y si le preguntaba y mi papá me evadía la conversación con el tiempo ya no pues dejó de preguntar, ya no me interesó más tampoco”*, dada esta situación la relación con su padre no era muy afectiva, relata que debía trabajar y no estaba frecuentemente con ella; esto generaba que se quede al cuidado de sus hermanos o pase el tiempo en la casa de alguna amiga de la infancia, pues además no se nota ningún vínculo afectivo con otros familiares. En relación a sus hermanos indica que son mayores que ella y nunca se llevó especialmente bien con ellos, pues refiere favoritismos en el hogar por ser estos del género masculino *“mi papá es un poco chapado a la antigua y cuando ya crecí como para hacer las cosas de la casa siempre me encargaba a mí y no a ellos esas cosas, que servirle la comida a tu hermano y demás en eso sí tenían su preferencia después de que nos den cosas no teníamos por igual todos”*.

En la actualidad, hubo un cambio significativo en la relación con su padre por toda la situación adyacente al trastorno por el que ha estado atravesando, en especial ahora que ya ha conformado su propia familia.

### **Ámbito social**

En la infancia indica haber tenido varias amigas, más adelante en la transición de hogar, las relaciones interpersonales se le fueron complicando, dando lugar a una necesidad imperiosa de aceptación. Era molestada en su nuevo colegio por características físicas y ella considera que, si bien logró hacer amigas, estas no le aportaron nada positivo durante su crecimiento.

Actualmente no tiene contacto con estas personas y tiene un nuevo grupo de amigas, que son madres y se reúnen para realizar una serie de actividades en conjunto, aunque estas no son un pilar de apoyo como lo es su esposo, de acuerdo a lo que indica, quien conoció en la escuela y fue su pareja mientras atravesaba por el periodo de anorexia, actualmente es su esposo y padre de su hijo.

D.L describe su relación con él como “*complicada*” pues reconoce el apoyo que le brindó cuando pasaba por la anorexia “*Él no me dejaba, estaba para apoyarme*”, aunque también indica que durante ese tiempo las peleas y discusiones eran constantes, hecho al que adjudica “*debe ser difícil para el otro está aguantando una situación así... y siguió conmigo*”. Luego, ambos fueron padres y decidieron casarse. Actualmente indica llevarse bien con él y lo considera como la única persona a la que puede decirle cómo se siente.

## **IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS**

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

## V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Inicialmente, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q) el cual pretende identificar las características de trastornos de conducta alimentaria y hacer un análisis de los síntomas presentes en los últimos 28 días, tras la aplicación del mismo, D.L obtuvo una puntuación total de 5 que corresponde a significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria.

De acuerdo al conjunto de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que existieron episodios de atracón recurrentes con sensación de falta de control sobre la cantidad ingerida 7 veces en los últimos 28 días y comportamientos compensatorios recurrentes de tipo purgativo, acudió el vómito auto provocado 5 veces en los últimos 28 días, cosa que en contraste con la entrevista se evidencia que se ha seguido esta conducta por más de 3 meses consecutivos.

Por lo que de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V para Trastornos de Conducta Alimentaria y los puntajes de las subescalas del test que indican: Episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados, que estos dos últimos se hayan dado una vez a la semana durante los últimos tres meses y que la autoevaluación esté indebidamente influida por la constitución y el peso, D.L presenta la totalidad de criterios y sintomatología de la clasificación de **Bulimia Nerviosa**.

### **Apego**

Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R en el cual se obtuvo puntaje T de 33 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determinaría que el estilo de apego de D.L es del tipo Inseguro. Para ser específicos, se obtuvo un puntaje T de 71.5 en el factor de Permisividad parental y de 69.1 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, dado que estos puntajes superan al de interferencia de los padres de 47.2 se puede concluir que el estilo de apego que representa D.L es de **tipo inseguro-evitativo**. Este estilo de apego se caracteriza por reflejar posturas defensivas en referencia a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver problemas definiéndose a sí mismos como autosuficientes, independientes, relaciones del pasado y presente se definen como restrictivas y en muchos casos no poseen recuerdos infantiles; así mismo, remite haber padecido una falta de límites y guía parental en el crecimiento.

En contraste con la entrevista, se evidencia el énfasis en la independencia y autosuficiencia fruto de la ausencia materna y así mismo paterna, por la exigencia de tiempo que requería su trabajo provocando una falta de guía parental; se denota la postura defensiva en referencia a las relaciones interpersonales, apuntando a que solo puede confiar y expresarse con su esposo. Así mismo, remite a la falta de recuerdos en la infancia *“No tengo un primer recuerdo, siempre estuve medio separada de mi papá y ni qué decir de mi mamá que ni la conocí”*.

### **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 31 puntos para el área de reevaluación cognitiva y de 22 puntos en el área de supresión emocional, lo que significa que D.L presenta como estrategias de regulación una **reevaluación cognitiva alta** y una **supresión emocional** de igual manera **alta**.

Esto quiere decir que ante los estados de crisis se intenta modificar los pensamientos que generan emociones negativas, sin embargo, a su vez, mediante la supresión emocional se inhibe la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional relacionada con el afecto negativo y la depresión.

En el área de reevaluación cognitiva en contraste con la entrevista se puede evidenciar que es alta pues indica que hay la intención de modificar las emociones *“Intento claro, pero no me funciona todo el tiempo”* y en algunos de sus intentos refiere *“Me voy de la casa, (...) me voy nomás del cuarto, me doy una vuelta por el patio y recién vuelvo”*, donde de igual manera se evidencia la supresión emocional alta, pues su expresión emocional se limita a su esposo y a pesar de ello evita mostrar estas emociones en especial cuando se trata de comida reaccionando ante éstas con comportamientos compensatorios como vómitos.

Es así que, en concordancia con su estilo de apego evitativo, D.L tiende a evitar la confrontación emocional, reprimiéndose con la mayoría de las personas, a excepción de su esposo a quien denomina como su único confidente. Así mismo, si bien se indica una reevaluación cognitiva alta, esta podría ser simplemente la percepción de ella respecto al manejo de sus emociones, considerando el no comer o acudir a la purga como una forma de control, esto se podría deber a

una distorsión en su pensamiento, de tal manera que las emociones en realidad se estarían confundiendo con la sintomatología de la bulimia.

### **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) del cual se obtuvo un puntaje de 63 puntos, se pudo determinar que D.L **presenta Alexitimia** dado que dicho puntaje es superior a 61 puntos. Esto quiere decir que existe una importante deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas caracterizándose por tener problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, dificultad para expresar sus propios sentimientos o de otras personas, una vida de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo.

Confiriendo lo expresado en la entrevista, en referencia además de la inexpresión emocional mencionada y la deficiente identificación emocional y afectiva, se dificulta la empatía y la identificación emocional de las personas que les rodean en mayor medida que la identificación de las propias *“no es mi situación no me puede doler como a ellos”*, el no saber cómo dejar salir estas emociones y por ende orientándose hacia lo externo *“ como que me enoja también y tengo que agarrar algo y aplastarlo, si no, termino vomitando o comiendo”*, que en ese sentido se lleva a la dimensión alimentaria y provocaría la purga.

Pues como se veía en el anterior punto, existe una disonancia entre lo que piensa y cree que identifica como emociones de lo que realmente lo son, adjudicando las sensaciones por ejemplo previas y posteriores a la purga a indicadores que le hacen saber que su cuerpo está en “control”, cuando estas podrían ser las emociones disfóricas que le llevan a los atracones y posteriores purgas.

### **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover, D.L presenta rasgos de personalidad de **narcisismo** (ojos cerrados y cuello alto y delgado), **introversión** (posición izquierda), **agresividad** (nariz grande), **neuroticismo** (borraduras), **impulsividad** (nariz ancha) y **obsesión** (arrugas en la ropa).

De estos rasgos el que se destaca más es el de narcisismo, esto significa que D.L es una persona con una necesidad constante de validación y atención, perfeccionista, con deseos de tener control

absoluto y con poco sentido de la responsabilidad. Por el otro lado el neuroticismo, hace referencia a una persona que se caracteriza por estados de tensión y ansiedad constante, así como también con tendencias depresivas.

En relación a la entrevista realizada, indica actitudes obsesivas en especial en relación a los pensamientos que la circundan, como lo son las constantes rumiaciones sobre su imagen corporal y la comida en general, si debe ingerir más o menos, si le vendrá un atracón, cuando sucederá y cavilaciones similares. Y de hecho estas mismas rumiaciones van de la mano con un estado ansioso constante en D.L, dando lugar a estos rasgos de neuroticismo que se indican.

### **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber que tanto influyen los modelos estéticos corporales en relación a los trastornos alimentarios, se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 50 lo que significa que el nivel de influencia de los modelos estéticos corporales en D.L es **moderada-alta** , lo que quiere decir que sus acciones y pensamientos estarían influidas por el malestar con la imagen corporal, e influencia del modelo estético comúnmente adscrito a nivel social, así como también la influencia de las relaciones sociales; el estereotipo de cuerpo “ideal” construido social y mediáticamente influye en la persona al punto de que a su juicio debe ser este el modelo por el cual se debe aspirar a tener.

En relación a la entrevista se hace énfasis a la influencia de las relaciones sociales como influjo para la disrupción alimenticia en la etapa de la pubertad, así como también en los cánones de la belleza indicando que la sociedad *“Espera que seamos perfectas simplemente eso perfectas y es imposible, es un ciclo que no termina”*, y que este es promovido especialmente en redes sociales las cuales en D.L son de gran relevancia *“Me recuerdan todo el tiempo que no me gusta cómo me veo, decidí que no puedo usar ni Instagram ni nada de eso”* da lugar a evitar el uso de las mismas por completo.

De igual manera se refleja de modo predominante la influencia social que tuvieron sus pares en los inicios de la adolescencia, donde el deseo de pertenencia era un hecho latente; estas conductas que realizaba en conjunto se iban internalizando en ella hasta que lo creyera completamente y motivado por un ideal de cuerpo al que en sus palabras es difícil acceder *“es un ideal erróneo (...) afecta, cuando te comparas con los demás”*, pues en su caso la comparación es y ha sido un hecho

recurrente que infiere en su pensar y actuar, deseando ser y poseer lo que percibe en su entorno cómo considerado “bello”.

## **VI. DISCUSIÓN**

D.L es una joven que a su corta edad se vió representada por un entorno solitario, ante la falta de afecto parental y no pudiendo tener a semejantes como figuras de apego, se hace evidente la importancia del hecho de la ausencia materna en la vida de esta joven, así como también, si bien su padre estuvo presente de manera física, figuró como ausente en su infancia ante la necesidad de proveer alimentos en su hogar, reduciéndose su tiempo de compañía para con su hija.

Siendo que la falta materna se dio muy temprano en su vida, además de ocasionar dificultades a nivel afectivo, sería un elemento de conflicto para el desarrollo de la etapa oral, pues como se evidencio en las entrevistas, la lactancia no se ejecutó en ningún momento, hecho que podría haber generado una fijación en esta etapa, presentándose hoy en día en el conflicto con consumo de alimentos.

Teniendo en cuenta este último aspecto, se podría inferir que la ausencia materna pudo haber sido el desencadenante de D.L para caer en la anorexia y posteriormente bulimia, haciendo notar también otros factores que incrementan el riesgo de su padecimiento en el que a inicios de su adolescencia generó la restricción alimentaria y que más tarde evolucionaría a la ingesta excesiva seguida de conductas purgativas, pues los vínculos que han formado con sus primeros objetos a saber que en un principio se han ido enmarcando en la ausencia de la figura materna, el rechazo hacia el propio cuerpo en la mayoría de las veces lo transmite el vínculo que la madre constituye, entonces ante la falta de la misma no existe este auxiliar para la formación de su autoestima.

Pues así mismo, como se ha mencionado previamente, al no contar tampoco con la figura paterna de una manera activa, la disrupción se acentuaría a que en algún punto evolucione a algo más patológico, como así sucedió.

De aquello destaca por ejemplo la soledad en las comidas, pues como lo sostiene la psiquiatra Teia Plana, adscrita a la unidad de psiquiatría infantil en el Hospital Clínic "Comer en soledad, sin ningún familiar que le acompañe, es un factor de riesgo para que se agrave o precipite una anorexia nerviosa restrictiva o una bulimia en una niña". (p.1), dado que, si bien en su primera infancia era

llevada a la casa de familiares para que sea cuidada, tendía a aislarse de todos aquellos que conforman su círculo familiar.

De igual manera, la relación con sus hermanos se describe como indiferente debido a la disrupción generacional, lo cual, tampoco aportaría al desarrollo de un ambiente afectivo y emocional satisfactorio para el crecimiento de la niña, la misma que constantemente era comparada con sus pares, generando en su adolescencia y en su presente dicha comparación propia con su entorno, en este caso, referido a lo que representa una imagen corporal “bien vista” de acuerdo a los estándares populares.

A su vez, creció bajo los preceptos de una cultura que podría considerarse machista y arraigada, en una casa en la que sólo había varones, ella debía encargarse de todos los deberes del hogar, colocándola en una posición inferior en relación a los habitantes de su morada. Dichas expectativas que pueden estar relacionadas al tipo de cuerpo que se considera como realmente bello y que se disrumpe con la realidad de cuerpos que se suelen ver en el medio en que vive.

Dichas cuestiones que se extrapolan a su vida, a un estilo de personalidad introvertido y sumiso, pero así mismo agresivo reprimido, como también esta falta de expresión emocional en su niñez se puede traducir a su etapa adulta, presentando características de alexitimia y supresión emocional alta. Si bien ahora intenta evaluar cognitivamente lo que le sucede de manera que pretenda modificar su estado emocional, esto no resulta como le gustaría pues estas emociones se terminan reprimiendo aún más, haciendo que su problemática con la comida no concluya del todo hasta ahora.

En su adolescencia temprana, por la soledad de la infancia tuvo que acudir al entorno social que le rodeaba para sentirse de alguna manera más segura. Acompañado de las particularidades de necesidad de aceptación que es característico en la adolescencia, generó que el único vínculo en el que pueda apoyarse sean sus amigas, y esto en un entorno donde la imagen es lo más importante, más aún si es impulsado por su círculo, hizo que toda esta ira reprimida sea visualizada a través de la comida, controlando sus emociones mediante lo que ingiere, contando calorías, restringiendo su ingesta, tomándose medidas y cosas por el estilo que son características de una personalidad perfeccionista.

El sentirse aceptada por sus amigas, el querer ser parte de su grupo podría haber hecho que sus problemas alimenticios crezcan más y más hasta alcanzar un muy bajo peso, por lo que si en este rechazo, la hija desde siempre no fue mirada y aceptada por su peso o la forma de su cuerpo, recurrirá a tomar medidas de una manera patológica para ser aceptada.

Otro aspecto muy importante en su vida fue el nacimiento de su hijo a quien lo denomina como una “salvación”, pues ahora podría poner toda su atención en este, de alguna manera pudo reemplazar la posición faltante de su madre y ponerse en su lugar de manera figurativa, llenando el hueco que a ella le faltaba, como lo mencionamos previamente.

Con el crecimiento de su hijo y estresores relacionados a la reciente pandemia, incrementaron su nivel de ansiedad y conductas aguerridas a personalidad obsesiva, ahora se encuentra iniciando un cuadro de bulimia nerviosa, caracterizada por atracones y culpabilidad posterior que la está dirigiendo a compensar purgativamente y restricción alimentaria, dando lugar a remembranzas a su pasado solitario, es su nueva compañía como lo fueron en su momento sus amigas y pareja, y la ausencia de su niño en casa dada por su reciente ingreso al kínder , podría estar causándole una crisis en la que inconscientemente se posiciona en su propia infancia.

Pues se ha de considerar también como refiere que el ser madre, supone encontrarse consigo misma que en su momento se fue implicando lo mucho o poco de afecto que se haya obtenido y vendría a traer a colación los peores y mejores recuerdos de infancia, reluciendo entonces el vacío de no haber vivido actos de afecto (Pool, 2016).

En este panorama, él bebe llegaría a la vida de la nueva madre haciendo que se encuentre en una disposición totalmente nueva de su vida que la debería llevar a la aceptación de su maternidad teniendo en cuenta su pasado como lo que es (como se refleja en su presente), como fue y queriendo a pesar de que ella desde su percepción no se haya sentido querida o apreciada.

## **CONCLUSIONES**

Luego del análisis se puede concluir que D.L presenta un estilo de apego inseguro-evitativo, regulación emocional con estrategias de reevaluación cognitiva alta y supresión emocional alta, así como presencia de alexitimia y rasgos de personalidad de introversión, agresividad, neuroticismo, narcisismo y obsesión, con estados de ansiedad recurrente, alta tensión y culpa; además de una influencia moderada alta de modelos estéticos corporales. Todos estos factores

psicológicos ,en este caso en particular, están en algún punto asociados al trastorno de conducta alimentaria de D.L puesto que desde su infancia se destaca primordialmente la falta de afecto y desinterés parental para con ella, desmotivándola a la expresión de sus emociones y sentimientos a lo largo de toda su vida, de esa manera forma una personalidad que busca el perfeccionismo acentuando su imagen corporal y que a su vez muestra características narcisistas que pudieran ser un reflejo de inseguridad, demostrándolo así al momento de querer encajar en determinados grupos sociales; este conjunto de factores se interrelacionan unos con otros dando lugar a su miedo intenso por ganar peso, cambiar de apariencia y reaccionar a través de conductas compulsivas como los atracones de ingesta alimentaria y posterior purga con fuertes sentimientos de culpabilidad.

## CASO NRO 2

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** A.R

**Fecha de nacimiento:** 03-03-2004

**Lugar de nacimiento:** Cercado Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Universitaria

**Ocupación:** Estudiante de Auxiliar de Enfermería

**Nro. De hijo:** 2

**Cantidad de hermanos:** 1

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

A.R es una joven que a sus 18 años de edad cursa la carrera de auxiliar de enfermería en un instituto local de la ciudad de Tarija, actualmente se encuentra en su primer año de estudios superiores, vive con su madre y hermana. Hace 6 meses fue diagnosticada con el trastorno de conducta alimentaria de Bulimia Nerviosa, afección por la cual aún atraviesa, su preocupación por el peso inició en la niñez y se fue acrecentando con el tiempo. A.R indica que en la infancia era una niña “*gordita*” llegando a pesar hasta unos 60 kg.

A los 13 años aproximadamente enfermó del estómago por lo que rápidamente bajó de peso, momento en el cual aleccionó su preocupación por mantenerse en este peso y bajarlo aún más, llevándola a hacer dietas cada vez más extenuantes, a hacer ejercicio cada vez más seguido e inminentemente a los 17 años comenzó a vomitar por consejos de una persona cercana con la cual actualmente no conserva contacto, así como también comenzó a indagar del tema en internet.

Si bien en esa época los vómitos no eran tan frecuentes, incrementaron progresivamente llegando a purgarse, por lo menos 5 veces a la semana pues indica que esto es “*una necesidad*”. Además, en ocasiones usa laxantes como método purgativo y se ha incrementado el uso de los mismos

progresivamente. En conjunto a la conducta purgativa, presenta atracones previos a la purga que aumentan en lo que se describen como periodos de ansiedad.

También, presenta una preocupación importante en la frecuencia de la purga en contraposición a los resultados que indica que había estado logrando mediante estos métodos, si bien hace 6 meses estuvo bajo tratamiento posterior al diagnóstico, los métodos purgativos fueron disminuyendo a niveles mínimos. Sin embargo, tras haber subido de peso nuevamente a 60 kg, atraviesa por una recaída en la que recurrió nuevamente a las medidas mencionadas llegando a su peso actual de 50 kg con una estatura de 1.60 m que resulta en un IMC de 19.5 kg/m<sup>2</sup>. Indica que tiene conocimiento de que no es lo mejor para ella ,sin embargo, exterioriza que no puede dejar de hacerlo porque es como si su cuerpo la “*dominara*” y no puede controlarlo, pero en antagonismo a este pensamiento indica “*yo creo que mi cuerpo es sabio y hace eso para que yo me sienta mejor*” pues ve cómo ha bajado peso de manera considerable este último mes, por lo que continúa con conductas alimentarias disruptivas ,evitando ir con el psicólogo y/o psiquiatra para que tal imagen que ha formado no se altere y pueda seguir hacia su “ideal” esperado.

### **III. HISTORIA DE VIDA**

Abigail nació el año 2004 en la ciudad de Tarija, lugar en el que reside actualmente. Durante el embarazo de la madre hubo constantes sangrados y alertas de aborto pues se indica que ya había sufrido una pérdida previa a este embarazo, finalmente nació en el tiempo que correspondía (9meses) mediante un procedimiento de cesárea sin mayores complicaciones. Posterior al parto, no hubo problemas ni enfermedades detectadas, la lactancia se dio con normalidad y duró hasta los 2 años, tiempo en el que se le hizo el destete, dejando al bebe únicamente al cuidado del padre, a partir de ese momento él bebe no volvió a exigir lactancia.

Por otra parte, el desarrollo de la niña fue dándose de manera normal, sin mostrar problemas en el aprendizaje ni en el relacionamiento social; sin embargo, era una niña que constantemente indicaba estar enferma con resfríos y dolores de cabeza.

Al inicio de la pubertad se fue haciendo más solitaria y teniendo menos amigos puesto que indica que tendían a burlarse de su aspecto pues para su edad y estatura se encontraba bajo un cuadro de sobrepeso, con mucho dolor cuenta una experiencia significativa en clases de ballet “*cuando una o varias veces me sentaba en una banca a esperar que comience la clase, me sentaba en la punta*

*entonces. por el peso la banca se inclinaba y todas se reían en mi cara...(pausa)\*llanto\**” época por la cual comienza la incesante preocupación por el peso. De igual manera indica que la madre solía marcar mucho el peso de su hija a diferencia de su hermana que era delgada y constantemente le decía que era bonita. La apodaban como “*gordita*” a pesar de la molestia que eso le causaba.

### **Dinámica familiar**

La familia circundante a A.R está conformada por su padre, madre y hermana mayor. Actualmente su padre no vive con ellas desde el divorcio con su madre que se dio cuando A.R tenía aproximadamente 8 años por diversas peleas que se suscitaban entre sus progenitores, éstas eran constantes e incluso tenía que presenciarlas y relata “*una vez hubo una pelea muy fea que yo vi como mi papá le pegaba a mi mama muy feo lo recuerdo muy claramente y hasta ahora me hacer sentir culpable, sé que era una niña pero siento que podía hacer algo por ella, tal vez si entraba mi papá se iba a detener, me quede viendo en la puerta y no podía moverme .*” A raíz de estas peleas y la falta de tiempo de la madre A.R indica que no encontraba afecto de parte de su madre, haciendo que se relacionen de manera poco frecuente y destaca la poca confianza que sentía en su progenitora. Por otro lado, con su padre previo al divorcio concurría una buena relación; por problemas económicos su madre tuvo que viajar a otro país por lo que A.R se quedó bajo el cuidado de su abuelo a quien relata con mucho cariño y aprecio, después de la separación de sus padres tuvo muy poca relación con su padre viéndolo de manera muy espaciada.

Actualmente, la relación con su padre es casi nula y tienen muy poca comunicación, el hablar con él la angustia, porque ahora a sus 18 años indica que siente su falta “*él nunca ha estado y ahora que crecí ya para que*”, por el lado de su madre indica que siente como si la limitara y frenara en la vida, “*como si esperara que estuviera con ella toda mi vida, yo quiero hacer otras cosas*” y a pesar de hablar a menudo con ella, revela que la relación no ha mejorado en términos de confianza y que le gustaría que fuera como su “*amiga*” “*quisiera poder contarle mis cosas y que no lo tome por el lado malo*”; sin embargo, siente culpa por haber visto a su madre de ser violentada en el pasado y “*no haber hecho nada*”.

## **Ámbito social**

Respecto al círculo social exterioriza que actualmente tiene muy pocos amigos pero que estos son muy buenos, en especial su mejor amiga, en quien confía más. Su entorno más allá del meramente cercano no sabe de sus problemas alimentarios, solo su mejor amiga quien le demuestra constantemente su desacuerdo.

En cuanto a las relaciones amorosas, no tuvieron lugar en su vida hasta el día de hoy, indica que si bien le han gustado otras personas no han llegado al punto de establecer un vínculo que la lleve a iniciar una relación, pues relata también que aprecia su independencia y que no tiene lugar en su vida ahora mismo para compartir con otra persona en tales términos.

### **IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS**

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

### **V. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

En primer lugar, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDEQ) mediante el cual se pudo hacer un análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días, mediante este instrumento se obtuvo una puntuación total de 6 que representa significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que existen episodios de atracón recurrentes con sensación de falta de control sobre la cantidad ingerida y comportamientos compensatorios recurrentes de tipo purgativo como lo es el vómito autoprovocado y el uso de laxantes.

Por lo que de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V para Trastornos de Conducta Alimentaria y los puntajes obtenidos en los subtipos del test existe la suficiente significación clínica para ser considerado como **Bulimia Nerviosa**.

Se aclara que actualmente no atraviesa por Anorexia Nerviosa a pesar de calificar el criterio de *Miedo intenso a ganar peso*, debido al índice de masa corporal actual de 19.5 kg/m<sup>2</sup>, el cual es superior a los 17 kg/m<sup>2</sup>, IMC considerado como infra peso.

### **Apego**

Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R, en dicho instrumento se obtuvo puntaje T inferior a 50 en el factor de Seguridad, por lo tanto, el estilo de apego de A.R es del tipo **inseguro**. Por otro lado, se obtuvo un puntaje T de 78 en el factor de Interferencia de los padres y de 64 en Autosuficiencia y rencor hacia los padres, siendo estos puntajes considerablemente mayores al del resto de factores se podría decir que tiene un estilo **de apego inseguro-inclasificable**, esto debido a que presenta altos puntajes tanto para considerarse evitativo como preocupado, esto puede deberse a que el padre como figura de apego en un inicio dio pie hacia un estilo evitativo, mientras que su madre con crianza más estricta ,daría lugar a un estilo preocupado. Las personas que muestran este estilo de apego describen a uno de sus padres como controladores, sobreprotectores y demandantes; mientras que el otro progenitor como mucho más liberal y permisivo. Estos polos opuestos generan conflicto en la persona, haciendo que dicha ambivalencia contribuya a mantenerla atrapada en sus relaciones familiares.

Esto se podría contrastar cuando A.R manifiesta *“mi papá era bueno, no me gritaba y me ponía atención. Con mi mamá era más complicado siempre estaba ocupada...además tiene un carácter muy intenso, le hacía caso por miedo”*, pues es así que el estilo de apego inseguro se conservaría también por las circunstancias que se fueron suscitando como el divorcio de sus padres, la pérdida del contacto con su padre y la ausencia temporal con su madre. Sin embargo, pudo contar en este tiempo con su abuelo a quien dice apreciar mucho y si bien pudo suponer una figura de apego fuerte durante un periodo de tiempo este fue limitado, fortaleciendo nuevamente de manera posterior el apego inseguro al relacionarse nuevamente con sus progenitores, especialmente con su madre, quien se suscribe de acuerdo a las palabra de A.R como un ser que limita su espacio y retrae su liberación personal.

## **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 13 puntos para el área de Reevaluación cognitiva y de 22 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que A.R presenta una **reevaluación cognitiva baja** y un a **supresión emocional alta**.

Esto quiere decir que ante los estados de crisis se tiene dificultades para la modificación del proceso en el que surge la emoción de manera que no es posible hacer un cambio en el impacto que tendrá esta emoción en el individuo. Por lo que la respuesta se da mediante la supresión emocional inhibiendo la respuesta y con ello la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional.

Constando con lo relatado por A.R, su mecanismo ante las situaciones desagradables es la represión, limitando su expresión emocional hacia otras personas y optando por “*refugiarse*” en la comida, aunque esto posteriormente la llena de culpa por lo que decide purgarse. De igual manera se confirma la reevaluación cognitiva baja, puesto que no se hace el intento por modificar las emociones negativas, más bien expresa que permanece con ira contenida que estalla de manera violenta “*de la nada me enojo mucho, quiero romper todo*”.

## **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) del cual se obtuvo un puntaje de 74 puntos se pudo determinar que A.R **presenta Alexitimia** dado que el puntaje es superior a 61 puntos.

Esto quiere decir que existe una importante deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas caracterizándose por tener problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, dificultad para expresar propios sentimientos a otras personas, una vida de fantasía empobrecida y su estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo.

En contraste con las entrevistas realizadas, si bien pudiera parecer que tiene una identificación emocional buena pues diferencia estados de ansiedad de enojo, por ejemplo, ésta se limita hasta ese eje y suele estar asociada a aspectos de la sintomatología del trastorno, asimismo, se le hace

particularmente difícil la identificación de estados emocionales positivos como la alegría o el sentimiento de felicidad.

## **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover, A.R presenta rasgos de personalidad de **agresividad** (mirada penetrante, nariz ancha, dedos largos), **neuroticismo** (líneas indecisas, borraduras), de **obsesión** (cordones en los zapatos), **dependencia** (senos grandes y acentuados, cinturón), **impulsividad** (nariz grande) e **inseguridad** (cinturón).

De estos rasgos los más destacables son los de agresividad, neuroticismo y dependencia que proyectados a través del dibujo reflejan primordialmente inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y reacciones emocionales muy intensas manifestadas en reacciones agresivas y bajo control de impulsos. Además, se caracteriza por la búsqueda de perfeccionismo con el tratamiento detallado de la figura demostrando además un rasgo de personalidad obsesivo-compulsivo.

Estos aspectos son comparables con la percepción de sí misma en especial en el aspecto de la perfección donde indica no poder dejar de hacer algo hasta que esté completamente bien. Al igual coincide con el relato de una actitud agresiva que explica que anteriormente no poseía. Esto último puede deberse a las mismas implicancias del trastorno, mientras que el perfeccionismo podría haber sido un elemento de riesgo a partir del cual se consolide un TCA, especialmente relacionado al deseo de perfección en la imagen corporal. Así también, denota dependencia hacia su madre, con quien, a pesar de no tener una relación positiva, no podría imaginarse una vida lejos de ella.

## **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber que tanto influyen los modelos estéticos corporales se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 58 lo que significa que el nivel de influencia de los modelos estéticos corporales en A.R es **moderada-alta**, lo que quiere decir que existen influjos de malestar con la imagen corporal, la influencia de la publicidad, la influencia del modelo estético comúnmente aceptado a nivel social, así como también la influencia de las relaciones sociales; este estereotipo de cuerpo bello manejado comúnmente en la sociedad. Sin embargo, el hecho de que esta influencia es moderada con ligeras tendencias crecientes significa que puede que haya otros factores que sean más riesgosos para la predisposición y mantenimiento

del trastorno, aunque este aspecto sigue siendo de gran importancia y eso se puede comprobar con el relato de A.R sobre sus opiniones de los modelos estéticos, en especial teniendo en cuenta que es un factor que motivó el inicio de su conflicto con la alimentación, las constantes comparaciones de su madre con cuerpos más delgados, así como también se vio la influencia a nivel social, cuando era molestada por las compañeras debido a una imagen y peso que no se consideran comúnmente “estéticos” para una bailarina, medio en el que circundaba hasta su pre adolescencia.

## VI. DISCUSIÓN

A.R a sus 18 años de edad atraviesa por un trastorno de conducta alimentaria, específicamente por Bulimia nerviosa, representado a través de una preocupación excesiva por el peso y la apariencia, resultando en ingestas de comida excesiva y compulsiva denominada “atracones” a los que generalmente les siguen actos purgatorios, como los vómitos autoprovocados y el uso de laxantes, esta situación le genera inquietud y malestar físico, emocional y afectivo; al hablar de esta situación retornamos a ciertos factores psicológicos sustanciales asociados a la misma. Como se pudo determinar, el estilo de apego inseguro-inclasificable refleja comportamientos de rechazo y a su vez dependencia hacia los padres, por esto ella indica que actualmente no tiene una relación realmente cariñosa con estos, si no es más bien indiferente, especialmente con su padre pero en contraposición a aquello tenemos a la madre sobreprotectora a la cual refiere una ambivalencia en la que la hija reclama su independencia , misma que no cree poder obtener ante la sensación de una libertad coartada por la figura materna, como si intentara acaparar la vida de su propia hija como si fuera la suya propia.

Así mismo, la acompaña una culpa regresiva hacia su madre al mencionar “*pude haber hecho algo para ayudarla, pero no hice nada*”; esta culpabilidad, hace que esté en un estado de inseguridad importante y recurrente en la que la necesidad de aprobación de su entorno, como reflejo de la aprobación materna, se hace menester asociándose así con la insatisfacción corporal y el resto de los síntomas que se presentan en el TCA. Como lo indica A.R, dando a entender que mediante un cuerpo ideal se podría suplir esa culpa dándole superposición al cuerpo “*es como si mi cuerpo me dominara*” y asentándose en una posición sumisa como lo propone la posición psicoanalítica en la que podemos inferir; en este caso, que la figura del fantasma internalizado de “*la madre que me necesita*” refiere una presencia casi simbiótica que aplica la madre hacia la hija para satisfacerse a sí misma, haciendo que la hija se reprima y demuestre un tipo de personalidad neurótica y

obsesiva, por lo que, recae una y otra vez a las conductas compulsivas con atracones y purgas demandantes.

Relativo a esto nos encontramos antecedentes de una familia poco expresiva emocionalmente, donde se hacía difícil enunciar opiniones, actitudes agresivas o de protesta *“con solo una mirada ya sabía que mi mamá estaba enojada”* haciendo que al enunciar esas emociones sea todo un desafío y queden reprimidas de forma entrañable influyendo directamente en la cantidad de comida que ingiere como si dejara salir esas emociones a través de los impulsos purgativos; en consecuencia, indica una supresión emocional muy alta y al contrario una reevaluación cognitiva muy baja y a esto se le une también la alexitimia donde la inexpresividad emocional va más allá, hasta el punto de no poder diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, transformando la autopercepción de su propio cuerpo y variando entre lo que se refleja en el espejo y lo que ella percibe a través de él *“a veces quiero romper el espejo de lo gorda que me veo”* cuando objetivamente se encuentra en un índice de masa corporal adecuado (el cual decremente progresivamente y corre riesgo a ser muy bajo). También, este estado refleja una pobre vida interior haciendo que todo lo que hace y piense esté basado en el mundo externo; por ello, la importancia de la figura estética reflejada en la sociedad y el “qué dirán” las personas a su alrededor.

Debido a ello A.R muestra un nivel de influencia de modelos estéticos moderada alta pues en tiempos actuales, la posición de la sociedad frente a la figura estética y a lo que está considerado como “ideal de belleza” hace creer a las adolescentes que se encuentran en una posición de vulnerabilidad psíquica, estos se reflejan especialmente en redes sociales donde hay una expansión masiva de la estética de personas “hegemónicas, delgadas y de cuerpos esculturales” haciendo de éstas ejemplos a seguir, por ende, en la vulnerabilidad en la que se posiciona A.R , que además viene del contexto de la danza (a la cual le dio un alto valor emocional y sin embargo fue también el yugo de las inseguridades con su peso), es más fácil que infiera negativamente los medios estéticos ilustrados en su mayoría en medios audio visuales como lo explica la vocera de la Asociación Americana de Trastornos Alimentarios Chelsea Kronengold (2021)“Las redes sociales en general no causan un trastorno alimentario. Sin embargo, sí pueden contribuir a un trastorno alimentario”. (p.1)

## **CONCLUSIONES**

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada se puede concluir que A.R presenta un estilo de apego inseguro-inclasificable, una regulación emocional con ejes de reevaluación cognitiva baja y supresión emocional alta, así como presenta alexitimia y rasgos de personalidad de neuroticismo, obsesión, agresividad y dependencia con estados de ansiedad recurrente; además de una influencia moderada alta de modelos estéticos corporales.

Estos factores psicológicos, algunos más que otros, están asociados al trastorno de conducta alimentaria que padece A.R, destacando particularmente en este caso la funcionalidad familiar que dio lugar al tipo de apego que presenta, así como la influencia de las relaciones sociales, un ambiente de danza poco saludable, comparaciones, miedo intenso por ganar peso, y reaccionar a través de conductas compulsivas.

## CASO NRO 3

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** F.A

**Fecha de nacimiento:** 20-06-2001

**Lugar de nacimiento:** Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Universidad en curso

**Ocupación:** Estudiante de Arquitectura

**Nro. De hijo:** Hija única

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

F.A es una joven de 21 años de edad, originaria de la ciudad de Tarija. F.A está atravesando por un trastorno de conducta alimentaria, en el cual, se destaca la preocupación por el peso, la alimentación y la forma del cuerpo. Dichas inquietudes inician para ella en la niñez y van evolucionando en la adolescencia *“me acuerdo que decía que tenía que bajar de peso como a los 12 años, todas mis amigas eran delgadas y como eso era lo que más veía yo también quería ser así”*, dadas las características de la edad, motivada por los modelos estéticos que le circundan, fue bajando de peso mediante restricción alimentaria y comportamientos purgativos (vómitos y ejercicio excesivo). Pensando 38kg, con desmayos constantes entre otros síntomas tuvo que ser internada en el hospital, suceso que relata con dureza *“al principio me obligaban a comer prácticamente”*; posterior a ello, se fue recuperando con muchos tropiezos y recaídas, una de las cuales sucedió durante el inicio de la pandemia del 2020. Ahora se encuentra en otra recaída, reincidiendo en conductas purgativas (vómitos y ejercicio excesivo) pesando 46 kg con una altura de 1.60 m.

### III. HISTORIA DE VIDA

F.A es una joven universitaria nacida Tarija el 20 de junio del 2001, cuyo nacimiento se dio tras un embarazo sin mayores complicaciones a pesar de haberse enterado tardíamente del estado de

gestación, así como de haber fumado durante ese tiempo previo. F.A nació de manera prematura (8 meses) aunque sin contrariedades posteriores al parto que se conozcan. La lactancia no se pudo efectuar debido a que la madre no producía leche debiendo hacer uso de fórmulas.

### **Dinámica familiar**

Su familia se conforma por su madre, su padrastro y ella misma. La figura de su padre está ausente, puesto que durante la infancia de F.A, él abusó sexualmente de su hija, hasta que su madre pudo enterarse de lo que sucedía; al presentar la denuncia descubrieron que el padre ya no se encontraba en el país, por ello F.A decidió no seguir el juicio dado que expone sentirse así más tranquila *“fue lo mejor me parece ya que no tengo su presencia de ninguna manera”*, si bien indica que no tiene grandes dificultades para hablar del tema se observa en su lenguaje no verbal, particularmente en sus gesticulaciones, la incomodidad que esto le genera.

Previamente a que dicha perversa situación se frenara F.A describe a su madre como ausente y a su vez estricta *“siempre tenía una razón para no estar en casa y cuando estaba todo tenía que ser como ella quería”*. Actualmente si bien la relación con su madre no es ideal dice tratar mejor a su hija y apoyarla en lo que puede. De igual manera, su padrastro se ha impuesto como un elemento fundamental de apoyo *“lo considero a él como mi papa real, es muy bueno, comprensivo”*.

### **Ámbito social**

En el ámbito social, si bien de niña nunca fue realmente sociable, de un tiempo para acá eso se ha ido acrecentando pues le es incómodo el contacto con gente nueva y por ello mantiene como amigos al que siempre fue su círculo cercano, que le aporta seguridad , y es por ello también que no se ve interés en hacer nuevas relaciones en la universidad *“no me es tan fácil formar una amistad, pienso que me van a juzgar por lo que pase y sigo pasando y me van a dejar de hablar, para evitarme esos malos ratos”* , notándose significativamente el temor de confiar y abrirse a alguien nuevo.

Por la misma línea, en relación a lo sentimental, F.A no ha tenido pareja hasta ahora *“no me es tan fácil formar una amistad, pienso que me van a juzgar por lo que pasé y sigo pasando y me van a dejar de hablar; así que para evitarme esos malos ratos”*, a lo que también aclara lo alejada que están las personas en general, al intentar entender su situación y que la *“falsa comprensión”* podría ser contraproducente para ella.

#### IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

#### V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Inicialmente, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q) mediante el cual se pudo corroborar su diagnóstico y hacer un análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días, instrumento mediante el cual se obtuvo una puntuación total de 5 que, de acuerdo al punto de corte del test de 4 puntos, representa significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria con mayor predominancia en la preocupación por la alimentación.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que existieron episodios de comportamientos compensatorios recurrentes de tipo purgativo como vómito autoprovocado 4 veces en los últimos 28 días, el uso de laxantes 1 vez y ejercicio de forma compulsiva 8 veces. Así mismo, con el peso de 46 kg y altura de 1.60 m, resulta un índice de masa corporal (IMC) de 18 kg/m<sup>2</sup>.

Entonces, de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V presentaría **Anorexia nerviosa purgativa en remisión parcial**, debido a que, si bien presenta la mayoría de criterios para ser considerado como anorexia nerviosa de tipo purgativo, no se llegan a cumplir todos los criterios, siendo el único faltante el de un IMC menor a 17 kg/m<sup>2</sup>, pero aun así existe desadaptación y perjuicio significativo a la vida de la persona, así como el antecedente de entrar y salir constantemente de la clasificación de anorexia nerviosa.

## **Apego**

En la evaluación del Apego realizado con el cuestionario CAMIR-R se obtuvo un puntaje T de 2.5 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determinaría que el estilo de apego de D.L es del tipo Inseguro. Para ser específicos, se obtuvo un puntaje T de 64.5 en el factor de Interferencia de los padres y de 73.5 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, este último factor supera al resto en puntuación. Por lo tanto, se puede concluir que el estilo de apego que representa F.A es de **tipo inseguro-evitativo** con severas **tendencias desorganizativas** dado el puntaje T de 94.9 en traumatismo infantil. Este estilo de apego se caracteriza por reflejar posturas defensivas en referencia a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver problemas definiéndose a sí mismos como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones y sus relaciones del pasado y presente, se definen como restrictivas y en la mayoría de los casos los recuerdos infantiles han sido olvidados, así mismo se remite a los recuerdos de haber padecido falta de límites y guía parental en el crecimiento.

En cuanto, al apego desorganizado, este se caracteriza por una posición ambivalente entre miedo y protección, además, dadas las circunstancias traumáticas en la niñez tienden a mostrar las relaciones íntimas que están conformadas por la agresividad, de manera que anticiparán que van a ser agredidos por los demás. De este modo, aunque lo que necesitan es seguridad, tenderán a evitar o romper las relaciones fácilmente, o bien rechazar a los otros porque lo viven como peligroso.

Una característica importante del estilo de apego evitativo es que suele ser originado por la sensación de ausencia parental como bien lo indica F.A *“siempre encontraba una razón para no estar en la casa”*, así mismo el estilo de apego desorganizado tiene su origen dado por experiencias traumática en la niñez, F.A sufrió de abuso por parte su progenitor, hecho que añadido a la ausencia materna creó un conflicto interno importante en ella, pudiendo dar lugar a presentar estos estilos de apego de manera combinada, evitando relacionarse con su entorno, de modo que la única persona considerada de confianza en la actualidad sería su padrastro *“Siento que él es el que más me escucha, siempre tiene algo que decir un consejo y así”*.

## **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 15 puntos para el área de

Reevaluación cognitiva y de 20 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que F.A presenta una **reevaluación cognitiva baja y supresión emocional alta.**

Esto quiere decir que ante estados de crisis se tiene dificultades para la modificación del proceso en el que surge la emoción; de manera que no es posible hacer un cambio en el impacto que tendrá esta emoción en el individuo. Por lo que la respuesta se da mediante la supresión emocional inhibiendo la réplica y con ello la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional y así mismo se relaciona con el afecto negativo.

De esa manera, como se describe previamente, durante la entrevista se mostró reacia a hablar de sus sentimientos y emociones, evitando comentar sobre las mismas o pasar de tema rápidamente, así mismo cuando se le cuestiona acerca de sus reacciones emocionales la postura de su cuerpo se denota incómoda e indica que cuando se encuentra “mal” evita malos pensamientos, pintando, dibujando y escuchando música, por lo que muestra los indicadores de supresión emocional alta que subraya el test, así mismo, mediante la evitación no intenta interferir cognitivamente para sentirse mejor y se siente identificada con la falta de control, por lo que sería coincidente con la reevaluación cognitiva baja.

### **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) del cual se obtuvo un puntaje de 70 puntos se pudo determinar que F.A **presenta Alexitimia** dado que el puntaje es superior a 61 puntos.

Esto quiere decir que existe una importante deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas, se caracteriza por tener problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, dificultad para expresar sus sentimientos propios o de otras personas, una vida de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo.

Teniendo en consideración estos resultados; es importante destacar que la entrevista, la locución se notó rígida en todo momento; si bien se expresaba verbalmente, esto no era coincidente con su lenguaje no verbal; así mismo, F.A indicó que la expresión emocional siempre ha sido una dificultad para ella, tanto en la identificación de los propios sentimientos como en el de los otros. Por su parte, en concordancia con el punto anterior, se constata que su estilo cognitivo estaría

orientado a lo exterior prefiriendo ciertas actividades de distracción, concentrarse en tener buenas calificaciones en la universidad y similares, que pensar acerca de cómo se está sintiendo.

## **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover F.A presenta rasgos de **agresividad** (presión fuerte y boca representada por una sola línea), **narcisismo** (cabeza grande), **paranoia** (ojos grandes) **neuroticismo** (sombreamiento, líneas redondeadas y reforzadas), **obsesión** (arrugas en la ropa y tratamiento detallado), **inseguridad** (ausencia de nariz y cinturón) y **retraimiento social** (omite algunos rasgos faciales).

Los rasgos más destacables son los de agresividad, neuroticismo y obsesión. Una personalidad agresiva se caracteriza por frecuentar discusiones, son controladores, tienden a culpar a los demás de sus errores y no poseen control de sus impulsos. En el caso de F.A si bien ella no se considera como una persona agresiva normalmente, indica que en momentos de tensión o cuando está rumiando respecto a la alimentación siente una pérdida de control de sus impulsos, cuestión que podría dar razón a los atracones y purgas.

En cuanto a la personalidad con rasgos neuróticos, son personas que tienen altos niveles de ansiedad, inestabilidad e inseguridad emocional, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad, así como una baja tolerancia a la frustración. En F.A este estado ansioso es notable en su forma de hablar, de manera acelerada y nerviosa, de igual manera a la hora de realizar el test, con líneas inestables y constantes borraduras a la hoja.

Por otra parte, se relaciona estrechamente con su bajo control de impulsos pues su tolerancia a la frustración es baja, por lo que resulta siendo bastante inestable. Esto se interrelaciona con sus habilidades sociales, mostrando una forma de ser retraída en la que evita relacionarse y formar lazos importantes por temor a salir lastimada como sucedió en su pasado, denotando los estados de paranoia e inseguridad que refleja en el test. Por su parte, tiene también acciones de carácter obsesivo y suele reflejar sus deseos perfeccionistas en el ámbito académico.

## **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber que tanto influyen los modelos estéticos corporales se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 54 lo que significa que el nivel de

influencia de los modelos estéticos corporales en F.A es **moderada-alta** en especial en las dimensiones del malestar con la imagen corporal, e influencia del modelo estético, así como también el influjo de las relaciones sociales. Este estereotipo de cuerpo “ideal” construido social y mediáticamente influye en la persona al punto de ser este el modelo por el cual se debe aspirar a tener.

Así mismo, en la entrevista se encontró que los inicios de su preocupación con el peso y la imagen nacen de una influencia social “*mis amigas eran delgadas*”, este factor sustentado a su vez por la influencia de los ideales de belleza apropiados por la sociedad en la que vive, son de gran relevancia para F.A y así lo indica “*la sociedad todo el tiempo te está empujando a verte de ciertas maneras, si estás muy delgada está mal, si estás gorda peor aún. Es muy hipócrita*”.

## VI. DISCUSIÓN

F.A es una joven que, desde una corta edad ha tenido preocupaciones tanto con su peso como con su imagen, afectando a su ingesta alimenticia. Con el tiempo adoptó conductas de tipo purgativas compensatorias tras episodios de excesiva ingesta alimenticia representados por atracones. Si bien es algo que lleva atravesando desde los 12 años, ha pasado por periodos más severos que otros. Ahora, si bien ya no se encuentra en un peso lo suficientemente bajo para considerarlo como anorexia, hay conductas que han perdurado en el tiempo, independientemente del tratamiento que haya llevado.

Los inicios de la preocupación por la comida se dan muy temprano en su vida, pues solía comer con su progenitor, quien desgraciadamente abuso de ella en su niñez. Por ello, los momentos en los que se alimentaba eran tiempos de temor para ella ante la presencia de esta persona que le efectuó tal daño. Por su parte, como bien se mencionó, la madre al estar ausente la mayor parte del tiempo, simbolizó esta falta de una figura de apoyo, limitándose a no poder confiar en ella ni en nadie, cuestión que se pudo haber mantenido hasta el día de hoy. Por ello, el estilo de apego que representa es el inseguro, evitativo y desorganizado; este último se caracteriza entre otras cosas por formarse en torno al trauma y la hostilidad, siendo muy habitual en personas que han tenido experiencias de maltrato o abuso y que a su vez afecta significativamente a su personalidad (Marrone, 2009).

En F.A predomina los rasgos de personalidad agresiva, misma que pudo haberse originado dado el contexto en el que vivía, como un mecanismo de defensa ante cualquier mal que le podría suceder, respondería de manera agresiva hacia el resto, pero especialmente hacia sí misma, en un intento de recuperar el control de su cuerpo mediante la alimentación, controlando lo que come, lo que pesa, etc.

El trauma generado por un abuso sexual puede tener un gran abordaje dentro del desarrollo de la psiquis de la persona, como bien lo explica Farhat (2021) “Las personas que han sufrido abusos sexuales suelen experimentar problemas emocionales diversos y complejos. La aparición de estrés postraumático, baja autoestima, culpabilidad o incluso sentirse sucio son frecuentes”. (p.1)

Todas estas secuelas suelen perdurar a largo plazo, hasta ya avanzada la edad adulta o incluso de por vida. Esto significa que los abusos constituyen un tormento para las personas que los han padecido, del que es difícil librarse. Además, estos efectos suelen manifestarse en diferentes facetas de la vida: la autoimagen, las relaciones sociales y la sexualidad. Ejes que podrían ser de vital importancia en la formación de este trastorno de conducta alimentaria.

El Doctor Brewerton al respecto dice lo siguiente: “De forma muy similar a cómo las sustancias adictivas se utilizan para automedicarse, los atracones y las purgas parecen ser conductas que facilitan decrecer la ansiedad asociada al trauma, así como el adormecimiento, la evitación e incluso el olvido de las experiencias traumáticas”.

Por lo mismo, como bien se mencionaba la reevaluación cognitiva para afrontar problemas emocionales y por el contrario la supresión emocional alta, forja una represión importante de todo lo emocional, que podría ser interpretado por F.A como una debilidad o falta de control, cosa que no podría permitirse en su situación, considerando su personalidad obsesiva y neurótica.

Es así que, los problemas alimenticios podrían venir a formar cierto ajuste psicológico que no traslabora a través de otros medios. Cuando hablamos de ajuste psicológico, se refiere a la capacidad de manejar, afrontar y adaptarse a los sucesos de la vida cotidiana para mantener un equilibrio emocional, mental y físico.

Teniendo aquello en cuenta, cuando una niña víctima de abuso, crea estrategias de supervivencia que se convierten en conclusiones vitales adoptadas en función de decisiones tempranas busca

encontrar sentido a las heridas infantiles. Esas decisiones tempranas, básicamente tienen que ver con la propia valía, la capacidad de amar y de ser amados (Losada & Saboya, 2015).

Estos elementos, asociados a otros como la influencia mediática y de relaciones sociales sobre los estándares de belleza o la falta de lactancia en su desarrollo, pudo haber contribuido a que se convierta en un trastorno alimenticio.

Respecto al vínculo entre las variables analizadas, no puede pasarnos por alto la asociación entre ambos, en este caso en particular, en el apego que desarrolla, que en realidad es un reflejo de una niñez traumática, ya sea porque comer ha sido la única manera permitida de reconfortarse, quizá como manera de castigar su cuerpo, porque los desórdenes alimentarios pudieron ser una manera de adaptarse a las vivencias estresantes; y a día de hoy, ser el síntoma que se externaliza como expresión desesperada de un sufrimiento interno.

## **VII. CONCLUSIÓN**

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada se puede concluir que F.A presenta un estilo de apego inseguro-avoidante de tendencia desorganizativa, una regulación emocional con ejes de reevaluación cognitiva baja y supresión emocional alta, presenta alexitimia y rasgos de personalidad de agresividad, neuroticismo y obsesión; además de una influencia moderada alta de modelos estéticos corporales.

Entre estos factores psicológicos, destaca particularmente en este caso el abuso sexual y la falta de la madre como figura de seguridad y apoyo, que dio lugar al tipo de apego que presenta. Como resultado posee una personalidad dominada por la baja tolerancia a la frustración y a la búsqueda de control a través del cuerpo, lo que la lleva a tener conductas características de un TCA. Dicho aquello, estos elementos están asociados especialmente al apego, dado por un elemento traumático que desencadena el resto de las variables analizadas, por lo que en ese sentido podrían ser parte del trauma o podrían ser parte de una consecuencia como la alexitimia, la baja regulación emocional o el mismo trastorno alimenticio. Todo esto hace un conjunto de elementos que indudablemente están asociados en gran medida al trastorno de conducta alimentaria de F.A.

## CASO NRO 4

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** B.G

**Fecha de nacimiento:** 23/04/1997

**Lugar de nacimiento:** Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Secundaria completa

**Ocupación:** Venta

**Nro. De hijo:** hija del medio (2da)

**Cantidad de hermanos:** 2

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

B.G es una joven de 25 años, originaria de la ciudad de Tarija de ocupación independiente y dedicada a la venta de artículos. Actualmente, se encuentra pasando por un trastorno de conducta alimentaria, hecho que tiene sus inicios alrededor de sus 15 años a partir de pequeñas dietas y restricciones alimentarias bajo el concepto de ser apreciada y aceptada por los demás “*para que te vean bien las chicas y los chicos, es una manera de saber que le pareces bonita a la otra persona*”, debido a que sus padres estaban con cierto sobrepeso y se alimentaba con dietas calóricas. Entonces, B.G sintió que su peso no era adecuado en función a sus ideales y ante la presión infundada por el entorno sobre estos ideales, la restricción alimentaria fue incrementándose con el tiempo a ayunos intermitentes y ayunos totales extendidos, así como la implementación de métodos purgativos (atracones seguidos de vómito).

A día de hoy, si bien posee la conciencia de enfermedad pues ha estado acudiendo muy intermitentemente con profesionales, las preocupaciones, pensamientos intrusivos y dismorfia permanecen latentes, así como se evidencia la evasión por acudir a recibir un tratamiento apropiado.

### III. HISTORIA DE VIDA

B.G nació un 23 de abril de 1997 en la ciudad de Tarija; inicialmente, el embarazo de su madre se llevó con temor dado que había atravesado por un aborto previo, sin embargo, B.G nació a las 40 semanas sin mayores inconvenientes. Durante su crecimiento el contacto social no le era del todo fácil, sin embargo, tampoco le era demasiado dificultoso una vez encontraba un elemento de confianza en el resto. Si bien en la infancia el tener muchas amistades no era la prioridad, ya para adolescencia el querer encajar se hizo una cuestión a considerar, en especial sumado a la preocupación por el peso y la imagen *“quería verme bonita, así como mis compañeras de colegio, aparte nadie se fijaba en mí, yo no conseguía novio, porque ni me miraba”*, haciendo que desarrolle el trastorno lentamente a través de los años.

#### **Dinámica familiar**

La familia de B.G estaba conformada por su hermana mayor, su hermano menor y sus padres. Los últimos fallecieron en un accidente de tránsito cuando ella tenía 14 años de edad ocasionándole inminentemente un trascendental impacto en su vida *“Cuando me enteré, no sé, es como si mi mundo se viniera abajo lloraba y lloraba”*, dadas las circunstancias su hermana mayor tuvo que hacerse cargo de ella y su hermano menor, cuestión que B.G destaca con mucho aprecio *“nos pudo sacar adelante por lo menos hasta que ya yo pude trabajar, la quiero mucho por eso”*.

Previamente a dichos sucesos se acentúa que la relación era muy buena en el caso de su padre y era más conflictiva con su madre debido a su estilo de crianza estricto que ejercía *“era fregada nos tenía a todos a rajatabla (...) si no hacíamos algo ese rato agarraba el chicote y listo, nos golpeaba hasta que se cansaba”*; por su parte, también se denota que la relación entre los padres era frecuentemente buena, aunque no por ello no existieran peleas.

#### **Ámbito social**

B.G no es alguien que durante su infancia haya buscado relacionarse con un grupo grande de personas, a medida que fue creciendo esta preocupación por ser parte del grupo y ser *“popular”* se volvió más fuerte, por lo que, intentó hacer más amigos. Sin embargo, actualmente indica que los amigos que la apoyan y están para ella son pocos incluyendo a su *“mejor amiga”* quien conoció trabajando junto a ella, así mismo, menciona a algunos amigos que actualmente mantiene desde secundaria; por ello en el presente refiere desinterés para hacer muchas amistades alegando *“luego*

*la que dice que es tu amiga es la primera en hablar de ti, solo sirven para criticar y crear rumores”.*

En cuanto a la vida sentimental de B.G se indica que si bien hacía poco tiempo había terminado con su primer y único novio con quien había compartido 1 año. Tras finalizar esta relación hace referencia a la dificultad de una persona externa a identificarse con la situación y tener que llevar consigo los problemas de la pareja *“es difícil estar con una persona como yo que no puede controlar su propio cuerpo que está con problemas todo el tiempo, es mucha carga para la otra persona”.*

#### **IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS**

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

#### **V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Inicialmente, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDEQ) mediante el cual, se pudo hacer un análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días y se obtuvo una puntuación total de 5 que, de acuerdo al punto de corte del test de 4 puntos, representa significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria con mayor predominancia en la subescala de preocupación por la alimentación representando 6 puntos, mientras que en el resto de subescalas resulta con 5 puntos cada una de ellas.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que en los últimos 28 días B.G ha efectuado ingestas excesivas de comida seguidas por culpa 9 veces y actitudes compensatorias purgativas de vómito 8 veces, en los últimos 28 días. Por otra parte, teniendo en cuenta el peso indicado de 42 kg y 1.55 m de altura, representa un índice de masa corporal de 17.4 kg/m<sup>2</sup>.

Es así que, de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V para Trastornos de Conducta Alimentaria que indican: Episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados, que ellos dos últimos se hayan dado una vez a la semana durante los últimos tres meses y que la autoevaluación esté indebidamente influida por la constitución y el peso, se clasificaría como **Bulimia nerviosa de gravedad leve**.

### **Apego**

Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R en el cual se obtuvo puntaje T de 30.8 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determina que el estilo de apego de B.G es del tipo Inseguro. Respecto a las subescalas, se obtuvo un puntaje T de 76.3 en el factor de preocupación familiar y de 61.0 en el factor de interferencia de los padres, dado que estos puntajes superan al de autosuficiencia y rencor hacia los padres se puede concluir que el estilo de apego que representa B.G es de **tipo inseguro-preocupado**. Este estilo de apego se caracteriza por mostrar sentimientos de rechazo y/o carencia emocional por lo que se realiza descripciones negativas de las experiencias pasadas y la relación con los padres o cuidadores se caracteriza por ser deficitaria en el soporte parental, insensible y abusiva o indiferente, por lo tanto, esto provoca que la persona se preocupe por las relaciones familiares y con dificultades para separarse de sus seres queridos, temiendo ser abandonados. Las personas que muestran este estilo de apego describen a sus padres o cuidadores como controladores, sobreprotectores y demandantes, declaran sentir rabia y resentimiento hacia ellos, por lo que suelen tener relaciones ambivalentes con dichas figuras de apego.

B.G indica que, en su primera infancia, sus padres en especial su madre, se mostraba atemorizante respecto a las normas para cumplir en casa y paralelamente a esto sintió la ausencia de su padre; aunque su relación con el mismo era positiva, viajaba bastante por trabajo ya que se dedicaban al comercio y debido al fallecimiento posterior de sus padres, su hermana mayor tomó responsabilidades. La relación ambivalente con sus padres, una más positiva que la otra que indica durante la entrevista es coincidente con el estilo de apego inseguro-preocupado, estilo que justamente se caracteriza por una disrupción hacia cómo debería sentirse respecto a sus padres, expresando rechazo pero a su vez dependiendo emocionalmente de ellos, en este caso dependiendo de su recuerdo; esto, pudo haberse acrecentado por la buena representación de figura de apoyo que resultó su hermana al hacerse cargo de ella en contraposición a su fallida relación de pareja.

## **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 17 puntos para el área de Reevaluación cognitiva y de 21 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que B.G presenta una **reevaluación cognitiva baja y supresión emocional alta.**

Esto quiere decir que, ante los estados de crisis, no es posible modificar los pensamientos que generan emociones negativas, sin embargo, mediante la supresión emocional alta se inhibe la respuesta y con ello la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional y se relaciona con el afecto negativo.

Contrastando esta información con la obtenida de la entrevista a profundidad se encuentra que en relación a la reevaluación cognitiva destaca la falta de control emocional y la dificultad para enfrentarse al problema asertivamente *“trato de ser positiva y eso, pero la verdad creo que no funciona, siento que me ahogo, la verdad hay días que me pongo mal y que no puedo más y otros que estoy mejor quiero pensar que estoy mejor pero nunca termina”*.

Así mismo, se muestra la sucesión emocional pues en todo momento intenta expresar más emociones positivas y evita hablar de las negativas, logrando expresarse únicamente con sus amigos actuales; siempre y cuando, no hablen de comida, ya que al tocar ese tema sus amigos buscan aconsejarle al respecto, situación que intenta evitar por todo el choque emocional que involucra.

## **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se obtuvo un puntaje de 65 puntos, se pudo determinar que B.G **presenta alexitimia** dado que el puntaje se encuentra por encima del rango de 52 a 60 puntos.

Esto quiere decir que existe una cierta deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben la formación de representaciones mentales correctas. Sin embargo, los problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales y la dificultad para expresar propios sentimientos no son tan notorios como la identificación de sentimientos de otras personas, una vida

de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo, por lo que son estas últimas características las que indican la posibilidad de alexitimia.

En lo que a la diferenciación de los sentimientos y las sensaciones corporales respecta B.G al momento de acudir a atracones se le dificulta identificar, esto debido alguna alteración emocional, si llega a percibirlo de esa manera, su reacción será evitar estas emociones, por lo que dice que se queda en blanco al momento que se da el atracón o la purga “*es como un blanco total, luego ya me pongo a llorar*”.

### **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover B.G presenta rasgos de **dependencia** (senos grandes, cinturón y trazo circular), **agresividad** (cejas muy acentuadas, orificios de la nariz marcados y presión fuerte), **infantilismo e inmadurez** (botones), **obsesión** (tratamiento detallado) y de **neuroticismo** (borraduras, líneas reforzadas e indecisas).

Primordialmente para B.G se acentúan rasgos dependientes que se caracterizan por excesiva y generalizada necesidad de ser cuidado, que conduce a una conducta sumisa y el miedo a ser abandonada. Por lo que, se percibe a sí misma como inadecuada y desvalida, por ello, incapaz de enfrentarse a las dificultades sola, bajo el concepto de que el mundo es un lugar frío y solitario.

### **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber que tanto influyen los modelos estéticos corporales en su vida, se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 48 lo que significa que el nivel de influencia de los modelos estéticos corporales en B.G es **moderada-alta** en todas las dimensiones, como lo son el malestar con la imagen corporal, la influencia del modelo estético comúnmente adjudicado a nivel social, así como también la influencia de las relaciones sociales y las publicidades; este estereotipo de cuerpo “ideal” construido social y mediáticamente influye en la persona al punto de ser este el modelo por el cual se debe aspirar a tener.

De acuerdo a la entrevista, esto se correlaciona estrechamente, puesto que ante el constructo de belleza considera “*es algo que es así y ya, en mi caso verme lo mejor que pueda*”. Este ideal es más fuerte que el que influye en las relaciones sociales y redes.

## VI. DISCUSIÓN

El inicio de su restricción alimentaria se dio a los 15 años, un año después del fallecimiento de sus padres, tras un duelo inconcluso, pudo haber supuesto un desencadenante para B.G respecto a su TCA; sin embargo, para llegar a tal punto existen diversos factores que podrían derivar al surgimiento de la restricción alimenticia en su adolescencia.

Previo a su nacimiento, su madre tuvo diversos problemas para poder tener un buen embarazo, tuvo constantes abortos hasta que finalmente nació B.G en el yugo de dos padres, de altas ocupaciones, por ello, B.G se crio siendo bastante dependiente de su hermana, como si de su madre se tratara. Respecto a la madre se sabe, cómo se expuso previamente, fue estricta y no daba demasiado lugar a los afectos, cosa que dista del padre. Aquí se encuentra una ambivalencia en la percepción de B.G entre un progenitor y otro, lo cual dio lugar a su estilo de apego preocupado, y que se caracteriza por la ambivalencia entre haber tenido malas experiencias con los padres y a su vez esperar afecto de ellos. En este caso en particular B.G perdió a sus padres en la adolescencia y al hacerse cargo su hermana de las responsabilidades adjudicadas a los padres, para BG ella se constituirá como su nueva figura de apoyo dónde B.G con una personalidad dependiente se aferró hacia la misma, hasta el día de hoy, idealizando y evitando ver las cosas malas en ella que cualquier persona pudiera tener.

Tomando en consideración lo previamente expuesto, consideramos como “ambivalente” el expresar emociones o sentimientos contrapuestos, lo cual, frecuentemente genera angustia. Por eso, en el caso de un apego inseguro-preocupado la niña no confía en sus cuidadores y tiene una sensación constante de inseguridad, de que a veces sus cuidadores están y otras veces no están, lo constante en los cuidadores es la inconsistencia en las conductas de cuidado y seguridad.

En lo que se refiere al apego, la naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su desarrollo es de fundamental significado en el futuro de la salud mental de la persona, ya que las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar graves alteraciones en el crecimiento (Sánchez, Robles, & Zarza, 2012).

Según Bowlby, la ausencia de ese lazo madre-hijo se le denomina privación materna, término que puede adaptarse a la situación de B.G pues si bien su madre está presente físicamente, ésta es incapaz de proporcionarle el cuidado amoroso que necesita, y en caso de la posterior ausencia

también física de ambos progenitores, la falta puede proseguir si la madre sustituta es inadecuada para la niña.

Por ello, todo lo relativo al apego podría ser un factor importante para el desarrollo del TCA; como lo explica Cava (2014), el estilo de apego que se viva durante la infancia, si bien no es determinante; es esencial para conformar las futuras características de personalidad y repercutirá en el desarrollo emocional.

Esto último se evidencia en las respuestas emocionales que posee con una regulación emocional baja que catapulta sus síntomas y da pie a una alexitimia que no permite que se relacione con muchas personas y conecte su bajo control emocional con la alimentación como mecanismo de defensa. Y, por lo tanto, si bien la individualización y separación es necesaria entre la madre y la hija, cuando la separación no se ha procesado de forma pertinente, puede provocar tal ansiedad que se incurra en la realización de acciones inadecuadas. (Cava, 2014)

Como mencionaba Cava (2014) este tipo de característica pueden ser parte de la formación de su personalidad, en la cual destaca la dependencia, agresividad y neuroticismo entre otros. El último de estos se caracteriza por la ansiedad, elemento crucial para B.G y que está muy interrelacionada con las características de la Bulimia como la que aqueja en los pensamientos intrusivos que la llevan a tener atracones y posteriores purgas, así mismo, se evidencia la personalidad dependiente, por lo visto previamente en relación a su hermana.

Consecuentemente, las características mencionadas afectan no solo al punto de ser un posible detonante para adquirir tal enfermedad desde muy joven, sino también a la manera en la que se relaciona con su entorno, incide en sus relaciones amorosas, como le sucedió al salir de una relación tormentosa recientemente.

Así, después de lo mencionado, encontramos que para B.G el elemento principal no fueron los modelos estéticos corporales, al menos no como detonante; sin embargo, sí como factor de mantenimiento, y a razón de dar cierto motivo, explicación o excusa que motive el no alimentarse o expulsar la comida con la intención de bajar de peso y son variables que ayudan a este proceso.

## VII. CONCLUSIÓN

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada se puede concluir que B.G presenta un estilo de apego inseguro-preocupado, una regulación emocional con ejes de reevaluación cognitiva baja y supresión emocional alta. También, presenta alexitimia y rasgos de personalidad de dependencia, neuroticismo y agresividad; además de una influencia moderada alta de modelos estéticos corporales.

Estos factores psicológicos, algunos más que otros, están asociados al trastorno de conducta alimentaria que padece B.G, destacando particularmente en este caso el fallecimiento de sus padres como elemento traumático, basados en una relación de inseguridad que ya se vivía previamente en el yugo familiar, que dio lugar al tipo de apego que presenta, como resultado tiene una personalidad dominada por la baja tolerancia a la frustración y a la búsqueda de control a través del cuerpo lo que la lleva a conductas características de la Bulimia.

## CASO NRO 5

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** F.F

**Fecha de nacimiento:** 23-02-2004 (22 años)

**Lugar de nacimiento:** Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Universidad en curso

**Ocupación:** Estudiante de fisioterapia

**Nro. De hijo:** Hija menor (2do)

**Cantidad de hermanos:** 1

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

F.F es una joven de 18 años proveniente de la ciudad de Tarija-Bolivia, que actualmente se encuentra cursando su primer año universitario. Atraviesa por trastornos de la conducta alimentaria desde sus 16 años hasta la actualidad y si bien la preocupación por su peso inicia según se estima alrededor de los 12 años, no es hasta los 16 que alecciona con el descenso de peso en coincidencia con el inicio de la pandemia por covid-19 *“siempre hacia dietas y esas cosas, pero en la pandemia como que sentía que me iba engordando porque ya ni siquiera caminaba, cuestión que ya dejé de comer cada vez menos y menos”*, de esa manera siguió. También, acudió múltiples veces a la ingesta descontrolada de alimentos y comportamientos compensatorios, que hoy en día siguen estando presentes.

A principios del año 2021, F.F llegó a pesar 40 kg midiendo 1.59 m momento en el que, ante la intervención constante de su madre, se obligó a subir de peso sin estar convencida de ello *“el problema fue que yo nunca me llegué a sentir bien comiendo lo que comía antes y bueno ahí empezaron las culpas”*, de esa manera es que a tiempo de realizar la entrevista se indica que pesa 48 kg, aunque proporcional a esto los comportamientos compensatorios se incrementaron, además indica sus dietas como *“sanas”* y su preocupación por el peso es permanente.

### **III. HISTORIA DE VIDA**

F.F nació un 23 de febrero del 2004, fruto de un embarazo planificado, y a través de cesárea faltando apenas una semana para los 9 meses y sin complicaciones en el parto. La lactancia se realizó sin problemas y el proceso de destete fue al cumplir el año, que si bien al inicio se complicó en la adaptación, finalmente lo logró sin inconvenientes. Cabe recalcar que tuvo antecedentes de familiares con diagnósticos de depresión.

A medida que se dio su crecimiento se denotaba como una niña poco sociable a quien no le gustaba estar con otros, a pesar de ello, la transición a la escuela no fue una dificultad importante pues indica que quería ir al colegio rápidamente *“quería ir al colegio rápido porque veía en la tele lo que iban al colegio y yo quería ir igual”*, de esa manera pasaron los años, sin mayores problemas en la escuela a nivel académico, indicando que en la pubertad es que comienza la preocupación por todo lo referente al peso, imagen y forma, hasta llegar al momento en el que se encuentra ahora.

#### **Dinámica familiar**

La familia cercana de F.F está conformada por su padre, madre, hermana y abuelo, de los cuales se describe con la mejor relación con ella la de su abuelo en la infancia *“De niña si hablaba con mi abuelo, pero ahora ya está muy mayor y no se puede mucho”*, en un contraste importante se denota una posición de rencor hacia los padres a quienes describe como *“indiferentes (...) no siento que me apoyen, más están pendientes de mi hermana, de lo que hace”*, lo mismo siente con su hermana, con quien tiene una relación de lejanía *“no es que peleemos o algo así simplemente no nos llevamos, ella hace sus cosas y yo las mías, de niña si me gustaba estar con ella y ella también me prestaba atención, ahora es como si no existiera para ella”*. Por su parte, se muestra una relación poco conflictiva entre sus padres, aunque desde la perspectiva de F.F alejada de su persona.

#### **Ámbito social**

Durante su crecimiento F.F se mostró como una niña bastante retraída, sin estar particularmente allegada a las relaciones sociales. Hoy en día, tiene dos amigos que conserva desde el colegio *“los aprecio mucho y agradezco que estén conmigo”*, los mismos que representan su figura de apoyo de la cual carece en el círculo familiar. Por otro lado, en cuanto a relaciones de pareja resulta un

poco más complicado, puesto que si bien estaba en pareja, la relación concluyó hace 3 meses debido a lo que indica como una infidelidad *“ya estábamos juntos 3 años era mi compañero, yo pensaba que él nunca me haría algo así, pero como una tonta caí, le pille con una compañera igual del colegio”*, esta separación supondría un quiebre para F.F mostrando su afectación de manera importante *“Me destruyó por completo, como puede ser tan cruel yo lo amaba mucho”*.

#### **IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS**

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

#### **V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Al inicio se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDEQ) a partir del cual se hizo análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días, en este instrumento se obtuvo una puntuación total de 6 que de acuerdo al punto de corte del test de 4 puntos, representaría significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria con mayor predominancia en la preocupación por la forma, preocupación por el peso y por la alimentación con 6 puntos en cada sub escala respectiva.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que existieron episodios de tipo purgativo como lo es el vómito autoprovoado 6 veces en los últimos 28 días, uso de laxantes 3 veces, y prácticas de ejercicios de forma compulsiva 10 veces en el último mes. Por otro lado, con el peso indicado de 48 kg y 1.59 m se obtendría un índice de masa corporal de 18 kg/m<sup>2</sup>.

Por tanto, de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V para Trastornos de Conducta Alimentaria que indican: Episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados, que los últimos dos se hayan dado una vez a la semana durante los últimos tres meses y que la autoevaluación esté indebidamente influida por la constitución y el

peso; se clasificaría dentro de los trastornos de conducta alimentaria como **Bulimia Nerviosa de gravedad moderada.**

### **Apego**

Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R en el cual se obtuvo puntaje T de 10.2 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determinaría que el estilo de apego de F.F es del tipo Inseguro. Particularmente, se obtuvo un puntaje T de 86.3 en el factor de Permisividad parental y de 60.7 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, dado que estos puntajes superan al de interferencia de los padres de 50 se puede concluir que el estilo de apego que representa F.F es de **tipo inseguro-evitativo** con leves tendencias desorganizativas dado el puntaje T de 64.2 en traumatismo infantil. Este estilo de apego se caracteriza por reflejar posturas defensivas en referencia a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver problemas definiéndose a sí mismos como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones y sus relaciones del pasado y presente se definen como restrictivas y en la mayoría de los casos, los recuerdos infantiles han sido olvidados; así mismo, se remite a los recuerdos de haber padecido una falta de límites y guía parental en el crecimiento.

De este modo, en la entrevista F.F recalca su crianza como “*indiferente*” y que, si bien hubo la presencia de ambos padres, no veía un afecto parental de su parte y más bien siente que siempre tuvieron “*preferencia*” por su hermana, además que siete que creció con muchas críticas de parte de sus progenitores, en especial de parte de su padre.

### **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 11 puntos para el área de Reevaluación cognitiva y de 18 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que F.F presenta una **reevaluación cognitiva baja** y una **supresión emocional alta.**

Por lo que, ante los estados de crisis podría tener dificultades para la modificación del proceso en el que surge la emoción de manera que no es posible hacer un cambio en el impacto que tendrá esta emoción en el individuo, lo cual se muestra al relatar faltas de control emocional absolutos que se redirigen hacia sí misma. Como resultado, la respuesta se da mediante la supresión

emocional inhibiendo la respuesta y con ello la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional y también se relaciona con el afecto negativo y la depresión.

### **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) donde se obtuvo un puntaje de 73 puntos se pudo determinar que F.F **presenta Alexitimia** dado que el puntaje es considerablemente superior a 61 puntos.

Esto querría decir que tiene deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas, lo cual se corrobora en la dificultad que tiene a lo largo del trabajo con ella para relatar sus emociones o sentimientos. De igual forma, la alexitimia se caracteriza por problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, cosa que no se ha notado claramente, es más, tiene momentos en los cuales diferencia claramente dolores físicos de emocionales.

Por último, si presenta la dificultad para expresar propios sentimientos o de otras personas, una vida de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo, en especial a lo referido a la estética de su cuerpo, rumiando permanentemente sobre ello.

### **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover F.F presenta indicadores de **tímidez** (dedos en forma de pétalos) **impulsividad** (trazos cortos), **obsesivos-compulsivos** (tratamiento detallado de la figura), **neuroticismo** (borraduras y símbolo de reloj), indicador de **inseguridad** (cinturón).

Estos rasgos más destacables proyectados a través del dibujo reflejan primordialmente inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, falta de confianza en el entorno social mostrándose como una persona retraída a la que le cuesta socializar. También, se caracteriza por tener una personalidad impulsiva caracterizada por la reacción rápida, inesperada y desmedida ante cualquier situación. Aspectos como el retraimiento social son claros y reconocibles en F.F, así como también los rasgos impulsivos se ven reflejados en las acciones de atracción y purga, la inseguridad es correlativa a su

estilo de apego y por último demuestra el neuroticismo a través de lenguaje no verbal y relatos que denotan ansiedad.

### **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber qué tanto influyen los modelos estéticos corporales, se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 60, lo que significa que el nivel de **influencia de los modelos estéticos corporales es alta** en especial en las dimensiones del malestar con la imagen corporal, e influencia del modelo estético construido en lo social, así como también la influencia de las relaciones sociales; este estereotipo de cuerpo “ideal” construido social y mediáticamente influye en la persona al punto de ser éste el modelo por el cual se debe aspirar a tener.

Cuando F.F habla de su cuerpo frente a un espejo, refleja su profunda angustia con su imagen “*Ya no quiero se esa persona, quisiera ponerme en el cuerpo de alguien más*”, teniendo como concepto general y aceptado en su mente que la belleza es “*ser proporcional, flaca, alta bonita*”, en consecuencia, al comparar su propio cuerpo con el resto indica “*entro en conflicto y me pregunto como lo hacen*” haciendo referencia a que ella no está así. Y en cambio, al referirse a lo que creen de la imagen su círculo cercano como ser sus amigos, indica que no les presenta atención a esas cosas, lo que revelaría que la influencia de F.F a los modelos estéticos corporales viene más de lo impuesto por la sociedad como un “cuerpo bello”.

## **VI. DISCUSIÓN**

F.F lleva dos años con conductas asociadas a trastornos de conducta alimentaria, de acuerdo al test aplicado, se encuentra atravesando por bulimia nerviosa. La preocupación sobre su peso inicia a los 12 años, sin embargo, no acude a conductas purgatorias hasta los 16 años; actualmente tiene 18 años y lleva dos años en esta situación. En función al resto de los objetivos planteados encontramos que desde pequeña fue una niña bastante perfeccionista, buena alumna, que deseo ir a la escuela desde pequeña.

Este es un aspecto de gran relevancia a la hora de hablar de TCA, como bien lo propone Bardone (2010) en la revista, *Personalidad y diferencias individuales*, se encontró que los perfeccionistas tienen muchas más probabilidades de desarrollar bulimia y que el perfeccionismo puede conducir a un aumento de la enfermedad a medida que pasa el tiempo.

Pues visto desde esa óptica, F.F habría constituido el síntoma más angustiante del perfeccionismo en la purga, lo cual surge del deseo de deshacerse del exceso de alimentos indeseables, pero sobre todo se convierte en una forma de apaciguar la incomodidad física y psicológica de comer ciertos alimentos “prohibidos” o consumir “demás”.

Hewitt, Flett & Mikail (2017) confirman esta teoría planteando que las personas perfeccionistas son obsesivas y quieren tener todo siempre bajo control, teniendo muchas dificultades para disfrutar del día a día, pues siempre están obsesionados con la perfección.

Este es un rasgo de personalidad que de acuerdo a los indicadores del test aplicados son coincidentes a las características relacionadas con la obsesión y compulsión que se indican, y reforzando aquello F.F indica que durante la pandemia dicha personalidad obsesiva se acrecentó, elevando sus niveles de ansiedad tanto por no poder salir como por las características de la misma, existiendo un alto riesgo sanitario, y por consecuente adoptó conductas compulsivas, hecho que se vio reflejado en la profundización y recaída en los síntomas del TCA.

Por su parte, se denota cierto rencor al hablar de sus padres y hermana; hasta el día de hoy la relación con la última es inestable. Las constantes comparaciones de igual manera con su hermana son aspectos de la crianza que lastimaron en su persona, lo cual pudo hacer que en su etapa adulta tenga fuertes inclinaciones para compararse con su entorno, en este caso aplicado a la forma del cuerpo.

Como se vio previamente, con un estilo de apego adulto evitativo, además de dar una razón por la cual la crianza influye significativamente en el afrontamiento de los problemas, sentimientos y emociones, se puede evidenciar también en las dificultades que muestra con su pareja, mostrando inseguridad y un reflejo de su bajo nivel de confianza en el resto de las personas.

Todas estas variables guardan una estrecha relación en por qué ciertas personas podrían tener una predisposición a no solo desarrollar síntomas de TCA si no también llegar a hacer de estos un problema crónico.

## **VII. CONCLUSIÓN**

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada se puede concluir que F.F presenta un estilo de apego inseguro-evitativo, una regulación emocional con ejes de

reevaluación cognitiva baja y supresión emocional alta, presenta alexitimia y rasgos de personalidad de impulsividad, inmadurez, obsesión y por último influencia alta de modelos estéticos corporales. Estos factores psicológicos, algunos más que otros, están asociados al trastorno de conducta alimentaria que padece F.F, destacando particularmente en este caso la constante comparación entre sus pares, que surge desde el núcleo familiar, hasta sus relaciones sociales a raíz a su vez de la personalidad que muestra. Dicho aquello, se concluye que las variables analizadas están asociadas al TCA de F.F, especialmente aquella que se refiere a la personalidad, el apego y apoyado por los modelos estéticos corporales.

## CASO NRO 6

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** C.B

**Fecha de nacimiento:** 14-09-1999

**Lugar de nacimiento:** Cercado-Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Secundaria completa

**Ocupación:** Emprendimiento

**Nro. De hijo:** hija menor (4ta)

**Cantidad de hermanos:** 3

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

C.B es una joven de 22 años natural de la ciudad de Tarija y de ocupación independiente que actualmente se encuentra atravesando por un trastorno de conducta alimentaria. Tiene su inicio en la adolescencia mediante el incremento progresivo de una preocupación por su peso, inculcado por el hecho de que uno de sus hermanos mayores tenía sobrepeso por lo cual describe *“mi hermano como decía lo molestaban por su peso en el colegio, él tampoco hacía ni hace nada para bajar de peso y por eso lo molestaba, yo no quería que eso me pase a mí”*, en conjunto al desarrollo de su cuerpo tras la pubertad es que comenzó a hacer dietas, restringir la alimentación y hacer uso de suplementos como *“Herbalife”*, periódicamente fue progresando el decremento de ingesta alimentaria y ejercicio físico compulsivo, hasta el punto en el que se encuentra actualmente con un peso de 48 kg y 1.65 m de estatura otorgando un índice de masa corporal de 17 kg/m<sup>2</sup>, el cual se describe como infra peso. Así mismo se denota una falta de conciencia de enfermedad latente y dismorfia visual, percibiendo su cuerpo con características más robustas.

### III. HISTORIA DE VIDA

C.B nació un 14 de septiembre del año 1999 en la ciudad de Tarija bajo el yugo de una pareja con una madre de 27 años y un padre de 35 años, los mismos que ya tenían un hijo, se enteraron del

nuevo e inesperado embarazo. Tras el nacimiento, a pesar de las complicaciones en el parto, no hubo problemas de salud posteriores, así mismo se destaca que no lactó del pecho de la madre.

Al crecer, la niña se mostró con una actitud de extraversión sin problemas para hacer amistades, ni hacer la transición al colegio. Posteriormente su vida escolar pasó con normalidad a pesar de haber tenido algunos problemas en la asignatura de matemáticas, pudo aprobar cada materia que iba transcurriendo. Es en la adolescencia inicia su preocupación por el peso, la constante comparación de su imagen con el entorno que provoca un declive en su peso como se menciona previamente.

### **Dinámica familiar**

C.B proviene de una familia conformada por su padre, madre y 3 hermanos mayores, siendo ella la única mujer entre los hijos, así como la menor entre estos. Previo a su nacimiento se refiere de acuerdo a la percepción de los hermanos un mal clima dentro de la familia *“dice que peleaban mucho incluso cuando estaba embarazada”*, así mismo durante el crecimiento la relación con sus padres la describe como *“inexistente”*, en un entorno de deficiencia económica la violencia mutua entre los padres era una constante y C.B indica que debido a ello la atención estaba dirigida a estas situaciones más que a ella. Posteriormente los padres se divorciaron *“yo estaba feliz con eso pensé que de alguna manera eso iba a ser bueno para todos, pero resulta que solo sirvió para que mi mamá me reproche que mi padre la había dejado por mi culpa”*. Tras el divorcio y haberse quedado bajo el cuidado de su madre la relación con la misma fue conflictiva. Todas estas situaciones generaron que al cumplir 18, C.B decidiera independizarse con la ayuda de su tía.

Por otra parte, la relación con sus hermanos fue distanciada *“No nos llevamos mucho, solo un poco más con el mayor, los otros dos no mucho, como te decía no tenemos nada en común, yo no era parte de esa familia realmente y ellos sí, así que imaginarás que todo era para ellos y tampoco me defendían, ni decían nada”*. También menciona una percepción en la que sus hermanos tenían cierto favoritismo por lo que ella se pudiera sentir excluida de su familia.

### **Ámbito social**

En referencia a las relaciones sociales, C.B se describe como una persona de gran sociabilidad, aunque hace una diferenciación sobre quienes son amigos cercanos y otros como *“conocidos”*, por los mismo, destaca *“me llevaba bien con todos en el curso y querían hablar conmigo”*,

comenta que dichas relaciones se debilitaron con el tiempo y si bien a día de hoy no cuenta con esa sociabilidad si tiene algún grupo de amigos que frecuenta.

En cuestiones sentimentales C.B indica que actualmente se encuentra en pareja y que dicha relación no presenta grandes problemas, a pesar de denotar algunas peleas *“siempre hay problemas como en toda pareja que a veces se pelea por cualquier cosita, pero no es nada importante, confiamos el uno con el otro”*.

#### **IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS**

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

#### **V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Inicialmente, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDEQ) mediante el cual se pudo corroborar su diagnóstico y hacer un análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días. El instrumento arrojó una puntuación total de 4 que, de acuerdo al punto de corte del test de 4 puntos, representa significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria con mayor predominancia en la subescala de restricción alimentaria y preocupación por la alimentación cada uno de ellos con 5 puntos en sus sub escalas respectivas.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que existieron actitudes compensatorias purgativas a través del ejercicio compulsivo con la intención de modificar la forma, peso y grasa corporal con una cantidad de 20 veces en los últimos 28 días. Por otra parte, teniendo en consideración un peso indicado de 48 kg y 1.65 m de altura, lo cual da un índice de masa corporal de 17 kg/m<sup>2</sup>, a esto se añade que presenta interrupción continua de 2 meses en la menstruación.

Es así que, de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V para Trastornos de Conducta Alimentaria que indican que hay restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, miedo intenso a ganar peso o engordar y alteración en la forma que uno percibe su propio peso y constitución, además de un índice de masa corporal por debajo del recomendado; por lo tanto, se clasificaría como Anorexia Nerviosa de tipo purgativa y de gravedad leve.

### **Apego**

Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R en el cual se obtuvo un puntaje T de 23.1 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determina que el estilo de apego de C.B es del tipo Inseguro. Para ser específicos, se obtuvo un puntaje T de 81.4 en el factor de Permisividad parental y de 79.9 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, dado que estos puntajes superan el puntaje del factor de interferencia de los padre y preocupación familiar, se puede concluir que el estilo de apego que representa C.B es de **tipo inseguro-evitativo** con altas tendencias desorganizativas dado el puntaje T de 94.9 en el factor de traumatismo infantil. Este estilo de apego se caracteriza por reflejar posturas defensivas en referencia a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver problemas definiéndose a sí mismos como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones y sus relaciones del pasado y presente se definen como restrictivas y en la mayoría de los casos los recuerdos infantiles han sido olvidados, así mismo, remite a los recuerdos de haber padecido una falta de límites y guía parental en el crecimiento.

En contraste, se evidencia con la entrevista que su crianza fue permisiva y si bien los padres estuvieron presentes, no percibió afecto de su parte *“si están presentes, pero no siento que me apoyen, están más pendientes de lo que hace mi hermana”* y siente que su relación se fue haciendo distante a medida que fue creciendo *“era mejor de niña, ya fui creciendo y sentí que me fueron dejando de lado y me hacían comentarios feos, sobre todo mi papá nada era suficiente para él”*.

### **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 28 puntos para el área de Reevaluación cognitiva y de 5 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que Y.R presenta una **reevaluación cognitiva media** y un a **supresión emocional baja**.

Esto quiere decir que ante los estados de crisis se intenta modificar en cierta medida los pensamientos que generan emociones negativas, sin embargo, estas medidas no tienen éxito o no están correctamente enfocadas. A su vez, mediante la supresión emocional baja, se muestra una gran expansión al momento de expresar sus emociones, dejándolas salir libremente, en expresiones de llanto o agresividad “*me enoja mucho conmigo misma*”, ya sea consigo misma o con su entorno.

### **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) se obtuvo un puntaje de 44 puntos, por lo que, se pudo determinar que C.B indica **ausencia de alexitimia** dado que el puntaje se encuentra en un rango menor a 51.

Esto quiere decir, que no tiene dificultades en la experiencia de emociones y cogniciones que inhiben la formación de representaciones mentales correctas, ni problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, en la entrevista esto se comprueba puesto indica que no tiene dificultades en identificar sus propias emociones, ni se denota que exista confusión entre lo somático y lo emocional.

La ausencia de alexitimia también implicaría que puede identificar los sentimientos de otras personas y un estilo cognitivo orientado tanto a los intereses externos como internos, sin embargo, de acuerdo a la entrevista realizada C.B indica que no comprende muy bien las emociones externas y ante una emoción fuerte refiere “*trato de pensar en otras cosas, si ya me enoja mucho soy de golpear cosas*”. Entonces, esto muestra que, si bien no llega a presentar alexitimia, si tiene problemas emocionales que, si bien no son absolutos, parecen incrementarse a medida que aumenta la gravedad del trastorno.

### **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover C.B presenta rasgos de **agresividad** (presión fuerte y manos sin dedos), **inmadurez y egocentrismo** (ojo vacío), **inseguridad** (cinturón), **obsesión** (tratamiento detallado de la figura, arrugas en la ropa), **infantilismo e inmadurez** (ojo vacío), **dependencia** (senos grandes, trazo circular), **paranoia** (ojo sombreado), **narcisismo** (cabeza grande).

Estos rasgos más destacables proyectados a través del dibujo reflejan primordialmente a través de tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a reacciones emocionales muy intensas manifestadas en agresividad. Además, se denota inmadurez, lo cual significa una baja tolerancia a la frustración, el deseo del placer inmediato, inestabilidad emocional, poca responsabilidad, desconocimiento de uno mismo. Con el rasgo obsesivo y narcisismo se refleja la búsqueda incesante de perfeccionismo y atención de quienes le rodean.

### **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber que tanto influyen los modelos estéticos corporales se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 69 lo que significa que el nivel de **influencia de los modelos estéticos corporales en C.B es alta** en referencia al malestar con la imagen corporal, la influencia del modelo estético impulsado por lo social y cultural, así como también la influencia de las relaciones interpersonales y las publicidades; este estereotipo de cuerpo “ideal” construido social y mediáticamente influye en la persona al punto de ser este el modelo por el cual se debe aspirar a tener.

Durante la entrevista realizada a C.B, hay una fuerte inclinación a la afectación que le provoca la estética que es socialmente aceptada desde su consideración, por lo que su ideal es una mujer *“delgada, modelos de pasarela, de piel siempre perfecta”*, lo que dista de su percepción de sí misma *“Me veo a mí y todo lo que tendría que cambiar, mis piernas gordas, mis brazos flácidos, mi cara ancha, eso veo”*. Y también le causa conflicto tener en su familia a una persona con obesidad, poniéndolo como referencia en todo momento al expresar sus intenciones de bajar de peso.

## **VI. DISCUSIÓN**

C.B inició con los problemas de alimentación desde la adolescencia, actualmente después de 2 años continúa teniendo conflictos relativos. De acuerdo a los objetivos planteados se encontró que actualmente está atravesando por una anorexia de tipo restrictiva. Los orígenes de su preocupación por el peso y su aspecto físico se remontan desde su niñez, momento en el que la influencia de los modelos estéticos corporales tuvo su pico, pues como se inició previamente haciendo referencia a los inicios en su preocupación por el peso.

Dicho aquello es importante destacar la edad en la que se originan los inicios de las actitudes y conductas del trastorno, siendo esta la adolescencia. Como bien lo indica Enríquez & Quintana (2016):

La adolescencia es una fase de la vida crítica, ya que en estas edades la apariencia física es uno de las tópicos de mayor inquietud y está determinada tanto por factores internos, externos, como por el género y por las normas de belleza de la sociedad. Por lo tanto, la imagen corporal en la etapa de la adolescencia es de trascendental importancia por los cambios que se producen durante esta etapa, es entonces que pueden presentarse alteraciones psicológicas como la insatisfacción o distorsión corporal. (p. 177)

Por su parte también, C.B se describe a sí misma como una persona muy sociable y abierta a tener amistades; por lo tanto, la importancia del cuerpo fue una prioridad ante la constante comparación de su aspecto con el de sus contemporáneos, hecho que como se menciona está muy presente en dichas edades.

A considerar, además, un elemento fundamental es su posición en la familia respecto a sus hermanos, siendo C.B la cuarta hija y única mujer con 3 hermanos hombres mayores, y con quienes no tiene una buena relación. Uno de sus hermanos tenía sobrepeso, pues en su casa se tendía a comer mucho, cosa que a ella le disgustaba en demasía a consecuencia del acoso escolar que sufría en la escuela y del cual C.B era testigo.

Teniendo esto en consideración se hace hincapié en que, el haber tenido sobrepeso en el pasado o tener a personas con estas características en el entorno, son factores de riesgo para desarrollar TCA (Salinas, s/f). En este caso en particular, ante la alta exposición hacia la comida de su familia, tuvo en ella el efecto contrario, sumado al acoso que sufría su hermano, asociándose directamente a la comida, y generando así que por el contrario C.B la evite en su totalidad, evitando de tal manera las consecuencias que pudo evidenciar en su crecimiento.

Por su parte, otro factor concurrente en dicho crecimiento fueron las múltiples peleas entre sus padres, que culminaron en un divorcio. Dadas estas circunstancias y las previamente mencionadas dan una resolución del porque actualmente presenta un estilo de apego evitativo, impulsadas por las peleas de sus padres. C.B indica que ha sentido indiferencia de parte de sus allegados, resultando en independencia desde temprana edad y que se mantuvo con el paso del tiempo.

Por su parte, como se pudo observar en el acápite de resultados, los rasgos de personalidad más relevantes en C.B son los de agresividad y narcisismo, en relación a aquello y su presencia en trastornos de conducta alimentaria Winston (2016) refiere que:

A raíz de una relación de apego seguro, madre e hijo entran en un espacio psicológico creado por ellos que no se corresponde del todo con el de ninguno de los dos, ni tampoco ninguno controla. En este espacio se desarrolla el juego y la creatividad, donde se pueden crear nuevos significados. Pero este espacio potencial no se da en la relación narcisista de la hija con su madre, o bien se da, pero la niña puede tener que regresar de él defensivamente si la relación le llega a provocar sufrimiento psíquico abrumador. (p. 310)

Además, cita, en relación con su punto de vista, la teoría de la mentalización de Bateman y Fonagy, ya que con la mentalización se reconoce la mente del otro, se establecen relaciones de mutualidad, de reciprocidad, lo que no puede ocurrir desde el estado narcisista. Así como el juego es una actividad importante para la creación de la mentalización, también el acto de alimentar al hijo es una acción compartida que requiere sintonía y reconocimiento del otro por cada partícipe.

Dicho aquello, es también relevante el mencionar que no se dio la lactancia, por un desapego de la madre, en contraste con aquello posteriormente se daba una exigencia alta para que C.B coma la misma cantidad de comida que el resto de su familia, que en ocasiones era excesivo. Esta relación en el contexto de la alimentación, que desarrolla con su madre resulta problemática hasta años posteriores, reforzada por la diacronía que ella tenía de alimentarse en relación con el resto de su familia.

## **VII. CONCLUSIÓN**

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada, se puede concluir que C.B presenta un estilo de apego inseguro-evitativo, una regulación emocional con ejes de reevaluación cognitiva media y supresión emocional baja, muestra ausencia de alexitimia y rasgos de personalidad de agresividad, dependencia, obsesión, además de una influencia alta de modelos estéticos corporales. Estos factores psicológicos, algunos más que otros, están asociados al trastorno de conducta alimentaria que padece C.B, destacando particularmente en este caso la falta de figuras de apego en su infancia, el sentirse desplazada y distinta a su familia; esto en conjunto con su personalidad y fuerte influencia de los modelos estéticos corporales.

Dicho aquello, estos últimos elementos se consideran de relación considerable para la adquisición y mantención del TCA, teniendo más relevancia en ella el apego, la personalidad y los modelos estéticos y no así la expresión emocional. A diferencia de otros casos, lo que demuestra que la expresión emocional a simple vista no se le dificulta.

## CASO NRO 7

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** Y.R

**Fecha de nacimiento:** 03-04-1995

**Lugar de nacimiento:** Cercado-Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura

**Ocupación:** Médico General

**Nro. De hijo:** hija mayor (1ra)

**Cantidad de hermanos:** 1

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

Y.R es una joven adulta de 27 años, procedente de la ciudad de Tarija, de profesión médica que presenta características de trastorno de conducta alimentaria, haciendo hincapié en la preocupación por el peso, imagen y alimentación. Dicha preocupación inicia en una adolescencia temprana motivada por un contexto en el que la idealización del cuerpo delgado es de importancia *“en la adolescencia tú sabes que se crean grandes inseguridades a esa edad, nadie les dice a las niñas que su cuerpo está bien como está, que no necesitan la aprobación de nadie”* y más aún ella dedicándose a la danza recalca lo fundamental de tener un peso bajo en esos contextos, eso le llevó en su momento a restringir su alimentación cada vez más hasta que llegó a pesar alrededor de 40 kg midiendo poco menos de 1.58 m, sin ninguna conciencia de enfermedad. Actualmente, pesa 52 kg, sin embargo, presenta atracones y comportamientos compensatorios, principalmente haciendo uso de laxantes, diuréticos y ejercicio excesivo.

De igual manera sus hábitos se alteran ante el estrés. Durante su niñez y adolescencia practicó ballet, es entrada la adolescencia que la preocupación por el peso se incrementa y comienza con restricciones calóricas, evolucionando progresiva y rápidamente. En el ambiente en el que se encontraba se destaca el perfeccionismo y el tener un buen peso *“en el baile, es algo que se*

*recalcaba todo el tiempo*”, de modo que tanto esta alta exigencia, como los comentarios tanto de sus compañeras como de su maestra, fueron calando en su mente.

### **III. HISTORIA DE VIDA**

Y.R nació en la ciudad de Tarija en el yugo de una familia conformada por sus padres, abuela materna y una hermana menor, si bien sus padres no se encontraban casados cuando se supo que su madre estaba embarazada decidieron unirse en matrimonio posteriormente. Durante su crecimiento la preocupación y pensamientos intrusivos sobre la imagen corporal fueron una constante, la restricción alimentaria también fue parte de su adolescencia.

#### **Dinámica familiar**

Su familia se conforma por sus padres, abuela y hermana, durante la niñez las peleas eran un constante en la casa de Y.R *“Mis padres peleaban mucho y como hija mayor yo terminaba sosteniendo la familia como podía”*, en estas peleas indica, además, que era común ver a su padre bajo los efectos de bebidas alcohólicas que originaba conflictos y situaciones de violencia intrafamiliar, posteriormente tras muchas situaciones disruptivas llegaron a separarse y Y.R pasó a vivir con su madre. Adicionalmente, también hace referencia a la convivencia con su abuela a quien aprecia mucho y dice llevarse muy bien. Respecto a la relación con sus padres a día de hoy, indica que tienen una mejor convivencia, con su padre conversa de vez en cuando, aunque se habían distanciado durante mucho tiempo debido al problema de su progenitor con la dependencia al alcohol; a su madre la describe con un carácter difícil de tratar; sin embargo, destaca en todo momento la comprensión que le tiene por lo que tuvo que vivir con su padre en años anteriores y actualmente dice tener una mejor relación con ella. En referencia a su hermana, indica que debido a la diferencia de edad la relación entre ellas no es muy recurrente *“no llegamos o coincidir y conectar realmente cuando ella era un poco ya más grande para hablar con ella yo ya estaba en la universidad y pensando en otras cosas y ocupaciones”*.

#### **Ámbito social**

En lo que a relaciones sociales se refiere, estas no le dificultaron mucho durante su crecimiento, en la niñez y adolescencia tenía varias amigas de distintos ámbitos como en la escuela y clases de danza; sin embargo, a medida que creció y se concentró en su carrera universitaria estas relaciones se fueron debilitando *“Esta carrera es muy absorbente no te permite socializar con nadie más que*

*no esté en tu rubro la verdad, y si uno tenía amigos de otros lugares vas perdiendo el contacto”*. Así mismo, respecto a relaciones sentimentales, no tuvo mayores problemas para encontrar parejas cuando aún estaba en el colegio, cosa que al iniciar su carrera por falta de tiempo fue dejando. Actualmente nuevamente se encuentra en una relación con un colega de su rubro.

#### IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

#### V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Inicialmente, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q) mediante el cual se pudo corroborar su diagnóstico y hacer un análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días. Este instrumento arrojó una puntuación total de 5 que, de acuerdo al punto de corte del test de 4 puntos, representaría una significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria con mayor predominancia en la preocupación por la alimentación y restricción alimentaria, mostrando cada uno de ellos 5 puntos en sus respectivas subescalas.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que existieron episodios de atracón recurrentes con sensación de falta de control sobre la cantidad ingerida, 8 veces en los últimos 28 días y comportamientos compensatorios recurrentes de tipo purgativo como el vómito autoprovocado 1 vez, y el uso de laxantes y diuréticos 8 veces en los últimos 28 días.

Por lo tanto, de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V para Trastornos de Conducta Alimentaria que indican: Episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados, los dos últimos que se hayan dado una vez a la semana durante los últimos tres meses y que la autoevaluación esté indebidamente influida por la constitución y el peso se clasificaría; se clasifica como un periodo de **Bulimia Nerviosa de gravedad leve** dentro del espectro de trastorno de conducta alimentaria.

## **Apego**

Para la evaluación del apego se obtuvo puntaje T de 38.5 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determina que el estilo de apego de Y.R es del tipo Inseguro. Para ser específicos, se obtuvo un puntaje T de 74.9 en el factor de Interferencia parental y de 67.1 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, dado que el primer puntaje señalado supera puntajes superan al de autosuficiencia se puede concluir que el estilo de apego que representa Y.R es de **tipo inseguro-preocupado** con altas tendencias desorganizativas dado el puntaje T de 88.8 en traumatismo infantil.

Este estilo de apego se caracteriza por mostrar sentimientos de rechazo y/o carencia emocional por lo que se realiza descripciones negativas de las experiencias pasadas y la relación con los padres o cuidadores se caracteriza por ser deficitaria en el soporte parental, insensible y abusiva o indiferente por lo que continuamente el adolescente se está preocupando por las relaciones familiares, tiene dificultades para separarse de sus seres queridos y teme a ser abandonado. Las personas que muestran este estilo de apego describen a sus padres o cuidadores como controladores, sobreprotectores y demandantes, declaran sentir rabia y resentimiento hacia ellos, por lo que suelen tener relaciones ambivalentes con dichas figuras de apego.

Al conversar con Y.R se encuentra que en la primera infancia se dio un control de esfínteres. Posteriormente, durante su crecimiento, sus padres peleaban mucho en indica que no le mostraban afecto *“yo terminaba sosteniendo la familia como podía”* y a su vez nombra a sus padres como estrictos *“cuando no estaba peleando”*, lo cual denomina de manera despectiva, sin embargo, se muestra ambivalente al decir aquello por lo que contrarresta *“era buenos a su manera...solo falta que sean comprendidos”*, para concluir con que su relación actual como relativamente buena.

## **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 25 puntos para el área de Reevaluación cognitiva y de 19 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que Y.R presenta una **reevaluación cognitiva media** y un a **supresión emocional alta**.

Esto quiere decir que ante los estados de crisis se intenta modificar los pensamientos que generan emociones negativas, sin embargo, estas medidas no tienen éxito o no están correctamente

enfocadas, a su vez, mediante la supresión emocional alta se inhibe la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional relacionada con el afecto negativo y la depresión.

Al hablar con Y.R se puede notar la molestia de platicar de hechos emocionales y su manera de evitar emociones negativas realmente está en la supresión, evitando totalmente pensar siquiera en sentimientos o emociones. En la adolescencia, se expresaba mediante el baile según exterioriza y actualmente reprime completamente sus emociones.

### **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) del cual se obtuvo un puntaje de 60 puntos se pudo determinar que Y.R presenta una **posible Alexitimia** dado que el puntaje es superior a 61 puntos.

Esto quiere decir que existe una posible deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas caracterizándose por tener problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, a razón de esto último si bien Y.R identifica efectos somáticos como ansiedad, al cuestionar aspectos emocionales refiere únicamente a malestares físicos.

Como otra característica se presenta la dificultad para expresar propios sentimientos o de otras personas, una vida de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo, lo cual se evidencia con su relato al contar que tiene pocos amigos, no suele hablar de emociones o sentimientos con ellos, evita tocar el tema emocional y se concentra en su trabajo.

### **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover Y.R presenta indicadores de **agresividad** (boca representada por una sola línea, mentón destacado y ojos grandes), neuroticismo (sombreado excesivo), **inmadurez y egocentrismo** (ojos vacíos), **terquedad**.

Estos rasgos más destacables proyectados a través del dibujo reflejan primordialmente tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a reacciones emocionales muy intensas manifestadas en agresividad. Además, se denota inmadurez, lo cual significa una baja tolerancia a la frustración, el deseo del placer inmediato, de la consecución de los propios derechos personales. Este orden de prioridades debilita la voluntad, así mismo

relaciona la terquedad, mostraría actitudes como el temor al cambio, discutir constantemente y una mentalidad arraigada.

### **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber qué tanto influyen los modelos estéticos corporales se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 62 lo que significa que el nivel de **influencia de los modelos estéticos corporales en Y.R es alta** en especial en las dimensiones del malestar con la imagen corporal, e influencia del modelo estético comúnmente aceptado a nivel social, así como también la influencia de las relaciones sociales; este estereotipo de cuerpo “ideal” construido social y mediáticamente influye en la persona al punto de ser este el modelo por el cual se debe aspirar a tener.

En la conversación con Y.R revela *“no me reconozco” “me deprime verme al espejo” “es para inseguridades”*, estas inseguridades a las que refiere son lo contrario a su propio concepto de ideal de belleza *“delgadez, vestirse a la moda, no tener imperfecciones”* y destaca que estas creencias muchas veces vienen del uso de las redes sociales. Así también, indica la gran importancia que tuvo para ella el baile en su crecimiento y en cambio como afecto en su vida las críticas de sus compañeras de baile y profesora y las críticas de las personas con las que trabaja.

Con ello en consideración, realmente se destaca el nivel de influencia que tuvieron los modelos corporales en Y.R, no solo por el constructo general de belleza, sino especialmente el generado en el ambiente de la danza e impulsado por las publicidades, redes sociales y en especial el círculo cercano, que al ser tan importante a nivel afectivo por Y.R, sus opiniones pudieran haber tenido más peso que las de cualquiera.

## **VI. DISCUSIÓN**

Y.R inició muy joven con su preocupación por el peso y consecuentemente con problemas alimenticios. Desde muy pequeña estuvo en academias de baile, lo cual pudo influenciar en la preocupación por su peso, ya que se da una importancia muy alta a la imagen, estar delegada y pesar pocos kilos. En este entorno, motivada por esto cayó en la anorexia, tras periodos largos de restricción alimentaria y ejercicio extremo. Por esta razón abandonó el baile, sin embargo, los pensamientos nunca la abandonaron y hoy en día está pasando por un periodo de bulimia nerviosa.

En referencia a lo antes mencionado, sobre haber crecido en un ambiente de danza, es un aspecto importante para destacar y ahondar puesto que a lo largo de la investigación de los trastornos de conducta alimentaria puede notarse que la proporción de adolescentes con riesgo para TCA en poblaciones danzantes y las clasifica como poblaciones vulnerables. Como indica Paredes, Nessier & Gonzales (2011) este hecho puede deberse a que la danza por todo lo que implica (disciplina, bajo peso, cuerpo estilizado, etc.) y al utilizar el cuerpo como instrumento principal, genera en algunas adolescentes, montos significativamente elevados de insatisfacción corporal y una búsqueda constante de delgadez.

Por otra parte, de manera paralela al gran nivel de competitividad que requiere la danza, Y.R se constituye como una persona primordialmente agresiva, terca y con algunos rasgos paranoides y ansiosos. Estas características podrían generar en ella una auto exigencia en cuanto a sus habilidades, liberando dicha ansiedad en la danza y posteriormente en una carrera que le ocuparía mucho tiempo como es la medicina.

Por su parte, muestra un apego preocupado, esto debido a la ausencia de una figura materna y paterna. Su padre alcohólico demuestra ser una persona que no tiene control de sí mismo, por ello ,Y.R intenta tener actitudes contrarias a las que estuvo expuesta en su crecimiento, y por ende desea tener el control máximo de su cuerpo como cuando danzaba o cuando en la actualizada aplica los conocimientos de su carrera o cuando restringe comida, siente el control que se le escapa de manera emocional , así mismo se puede inferir que intenta regular esas emociones aunque lo único que logra es suprimirlas, esto como consecuencia de su estilo de crianza en el que tuvo que proteger a su familia ante la ausencia de figuras parentales responsables.

Por otro lado, su apego se visualiza claramente en el plano sentimental, pues hace varios años ya que no está soltera, parejas con las que tiene constantes problemas, esto podría darse por el rasgo que presenta de inmadurez emocional, dada por un estilo de crianza estricto que no le permitía expresarse libremente. Su madre era sobreprotectora y estricta mostrándose ausente afectivamente para con su hija; sin embargo, actualmente se lleva mejor con su madre, esto hace que se mantenga la ambivalencia con ellos, teniendo malas referencias de ellos en su desarrollo, sintiendo una conexión como si ella fuera la responsable de que sus padres se encuentren bien o mal, por ello no puede perder el contacto con ellos, especialmente con su madre. Este es un elemento característico del estilo de apego preocupado.

Al respecto, sobre esta ambivalencia mencionada con su madre, Sperling (1978) afirma que: “existe una conexión directa entre la relación entre una madre y un hijo y la predisposición a generar un trastorno alimenticio” (p.1). Esto se desarrolla a lo largo de la primera infancia mediante una perturbación en la simbiosis madre-hija, que más adelante inquietará la manera en la que esta se percibe y su forma de relacionarse con el resto.

En semejante línea, Bruch (2002) expone cómo ciertas familias, aunque bien adaptadas, a veces fallan en transmitir confianza a sus hijas, generando en estas jóvenes confusión respecto a su cuerpo y sus funciones. Estas jóvenes parecen no tener la convicción de que poseen un valor intrínseco, más allá de sus características físicas, corporales e, incluso, materiales. Por lo tanto, las relaciones entre madre, padre e hija, y las características de estas, pueden funcionar como un factor de riesgo para la generación de trastornos alimenticios.

Con todo lo expuesto, se puede inferir que en este caso existe una relación importante entre el TCA y los factores psicológicos analizados, especialmente aquellos que se refieren al apego y los modelos estéticos corporales, los cuales tuvieron una alta influencia dado el ambiente en el que se originan las actitudes y conductas que dan lugar primeramente a anorexia y posteriormente bulimia.

## **VII. CONCLUSIÓN**

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada se puede concluir que Y.R presenta un estilo de apego inseguro-preocupado, una regulación emocional con ejes de reevaluación cognitiva media y supresión emocional alta, también presenta posible alexitimia y rasgos de personalidad de agresividad, inmadurez, terquedad e influencia alta de modelos estéticos corporales. Estos factores psicológicos, algunos más que otros, están asociados al trastorno de conducta alimentaria que padece Y.R, destacando particularmente la influencia de los modelos estéticos que impone el entorno de las bailarinas donde se presume que se debe tener un peso bajo y una imagen estética, a ello se suma el refuerzo social que se da en estos grupos con la intención de adelgazar, afectando su alimentación y la forma en la que percibe su propio cuerpo, esto reforzado por la personalidad y a un origen de un estilo de apego caracterizado por la inseguridad y sentimientos de ambivalencia hacia los padres. Sin embargo, los factores emocionales no se mostraron tan emergentes como en otros casos, que si bien en Y.R existen como una posible

alexitimia y una regulación emocional media, no son tan prominentes como los otros factores en los que se hizo hincapié.

Por lo tanto, se concluye que algunos de los factores psicológicos analizados en esta investigación, sí están asociados con el trastorno de conducta alimentaria que presenta Y.R, como factores de predisposición de la misma.

## CASO NRO 8

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** M.E

**Fecha de nacimiento:** 25-10-2006

**Edad:** 15 años

**Lugar de nacimiento:** Potosí

**Lugar de residencia:** Cercado-Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** 3ro de secundaria

**Ocupación:** Estudiante

**Nro. De hijo:** hija única

**Cantidad de hermanos:** 0

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

M.E es una adolescente de 15 años, estudiante de 3ro de secundaria, se encuentra atravesando por el trastorno de conducta alimentaria de anorexia nerviosa, de inicio reciente, por lo que no existe aún una conciencia de problema. M. E comienza con su preocupación por el peso desde que ingresó al ciclo secundario, motivada por amigas que tiene actualmente por quienes dice sentirse apoyada. Con la intención de bajar de peso y alcanzar una forma más delgada acude a la restricción alimentaria *“me veo fea, cuando me veo al espejo pienso que tengo que bajar de peso, eso me ayuda a que no tenga hambre también”*, al momento de la primera entrevista M.E indica un peso de 42 kg y una estatura de 1.57 m; por la preocupación que aquello generó en su familia se le ha instado a ver profesionales, por lo que ha acudido con un psicólogo pocas veces y todavía existe recelo por hablar con él en especial al tomar el tema de la alimentación.

Indica que hace muchas dietas, efectivamente no encontrándoles nada de malo a ello y por el contrario sintiéndose orgullosa de ellos *“Si bajé mucho de peso y logré mi objetivo me alegro, pero pienso que puedo hacerlo mejor”*.

### III. HISTORIA DE VIDA

M.E nació el año 2004 en la ciudad de Potosí, su madre atravesó por un embarazo en el que antes de enterarse hubo consumo de alcohol. regular con una semana de adelanto en el nacimiento, en

el proceso de crecimiento se alcanzaron las etapas de sostener la cabeza, sentarse, solo caminar y el habla en rangos normales de tiempo, por otro lado, la madre dio de lactar hasta los dos años y medio pues el proceso de destete fue complicado, probó diferentes mitos que se aconsejan para conseguir el destete, se fue acostumbrando lentamente hasta que se logró.

A medida que ingresó al colegio le fue difícil ser sociable, pero finalmente encontraba amigas con las que relacionarse, así mismo, la transición al colegio no fue particularmente dificultosa pues ella veía a su prima ir al colegio, hecho que la motivaba a hacerlo igualmente. Muy tempranamente se mudó de Potosí a Tarija pues la madre es natal de esta ciudad. A los 4 años sus padres se divorciaron y actualmente vive con su padre.

### **Dinámica familiar**

Tras el divorcio de sus padres M.E se quedó viviendo con su padre y su abuela e indica que a su madre suele verla los fines de semana. En términos de relacionamiento, en la niñez indica llevarse bien con su padre *“al final el me crio prácticamente, con mi abuelita así que bien”* ,a diferencia de la madre con quien no se relacionó mucho *“ella tenía que trabajar entonces por eso me quede con mi papá, y como no la veía mucho a mi mama casi no nos llevábamos, tampoco me gustaba ir con ella porque tenía su novio y no tenía tiempo para mí, entonces yo tampoco quería ir a su casa”*, a pesar de los constantes indicios de su percepción de la madre como si le hubiera *“abandonado”*, a día de hoy se indica que la relación ha mejorado aunque aún se siente ambivalente sobre sus afectos hacia ella *“me llevo un poco mejor con mi mamá, no es la gran cosa de mejor, pero algo sí, aunque siempre está controlándome, si ella no vive conmigo porque se tiene que meter con lo que hago”* ,así mismo se muestra un aversión a la crianza que imponen su padres, particularmente de la madre ,aunque indica también que su padre tiene un estilo de crianza estricta, pero ahora no es de la misma manera que en la infancia.

### **Ámbito social**

A temprana edad se señala como una persona poco sociable, a quien le cuesta abrirse a los demás, este es un aspecto importante a considerar pues el inicio del TCA se da motivado por el interés a pertenecer a un nuevo grupo de amigas en un contexto en el que era molestada por sus compañeros *“mis compañeros, me molestaban porque era callada y no tenía casi amigos”* ,con esos

antecedentes en la infancia, ahora se muestra como alguien que sí pertenece a un grupo de amigas y como tal indica el entendimiento que ella percibe que le brindan.

#### IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

#### V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Al inicio, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDEQ) a partir del cual se hizo análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días. En este instrumento se obtuvo una puntuación total de 5 que, de acuerdo al punto de corte del test de 4 puntos, representaría una significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria con mayor predominancia en la preocupación por la forma, por el peso y restricción alimentaria con 5 puntos respectivamente en cada una de estas subescalas.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede complementar que hubo una iniciación en episodios de tipo purgativo a través del vómito autoprovocado 1 vez en los últimos 28 días.

Por tanto, de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V para Trastornos de Conducta Alimentaria que indican: restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, miedo intenso a ganar peso o engordar y alteración en la forma que uno percibe su propio peso y constitución; por lo tanto, se clasificaría como **Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo** y de gravedad leve con índice de masa corporal (IMC) de 17 kg/m<sup>2</sup>

#### **Apego**

Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R en el cual se obtuvo un puntaje T de 23.1 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determina que el estilo de apego de M.E

es del tipo Inseguro. En el resto de factores, se obtuvo un puntaje T de 78.3 en el factor de Interferencia de los padres y de 70.3 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, dado que los puntajes del factor de interferencia de los padres supera a los de autosuficiencia se puede concluir que el estilo de apego que representa M.E es de **tipo inseguro-inclasificable** con tendencias desorganizativas dado el puntaje T de 73.4 en traumatismo infantil. Este estilo de apego se caracteriza por mostrar sentimientos de rechazo y/o carencia emocional por lo que se realiza descripciones negativas de las experiencias pasadas y la relación con los padres o cuidadores se caracteriza por ser deficitaria en el soporte parental, insensible y abusiva o indiferente por lo que continuamente el adolescente se está preocupando por las relaciones familiares, tiene dificultades para separarse de sus seres queridos y temiendo ser abandonados. Las personas que muestran este estilo de apego describen a sus padres o cuidadores como controladores, sobreprotectores y demandantes, declaran sentir rabia y resentimiento hacia ellos, por lo que suelen tener relaciones ambivalentes con dichas figuras de apego.

En concordancia con lo expuesto, M.E relata a su madre como estricta y sobreprotectora, aunque esto se fue reduciendo con el tiempo *“Mi mamá era muy estricta antes, ahora ya no tanto”*, y también muestra un gran afecto a su padre, ya que después de su divorcio con su madre. Ella eligió vivir con él y es muy apegada, si bien su madre suele estar muy pendiente M.E siente como si la *“asfixiara”*.

### **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 17 puntos para el área de Reevaluación cognitiva y de 22 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que M.E presenta **una reevaluación cognitiva baja** y una **supresión emocional alta**.

Por lo que, ante los estados de crisis podría tener dificultades para la modificación del proceso en el que surge la emoción de manera que no es posible hacer un cambio en el impacto que tendrá esta emoción en el individuo. Entonces, la respuesta se da mediante la supresión emocional inhibiendo la respuesta y con ello la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional y así mismo se relaciona con el afecto negativo y la depresión.

En referencia a la alimentación indica “*me enojo mucho conmigo misma cuando no puedo controlarme*”, lo que indicaría que evidentemente tiene una deficiencia en su regulación emocional no pudiendo controlar cognitivamente estas emociones ni tampoco expresándolas más allá de sus amigas, pero no de lo que “*realmente*” siente, redirigiendo este malestar hacia ella misma.

### **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) del cual se obtuvo un puntaje de 74 puntos se pudo determinar que M.E **presenta Alexitimia** dado que el puntaje es considerablemente superior a 61 puntos.

Esto quiere decir que existe una importante deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas caracterizándose por tener problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, dificultad para expresar sus propios sentimientos o el de otras personas, una vida de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo.

De manera concordante se encuentra al conversar con ellas que realmente se le dificulta distinguir sensaciones corporales de emociones, evita hablar de cómo se siente y si lo hace con sus amigas es muy superficial. De igual modo, todas las preocupaciones y pensamientos se dirigen a su estética corporal.

### **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover, M.E presenta indicadores de **introversión** (posición izquierda), **timidez** (manos con guantes), **neuroticismo** (borraduras) y **obsesión** (arrugas en la ropa), **dependencia** (trazo circular).

Estos rasgos más destacables proyectados a través del dibujo reflejan inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, dificultad de contacto con el entorno al conocerlos y una expresión agresiva internalizada hacia sí misma. Además, muestra indicadores de obsesión y compulsión asociadas al perfeccionismo.

### **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber qué tanto influyen los modelos estéticos corporales se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 63 lo que significa que el nivel de

**influencia de los modelos estéticos corporales en M.E es alta** en especial en las dimensiones del malestar con la imagen corporal, e influencia del modelo estético relacionado a lo social, así como también la influencia de las relaciones sociales; este estereotipo de cuerpo “ideal” construido social y mediáticamente influye en la persona al punto de ser éste el modelo por el cual se debe aspirar a tener.

En relación a esto, M.E se expresa de sí misma como “*Estoy gorda horrible*” “*tengo que ser la más delgada de mi curso*”, notándose así la gran importancia que posiciona en su cuerpo e idealizando los cuerpos aspiracionales “*me gusta cómo se ven las modelos*”, lo cual en este caso contribuye en demasía el uso constante de redes sociales, tildando a las cuentas que sigue como “*inspiradoras*”. Esto a su vez de traspapela en su vida cotidiana realizando constantes comparaciones con sus compañeras de curso.

## **VI. DISCUSIÓN**

En relación a los objetivos planteados se puede rescatar que M.E se encuentra en las primeras etapas de un trastorno de conducta alimentaria, sin conciencia del mismo. Es alguien a quien le influyen en gran medida los modelos estéticos.

Tiene padres divorciados y vive con el padre, se refiere a su madre con rencor hacia lo que considera como un abandono de su parte. Esto daría lugar al estilo de apego que representa el cual es inseguro-preocupado, dando razón a esa ambivalencia entre el afecto a su padre y la distancia hacia su madre.

En la infancia se refiere a la madre como alguien que hacía constantes dietas, y que, sin embargo, hacía que su hija coma todo lo que ella le preparaba como si la misma madre comiera a través de su hija, pues ella misma no comía lo que preparaba.

Así mismo, su madre le dio una crianza estricta, como el hecho de que no debía levantarse de la mesa si no había acabado de comer, esto pudo haber sido un propulsor importante, en conjunto con los modelos corporales son una influencia de gran consideración, pues como lo menciona Johnson y Birch (1994) respecto a una investigación realizada por los mismos “las niñas cuyas madres utilizaban prácticas de alimentación más controladoras eran menos efectivas para regular su propia ingesta de comida después de una botana alta en calorías” (p. 660)

De manera análoga, hallaron que cuando los padres presionaban a sus hijas de cinco años de edad a comer, estas eran conscientes de dicha presión, lo que a su vez provocaba pautas enfermizas de restricción alimentaria y desinhibición. (Johnson, 1994)

Con esas evidencias se deduce que las actitudes y conductas de la madre frente a la comida han contribuido a la manifestación de conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera, ya sea mediante comportamientos propios de la anorexia nerviosa o elementos de comorbilidad asociados.

A su vez, podríamos inferir que es el reflejo en una personalidad introvertida, obsesiva, así como muy ansiosa, donde el control emocional y la expresión del mismo también estuvo restringido por su madre, no permitiendo la libre expresión a través de la crianza estricta ejercida en ella, así mismo la falta paterna no colaboró a que esto se disipe a través del otro extremo de figura de apego, a pesar de apreciarlo no se constituye de igual manera que la madre.

Añadido a esto, en este caso se menciona que durante su etapa escolar sufrió de lo que es denominado como bullying justamente relacionado con su aspecto físico, por ello, algunos especialistas en la materia aseguran que las críticas relacionadas con el peso y la apariencia fácilmente pueden incrementar la insatisfacción corporal y contribuir a comportamientos relacionados con la dieta (Copeland WE, 2015).

## **VII. CONCLUSIÓN**

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada se puede concluir que M.E presenta un estilo de apego inseguro-avoidante, una regulación emocional con ejes de reevaluación cognitiva baja y supresión emocional alta. Presenta también alexitimia y rasgos de personalidad de timidez, obsesión y neuroticismo; además de una influencia alta de modelos estéticos corporales. Estos factores psicológicos, están asociados al trastorno de conducta alimentaria que padece M.E, destacando particularmente en este caso la falta de figura paterna y una sobreprotección excesiva de parte de la madre que reflejaría el estilo de apego mencionado, y de la influencia de las opiniones externas sobre su apariencia física que surge de una madre que expuso desde temprana edad a su hija a una presión excesiva para que la misma ingiera sus alimentos. A pesar de indicar que ya estaba satisfecha, generando presuntamente un rechazo hacia la misma en la posteridad.

## CASO NRO 9

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** J.P.

**Fecha de nacimiento:** 03-01-2002

**Lugar de nacimiento:** Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Estudios superiores técnicos

**Ocupación:** Auxiliar contable

**Nro. De hijo:** hija única

**Cantidad de hermanos:** 0

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

J.P es una joven de 20 años, auxiliar contable natural de la ciudad de Tarija, se encuentra atravesando por el trastorno de conducta alimentaria de anorexia nerviosa desde hace aproximadamente 3 años y fue tratada desde hace 8 meses en el país vecino de Argentina. J.P inicio con su preocupación intrusiva por el peso desde el fallecimiento de su hermano mayor y progresivamente fue avanzando hasta llegar al punto en el que se encuentra ahora con un peso de 49 kg midiendo 1.70 m, recurre a la restricción alimentaria y a la purga a través del vómito con la intención de adelgazar. Así mismo, denota una alimentación poco saludable *“más que dieta evito la comida, es más fácil”* e indica realizar ejercicio de *“de vez en cuando”*

### III. HISTORIA DE VIDA

J.P nació el año 2002 en la ciudad de Tarija donde reside actualmente, en su círculo familiar se encuentra únicamente viviendo con su madre. Respecto a su nacimiento, sin la planificación y con padres jóvenes, su madre atravesó problemas durante el embarazo, hubo consumo de alcohol y tabaco hasta que se supo del mismo; descubrieron que esperaban gemelas, ambas nacieron a los 7 meses de forma prematura mediante cesárea por lo que tuvieron que entrar a incubadora, una de las bebés sin haberse desarrollado lo suficiente a nivel pulmonar fallece el primer día de nacida, mientras que J.P estuvo en observación por 3 semanas y se recuperó exitosamente, más adelante

desarrollaría tendencias a enfermarse con facilidad y tener problemas respiratorios; recibió lactancia y el destete se dio a los 8 meses aproximadamente no siéndole difícil el acostumbrarse al biberón. Tuvo cierto retraso al hablar y su comportamiento era retraído, por lo mismo la transición a la escuela fue difícil pues existía el temor de convivencia con personas externas a su familia. En su crecimiento indica que siempre tuvo cierta preocupación por el peso y la imagen *“es un tema que rondaba mi cabeza”*, mismo que se acrecentó tras el fallecimiento de su hermano hace 3 años *“mi hermano falleció ese año, eso no me motivaba a comer”*, dicha pérdida marca un antes y un después para J.P quien indica su pérdida con la situación más difícil que le ha tocado vivir.

### **Dinámica familiar**

La ausencia parental fue una constante en el crecimiento de J.P con un padre ausente que nunca conoció y su madre quien debía mantener a sus dos hijos, no estaba muy presente en su vida. J.P relata que usualmente se quedaba en la casa de su tía *“en casa de mi tía era como si no estuviera, tampoco me prestaban mucha atención”*, por su parte indica también una diferencia de trato entre su hermano y ella y el impacto que provocó su fallecimiento en su familia, resquebrajando aún más la relación con su madre pues desde la perspectiva de J.P muestra su inquietud hacia el afecto que podría mostrarle su madre *“no le preocupé hasta ahora y eso, más se preocupa por el qué dirán los demás, no es que esté preocupada por mí de verdad”*.

### **Ámbito social**

Respecto a las relaciones interpersonales se muestra como una persona muy retraída desde el inicio. Desde la transición a la escuela en la que le costó unirse al grupo y como ella describe *“Nunca fui muy sociable, de hecho, no tenía amigos para nada de pequeña, no me sentía cómoda estando con más gente”* y en la actualidad si bien cuenta con un amigo el relacionamiento social no ha cambiado circunstancialmente; sin embargo, se siente cómoda y entendida con ese amigo *“Nunca fui muy sociable, de hecho, no tenía amigos para nada de pequeña, no me sentía cómoda estando con más gente”*.

Respecto a las relaciones sentimentales se hace hincapié en la dificultad para acercarse y en el entorno y cómo podría desvalorizarla *“Nunca tuve pareja no sé cómo acercarme a alguien para esas cosas y tampoco nadie se acercaría a mí”*, de esa manera se dilucida un conflicto de preferencias sexuales haciendo referencia a que se ha sentido atraída por ambos géneros, sin

embargo destaca que si bien hay atracción, esto no ha llegado a un sentimiento más profundo y la idea de visualizarse con otra persona la conflictúa.

#### IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

#### V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En primer lugar, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q) a partir del cual se hizo análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días; en este instrumento se obtuvo una puntuación total de 5 que de acuerdo al punto de corte del test de 4 puntos, representaría una significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria con mayor predominancia en la preocupación por la forma primordialmente con 6 puntos en esta subescala y de igual puntaje alto (5) en las subescalas de restricción, preocupación por la alimentación y preocupación por el peso.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que existieron episodios de tipo purgativo a través del vómito autoprovocado 7 veces en los últimos 28 días y prácticas de ejercicios de forma compulsiva 2 veces en el último mes.

Por tanto, de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V para Trastornos de Conducta Alimentaria que indican: restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, miedo intenso a ganar peso o engordar y alteración en la forma que uno percibe su propio peso y constitución; se clasificaría como **Anorexia Nerviosa de tipo purgativo** y de gravedad moderada con un índice de masa corporal (IMC) de 16.2 kg/m<sup>2</sup>.

## **Apego**

Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R en el cual se obtuvo puntaje T de 12.8 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determina que el estilo de apego de J.P es del tipo Inseguro. Particularmente, se obtuvo un puntaje T de 81.4 en el factor de Permisividad parental y de 79.9 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, dado que estos puntajes superan al de interferencia de los padres de 54.1 se puede concluir que el estilo de apego que representa J.P es de **tipo inseguro-evitativo** con altas tendencias desorganizativas dado el puntaje T de 79.9 en traumatismo infantil. Este estilo de apego se caracteriza por reflejar posturas defensivas en referencia a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver problemas definiéndose a sí mismos como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones y sus relaciones del pasado y presente se definen como restrictivas y en la mayoría de los casos los recuerdos infantiles han sido olvidados, así mismo se remite a los recuerdos de haber padecido una falta de límites y guía parental en el crecimiento.

Como se pudo evidenciar en las entrevistas realizadas, la crianza de J.P se describe como permisiva durante toda su infancia hasta que iniciaron los problemas alimenticios, a partir de ahí la indica como "intensa". Así también, indica que no conoció a su padre y se crió únicamente con su madre y hermano, el cual pudo haberse constituido como una figura de apego para J.P y ante su fallecimiento hubo una disrupción que dio origen a conductas alimentarias más caóticas.

## **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 15 puntos para el área de Reevaluación cognitiva y de 28 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que J.P presenta una **reevaluación cognitiva baja** y una **supresión emocional alta**.

Por lo que, ante los estados de crisis podría tener dificultades para la modificación del proceso en el que surge la emoción de manera que no es posible hacer un cambio en el impacto que tendrá esta emoción en el individuo. Esto tuvo como resultado, la respuesta se da mediante la supresión emocional inhibiendo la respuesta y con ello la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional y así mismo se relaciona con el afecto negativo y la depresión.

Haciendo referencia a la entrevista evidentemente se encuentra que tiende a desbordarse emocionalmente y no puede controlarlo si no es a través de la restricción alimentaria, desvaloriza las emociones por lo que termina suprimiéndolas.

### **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) del cual se obtuvo un puntaje de 76 puntos se pudo determinar que D.L **presenta Alexitimia** dado que el puntaje es considerablemente superior a 61 puntos.

Esto quiere decir que existe una importante deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas caracterizándose por tener problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, dificultad para expresar propios sentimientos o de otras personas, una vida de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo. Así mismo, desde su propia experiencia indica no distinguir dolores de malestar emocional, dice no entender en lo absoluto al resto de personas.

### **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover J.P presenta indicadores de **introversión** (posición izquierda), indicadores de **agresividad** (líneas de presión fuerte, oscurecimiento de los rasgos faciales y mentón destacado), **neuroticismo** (sombreamientos, líneas indecisas y reforzadas) **retraimiento social** (manos con contornos indecisos y oscurecidos), **infantilismo e inmadurez** (posición izquierda, boca con dientes a la vista) e **inseguridad** (líneas indecisas).

Estos rasgos más destacables proyectados a través del dibujo reflejan primordialmente inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, reacciones emocionales muy intensas manifestadas en agresividad. Además, se denota falta de confianza en el entorno social mostrándose como una persona retraída a la que le cuesta hacer amigos, y socializar, así como también se caracteriza por tener una personalidad infantil que se muestra por la incapacidad de asumir la responsabilidad de sus acciones, incapacidad de tomar decisiones por sí mismo y la falta de metas u objetivos.

## **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber que tanto influyen los modelos estéticos corporales se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 44 lo que significa que el nivel de **influencia de los modelos estéticos corporales en J.P es moderada-alta** en especial en las dimensiones del malestar con la imagen corporal, e influencia del modelo estético comúnmente adscrito a lo social, así como también la influencia de las relaciones sociales; este estereotipo de cuerpo “ideal” construido social y mediáticamente influye en la persona al punto de ser éste el modelo por el cual se debe aspirar a tener.

Al referirse a sí misma dice “*tengo la cara marcada por granitos, tengo mucho busto, eso no me gusta*” cuestión que se contrasta con su ideal “*hay que ser bonita, de acuerdo a lo que la gente considere bonito*” y adicionalmente al ver las imágenes en redes sociales indica “*me recuerda que no me veo así, se ven tan felices*”. Con ello se puede notar la

## **VI. DISCUSIÓN**

De acuerdo a los objetivos planteados encontramos que J.P es una joven que ya lleva arrastrando el trastorno de Anorexia Nerviosa por un periodo de 3 años, si bien la causa puede estar originada en diversos factores como lo es desde lo biológico con su nacimiento prematuro y el haber tenido padres jóvenes; se destaca la pérdida de su hermano previo a la restricción alimentaria. Si bien existe una incomodidad y preocupación constante con su peso desde muy joven, no es hasta ese último suceso que en medio de la tristeza restringe sus alimentos.

Respecto a ello, los autores Berreto & Yi (2008) indican que los problemas con trastornos alimentarios suelen estar asociados a la pérdida de un familiar, ya que existe una relación preciosa que se ha perdido por circunstancias de la vida. Dentro del duelo existen diversos métodos que permiten a la persona combatirlo; sin embargo, cuando los problemas de estabilidad emocional se hacen sentir, el proceso puede estancarse dando lugar a lesiones psicosomáticas, drogadicción, alucinaciones e incluso problemas como la bulimia o la anorexia. Así mismo, la tendencia además de un apego evitativo se dirige a lo desorganizado por lo tanto habría altos indicadores de trauma.

En la clínica, cuando se presenta un duelo bloqueado o interrumpido con la presencia de fenómenos, éstos se repiten en un intento fallido de registrar la pérdida del trauma. Estos a menudo incluyen lesiones psicosomáticas, pasajes al acto, adicción a las drogas, anorexia-bulimia,

alucinaciones. En estos casos, se revela algo poco claro. En el campo de la anorexia, por ejemplo, una joven con insomnio ante una pérdida no reconoce que la ha recibido y por eso no llora, porque ella reemplaza a la pérdida y también su lugar en relación a ella y siente la ausencia porque le falta algo, restaurar o procesar lo que se pierde en el camino de construir un cuerpo que no muera de hambre. (Barreto & Yi, 2008)

Es decir, que, si bien presenta características como en previos casos de personalidades agresivas o ansiosas y presenta un apego evitativo dado por ausencias parentales, en este caso en particular no es hasta el fallecimiento de su hermano que no desencadena conductas que derivan en un trastorno alimentario, mostrando indicios de un desplazamiento hacia un estilo de apego adulto desorganizado caracterizado por el trauma. Así mismo, en este caso al presentar una influencia moderada-alta de los modelos estéticos, esta se dilucida en la entrevista que pareciera una forma de justificar y mantener el deseo de no comer, aunque en realidad lo que se lograría de manera inconsciente es llenar el vacío que le dejó su pérdida, “acostumbrando” al cuerpo a no tener hambre y por ende no necesitar que se llene el vacío con comida.

Por otro lado, es relevante destacar que J.P también tiene conflictos con sus preferencias sexuales no pudiendo identificar si se siente atraída hacia el sexo masculino o femenino, estas situaciones pueden generar miedo al rechazo de amigos, familiares y compañeros de trabajo haciendo que J.P entre el conflicto con sus propias creencias negativas internalizadas sobre uno mismo debido a la orientación sexual o expresiones de género no normativas y puede estar asociado también a los aspectos culturales que aquello implica, no pudiendo llenar las expectativas de la sociedad sobre la imagen corporal en relación al sexo.

Todas estas cuestiones, sumado a la personalidad insegura, ansiosa y retraída que la caracteriza va ahondando en un mal manejo de las estrategias de regulación emocional, suprimiendo sus emociones al extremo y llegando al punto de no poder identificar ni cómo se siente personalmente, ni cómo se sienten sus allegados, que es donde surge la alexitimia, y finalmente coadyuva a la cronificación del trastorno.

## **VII. CONCLUSIÓN**

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada se puede concluir que J.P presenta un estilo de apego inseguro-evitativo, una regulación emocional con ejes de

reevaluación cognitiva baja y supresión emocional alta, presenta alexitimia y rasgos de personalidad de agresividad, retraimiento social, infantilismo y neuroticismo; además de una influencia moderada alta de modelos estéticos corporales.

Estos factores psicológicos, particularmente los del apego, la influencia de los modelos estéticos y la personalidad, están asociados moderadamente al trastorno alimentario esto debido a que, si bien son factores que en conjunto pueden formar una base para la adquisición del trastorno, los factores de mayor relación en este caso irían dirigidos a la implicación de un duelo no resuelto que está íntimamente asociado a sus niveles de regulación emocional y afrontamiento de problemas.

## CASO NRO 10

### I. DATOS PERSONALES

**Nombre:** C.E

**Fecha de nacimiento:** 1987

**Lugar de nacimiento:** Tarija

**Sexo:** Femenino

**Nivel de escolaridad:** Primaria completa

**Ocupación:** Ama de Casa

### II. DESCRIPCIÓN GENERAL

C.E es una adulta de 35 años de edad, originaria de Tarija, ama de casa y madre de un niño de 3 años. F.A está cursando por un trastorno de conducta alimentaria en el cual se destaca la preocupación incesante por el peso y la alimentación acompañado fundamentalmente de un muy bajo peso que se acompañan con diversos problemas de salud. Actualmente tiene un peso de 35 kg con una altura de 1.46 m; sin embargo, este peso va en decremento cada vez más a pesar de ella seguir las instrucciones de la nutrióloga, pues ella refiere a ciertas “*crisis*” en las que no puede ingerir alimentos “*Ah nada no me da hambre a mí, es que yo estaba con mis crisis y por eso no comía. Yo tengo asma y cuando me viene así mis crisis no puedo comer nada, no me dan ganas*”, lo cual genera que no logre subir de peso.

### III. HISTORIA DE VIDA

#### **Dinámica familiar**

C.E desde muy joven tuvo que trabajar, independizándose a los 8 años de edad, esto motivado a su vez por el mal clima familiar que se vivía en su casa. A su madre la describe como “*buena*”, desconoce el paradero de su padre biológico, y reconoce únicamente a su padrastro a quien describe como “*muy malo me pegaba, era muy malo*”, dadas esas situaciones y por factores económicos se vio obligada a realizar esta desvinculación familiar tempranamente.

Por otra parte, en la actualidad ella ya formó su propia familia, tiene un esposo con quien está casada hace 10 años y un hijo de 3 años. El tener ese hijo para C.E fue agrídulce pues en otras

oportunidades había sufrido una serie de abortos y en el caso de su hijo, si bien sobrevivió ella tuvo muchos problemas para salir con vida *“yo he tenido muchos problemas para tenerlo a mi hijo no me daba hambre no podía dormir, toda la noche quedaba y creo que eso me afectado y estaba bien y después de todo eso me ha afectado ahora. Por obligación comía 3 o 4 cucharadas porque era hora de comer nomas”*, como resultado su peso bajó abismalmente.

### **Ámbito social**

En el ámbito social, debido a las características en las que se tuvo que criar, no tenía niñas de su edad con las cuales jugar, sin embargo, con el tiempo pudo vincularse y formar algunas buenas amistades *“si tengo una que se diga, si es mi comadre. Mi vecina también nos llevamos bien, no hay muchas casas por ahí así que ella nomás con su familia, pero sí, bien nos llevamos”*.

## **IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS**

- Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)
- Entrevista a profundidad

## **V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Inicialmente, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q) mediante el cual se pudo corroborar su diagnóstico y hacer un análisis de los síntomas presentes durante los últimos 28 días; instrumento mediante el cual se obtuvo una puntuación total de 4 que, de acuerdo al punto de corte del test de 4 puntos, representa significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria con mayor predominancia en la preocupación por la alimentación.

De acuerdo al módulo de preguntas 13-18 del instrumento se puede añadir que no existieron episodios de comportamientos compensatorios recurrentes de tipo purgativo, sin embargo, la

restricción alimentaria es recurrente. Con un peso de 35 kg y una altura de 1.47m en la que se encuentra ahora, resulta un índice de masa corporal (IMC) de 16 kg/m<sup>2</sup>.

Por lo que de acuerdo a los Criterios Diagnósticos que refiere el DSM-V se clasificaría como **Trastorno de conducta alimentaria no especificado**, debido a que si bien presenta la mayoría de criterios para ser una anorexia nerviosa de tipo restrictiva, no se llegan a cumplir todos los criterios, no habiendo dismorfia visual, pero aun existiendo una desadaptación y perjuicio significativo a la vida de la persona, así como preocupación por el peso, restricción alimentaria e infra peso de mucha importancia.

### **Apego**

Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R en el cual se obtuvo puntaje T de 15.1 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determina que el estilo de apego de C.E es del tipo Inseguro. Para ser específicos, se obtuvo un puntaje T de 76.4 en el factor de permisividad parental y de 64.2 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, dado que ambos superan al resto de factores en puntuación se puede concluir que el estilo de apego que representa C.E es de **tipo inseguro-evitativo** con tendencias desorganizativas dado el puntaje T de 79.5 en traumatismo infantil. Este estilo de apego se caracteriza por reflejar posturas defensivas en referencia a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver problemas definiéndose a sí mismos como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones y sus relaciones del pasado y presente se definen como restrictivas y en la mayoría de los casos los recuerdos infantiles han sido olvidados, así mismo, se remite a los recuerdos de haber padecido una falta de límites y guía parental en el crecimiento.

Lo cual está claramente marcado en el caso de C.E, ya que menciona por sí misma lo extremadamente estricta que era su familia. Con un padre abusivo, con la ausencia de su padre biológico y una madre que no la defendía de los golpes de su padrastro, sumado a problemas económicos se vio obligada a independizarse desde una edad muy joven, lo cual muestra esos grandes indicios de apego evitativo, lo cual se refleja al día de hoy evitando las expresiones emocionales y evitando relacionarse demasiado con su entorno, aislándose con su hijo.

## **Regulación emocional**

Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 27 puntos para el área de Reevaluación cognitiva y de 28 puntos en el área de Supresión emocional, lo que significa que C.E presenta una **reevaluación cognitiva media** y un a **supresión emocional alta**.

Esto quiere decir que ante los estados de crisis se intenta gestionar las dificultades para la modificación del proceso en el que surge la emoción, sin embargo, no llega a ser posible hacer un cambio en el impacto que tendrá esta emoción en el individuo. Por lo que la respuesta se da mediante la supresión emocional inhibiendo la respuesta y con ello la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional y así mismo se relaciona con el afecto negativo.

En las entrevistas realizadas muestra una gran preocupación por lo que describe como “*no poder controlarme*”, indicando que su nivel de ira recientemente es demasiado alto que intenta no irritarse y busca tranquilizar su ira caminando, pero no lo logra la mayoría de veces, este hecho tiene relación con esta estrategia de reevaluación cognitiva que se presente en un nivel medio y finalmente al no poder externalizar esta ira termina suprimiéndola y dirigiéndola en ocasiones hacia su hijo pero en la gran mayoría de las veces hacia sí misma, culpándose por sentirse de tal manera.

## **Alexitimia**

A través del instrumento Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) del cual se obtuvo un puntaje de 77 puntos se pudo determinar que F.A **presenta Alexitimia** dado que el puntaje es considerablemente superior a 61 puntos.

Esto quiere decir que existe una importante deficiencia en la experiencia de las emociones y cogniciones que inhiben seriamente la formación de representaciones mentales correctas caracterizándose por tener problemas para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, dificultad para expresar sus propios sentimientos o el de otras personas, una vida de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo.

Como se mencionó en el anterior acápite por más que C.E cuenta emociones muy fuertes, no puede expresarlas, ya que no encuentra palabras para comunicar lo que siente, además dice tener muchas

dolencias y enfermedades que se dan ante situaciones de estrés o tristeza y adjudica sus problemas alimenticios a enfermedades respiratorias , porque no reconoce su malestar como algo realmente emocional es por ello, que el tener ira la desconcierta de tal manera que la misma incrementa y se torna insoportable en su vida.

### **Personalidad**

De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover, C.E presenta indicadores **agresividad** (presión fuerte), **introversión** (posición izquierda), **infantilismo e inmadurez** (dientes a la vista), **neuroticismo** (sombreamiento, líneas indecisas), indicadores de **inseguridad** (líneas indecisas y reforzadas, botones) y **retraimiento social** (manos con contornos oscurecidos).

Estos rasgos más destacables proyectados a través del dibujo reflejan primordialmente inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y reacciones emocionales muy intensas manifestadas en agresividad.

### **Influencia de modelos estéticos corporales**

Con la finalidad de saber qué tanto influyen los modelos estéticos corporales se hizo uso del instrumento CIMEC-40 del cual se obtuvo un puntaje total de 41 lo que significa que el nivel de influencia de los modelos estéticos corporales en F.A es **moderado-bajo** lo que quiere decir que no recibe de manera tan importante una influencia en del malestar con la imagen corporal, del modelo estético comúnmente aceptado a nivel social, ni la influencia de las relaciones sociales hacia el conocido estereotipo de cuerpo “ideal” .

En este caso, los modelos estéticos no se muestran de relevante importancia, actualmente dice estar bien de imagen y que lo que más le preocupa es su peso y los problemas de salud que este puede acarrear. Así mismo, las redes sociales las usa redes sociales únicamente por distracción.

## **VI. DISCUSIÓN**

En consideración a los objetivos planteados encontramos que C.E tiene trastorno de conducta alimentaria no especificado. El origen del mismo parece ser por el trauma de haber estado en el hospital durante mucho tiempo como de haber tenido múltiples abortos.

Estas experiencias traumáticas constituyen el sufrimiento del individuo y es mediante el establecimiento del goce por medio del control de hambre que se genera una especie de solución con un camino directo al cuerpo; en relación a aquello Ripa di Meana (1999) propone que, si el sujeto es anoréxico o bulímico, la estructura subyacente tanto para el ritual de ayuno como para el atracón y el vómito es anoréxico.

Respecto al estilo de apego, este es fuertemente inseguro evitativo, esto puede deberse a la evidente ausencia parental, dado que tuvo que prácticamente independizarse a la edad temprana de 8 años, por lo cual no vivió las etapas de su niñez como corresponde. El nivel socioeconómico tiene un papel importante pues su infancia temprana se enmarca en la falta de alimentos y el hambre, lo que podría dar pie a otros factores, a dar respuesta a través de la comida ante las situaciones adversas.

Así mismo, esto afecta a sus emociones y evitan que se alimente. Siente mucha agresividad como si fuera a explotar, pues es toda la represión que posee. Al vivir en una comunidad rural no tiene más contacto que con su esposo y su hijo.

En este sentido, Manuel y Wade (2001) en una investigación relativa encontraron que las mujeres con anorexia nerviosa tenían significativamente mayores problemas con la regulación emocional, sobre todo, con la gestión de la tristeza y una mayor propensión a la ira. Ultimando también, que la agrupación de estas variables con la anorexia puede indicar un mayor factor de riesgo para la depresión.

Fassino (2003) por su parte sugiere que los pacientes con trastornos alimentarios pueden tener una inadecuada expresión de la ira debido a un déficit en las habilidades sociales y en la tolerancia de la frustración. La bulimia también se ha asociado a rasgos obsesivos y/o perfeccionistas, además de al neuroticismo y a la impulsividad.

En tal caso los modelos estéticos pierden mucho valor en comparación a las características depresivas que se sobrepone al querer bajar de peso por lo estético, pues se atribuye más al estado emocional de la persona, quien no las entiende del todo como se denota ante la presencia de la alexitimia, por ende, asocia estas emociones a cuestiones somáticas y quitándose la culpa del problema constantemente.

## **VII. CONCLUSIÓN**

Después del análisis, interpretación y discusión de la información presentada se puede concluir que C.E presenta un estilo de apego inseguro-avoidante, una regulación emocional con ejes de reevaluación cognitiva media y supresión emocional alta, presenta alexitimia y rasgos de personalidad de agresividad, retraimiento social, inmadurez, inseguridad y neuroticismo. Estos factores psicológicos, algunos más que otros, están asociados al trastorno de conducta alimentaria que padece C.E, destacando particularmente en este caso el apego dado por la temprana ausencia parental en su crianza, en conjunto con elementos como la baja regulación emocional y la dificultad de expresión de sentimientos que varían con ataques de ira repentinos. En este caso los modelos estéticos toman mucha menos relevancia, pues es a raíz del trauma y la comorbilidad con la depresión que se infiere que, esos son los elementos principales al considerar el origen de su propio trastorno.

## 5.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS GENERALES

A continuación, se presenta la información recogida de los 10 casos expuestos para el análisis e interpretación generalizada a través de la presentación de cuadros y gráficas que indican la frecuencia y porcentaje de la muestra, seguido del análisis e interpretación de acuerdo a cada uno de los objetivos planteados.

### MUESTRA

Los siguientes cuadros y gráficas expresan los resultados obtenidos del estudio a mujeres que presentaron trastorno de conducta alimentaria, con la especificación de su clasificación de acuerdo al análisis de los criterios del DSM-V, a partir de la muestra obtenida tras el uso del instrumento EDE-Q.

#### TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES DE LA CIUDAD DE TARIJA CUADRO N.º 3

TCA	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Conductas de riesgo para TCA	Puntaje general: 2 o 3 pts.	12	55,0
Significancia clínica para trastorno de conducta alimentaria	Puntaje general: Igual o mayor a 4pts.	10	45,0
<b>Total</b>		22	100,0

Fuente: Elaboración propia

Para la identificación del trastorno de conducta alimentaria se usó el instrumento “Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios “EDE-Q”, el cual tiene el objetivo identificar una significación clínica que indique la presencia de trastornos de conducta alimentaria (TCA), basado en el DSM-V.

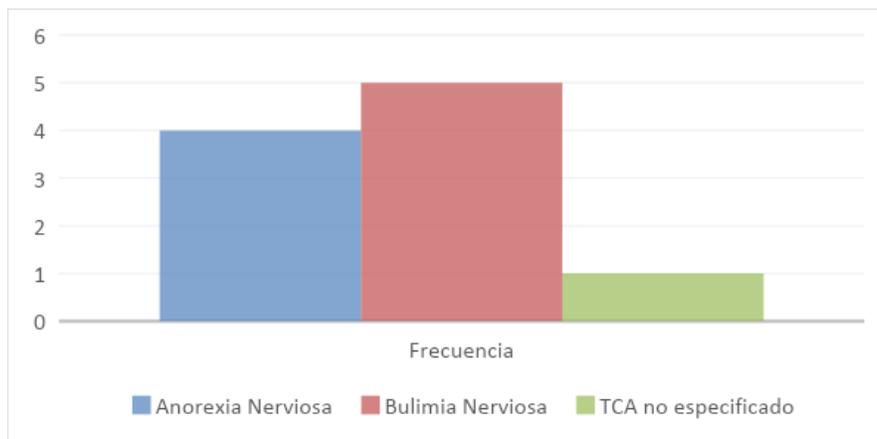
Como se puede observar en el cuadro, se ha encontrado que de la población de 22 mujeres a las que se le aplicó el test 10 de ellas presentan TCA, por lo tanto, como se explica en el acápite de muestra, esta fue muestra seleccionada.

**CLASIFICACIÓN DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA MUESTRA CLÍNICA  
CUADRO N.º 4**

TCA	Frecuencia	Porcentaje
<b>Anorexia Nerviosa</b>	4	40,0
<b>Bulimia Nerviosa</b>	5	50,0
<b>TCA no especificado</b>	1	10,0
<b>Total</b>	10	100,0

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICA N.º 1**



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, como se puede observar el cuadro nº4 y gráfica nº1, 5 de los 10 casos se han podido categorizar como Bulimia Nerviosa 5 de ellos, esto en función al módulo de preguntas 13-18 (en relación a los criterios del DSM-V) del instrumento donde se denota que existieron episodios de atracón recurrentes con sensación de falta de control sobre la cantidad ingerida varias veces a la semana en un periodo de 28 días y comportamientos compensatorios recurrentes de tipo purgativo a través del vómito autoprovocado, cosa que en contraste con las entrevistas, se evidencia que se ha seguido esta conducta por más de 3 meses consecutivos.

Las clasificaciones de Anorexia Nerviosa que se obtuvieron fueron de 4 personas con los criterios, donde se destaca la restricción de ingesta energética, miedo intenso a ganar peso, alteración en la

percepción del propio cuerpo y especialmente que presentaron un índice de masa corporal de 17.0 kg/m<sup>2</sup> o menos.

## OBJETIVOS

### Objetivo N° 1.- Determinar el estilo de apego

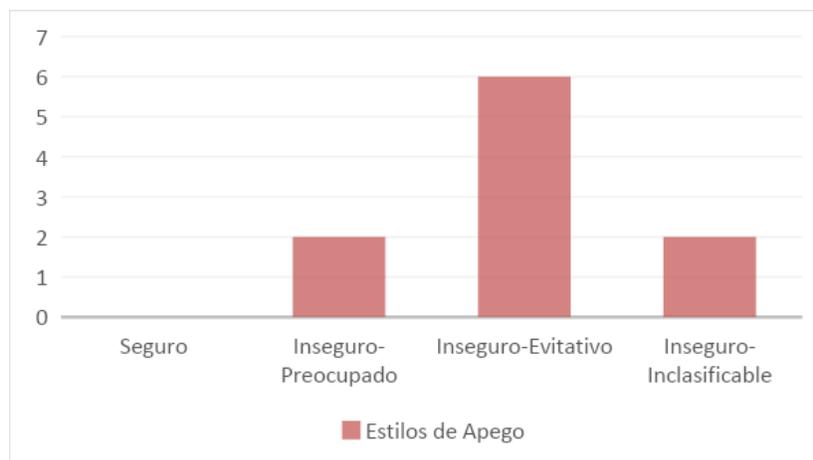
El siguiente cuadro y gráfica expresan el estilo de apego que presentan mujeres con trastornos de conducta alimentaria.

**ESTILO DE APEGO DE MUJERES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA  
CUADRO N.º 5**

Estilo de apego	CAMIR-R	
	Fr.	%
<b>Apego seguro</b>	0	0 %
<b>Apego inseguro-preocupado</b>	2	20 %
<b>Apego inseguro-evitativo</b>	6	60 %
<b>Apego inseguro-inclasificable</b>	2	20%
<b>Total</b>	10	100%

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICA N° 2**



Fuente: Elaboración propia

Para la evaluación del apego se ha considerado el instrumento CAMIR-R el cual está dirigido a adolescentes y adultos con el fin de determinar los estilos de apego de los mismos a partir de las dimensiones de representación de apego que presenten.

Como se puede observar en el cuadro n°5 y gráfica n°2, en esta investigación se puede notar que el predominio en mujeres con trastornos de conducta alimentaria es hacia el **apego inseguro evitativo**, estilo de apego que poseen 6 de los 10 casos presentados. El apego evitativo en la adolescencia y en la etapa adulta es la representación de una afirmación de independencia de los vínculos afectivos, por lo que este tipo de individuos suelen mantener sus conductas de apego en un bajo nivel, activando constantemente sus defensas. En consecuencia, tienden a no buscar o esperar apoyo, empatía o cariño de las relaciones personales o específicamente en los vínculos de apego (Marrone, 2009).

Coincidente con investigaciones previas donde se identifica los estilos de apego en población con anorexia y bulimia, el estilo predominante es el evitativo. Este estilo suele ser una consecuencia de disfuncionalidad, ausencia afectiva de uno o ambos padres y posibles traumas suscitados en la primera infancia, el apego se mantiene y se consolida más adelante si la disfunción familiar perdura u ocurren nuevos hechos traumáticos a la par que no surgen nuevas figuras de apego que ejerzan como ancla de apoyo, hecho que se ha evidenciado en la mayoría de las entrevistas realizadas, ya sea por la ausencia de algún o ambos padres por la sobreprotección de los mismos o por haber vivido alguna situación de violencia o duelo.

A su vez, el tener este estilo de apego en la adolescencia y adultez provoca como consecuencia un nivel de autoestima y pobre expresión emocional y relacionamiento social. Todos estos elementos pueden ser propulsores para que una preocupación por la alimentación evolucione hacia un trastorno de la conducta alimentaria.

Así como en estas otras investigaciones la incidencia se dio hacia el estilo evitativo, el tipo preocupado se vio menos frecuentemente, como se puede visualizar este estudio, 2 de los 10 casos presentaron dimensiones que indiquen este tipo de apego.

El estilo de **apego inseguro preocupado** o ambivalente presenta personas que emiten señales disfuncionales mediante formas poco adaptativas de exteriorizar sus necesidades; con ello las personas que hayan interiorizado este tipo de apego tendrán cierta dependencia afectiva y

emocional a las figuras de apego, generando niveles altos de estrés y ansiedad, lo que dificulta el desarrollo cognitivo y social de la persona (Barroso, 2011). Tales concepciones son sincrónicas con las historias contadas por estas dos personas, pues la presencia de preocupaciones ansiosas es visible tanto en su relato como en su comportamiento.

Dado los resultados obtenidos, se encuentra en la teoría del apego un buen eje referencial para entender la exposición de los síntomas generados en los TCA. Pues, son diversas las investigaciones que señalan, al patrón de apego inseguro, como el más común en pacientes con trastornos de alimentación. La incidencia de la anorexia nerviosa y bulimia ha aumentado en las últimas décadas, por lo que esta teoría constituye una de las construcciones teóricas más sólidas, para la comprensión y el estudio de la formación de vínculos afectivos (Biedermann, Martínez, Olhaberry, & Cruzat, 2009).

Y como bien lo expresa Cava (2014):

El estilo de apego que se viva durante la infancia, si bien no es determinante; es esencial para conformar las futuras características de personalidad del niño, por lo que, la relación que se experimente repercutirá en el desarrollo emocional, pero sobre todo psicológico en momentos cruciales. La individualización y separación es necesaria entre la madre y el hijo, pero cuando esta separación no ha sido procesada de una forma adecuada, puede provocar tal ansiedad que se incurra en la realización de acciones inadecuadas. Lo mismo puede efectuarse para una relación madre-hijo con sobreprotección. (p. principal)

Considerando aquello, es evidente que el estilo de apego inseguro, especialmente el evitativo, está relacionado con los trastornos de conducta alimentaria, dado que las características de la variable que se enmarca en la infancia son posiblemente los impulsores y causantes de una serie de elementos que podrían dar lugar o acompañar a variables alternativas para que las mujeres adquieran un trastorno de conducta alimentaria.

## **Objetivo N° 2.- Identificar el nivel de las estrategias de regulación emocional**

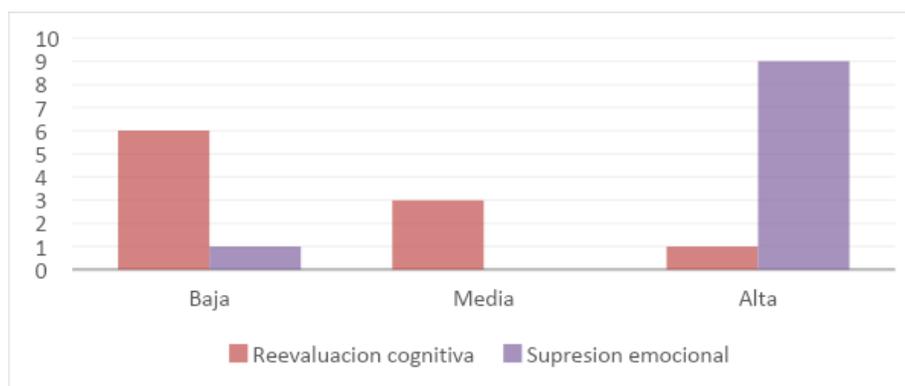
El siguiente cuadro y gráfica establece el nivel de los ejes que conforman la regulación emocional de las mujeres con trastornos de conducta alimentaria:

**NIVEL DE REGULACIÓN EMOCIONAL DE MUJERES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA**  
**CUADRO N.º 6**

NIVEL	Reevaluación cognitiva		Supresión Emocional	
	Fr.	%	Fr.	%
<b>Baja</b>	6	60 %	1	10%
<b>Media</b>	3	30%	0	0%
<b>Alta</b>	1	10 %	9	90%
<b>Total</b>	10	100%	10	100%

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICA N.º 3**



Fuente: Elaboración propia

Con el objetivo propuesto de identificar el nivel de las estrategias de regulación emocional se utilizó el instrumento ERQ el cual evalúa las diferencias individuales en las estrategias de reevaluación cognitiva y supresión emocional o represión expresiva.

En el presente cuadro y gráfica, por el lado de la **reevaluación cognitiva** se encuentra que 6 de los casos presentados se encuentran **con un nivel bajo**. Considerando que la reevaluación cognitiva es la estrategia que consiste en la modificación del proceso en el que surge la emoción de manera que se logre cambios en el impacto de esta emoción (Gross & John, 2003). En dicho caso en el que este tenga un nivel bajo como se presenta aquí significa que existe cierta tendencia al descontrol emocional, y sin las debidas modificaciones en el proceso en el que se forma esta emoción, el impacto que tiene en la persona que lo sufre es mucho mayor.

Investigaciones como la de (Pascual, Etxebarria, & Echeburúa, 2011) han relacionado la reevaluación cognitiva con la anorexia y bulimia nerviosa, concluyendo en que estas personas

tienen serios problemas para enfrentarse con sus emociones y no pueden controlarlas por más que se haga el intento, esto es comparable con los relatos y el cuestionario aplicado en este estudio, puesto que en la mayoría de los casos se evidencia una importante falta de control sobre sí mismas, su cuerpo, lo que ingieren y todo lo relativo, a pesar de sus intentos por evitar los atracones, purgas o restricciones consecuentes de un estado emocional disfórico.

Estos últimos que se menciona, que hacen el intento, se podría identificar como el 3er y 1er caso respectivamente, que se encuentran bajo una reevaluación cognitiva media y alta, que de acuerdo a lo analizado son casos que han ido variando de trastorno de conducta alimentaria desde una edad joven; Si bien han tenido periodos de recesión, han ido oscilando entre anorexia, bulimia y trastorno no especificado.

Por otro lado, en el otro eje se puede observar que 9 de los 10 casos presentan una **supresión emocional alta**. Gross (2003) explica que la supresión tiene la función de ajustar la respuesta del individuo inhibiendo la respuesta emocional y con ello la expresividad como una forma de modular la respuesta emocional y así mismo se relaciona con el afecto negativo y la depresión.

Esto quiere decir que, ante estados emocionales disfóricos habría una alta tendencia de represión expresiva de las emociones de las mujeres con trastornos de conducta alimentaria de la presente investigación, si se lo equipara a lo visto caso por caso es muy notable la tendencia alta de represión, no siendo la expresión una opción válida para ellas; esto probablemente debido a los vestigios de una infancia con baja disponibilidad de figuras de apoyo y posibles traumas como se veía al hacer el análisis de la variable de apego. Por ello, las respuesta es la evitación, hecho que se refleja de igual manera en esta variable, donde se menospreciarían las emociones y sentimientos que las invaden, traduciéndose en la sintomatología característica de la anorexia y la bulimia como para conductas purgativas o la restricción alimentaria, pues como lo menciona el autor Pascual, la persona que tenga anorexia normalmente es incapaz de ingerir algún bocado cuando se siente triste, ansiosa o irritada, mientras que las persona con bulimia suele realizar atracones de comida ante este mismo tipo de situaciones (Pascual,2011).

Finalmente, se puede concluir que la regulación emocional es un elemento asociado a los trastornos de conducta alimentaria en el punto en el que las emociones son un eje fundamental en el mantenimiento de la enfermedad, teniendo limitaciones para regular cognitivamente las respuestas emocionales negativas y por ende reaccionando con conductas dirigidas a lo físico y somático,

evitando así las sensaciones y emociones intensas negativas, generadas por su contexto u origen problemático.

**Objetivo N° 3.- Identificar si existe presencia de alexitimia**

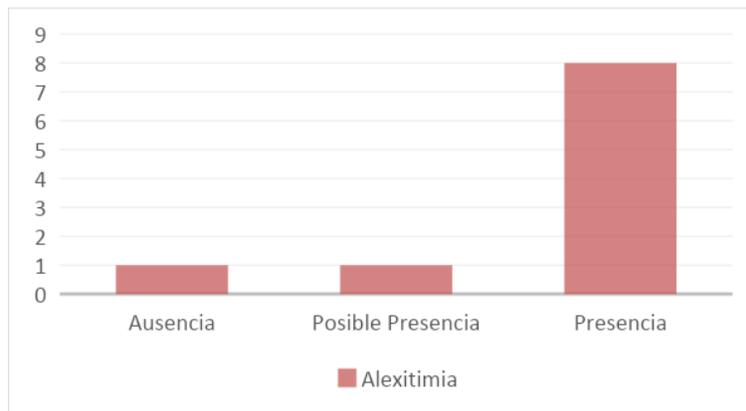
El siguiente cuadro y gráfica establece si existe la presencia, posible presencia o ausencia de alexitimia en mujeres con TCA:

**ALEXITIMIA EN MUJERES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA  
CUADRO N.º 7**

Alexitimia		
	Fr.	%
<b>Ausencia de alexitimia</b>	1	10 %
<b>Posible alexitimia</b>	1	10 %
<b>Presencia de alexitimia</b>	8	80 %
<b>Total</b>	10	100%

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICA N.º 4**



Fuente: Elaboración propia

Para la evaluación de esta variable se tomó en cuenta la Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20), misma que distingue la presencia, posible presencia y ausencia de alexitimia.

En el presente cuadro y gráfica se muestra que 8 de los casos presentan alexitimia, lo que significa que existe una tendencia hacia la dificultad para diferenciar los sentimientos y distinguirlos de sensaciones corporales, tienen dificultad para comunicar y describir sentimientos propios, tienen una vida de fantasía empobrecida y un estilo cognitivo orientado a los intereses del mundo externo. (Parker, M, & Bagby, 1997)

Por todo lo ya mencionado en esta y variables previas se puede ya inferir que los aspectos emocionales tienen cierta asociación a los trastornos de conducta alimentaria, pues en lo analizado de los casos presentados en este estudio, como bien se mencionaba, la expresión emocional es reprimida y los intentos de modificación cognitiva para modelar estas emociones son pocos; se podría pensar que esto se deba a la dificultad en sí de la identificación de las emociones, sin dejar de sentirlas.

En varios de los casos se las denomina como malestar o bienestar y son pocas las que le dan un nombre al que se adjudique realmente esta emoción, así mismo, hay una tendencia hacia la somatización de este “malestar”, expresando dolores físicos asociados a estados disfóricos. Por lo mismo, se nota la baja identificación emocional externa a ellas, como de familia y amigos, aludiendo generalmente al sentimiento propio de incompreensión que dicen poseer.

Es así que, considerando investigaciones como las de Westwood (2017) donde hace una recopilación de 48 estudios que relacionan la alexitimia con síntomas de bulimia y anorexia; y concluye que existe mayor dificultad de identificación y etiquetado emocional en grupos clínicos. Se puede inferir en este estudio que la alexitimia pudiera ser un estado de vulnerabilidad para padecer trastornos de conducta alimentaria, por lo que se podría considerar como un consecuente del estilo de apego que poseen; a su vez, originado por las características familiares que las rodean. Por ende, estaría asociado a los trastornos de conducta alimentaria de manera probablemente causal ya que la pobre expresión emocional no permite afianzar relaciones sanas y por lo mismo contribuye al mantenimiento de la enfermedad, tendiendo a guardarse sus emociones reales para sí mismas, huyendo a la ayuda que puedan recibir y sobre todo asociando a la comida y

alimentación como un desahogo de las emociones que no pueden ser expresadas por todo lo que conlleva presentar alexitimia.

#### **Objetivo N° 4.- Determinar rasgos de personalidad**

El siguiente cuadro establece los indicadores de rasgos de personalidad más frecuentes en mujeres con TCA:

**PERSONALIDAD EN MUJERES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA  
CUADRO N.º 8**

<b>PERSONALIDAD</b>		
<b>RASGOS</b>	<b>PRESENCIA</b>	
	<b>FRECUENCIA DE INDICADORES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Agresividad</b>	18	21%
<b>Narcisismo</b>	4	5%
<b>Introversión</b>	5	5%
<b>Timidez</b>	2	2%
<b>Retraimiento social</b>	4	5%
<b>Infantilismo e inmadurez</b>	5	6%
<b>Dependencia</b>	6	7%
<b>Paranoia</b>	3	4%
<b>Impulsividad</b>	3	4%
<b>Inseguridad</b>	10	12%
<b>Terquedad</b>	1	1%
<b>Obsesivo compulsivo</b>	9	11%
<b>Neuroticismo</b>	15	17%
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Para la identificación de la personalidad se utilizó el test proyectivo de la figura humana de Karen Machover el cual que presenta ciertos rasgos de personalidad en relación al autoconcepto y estado

emocional. De acuerdo al cuadro representado previamente, el rasgo de personalidad que presenta más indicadores en los 10 casos presentados es el de **agresividad**.

Por su parte el rasgo de personalidad agresivo es la agrupación de acciones que toma una persona para consolidar una actitud hostil, o con el fin de causar daño físico o psicológico al resto de personas con suma facilidad. (Branden, 2011). Por ello, esta clase de personalidad puede hacer que la persona se sienta amenazada y tenga una posición defensiva ante los demás, así como poco o nulo autocontrol y predisposición a conflictos.

Cotejando esta información con lo visto en los casos presentados de manera individual, la agresividad es una constante, algunas en la forma de trato hacia los demás, especialmente familia, y otra hacia sí mismas, ya sea mediante la autolesión o la misma restricción alimentaria, sintomatología que de por sí podríamos decir que produce más agresividad en ellas, puesto que en su mayoría expresan frustración respecto a todo aquello que implique alimentación, peso e imagen.

Esta agresividad entonces vendría a ser como un constante estado de alerta, relacionado con el pobre autocontrol emocional y la intolerancia a la frustración. Estos son elementos que se van constituyendo desde la infancia provocando una baja regulación emocional, pues este último como se vio previamente, es un proceso determinado por numerosas variables internas, entre ellas la empatía y la autoestima, elementos que no se encontrarían presentes en personas con TCA pues tal cual se menciona al indicar que hay una gran presencia de alexitimia, aspectos como entender al otro y relacionarse adecuadamente con su entorno se encuentran mermados.

Por su parte Freud a lo largo de su obra toma un concepto dualista sobre el instinto de la vida y de la muerte y se percata que hay una tendencia de los individuos hacia la autodestrucción o la internalización de la energía de la libido, derivado de narcisismo o de la autodestrucción primaria “la agresión es introyectada, internalizada devuelta en realidad al lugar de donde procede: es dirigida contra el propio *yo*, incorporándose a una parte de éste, que en calidad de *superyó*, se opone a la parte restante y asumiendo la función de “conciencia”, despliega frente al *yo* la misma dura agresividad que el *yo*, de buen grado, habría satisfecho en individuos extraños”. (Freud, 1967)

Por otro lado, los siguientes rasgos con más indicadores son el **neuroticismo** y la personalidad **obsesiva-compulsiva**. El primero de ellos está caracterizado por inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia

a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicósomática. Moreno, s/f); mientras que la personalidad obsesiva compulsiva está caracterizada predominantemente por el perfeccionismo, el dogmatismo, la rumiación, el moralismo, la inflexibilidad, la indecisión y el bloqueo emocional y cognitivo.

Desde la teoría del apego Según Malpesa (2013), el patrón de apego al influir junto con otras causas, en la formación de la personalidad, incide de forma significativa en la aparición de patologías, específicamente se han encontrado evidencias de que los correlatos cognitivos de una persona con apego inseguro, basados en un intento de manejar la situación de descontrol en la que se encuentra, son similares a los presentes en una persona con perfeccionismo. Es decir, que el vínculo afectivo puede ser un factor importante en el origen de distintas patologías y, en concreto, de un comportamiento perfeccionista. (p.1)

Por su parte, Freud (s/f) considera la etapa anal como un elemento fundamental en la formación de la personalidad, particularmente de lo que posteriormente se constituiría como la neurosis obsesiva. Pues, el objeto de la pulsión anal es complejo en lo que hacer referencia a su interpretación. Sin embargo, existen aspectos bastante claros como que en esta fase es cuando aparecen los primeros intentos de control y manipulación hacia la figura materna y las heces son el elemento intermediario en el proceso de manipulación.

Por tanto, las funciones del contenido fecal intestinal servirían como un excitante erógeno directo y, al mismo tiempo, sirve para que el niño comience a tomar conciencia de la existencia de objetos internos y externos. Otro aspecto importante para el desarrollo emocional es el hecho de que, durante el proceso de control esfinteriano, el niño suele utilizar las heces como “moneda de cambio” apuntalando sus comportamientos manipuladores y de control sobre las figuras parentales.

Ambos rasgos son considerados de acuerdo a la investigación de (Pita, 2017) como los más relevantes en la anorexia y bulimia, cuestión que también se puede observar bastante en los casos vistos en este estudio, el deseo de perfeccionismo, de alguna manera frustrado, por intentar verse “mejor” que las demás en conjunto con la rumiación y bloqueo emocional son constantes, como puntos en común en la gran mayoría de casos, así como existe la tendencia hacia la culpabilidad y

tasas elevadas de ansiedad, mismos que podrían ser generadores de conductas tanto restrictivas como purgativas.

Finalmente, otro rasgo que se dio predominantemente en la muestra es el de la **inseguridad**, estas son personas que reflejan en su actitud duda constante, cuestionando frecuentemente sus propias acciones y decisiones. Se caracterizan por una conducta de evitación ante las dificultades, por mínimas que parezcan; actitud defensiva, rechazando diferentes puntos de vista y perdiendo el control del manejo de sus emociones. Así mismo, pueden presentar relaciones limitadas, sin iniciativa para comunicarse con otros, por lo que no son muy abiertos a conocer personas y formar nuevas amistades (Cerdán, 2018).

Este resultado es coincidente con el predominante estilo de apego inseguro que resulta en esta investigación, influyendo y constituyéndose como un rasgo de personalidad que data desde la infancia. Usualmente, es transmitida por padres inseguros y miedosos que experimentan el mundo como un lugar peligroso. Madre y padres sobreprotectores, demasiado críticos o indiferentes y ausentes; pueden estar al origen de estos sentimientos de falta de confianza e inseguridad (Bolwy, 1988).

#### **Objetivo N° 5.- Establecer el nivel de influencia de los modelos estéticos corporales**

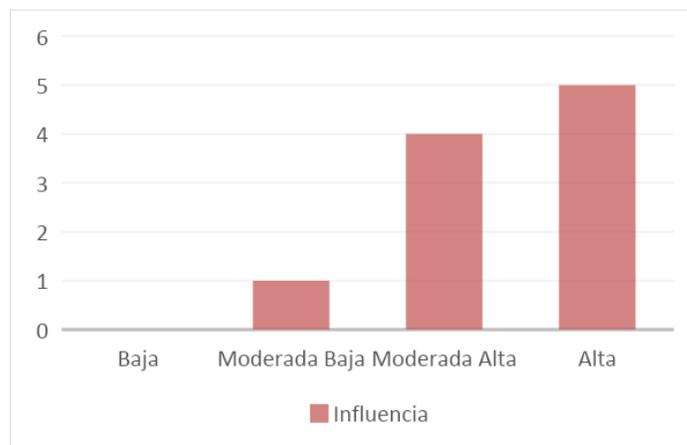
El siguiente cuadro y gráfica establece el nivel de influencia que tienen ciertos modelos estéticos corporales en mujeres con TCA:

**NIVEL DE INFLUENCIA DE LOS MODELOS ESTÉTICOS CORPORALES EN MUJERES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA  
CUADRO N.º 9**

Influencia	Fr.	%
<b>Baja</b>	0	0 %
<b>Moderada Baja</b>	1	10 %
<b>Moderada Alta</b>	4	40 %
<b>Alta</b>	5	50%
<b>Total</b>	10	100%

Fuente: Elaboración propia

## GRÁFICA N.º 5



Fuente: Elaboración propia

Para la medición de qué tanto influyen los paradigmas de los modelos estéticos corporales en las mujeres con trastornos de conducta alimentaria, se empleó el cuestionario CIMEC-40. En el cuadro n°9 y gráfica n°5, se puede observar que hay una predominancia de influencia alta de los modelos estéticos corporales con un 5 de 10 casos posicionándose en una influencia alta, seguido de un 4 caso con influencia moderada-alta y 1 caso a la que los modelos corporales estéticos le influyen en un nivel moderado bajo.

De acuerdo a (Toro, 1994) los modelos estéticos corporales están concebidos como el estereotipo de cuerpo ideal construido social y mediáticamente como canon de “cuerpo bello” o “cuerpo que se debe poseer”. Estos modelos pueden ser influenciados por el entorno social de la persona, la publicidad de los medios, el ideal de belleza de la delgadez correlacionado con el malestar del propio cuerpo.

Es así que, se consideraría en la presente investigación que aquellas personas que poseen una influencia alta de modelos estéticos corporales consideran tanto las relaciones sociales, los medios, ideales y percepción de la propia imagen, pues, además, contrastando con la información relatada individualmente, un factor en común es los estándares altos de belleza que son promovidos constantemente, especialmente por las redes sociales. Alegando en su mayoría que más que un beneficio para su persona el uso de las mismas, sería un recordatorio de la insatisfacción con la propia imagen. De igual manera, un punto de influencia que se ha podido ver eminentemente son las relaciones sociales que están asociados al deseo y la pertenencia a un grupo, en ese punto surgen

las comparaciones afectando a su estado emocional, que por lo visto en previas variables podría ser un factor riesgoso para la adquisición de algún TCA.

Así mismo, considerando que la muestra del presente estudio está conformada enteramente por mujeres, se ve la tendencia hacia la implicación alta con los agentes socioculturales que favorecen la pérdida de peso en el medio, de tal manera lo fundamenta Álvarez (2020) considerando la alta autoexigencia y perfeccionismo que se imponen las mujeres uniéndose a factores sociales, los medios de comunicación vendrían a ejercer una acción nociva, tanto en la forma de tratar la imagen de mujer perfecta como el inadecuado abordaje de los trastornos de conducta alimentaria, al tiempo que se enlaza el éxito social de las chicas delgadas.

Respecto a si los modelos estéticos corporales están asociados a trastornos de conducta alimentaria, es innegable que sí están asociados de alguna manera, ya que un elemento fundamental de los TCA es esa fijación hacia el cuerpo por el que circunda la enfermedad, sin embargo a consideración del análisis de la variable y en comparación al resto, no se podría decir que son precisamente una causa, lo que sí es cierto es que acompañado de los otros factores puede ser un elemento importante detonante para cruzar la línea hacia una patología, así como promueve el mantenimiento y la cronificación del trastorno, debido a la constante explosión social que tiene la idealización de la imagen en la cultura en la que viven las adolescentes jóvenes y niñas en la ciudad de Tarija.

**CAPÍTULO VI.**  
**CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### a. Conclusiones

De acuerdo a los resultados presentados se responderá a cada uno de los objetivos planteados:

- En relación a la identificación del **trastorno de conducta alimentaria**, se encontró que de los 10 casos que presentan el trastorno, la prevalencia se encuentra en la Bulimia nerviosa, seguida de Anorexia Nerviosa y posteriormente Trastorno de conducta alimentaria no especificado.
- Respecto al **estilo de apego**, los resultados indican que las mujeres que presentan trastorno de conducta alimentaria muestran primordialmente estilos de apego adulto inseguro-evitativo, mismo que está caracterizado por: Baja disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, representación de una afirmación de independencia de los vínculos afectivos, por lo que mantienen sus conductas de apego en un bajo nivel, activándose constantemente sus defensas y en consecuencia tienden a no buscar o esperar apoyo, empatía o cariño e intimidad de las relaciones personales. La defensa subyacente es de autoprotección ante las emociones dolorosas que en muchos casos sintieron en la infancia al ser ignorados o rechazados por las figuras parentales. Por su parte, las comparaciones fraternales originadas en las figuras de apego hacia sus hijos se dan de manera significativa entre las personas con TCA.
- En cuanto a las **estrategias de regulación emocional**, las personas participantes de este estudio han demostrado un nivel de supresión emocional alta, que se representa en la represión de la expresión emocional, y un nivel de reevaluación cognitiva baja, lo que quiere decir que estas personas no tienen el control cognitivo para modificar emociones negativas, dando lugar a un comportamiento impulsivo caracterizado por la exacerbación de las emociones. Lo que quiere decir que la regulación emocional que presentan es mayoritariamente baja.
- La **alexitimia** está presente en las mujeres que presentan trastorno de conducta alimentaria, lo que quiere decir que las mujeres que fueron participantes de la investigación tienen dificultades para describir sus sentimientos y distinguirlos de sensaciones corporales, tienen dificultad para identificar y expresar las emociones tanto

propias como ajenas, y tienen una cognición que se orienta más hacia lo externo que hacia el interior de la persona.

- Los **rasgos de personalidad** más característicos de la población estudiada son *agresividad, neuroticismo, obsesión e inseguridad*. La agresividad se representa mediante ataques de ira, actitud hostil, predisposición a los conflictos, bajo control de impulsos. El neuroticismo se representa mediante la expresión de la tensión intensa, ansiedad, y con frecuencia tristeza y tendencias depresivas, mientras que la obsesión refiere al perfeccionismo, la rumiación y el bloqueo emocional-cognitivo, y finalmente la inseguridad se representa mediante personas que reflejan en su actitud duda constante, cuestionando frecuentemente sus propias acciones y decisiones.
- Los **modelos estéticos corporales** influyen altamente en las mujeres estudiadas, a través de la idealización de la belleza, la influencia de relaciones sociales, de la exposición de dicha idealización en medios de comunicación y el malestar que estos aspectos generan en sus cuerpos, impulsado en varios casos por el bullying perpetuado a ellas en su niñez y adolescencia.
- Se puede concluir adicionalmente que las personas con TCA provienen generalmente de una familia con antecedentes en el peso, siendo un pasado sobrepeso o tener alrededor personas con sobrepeso un factor común en personas con TCA.
- La exposición visual a dietas, restricción alimentaria y preocupación excesiva, son constantes en familias de mujeres con TCA, especialmente perpetradas por la figura materna.
- La mayoría de las mujeres jóvenes adultas con TCA en la ciudad de Tarija han llegado cronicidad del trastorno en el tiempo, dado al estigma, el poco conocimiento de los desórdenes alimenticios.

En resumen, para dar respuesta al objetivo general se tiene que los **factores que están asociados a trastornos de conducta alimentaria** son primordialmente el que hace referencia al **apego** en el cual se encontró un punto importante de conexión entre los 10 casos analizados, al resultar todos en un estilo inseguro y la mayoría de ellos se subclasifican el apego inseguro-evitativo. Otro factor con el que se le encontró relación es el de **personalidad**, donde los rasgos de agresividad, neuroticismo, obsesión e inseguridad predominan en las mujeres con TCA. También los factores emocionales están asociados íntimamente, como lo es la **regulación emocional** y la **alexitimia**,

de acuerdo al análisis, estos factores podrían ser dos de los que permiten que el trastorno perdure en el tiempo. Finalmente, se encontró que el factor de **influencia de modelos estéticos corporales** se relaciona como un precipitante más que predisponente, siendo un factor que está asociado a TCA pues es la base en la que se rige el modelo de delgadez que persigue la anorexia y bulimia.

#### **b. Recomendaciones**

A la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, el municipio y todas aquellas instituciones que les compete:

- Elaborar programas de prevención enfocados en la crianza positiva de los niños, donde exista educación parental que permita el resguardo de su seguridad, sus afectos y se dé lugar a la expresión de sentimientos y emociones.
- Generar espacios especializados y multidisciplinarios para el abordaje terapéutico hacia las personas con trastornos de conducta alimentaria, en la ciudad de Tarija.
- Impulsar talleres para poblaciones escolares donde se aborde la aceptación de la imagen corporal y el fortalecimiento de la autoestima.
- Elaborar programas en edades tempranas que promuevan la desidealización de la belleza y la imagen corporal, tomando en cuenta el común de cuerpos reales que representan al contexto boliviano y tarijeño, de manera que puedan establecer que existe una diferencia sustancial con los cuerpos que se muestran en las redes sociales y que no tienen punto de comparación.
- Promover en los colegios talleres de prevención del bullying y comportamientos discriminatorios, de manera que se pueda evitar que los niños desde temprana edad tengan una fijación en la estética de su cuerpo, el cual suele ser un tema central en los niños que perpetúan el acoso escolar.

A los profesionales clínicos:

- Establecer un buen vínculo con el paciente a lo largo del tratamiento, que permita que la persona continúe acudiendo a su tratamiento.
- Capacitarse adecuadamente en el abordaje de personas con trastornos de conducta alimentaria.
- Proveer al paciente una atención clínica competente, con compasión y respeto de manera digna y teniendo en cuenta los derechos humanos.

- Trabajar teniendo en cuenta la teoría del apego, analizando en profundidad cómo se vinculan los pacientes, con el fin de que puedan establecer relaciones más saludables desde un apego seguro. También es importante trabajar con los estilos parentales, estudiando las características y las dinámicas de funcionamiento de las familias.
- Hacer hincapié en los modelos terapéuticos que trabajan con la regulación de las emociones.
- Trabajar con el círculo cercano del paciente, ya que al ser un problema tan complejo necesita un abordaje de todo el sistema en el que se desenvuelve el paciente.

A futuros investigadores:

- Realizar estudios de prevalencia de trastornos alimentarios y conductas de riesgo, que permitan saber cifras reales en las que incide esta problemática en la ciudad de Tarija.
- Se recomienda ampliar la población de investigación al género masculino, de manera que se pueda hacer una comparación de las variables estudiadas respecto al género.
- Indagar y comparar las variables estudiadas con otros trastornos de conducta alimentaria como el trastorno por atracón, u otros de nuevas denominaciones como la vigorexia, ortorexia, etc.
- Ahondar en el estudio del apego desorganizado como factor asociado a los trastornos de conducta alimentaria.