

FACTORES DE RIESGO E INDICADORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Carlos Esteban Borrego Rosas*

Universidad César Vallejo y Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Resumen

La investigación consistió en correlacionar los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en la población de mujeres de la Universidad César Vallejo de Trujillo, constituida por un total de 355 estudiantes entre los 16 y los 20 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Factores de Riesgo de los Trastornos del Comportamiento Alimenticio elaborado para la presente investigación y el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2) de Garner (1998). La investigación dio como resultado una correlación estadística altamente significativa y otra significativa, entre los factores de riesgo (psicológicos, familiares y socio culturales) con cada uno de los indicadores clínicos asociados a los trastornos del comportamiento alimenticio (Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, entre otras)

Palabras clave: Factores de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria.

ACTORS OF RISK AND THE CLINICAL INDICATORS ASSOCIATED TO THE EATING DISORDER BEHAVIOR

Abstract

The investigation consisted in correlating the Factors of Risk and the Clinical Indicators Associated to the Dysfunctions of the Alimentary Behavior in undergraduate students. The investigation was carried out with a total of 355 students between the 16 and the 20 years. The used instruments were the Questionnaire of Factors of Risk of the Dysfunctions of the Nutritious Behavior

**Correspondencia:* carlosbr9448@hotmail.com. Dr. en Psicología, Magister en Educación Mención Psicología Educativa – Psicólogo Clínico. Docente Universitario de Pre y Postgrado.

elaborated for the present investigation and the Eating Disorders Inventory (EDI-2) of Garner (1998). The investigation gave a highly significant statistical correlation and another significant one as a result, among the factors of risk (psychological, family and cultural partner) with each one of the clinical indicators associated to the dysfunctions of the nutritious behavior (Obsession with thinness, bulimia, body dissatisfaction, ineffectiveness, perfectionism, including).

Key words: factors of risk, eating disorder behavior.

INDICADORES E FATORES ASSOCIADOS COM O TRATAMENTO CLÍNICO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

Resumo

A investigação foi correlacionar os fatores de risco e indicadores clínicos associados com transtornos alimentares na população feminina da Universidade de Trujillo, César Vallejo, que consiste em um total de 355 alunos entre 16 e 20 anos, selecionados através de um teste da amostra aleatória estratificada de cada escola foram devidamente representados. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Fatores de Risco Transtornos do comportamento alimentar desenvolvido para esta investigação e os Transtornos Alimentares Inventory (EDI-2) de Garner (1998), ambos os instrumentos foram psicometricamente justificada. A investigação resultou em uma alta correlação estatisticamente significativa e outro significativo, entre os fatores de risco com cada um dos indicadores clínicos relacionados com distúrbios de comportamento. É por isso que ele diz que é justo pensar em uma combinação de forças com formações diferentes ou diferentes fatores de risco: o psicológico, familiar e sócio-cultural, cuja interação é o desenvolvimento de transtorno de conduta dos alimentos que, portanto, vai características específicas em cada caso, como anorexia ou bulimia.

Palavras-chave: Fatores de risco, fatores psicológicos, fatores familiares, sócio-cultural, indicadores clínicos, transtornos alimentares.

En la recopilación de información para la realización de esta investigación se pudo reconocer que durante las últimas tres décadas, los trastornos de hábitos alimenticios han sido foco de atención creciente por parte de variadas disciplinas médicas y no médicas, debido al aumento progresivo que la presencia de estas patologías han tenido en las consultas clínicas. La constatación de la creciente incidencia del trastorno puede expresarse en el contexto del rol preponderante que ha adquirido el cuerpo, como distinción social y como medio de competitividad, de afirmación y reconocimiento. Todo esto es propio de la cultura occidental, donde se sobrevalora la apariencia física, especialmente la delgadez, la que representa el valor estético estereotipado.

Estamos viviendo en una sociedad marcada por una valoración de la figura que prioriza la apariencia externa por encima de cualquier otro valor, donde las jóvenes hoy en día pierden la autonomía y la confianza en sí mismas, porque tienen una imagen distorsionada de su persona y se exige perfección en el aspecto corporal. Esto se debe a que en los últimos años

se ha producido un cambio en la concepción del ideal de belleza y se ha apostado por un cuerpo más esbelto, por lo que la delgadez en la mujer no sólo se ha convertido en un signo de belleza, sino también de aceptación social y éxito en la vida.

Por otra parte, se ha podido constatar que los trastornos alimenticios están asociados al estudio de comorbilidad como las adicciones, trastornos de la personalidad y del carácter, trastornos como la ansiedad, obesidad etc. Hurtado, González, Hidalgo, Nova y Venegas (2002) encontraron relación significativa entre depresión, características de la personalidad y desórdenes alimentarios.

Una mirada retrospectiva a la historia de las sociedades enseña que siempre hubo situaciones humanas que llevaron a seres de esas épocas a posiciones semejantes a las que hoy causan tanta alarma.

Vega, Imaz, Franco, Madrigal y Rasillo (s.f.) en su compendio de estudios epidemiológicos resaltan un estudio tendente a evaluar el impacto de las influencias culturales que se relacionan con la cultura de la

delgadez.

En la actualidad, la patología relacionada con la ingesta de alimentos como fenómeno se presenta como fruto del deterioro social de la época, siendo continua la búsqueda de causalidades más o menos precisas, que acerquen a la complejidad de la tan irracional, misteriosa, y, para muchos, ambivalentemente fascinante conducta humana.

Precisamente estos trastornos de la conducta alimentaria han alcanzado en las tres últimas décadas una especial relevancia, tanto por su creciente incidencia como por la gravedad de la sintomatología asociada y resistencia al tratamiento; constituyendo hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Tinahones, 2003). Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en edades cada vez más tempranas. En la última década ha descendido en 12 meses la edad de aparición de estos trastornos y estos a la vez se mantienen hasta edades más avanzadas. No en vano la progresión de estos trastornos en las

sociedades avanzadas ha llegado a ser etiquetada de “epidémica” por los casos en aumento en los países industrializados y en las áreas no occidentalizadas de los países en vías de desarrollo.

Martínez, et al. (2003) encontraron en su investigación realizada en Lima Metropolitana (Perú) que la prevalencia de los trastornos alimentarios, de acuerdo a los criterios diagnósticos del Inventario de Conducta Alimentaria (ICA), se dio en 351 casos (16.4%) con uno o más trastornos alimentarios, de los cuales 62 casos (2.9%) presentaron más de un diagnóstico. Estos datos ponen en evidencia la alta prevalencia del “yo-yo dieting” (yo-dieta) en la población adolescente; así como la presencia significativa de la bulimia y de las conductas “binge eating” (atracción). La anorexia nervosa, por el contrario, aparece sólo en 31 casos, de los cuales sólo nueve presentan una anorexia pura.

Martínez, et al. (2003) analizaron la presencia de cuadros diagnósticos en los grupos en función al tipo de colegio al que pertenecen las participantes (de gestión privada o

pública). Se encontró que el 15.4% del grupo de participantes pertenecientes a colegios públicos presenta uno o más trastornos alimentarios, mientras que en los colegios privados este porcentaje alcanza un 18.9%. Sin embargo, los niveles de riesgo a presentar trastornos de anorexia y bulimia en las escolares de colegios públicos son mayores.

La sociedad en palabras de Tinahones (2003) está llena de paradojas. Por un lado, la comida es abundante y omnipresente. Incita a estar comiendo durante todo el día. Publicidad, dispensadores automáticos de tentempiés dulces, “fast-food” (comida rápida), platos para microondas listos para comer, entre otras cosas. Las tentaciones son innumerables. Por otro lado, la delgadez se ensalza como un valor supremo. La televisión y las revistas profesan una admiración sin límites hacia modelos anormalmente esbeltas.

La publicidad alaba los méritos de regímenes milagrosos. Constantemente invitan a practicar ejercicio físico, a quemar las calorías y a reafirmar el cuerpo. El régimen y el

deporte se han convertido en productos de consumo general, una obsesión cotidiana. El comercio de alimentos dietéticos y de tratamientos adelgazantes nunca había sido tan próspero. El culto por un cuerpo delgado y firme triunfa.

Es evidente la lucha entre las ganas de comer y el miedo a engordar. Nuestra sociedad “lipofóbica” provoca una fractura entre el cuerpo real y un cuerpo idealizado. Las mujeres son las primeras víctimas de esta nueva forma de alienación. Se reprimen para sentirse bellas. Una de cada dos mujeres empieza un régimen, por lo menos una vez en la vida, con la esperanza de llegar a un cierto ideal de delgadez. Entre las demandas estéticas de mayor resonancia, se encuentra el de la moda y la belleza que llegan incluso a esclavizar a las personas obligándolas a seguir ciertos patrones necesarios para tener una vida plena. Los medios de comunicación son portavoces y creadores de estereotipos estéticos corporales, enviando mensajes que sobrevaloran la importancia del atractivo físico, sobre todo, en el sexo femenino.

La sociedad en palabras de Simon y Nef (2005) hace creer que la persona puede transformar su cuerpo según su buena voluntad. “Muchas personas se lanzan a un régimen, pierden kilos rápidamente y acaban... ¡recuperándolos!” El cuerpo tiene unas razones que la (sin) razón no conoce. Muy a menudo, al final del régimen, espera la decepción. Se tiene que decir adiós a los sueños de belleza, de seducción, de simpatía, de éxito, incluso de felicidad, y pasar a darle la bienvenida al sufrimiento.

En la sociedad occidental, la fanática búsqueda de la delgadez lleva a excesos. Los regímenes se empiezan cada vez antes, a veces desde la infancia. Más que un sobrepeso o un defecto físico reales, en su origen hay una insatisfacción corporal, sobre todo en las mujeres. En líneas generales, los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades respaldadas por nuestra cultura.

En el Perú, a los estudios de Martínez, et al. (2003) se puede observar investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud (2004) en la selva peruana: en Tarapoto, Iquitos y

Pucallpa se observa la anorexia nerviosa con un 0.1% en la prevalencia de trastornos psiquiátricos de los adultos. Resultados similares se encontraron en la sierra (2003) donde la anorexia nerviosa ocupa un 0.1%, y la bulimia alcanza un 0.4%.

Estudios realizados en pacientes con anorexia nerviosa del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, entre 1982 y 1998, indican que la edad promedio fue 18.43 ± 6.64 años, pero el 87.9% es menor de 24 años. El 91.4% fue de sexo femenino. Los pacientes fueron encontrados en avanzado grado de la enfermedad (2 años en promedio), con severo compromiso del estado físico (peso promedio de 36.15 ± 8.55 kg e índice de masa corporal promedio de 13.69 ± 4.78 kg/m²). En la evaluación inicial, 29.3% de pacientes estaban hipotensos; 15.5%, bradicárdicos; y 12.1%, hipoglicémicos. El 61.3% de pacientes presentó vómitos autoinducidos; 27.65%, usaron fármacos con el objeto de bajar de peso; 41.4%, requirió hospitalización en algún momento de la enfermedad; 24.1%, presentó alguna complicación

médica severa; y 2 murieron. La tuberculosis estaba presente en algunos pacientes y familiares. El 83.3% acudió previamente a algún consultorio médico o establecimiento de salud sin obtener diagnóstico ni tratamiento. El abandono del tratamiento ocurrió en el 35.2% de los casos a los 3 meses; en el 55.4% al año y en el 87.1 % a los 3 años. (Albornoz & Matos, 2001)

Toda esta realidad problemática descrita muestra que las adolescentes y jóvenes también forman parte de esta cantidad de personas que por diferentes motivos se encuentran inmersas dentro de esta problemática, o con alto riesgo de caer en ella. En la adolescencia, cuando este tipo de obsesión se convierte en una pesadilla (ya que con una personalidad aún no configurada ni aceptada y con unos medios de comunicación que transmiten constantemente modelos de perfección y belleza), las jóvenes se sienten en la obligación de ser cuerpos "admirables", sacrifican su salud y llegan hasta las últimas consecuencias en sus conductas alimentarias. El ataque de este trastorno de la alimentación suele ser siempre el mismo. Lo que empieza de forma

voluntaria ("sólo quiero perder esos dos o tres kilos que me sobran") acaba convirtiéndose en una obsesión, y entonces dar marcha atrás es casi imposible.

Por otro lado, no sólo se observa un culto al cuerpo, sino también hay jóvenes que odian su cuerpo y de paso, a sí mismas. Esta situación se da porque fueron criadas para pensar en "estoy bien si mi cuerpo está bien"; por lo cual su autoestima depende de su imagen corporal, donde el significado de estar bien implica que sus cuerpos se parezcan al de las modelos que aparecen en las revistas y pantallas: delgadas, curvilíneas, hermosas. El caso inverso no es menos grave. Jovencitas a quienes se les han hecho sentir apreciadas sólo por su cuerpo, pero que dentro de él nada vale, terminan derivando en una pobrísima autoestima y frustraciones, y muchas veces en conductas autodestructivas. (Martínez, et al., 2003).

El estudio busca relacionar precisamente las implicancias de los indicadores clínicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria y los factores de riesgo entre los que

tenemos los psicológicos, concebidos como la predisposición en las universitarias para sufrir trastornos alimenticios. Éstas con frecuencia tienen cuadros depresivos y/o de ansiedad, además, presentan una baja autoestima; es decir, no tienen la capacidad de sentir confianza, amor, respeto por sí mismas, ya que tienen una imagen distorsionada de su persona y no se aceptan tal y como son, (falta de auto concepto); no se establecen juicios valorativos acerca de sus actos y se sienten devaluadas e indeseables (falta de auto evaluación); por lo tanto, no tienen una correcta autocrítica; viven llenas de prejuicios, del qué dirán y de la constante comparación (falta de auto aceptación), surgiendo en ellas un sentimiento de inferioridad e inseguridad lo que las lleva a comparar o copiar modelos (falta de identidad del yo).

Otro factor es el familiar, descrito como desencadenante de un trastorno alimenticio, por la presión que ejerce la familia por mantener una imagen o apariencia externa sobre mujeres que están propensas a padecer dichos trastornos. De la misma manera, se ha visto que en estos casos

no existe una estructura familiar sólida, sino familias disfuncionales (divorcios, nuevas parejas de los padres, riñas familiares); pueden existir también antecedentes patológicos debido a que las madres de las personas que sufren un trastorno alimenticio han sufrido en su juventud algún cuadro de este tipo como un peso excesivamente bajo, cierta hiperactividad, hábitos dietéticos y alguna valoración positiva de bajo peso. En consecuencia, puede hablarse de disposición o vulnerabilidad genética para estos trastornos.

El factor sociocultural es el último de los factores entendiéndose como en el hecho de que las mujeres se dejan influenciar por la sociedad, la cual que ha convertido al peso y la figura corporal en un requisito fundamental para la obtención de éxito, aceptación, estatus social y felicidad. Estas mujeres piensan que el verse bien es lo más importante e incluso que se encuentran físicamente sanas; hasta de esta manera pueden llegar a copiar la imagen de una modelo, al punto de obsesionarse por no consumir muchas comidas recurriendo a una dieta, ejercicios

excesivos, vómitos provocados, todo lo cual constituye un fiel reflejo de baja autoestima.

El alto índice de riesgo de este trastorno motiva la realización de este estudio correlacional entre los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos alimenticios, los cuales son concebidos como aquellas circunstancias o características que aumentan la probabilidad de que aparezca el trastorno, pues de no ser identificada, tratada y controlada a tiempo puede desencadenar problemas psicológicos, enfermedades médicas severas (gastrointestinales, amenorrea, descalcificación, deterioro intelectual, pensamiento y percepción; en el ámbito social, aislamiento, poco interés de interactuar con los demás), llegando incluso hasta la muerte. (Martínez, et al., 2003)

Por estas condiciones y motivaciones, se plantea un estudio correlacional metodológicamente riguroso, con una base sólida y objetiva de los factores de riesgo y los indicadores clínicos, que muestre el

grado de afectación real de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en las alumnas de la Universidad “César Vallejo” de Trujillo en el año 2006; y se forma como problema de investigación el siguiente: ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo?

Método

Participantes

La población estuvo constituida por las universitarias matriculadas en el semestre 2006-I de la universidad “César Vallejo” de Trujillo, quienes hacen un total de 4635 alumnas, cuya edad promedio fue de 18 años.

La muestra se obtuvo mediante un muestreo probabilística estratificado de acuerdo a los procedimientos estadísticos, con un .05 de margen de error y 95% de confiabilidad. Así se obtuvo un total de 355 alumnas como muestra, las cuales fueron distribuidas de modo que cada escuela estaba debidamente representada.

Tabla 1

Distribución de Alumnas de la Universidad “César Vallejo” por Escuelas Académico Profesionales según la Población y Muestreo Estratificado

Escuela Académico Profesional	Población	Muestra
Arquitectura	110	8
Ciencias de la Comunicación	133	10
Medicina	263	12
Nutrición	151	12
Obstetricia	305	23
Administración	223	17
Contabilidad	392	30
Derecho	574	44
Educación Inicial	408	31
Educación Primaria	409	31
Educación Secundaria	31	2
Idiomas	328	25
Psicología	938	73
Ing. Civil	63	5
Ing. Industrial	101	8
Ing. Sistemas	204	16
Total	4635	355

Instrumentos

Instrumento 1: Cuestionario de Factores de Riesgo.

El Cuestionario de Factores de Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (2006) fue construido como parte de la investigación. El ámbito de aplicación son mujeres universitarias entre los 16 y 20 años y puede aplicarse de manera individual y colectiva, con un tiempo promedio de aplicación de 10 minutos aproximadamente. El propósito es evaluar los factores de riesgo de los

trastornos alimenticios, los cuales se delimitaron en psicológicos, familiares y socioculturales.

El factor de riesgo psicológico se entiende como en la vulnerabilidad afectivo-emocional de las mujeres que presentan cuadros depresivos y/o de ansiedad, baja autoestima e imagen distorsionada de su persona.

El factor familiar se refiere a la presión que ejerce la familia por mantener una imagen o apariencia externa sobre sus miembros mujeres. El factor sociocultural se entiende

como la influencia de la sociedad, que ha convertido al peso y la figura corporal en un requisito fundamental para la obtención de éxito, aceptación, estatus social y felicidad en nuestra sociedad.

El cuestionario cuenta con los índices de validez de constructo y contenido y la confiabilidad apropiados para la presente investigación. El análisis se realizó mediante el método ítem-test, y los reactivos arrojaron una validez significativa; del mismo modo, la escala y los factores indican que son confiables. Este procedimiento se realizó para el presente estudio mediante el método del Alpha de Cronbach obteniendo un .89 para el factor psicológico .87 para familiar y .91 para sociocultural.

Instrumento 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2.

La segunda prueba utilizada fue el Eating Disorder Inventory - 2 (Original) Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. EDI - 2 (Traducción) de David M. Garner, Ph.D. (1990), adaptado al español en 1998. El ámbito de aplicación es

individual y colectivo. El tiempo aproximado de aplicación es de 20 minutos aproximadamente; no está limitado. Las escalas que mide son Obsesión por la Delgadez: Preocupación por el peso, dietas y miedo a engordar. Bulimia: Pensamientos de darse un atracón o atracones reales. Insatisfacción Corporal: Con el cuerpo como totalidad o con partes del mismo. Ineficacia: Incapacidad general, inseguridad, vacío y falta de control sobre la propia vida. Perfeccionismo: Espera de resultados excepcionales. Desconfianza Interpersonal: Dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos, así como para establecer relaciones íntimas. Conciencia Introceptiva: Grado de confusión y dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, así como la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. Miedo a la Madurez: Deseo de volver a la infancia. Ascetismo: Tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el

control de las necesidades corporales. Impulsividad: Dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, hostilidad, autodestrucción y destrucción de las relaciones interpersonales. Inseguridad Social: Creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas y, generalmente, de escasa calidad.

El Inventario tanto en su documento original como en su aplicación para la presente investigación obtiene índices adecuados de validez y confiabilidad apropiados. El análisis se realizó mediante el método ítem-test, y los reactivos arrojaron una validez significativa ($p < .05$); del mismo modo las escalas y la prueba en general indican que son confiables. Este procedimiento se realizó mediante el método del Alpha de Cronbach.

En cuanto al *procedimiento*, tanto en la recolección como en el análisis de los datos, se establecieron las siguientes actividades:

Se realizaron entrevistas a las universitarias, para conocer de primera fuente las situaciones y

circunstancias en que se da el fenómeno estudiado.

Antes de realizar la aplicación de los instrumentos se explicó a las participantes la finalidad de la investigación y se les hizo firmar un documento donde quedaba constancia del consentimiento de las estudiantes para participar en la investigación.

Luego se procedió a la aplicación de los instrumentos utilizados en la investigación: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. EDI-2 y posteriormente el Cuestionario de Riesgo de trastornos alimenticios.

El análisis de los datos se realizó con estadísticos paramétricos que se caracterizan por el análisis de fenómenos normales. Es normal porque la distribución obedece a un prototipo de curva normal o campana de Gauss. El nivel de medición de la variable dependiente es por intervalos. La correlación de las variables se realizó mediante el

coeficiente de correlación de Pearson.

La validez de los ítems se realizó mediante el método de análisis inter-test, en la que se analiza cada ítem con el total de cada factor o escala según sea el caso del instrumento analizado. Para este análisis, también se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Estos son analizados y arrojan un nivel de significancia estadístico, el cual propone la validez o no de un reactivo.

(Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

La confiabilidad se realizó con el método del Alpha de Cronbach.

Resultados

En los factores de riesgo se obtuvo que el 27% de las estudiantes universitarias se encuentra en una categoría de alto *riesgo psicológico*, el 26% se encuentra en la categoría de alto *riesgo familiar* y el 28% se halla en las categorías de riesgo bajo *socio cultural* (ver tabla 2).

Tabla 2

Distribución de las alumnas en los factores de riesgo: psicológico, familiar y socio cultural

Factor de Riesgo	Categoría	f	%
Psicológico	Bajo	93	26
	Medio Bajo	64	18
	Medio	79	22
	Medio Alto	25	7
	Alto	94	27
	Total	355	100
Familiar	Bajo	83	23
	Medio Bajo	33	9
	Medio	85	24
	Medio Alto	64	18
	Alto	90	26
	Total	355	100
Socio Cultural	Bajo	100	28
	Medio Bajo	35	10
	Medio	98	27
	Medio Alto	27	8
	Alto	95	27
	Total	355	100

Los resultados muestran que las adolescentes estudiadas presentan un alto riesgo en los indicadores clínicos de insatisfacción corporal (29%), perfeccionismo (26%), conciencia introceptiva (28%) y ascetismo (30%), mientras que presentan un riesgo medio bajo en bulimia (53%) y

un riesgo bajo en obsesión por la delgadez (31%), ineficacia (29%), desconfianza intrapersonal (28%), miedo a la madurez (30%), impulsividad (27%) e inseguridad social (32%) tal como se aprecia en la tabla 3.

Tabla 3

Distribución de Porcentajes Obtenidos por las Alumnas en los Indicadores Clínicos de los Trastornos de Conducta Alimentaria

Indicadores clínicos TCA	Categoría	%
Obsesión por la delgadez (DT)	Alto	30
	Medio Alto	7
	Medio	15
	Medio Bajo	17
	Bajo	31
	Total	100
Bulimia (B)	Alto	25
	Medio Alto	10
	Medio	12
	Medio Bajo	53
	Bajo	0
	Total	100
Insatisfacción corporal (BD)	Alto	29
	Medio Alto	15
	Medio	16
	Medio Bajo	19
	Bajo	21
	Total	100
Ineficacia (I)	Alto	25
	Medio Alto	16
	Medio	14
	Medio Bajo	16
	Bajo	29
	Total	100
Perfeccionismo (P)	Alto	26
	Medio Alto	19
	Medio	11
	Medio Bajo	21
	Bajo	23
	Total	100
Desconfianza interpersonal (ID)	Alto	25
	Medio Alto	9
	Medio	24
	Medio Bajo	14

Luego de correlacionar con la fórmula de Producto Momento de Pearson entre los totales de los factores de riesgo y los totales de los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la Universidad “César Vallejo” de Trujillo, se encontró una r de .603, valor altamente significativo ($p < .01$).

Se observa la correlación entre los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. La correlación es altamente significativa ($p < .01$) entre el factor de riesgo *psicológico* y los indicadores clínicos de: Obsesión por la Delgadez (DT), Bulimia (B), Insatisfacción Corporal (DB), Ineficacia (I), Perfeccionismo (P), Desconfianza Interpersonal (ID), Conciencia Introceptiva (IA), Miedo a la Madurez (MF), Ascetismo (A), Impulsividad (IR) e Inseguridad Social (SI).

La correlación es altamente

significativa ($p < .01$) entre el factor de riesgo Familiar y los indicadores clínicos de: Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introceptiva, Impulsividad e Inseguridad Social; la correlación es significativa ($p < .05$) entre el factor de riesgo familiar y el indicador clínico Perfeccionismo; con los indicadores Miedo a la Madurez y Ascetismo la correlación es no significativa.

Finalmente, la correlación es altamente significativa ($p < .01$) entre el factor de riesgo Socio Cultural y los indicadores clínicos de: Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Conciencia Introceptiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social. La correlación es significativa ($p < .05$) entre el factor de riesgo Sociocultural y los indicadores clínicos Perfeccionismo y Desconfianza Interpersonal. (Ver tabla 4)

Tabla 4

Correlación de Pearson entre los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en alumnas de la Universidad "César Vallejo" de Trujillo

Factores de Riesgo	Indicadores Clínicos Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria										
	DT	B	DB	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
Factor Psicológico	.720**	.365**	.526**	.374**	.175**	.216**	.481**	.194**	.205**	.299**	.396**
Factor Familiar	.429**	.356**	.387**	.382**	.106*	.153**	.379**	.100	.097	.313**	.351**
factor Socio Cultural	.649**	.425**	.461**	.340**	.112*	.126*	.405**	.163**	.171**	.280**	.305**

** $p < .01$; * $p < .05$

Discusión

La etiopatogénesis de los trastornos alimenticios es compleja, sus manifestaciones clínicas son la resultante de la destilación de múltiples factores de riesgo como los psicológicos, familiares y socioculturales. Precisamente los resultados encontrados en la presente investigación demuestran cómo estos factores de riesgo tienen un impacto significativo en los indicadores clínicos de los trastornos alimenticios.

Haciendo un análisis sistemático y coherente de los resultados; como se puede apreciar en la tabla 2, que demuestra la relación altamente significativa entre los factores de riesgo y los indicadores clínicos. Los resultados encuentran que las condiciones individuales, que guardan relación con la personalidad,

la familia y su influencia en el hábito alimenticio de las universitarias y la presión sociocultural, son algunos de los factores de riesgo para el desencadenamiento de problemas alimenticios.

El deseo de delgadez actual ya no supone en la mayoría de las personas el anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, sino el ser suficientemente aceptado, o incluso el no sentirse rechazado. (Moreno, 1999)

La influencia de los factores socioculturales está siendo un factor determinante en la génesis y mantenimiento de dichos trastornos. La presión que ejercen los medios de comunicación y la sociedad hacia la delgadez como símbolo de belleza y éxito, contribuye a que conductas y actitudes alimentarias anómalas, que son propias de estos trastornos, sean

comunes en buena parte de la población.

Pérez (1998), en su investigación realizada tras el análisis multivariante los factores independientemente asociados tanto al riesgo como a la prevalencia de TCA (diagnóstico por psiquiatra) fueron: los antecedentes familiares de TCA, el consumo de “revistas del corazón”, los niveles elevados de neuroticismo, la pérdida de conciencia interoceptiva, el perfeccionismo, el escaso aporte energético de la dieta y el bajo aporte energético procedente de las grasas. Por tanto, los resultados de este estudio apoyan (con las limitaciones derivadas de su carácter transversal) la importancia de la dieta, las características de personalidad y los factores socioculturales en la aparición de TCA.

Cuando se realiza el análisis de en cada uno de los factores y los indicadores, como se aprecia en la tabla 4, se constata cada una de las correlaciones existentes. En primer término analizaremos la existencia de relación altamente significativa entre el factor de riesgo *psicológico* y el

indicador clínico obsesión por la delgadez de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo, este resultado encontrado demuestra la manifestación clínica de un intenso impulso por estar delgada o un fuerte temor a la gordura.

En palabras de Garner y el sustento teórico del cuestionario de factores de riesgo utilizado en esta investigación, el factor *psicológico* incluye manifestaciones de depresión, ansiedad, disturbios de la personalidad, déficit cognitivo y emocional; lo que nos permite inferir según las mismas alumnas, que se encuentran emocionalmente lábiles, con rasgos inestables de la personalidad y baja autoestima; por este motivo, la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar, controlar su peso en una balanza, mirarse en el espejo, preguntarle a las personas cercanas sobre su aspecto físico, forman parte de sus conductas habituales.

En el plano psicológico, las distorsiones cognitivas de las universitarias son comunes. En la observación clínica se han

identificado dos tipos de anomalías en relación a la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo. En unos casos, se constatan auténticas distorsiones perceptivas, puesto que se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. Pero en otros casos, y a partir de una percepción más o menos objetiva, se producen evaluaciones distorsionadas que, según su contenido, originarán reacciones de ansiedad, o incluso pueden contribuir a mitigarla.

Por su parte, Garner (1998) recuerda que esta distorsión cognitiva está asociada a la presencia de síntomas de anorexia nerviosa, a un locus de control más “externo”, a más puntuación en cuestionarios de depresión, a más ansiedad, a mayor anhedonia física.

Crispo, Figueroa y Guelar (1998), agregan que el cuerpo que está subalimentado, causa el malestar anímico y emocional (intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos del humor), y la falta de fuerzas en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto el

organismo como el ánimo y la incorporación de nuevos hábitos, como el de fumar o comerse las uñas. Esto implica que necesariamente hay que recuperar la estabilidad orgánica para que las alumnas se sientan mejor anímica y emocionalmente.

Dato similar presentan Hurtado, González, Hidalgo, Nova y Venegas (2002) quienes encontraron relación significativa entre depresión, características de personalidad y desórdenes alimentarios.

Por su parte, Fernández y Probst (1994) en el estudio que realizaron concluyen que la distorsión de la imagen corporal, en pacientes con trastornos de la alimentación, debería ser contemplada como una autoevaluación negativa de sí mismos y de su propio cuerpo y no como una distorsión perceptiva.

El análisis guarda una relación altamente significativa entre el factor de riesgo familiar y el indicador clínico obsesión por la delgadez de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Esto significa que la familia se constituye en un factor desencadenante con altas

posibilidades de predisponer un trastorno alimenticio.

Minuchin citado por Celada (2003) encuentra que las familias y pacientes tienen características similares: trabajadoras, perfeccionistas, atildadas, estrechamente vinculadas con la familia, dependientes, depresivas y obsesivamente preocupadas por sus comidas y el temor a engordar. Por lo que podemos inferir que un porcentaje significativo de las familias de las universitarias tienden a predisponer, mediante mensajes directos o subliminales, el cuidado del cuerpo y no sólo por una cuestión de salud sino por su preocupación por el éxito y la apariencia externa.

Para culminar el análisis de este primer grupo de factores de riesgo con el primer indicador clínico, tenemos la existencia de una relación altamente significativa entre el factor de riesgo socio cultural y el indicador clínico obsesión por la delgadez de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Esto implica que la presión socio cultural es un factor de riesgo poderoso para

que se desencadene un trastorno alimenticio, como se plantea en el estudio realizado.

Mediante un análisis más profundo se determina que el peso tiene un significado importante en la autoestima y la felicidad de las universitarias, gracias a que los medios de comunicación ofrecen y venden la imagen de mujeres con figura esbelta y bajo peso, como propósito de una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Es importante recalcar que las estudiantes universitarias hablan de un cuerpo ideal o espectacular no en base a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. Por eso, su valoración de sí mismas como personas, sólo se da a partir de la aceptación que puede tener su cuerpo frente a los demás no por lo que ellas consideran lógico, sino por cómo su cuerpo cumple con los estereotipos sociales impuestos desde fuera.

Vega, Imaz, Franco, Madrigal y Rasillo (s.f.) en su compendio de

estudios epidemiológicos resaltan un estudio tendente a evaluar el impacto de las influencias culturales que se relacionan con el deseo de adelgazar, la publicidad de los productos adelgazantes, las lecturas sobre el cuerpo y el peso, los modelos populares, los comportamientos de amigas y actitudes familiares parecen ser los principales factores favorecedores de la cultura de la delgadez.

Por otra parte, la comorbilidad (adicciones, trastornos de la personalidad, del carácter, trastornos como la ansiedad, obesidad etc.) debe estar siempre presentes en las evaluaciones clínicas y terapéuticas, debido a su frecuente asociación con los trastornos alimenticios.

Un segundo indicador analizado en base a los factores de riesgo es la bulimia; aquí se encuentra que existe una relación altamente significativa entre el factor de riesgo *psicológico* y el indicador clínico bulimia de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. En este resultado lo que se encontró es la tendencia de las universitarias a darse

comilonas o atracones de comida incontrolables.

Las investigaciones han demostrado que hay casos de bulimia en los que no se cumplen todas las condiciones para un diagnóstico formal de trastornos de la conducta alimentaria pero, en la mayor parte de los casos, la bulimia severa va asociada a marcadas disfunciones psicológicas. Estas se pueden traducir en un patrón de comportamiento que active temores sobre el incremento de peso y de los problemas con la imagen corporal, cargos de conciencia; al extremo que generan un alto grado de preocupación y ansiedad. Las purgas actúan como reductores de la ansiedad, y así son reforzadas negativamente, por lo que les sirven para evitar sentimientos displacenteros.

Williamson, citado por Celada (2003), manifiesta que las repercusiones psicológicas como la ansiedad serían el factor central del trastorno, y de otra parte, la psicopatología secundaria como la *d e p r e s i ó n , d i f i c u l t a d e s* interpersonales (evitan el contacto prolongado e íntimo), impulsividad,

problemas obsesivos y de personalidad, serían los desencadenantes y mantenedores de la enfermedad. Con relación a la personalidad, Johnson y Maddi, citados por Rausch y Bay (1993), especulan acerca de dos factores de personalidad que serían predisponentes para la bulimia: una inestabilidad afectiva, referida a estados de humor depresivos y altamente variables, conducta impulsiva, y baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración; el otro factor es la baja autoestima.

En este mismo grupo, se encuentra como resultado que existe relación altamente significativa entre el factor de riesgo *familiar* y el indicador clínico bulimia de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Esto indica que la dinámica familiar influye sobre la aparición de los trastornos alimenticios y la persistencia del mismo.

Esta situación lleva a afirmar que la comunicación entre las universitarias y sus familias suelen ser conflictivas. Ellas perciben a los

suyos como hostiles y poco cohesionados; es decir, la estructura familiar más caótica. Las madres se muestran más controladoras y con altas expectativas respecto a sus hijas. La relación padre-hija se había ido deteriorando en el transcurso de la adolescencia. Los problemas de poder también son críticos. (Celada, 2003)

Dentro de todas estas manifestaciones descritas, existe una peculiar donde el desorden de la paciente parece invadir a los suyos tanto como la familia tiende a ser invasiva. Este tipo de familias suele apoyar los comportamientos alimenticios anormales de sus hijas.

El deterioro comportamental y la mala convivencia con sus familiares se intensifican. Las sensaciones priman sobre los sentimientos. Les cuesta expresar con palabras o sentimientos. La separación es tan difícil como estar juntos, es como si un nudo de ambivalencia los mantuviera unidos.

La existencia de una relación altamente significativa entre el factor de riesgo *sociocultural* y el indicador clínico bulimia de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas

de la universidad “César Vallejo” de Trujillo es otro de los resultados hallados en la investigación, por lo que no cabe duda que la presión sociocultural regula muchos de los aspectos que pueden desencadenar la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Esto se refuerza en lo manifestado por Tinahones (2003) quien ha observado una desviación de los ideales de belleza femenina hacia un cuerpo más delgado y menos real.

Para Millon (citado por Rausch & Bay, 1993), las personas con propensión a la bulimia tienen gran necesidad de aprobación externa y confirmación, e intentan lograrlo acomodándose a los demás. Son evitadores de conflicto que permanentemente buscan el halago y la atención de los demás.

Es necesario precisar que el aislamiento social, las dificultades de interacción con la familia y la pérdida progresiva de interés y constancia en sus actividades, ubica a las universitarias, que presentan un trastorno alimenticio, como incapaces de valerse por sí mismas y con una importante necesidad de ayuda.

Los factores de riesgo también

fueron correlacionados con el indicador clínico insatisfacción corporal, encontrándose que existe relación altamente significativa en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo, dicho resultado abarca la insatisfacción de las alumnas con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.).

La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la “perturbación de la imagen corporal”. Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Resultados similares fueron encontrados por Viñuales, Fernández, Jiménez, Turon y Vallejo (2001) en donde la psicopatología alimentaria y la baja autoestima son factores característicos en TCA; mientras que la realización de dietas y/o insatisfacción corporal, serán comunes asimismo en población general que realiza asiduamente restricción alimentaria.

Esta perturbación despliega en las universitarias un sentimiento de insatisfacción consigo misma y con su vida. Tienen la horrible impresión de que han perdido el control. Se sienten desamparadas, impotentes, incapaces, inferiores, culpables, indignas, perdidas e inútiles.

Es por eso que las universitarias normalmente inician un régimen dietético, en resumidas cuentas, muy típico. Éste tiene el objetivo de perder algunos kilos que la persona cree que le sobran, y las que se encuentran focalizadas en zonas específicas del cuerpo y que varían de persona a persona, aunque podría decirse que existe un “acuerdo” entre las zonas que despiertan una mayor insatisfacción corporal, como manifiesta Garner, (abdomen, nalgas, cintura, cadera, etc).

Sea la forma en que se presente la insatisfacción, la universitaria se siente demasiado gorda y antiestética. Cree que su sobrepeso (objetivo o subjetivo) es inaceptable; por consiguiente, empieza un régimen para adelgazar y corregir su figura, pero que a la larga encuentra un buen caldo de cultivo en su inestable

personalidad desencadena un cuadro de trastorno alimenticio.

La investigación que realizaron Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón (2003) encontró resultados similares, donde los datos sugieren, que las jóvenes evaluadas muestran cierto descontento, tanto con su peso como con su talla.

Otro análisis, en base a los resultados encontrados, es la relación altamente significativa entre los factores de riesgo *familiar* y *sociocultural* con el indicador clínico insatisfacción corporal de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Esto indica que las universitarias empiezan un régimen no necesariamente porque tienen sobrepeso, sino porque son presionadas o estimuladas por factores que no sólo se encuentran en ellas sino en el medio que las rodea.

Una simple insinuación, un comentario insignificante sobre la corpulencia o el peso puede hacer estallar la bomba. Un amigo, una amiga, un compañero (a) de clase, un médico, un hermano, un novio, un profesor, un entrenador, los padres,

abuelos, tíos, primos o cualquiera que sea importante para la persona, puede la mayoría de las veces de un modo no intencionado, molestarla en lo que se refiere a su físico. Estos comentarios las hacen conscientes de una “debilidad” y ésta la focalizan en su cuerpo. Esto es suficiente para que las universitarias se dediquen a empezar un régimen para librarse de esos “horribles kilos”. También en este punto debe incluirse el hecho de que por imitar a una amiga en una dieta que “dio resultado” y desapareció aquellas zonas que le generaban insatisfacción, la adolescente inició un régimen.

Vázquez, Ocampo, López, Mancilla y Álvarez (2002) manifiestan que la influencia de la publicidad y el entorno social son los factores culturales más relevantes. Los resultados muestran una alta preocupación por la figura y el peso corporal en todas las estudiantes. Así como una tendencia a subestimar la espalda y la cadera, y sobrestimar su cintura.

El análisis de las relaciones encontradas en la presente investigación se extiende a la

existencia de una relación altamente significativa entre el factor de riesgo *psicológico* y el indicador clínico ineficacia de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo; encontrando que las universitarias responden con sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida, *pobre autoestima* o una autoevaluación negativa, intensos sentimientos de falta de adecuación, y como si no fuera suficiente incluye sentimientos de vacío y soledad.

Bruch (citado por Garner, 1998), Rausch y Bay (1993) describieron en un principio el “sentimiento abrumador de ineficacia” como la perturbación subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria. Es decir una predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo.

La ineficacia hace que las universitarias se perciban a sí mismas como si hubieran perdido el control de su conducta, sus necesidades y sus

impulsos; como si no fueran las dueñas de sus propios cuerpos, como si carecieran de un centro de gravedad, de acuerdo a Rausch y Bay (1993).

Espina, Ortega, Ochoa de Alda y Alemán (2002) confirman estudios anteriores al mostrar una mayor frecuencia de alexitimia, específicamente la dificultad para procesar cognitivamente las emociones, en los trastornos alimenticios y la necesidad de incidir terapéuticamente en ese nivel.

Los factores de riesgo *familiar* y *sociocultural* una vez más alcanzaron una relación altamente significativa con el indicador clínico ineficacia de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. La ineficacia por su connotación descrita líneas arriba hace que las universitarias se sientan bajo la influencia de fuerzas externas.

Este sentimiento de ineficacia y el consiguiente déficit en la identidad personal puede ocasionar dificultades mayores, cuando la persona carece de la orientación concreta de sus padres o cuando se ve expuesta a situaciones en las que hay nuevas demandas.

En muchos de los casos, las personas cercanas son exageradamente hostiles, hecho que ahonda la inseguridad, la culpa y la irritación. Otra situación que es meritorio mencionar es que muchos de los padres capitulan aceptando hacer comidas diferentes a las de los demás miembros de la familia, permitiendo que los hábitos se salgan de control, reforzando el aislamiento y permitiendo, de esta manera, la instalación de un trastorno alimenticio.

Llegando a este punto, la vida de las universitarias se desarrolla en un estado continuo de correcciones y reproches; hay creencias negativas sobre sí mismas y su sistema de confianza en sí, se basa en referencias externas y perfeccionistas. Dudan de sus criterios propios, excepto, en lo que respecta a la rigidez de sus alimentos, talla de ropa y peso corporal, evidentemente distorsionados.

La inseguridad de las universitarias acerca de sus posibilidades de cumplir con los parámetros establecidos por la familia y la sociedad en su conjunto, minan

sus posibilidades de ser exitosas en sus relaciones, por lo que se concentran en el peso como sinónimo de triunfo y aceptación.

Esta situación, para Celada (2003), despierta en las universitarias una autocrítica y sensación de no rendir bien, aunque en sus actividades cotidianas, los resultados sean buenos, dicha situación se da porque sus sistemas de autoevaluación se hallan perturbados.

La sensación de baja autoestima, que nace de juzgarse a sí misma desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia.

Dentro del análisis correlacional encontrado en la presente investigación se puede inferir que existe relación altamente significativa entre el factor de riesgo *psicológico* y el indicador clínico perfeccionismo de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Este resultado estaría indicando que las universitarias miden el grado en el cual creen que sus resultados personales deberían ser

mejores.

La experiencia clínica del investigador lleva a plantear que el perfeccionismo de las universitarias (exigencias personales exageradas) acentúa aún más su angustia. Las lleva a recuperar su vida, a tener un mejor control de sí mismas y de su existencia. Pero muchas veces el camino es difícil, puesto que el sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto, que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan.

Es por esto que en dicha búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal, donde prevalece el deseo de tener el cuerpo ideal, a cualquier costo, terminando por convencerse de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas. De este modo, conseguirán la seguridad y la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida; sin embargo, paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad

porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos.

El perfeccionismo es una trampa, ya que nunca se logra lo que se busca porque es en sí mismo inalcanzable.

Bruch, citado por Garner (1998), ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y Slade, también citado por Garner, (1998) ha añadido que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de la anorexia y la bulimia. Crispo, Figueroa & Guelar, manifiestan que el perfeccionismo es bastante común entre los jóvenes con trastornos alimenticios.

Dentro de éste análisis, los factores de riesgo *familiar* y *sociocultural* encuentran una relación significativa con el indicador clínico perfeccionismo de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Esta situación implica que es bastante frecuente encontrar en las universitarias una tendencia marcada

a controlar, con perfección, todo en sus vidas; lo cual no sólo implica el férreo control de su cuerpo, sino de las situaciones familiares; y en general, del entorno al que perciben como muy influyente y que pauta su comportamiento.

Los elementos del perfeccionismo evalúan en qué grado las universitarias creen que, sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes, y están convencidas de que los demás (padres y profesores; por ejemplo) esperan de ellas unos resultados excepcionales. Al no darse los resultados esperados, manipulan su peso como compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar

Los resultados demuestran que existen relaciones altamente significativas entre los factores de riesgo *psicológico* y *familiar* y el indicador clínico desconfianza interpersonal de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Este resultado nos evidencia que las universitarias presentan un

sentimiento general de alienación y desinterés por establecer relaciones íntimas, así como dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.

Esto implica la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de trastornos de la conducta alimentaria.

Esta situación hace que las universitarias estén más propensas y dispuestas a seguir un régimen alimenticio inadecuado, que les genere una pérdida de peso, de tal manera que su desconfianza interpersonal las lleve a evitar situaciones consideradas como conflictivas o estresantes, que en el caso particular de la población, materia de investigación, podría estar representado por los cambios en su desarrollo, ruptura familiar, estudios, relaciones de pareja, inicio de su vida sexual, las amistades, el principio de autonomía y otras situaciones que podrían desencadenar la ruptura de su homeostasis.

La desconfianza interpersonal

planteada por Garner repercute nocivamente en la familia, pues, en algunos casos, se genera malestar emocional, desazón, frecuentes sentimiento de culpa y reproches que impiden a ésta marcar límites firmes y brindar una ayuda eficaz. La alteración en las relaciones familiares es tal que tanto las universitarias como sus familias se sienten muy avergonzadas y no expresan sus sentimientos o pensamientos; por lo tanto, tardan mucho en pedir ayuda.

Por otro lado, se encontró una relación significativa entre el factor de riesgo *socio cultural* y el indicador clínico desconfianza interpersonal de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Esto implica que las universitarias reducen o anulan completamente su interacción social. Esto supone una disminución significativa de posibles fuentes habituales de gratificación, lo que empeora su estabilidad emocional y facilita o incrementa el humor depresivo, el cual la lleva al autoaislamiento.

El impacto de la desconfianza

interpersonal fue comprobado por unos voluntarios en un experimento que mencionan Crispo, Figueroa & Guelar. La subalimentación tiene impacto en otras áreas como lo social, ya que en el experimento personas extrovertidas y sociables, fueron paulatinamente cayendo en un estado de aislamiento y ensimismamiento. Se negaban a participar en actividades grupales y sentían incomodidad en la interacción con otros. Manifestaron también una disminución marcada en su interés amoroso y sexual.

Prosiguiendo con el análisis de los resultados, se encuentra que existe relación altamente significativa entre los factores de riesgo *psicológico*, *familiar* y *sociocultural* con el indicador clínico conciencia introceptiva de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. En estas correlaciones los resultados demuestran que las universitarias pasan por una confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales e inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

Esta dificultad actúa en las universitarias como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad, y otras sensaciones corpóreas no fueran percibidos o lo fueran de modo anómalo. Su falta de respuesta al frío, su aparente inagotable resistencia a la fatiga e incluso la ausencia de apetencias sexuales, son otros rasgos que refuerzan la conciencia introceptiva en las universitarias.

Dentro de esta serie de fenómenos, agregan Toro y Vilardell (1987), se ha incluido la aparente dificultad de las anoréxicas para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos y emocionales, incluso de ser catalogadas como alexitímicas.

Por otro lado, los autores manifiestan que los procesos digestivos, desde la repleción o no repleción gástrica hasta la evacuación y los movimientos intestinales, parecen ser objeto de atención por parte de la anoréxica, con una secuela de distorsiones perceptivas o conceptuales muy peculiares.

Estas distorsiones se manifiestan en una gran desconfianza

de que el organismo pueda llevar a cabo los procesos reguladores automáticos sin control consciente. Algunas universitarias llegan a considerar su cuerpo como si se tratara de un objeto extraño y desafiante que debiera ser sometido. Este control y esta hipervigilancia son más evidentes con relación al alimento.

La confusión y desconfianza con relación al funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos, se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de anorexia y bulimia. Selvini-Palazzoli citada por Rausch y Bay (1993), acuñó el término “paranoia intrapsíquica” para definir la profunda desconfianza que los pacientes anoréxicos tienen en sus estados internos.

Estas manifestaciones, igual que las descritas anteriormente, guardan relación con situaciones psicológicas personales, influencias familiares y presiones socio culturales, en las que las universitarias se desenvuelven y facilitan la sensación de escaso control sobre sus alimentos, y por tanto, la necesidad de controlarla drásticamente.

Muchas de las universitarias se encuentran en la adolescencia o inicios de la juventud. En estos períodos se encuentran aprendiendo su propia identidad. Tienen que adquirir las pautas conductuales, cognitivas y aun emocionales que rigen en su medio social. A esto se le denomina madurar y entrar en la vida adulta. De hecho, es un período de numerosos cambios, por lo que sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie las ayuda a transitarlos.

Precisamente, otro de los indicadores clínicos donde se encontró una relación altamente significativa, son los factores de riesgo *psicológico* y *sociocultural* con el indicador clínico miedo a la madurez de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo.

Los cambios físicos vienen acompañados, de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma “más de mujer”. Para muchas jóvenes que tienen trastornos de la

alimentación, éste puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia.

Este resultado se puede analizar desde una perspectiva psicológica como el deseo que tienen las universitarias de volver a la seguridad de la infancia. Crisp en Garner (1998) arguyó que la psicopatología principal de los pacientes de anorexia o bulimia es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. Según esta opinión, el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica, porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales.

Por lo que se puede pensar que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares. Más aún, muchas coinciden que se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas y esto puede deberse a la inversión de los perfiles hormonales

maduros que forman el sustrato biológico de las experiencias psicológicas.

Por otro lado, la presión sociocultural hace que la imagen que tienen de sí mismas, sea trascendental para el equilibrio emocional. Éste se forja a través de la experiencia y muy especialmente a través de los rendimientos personales, las consecuencias de los propios actos y la aprobación y desaprobación de los demás. En estas etapas del desarrollo, donde se encuentra la población investigada, la aprobación más significativa no es ya la de los adultos, la de los educadores o la de los padres, sino la del grupo coetáneo. En consecuencia, compartir, seguir y encarnar los valores de grupo de edad es algo estrechamente relacionado con la autoestima personal.

Dentro del análisis es necesario especificar que el factor de riesgo *familiar* no tuvo suficiente relación con el miedo a la madurez. Generalmente, las universitarias están muy estancadas en la niñez, y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica, o bien, perciben claramente el temor de

sus padres a que eso suceda y sufren, en realidad, por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto; sin embargo, en la población investigada esto no es suficientemente significativo para desencadenar en un trastorno alimenticio.

Es necesario recalcar que, para la presente investigación, uno de los instrumentos que se utilizaron fue el EDI-2 que, a diferencia de su versión anterior, agregó tres indicadores clínicos, los que se analizan a continuación.

En el primero de ellos se encontró una relación altamente significativa entre los factores de riesgo *psicológico* y *sociocultural* con el indicador clínico ascetismo de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. En el análisis, sobre la base de los resultados hallados, encontramos que las universitarias tienden a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la superación y el control de las necesidades corporales.

Los primeros escritos que

trataron la anorexia se ocuparon con frecuencia del ascetismo, y se basaron en las concepciones que consideran que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia.

Para analizar el ascetismo es necesario remontarse, de alguna manera, a la metáfora de la prohibición de ingerir el fruto del árbol prohibido que parece constituirse, de alguna manera, en la antítesis del fenómeno de los trastornos alimenticios; en el relato bíblico, la mujer desafía la orden divina de un ser superior que amenaza con la expulsión del paraíso con la consiguiente desaparición de la felicidad original y el encuentro con la enfermedad, la desdicha y el sufrimiento; mientras que en los trastornos alimenticios las mujeres desafían una orden no menos superior que procede de su propio cuerpo, el instinto biológico que le requiere la alimentación, también bajo la amenaza de la enfermedad, el sufrimiento e incluso la muerte; pero el desafío iría más allá de su propio ser, llegando a la familia (a pesar que no se encontraron relaciones significativas), amigos, y toda la

sociedad quienes se oponen, con todas sus fuerzas, a que lleven a cabo sus objetivos purificadores o patológicos, lo cual viene a ser lo mismo.

Esta situación resalta claramente la enorme importancia que tiene el acto de la alimentación como actividad relacional del ser humano; por lo tanto, podemos considerar la comida no sólo como fuente de nutrientes para el organismo, sino como una imponente fuente de carga simbólica.

Este hecho es así no sólo en nuestro ambiente sociocultural sino que lo podemos considerar como un universal del individuo; todas las religiones tienen una serie de premisas, prohibiciones, etc. con relación a la alimentación.

En las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la “obsesión por la delgadez” que pasa a ser el principal factor motivacional. Sin embargo, todavía hay actualmente grupos de pacientes cuya conducta parece estar dirigida, en gran parte, por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral.

La auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las satisfacciones físicas. El terreno de la alimentación se convierte en cimientos para que cristalicen los conflictos de las personas, como consecuencia de la enorme carga simbólica que posee.

El segundo indicador clínico guarda relación con el manejo de impulsos de parte de las universitarias, encontrándose una relación altamente significativa entre los factores de riesgo *psicológico, familiar y sociocultural* con el indicador clínico impulsividad de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo; tal vez éste sea uno de los indicadores clínicos que guarda más relación con la personalidad del sujeto.

Celada (2003) entiende el problema de personalidad asociado a los trastornos alimenticios, como el conjunto de rasgos desajustados que les da un modo estable de percibir, relacionarse y pensar acerca del mundo. El desorden alimenticio no se relaciona directamente con un tipo de problema de la personalidad.

Las universitarias se caracterizan no sólo por el problema con la alimentación, sino por la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.

La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria. Los elementos de esta escala coinciden con las características “borderline” de grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria particularmente resistentes al tratamiento, también se encuentran trastornos límite e histriónicos.

Algunas universitarias pueden mostrarse como muy impulsivas, proclives al descontrol, incluso a la cleptomanía; lo que significaría profundizar la crisis tanto a nivel personal, familias y socio cultural, comportándose como demandantes, impacientes y estableciendo vínculos superficiales y erráticos. Muchas de sus conductas generan rechazo en las

relaciones interpersonales.

El tercer y último resultado encontrado, son las relaciones altamente significativas entre los factores de riesgo *psicológico*, *familiar* y *sociocultural* con el indicador clínico inseguridad social de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. Este resultado demuestra que las universitarias tienen la creencia que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por los demás, la reducción de los centros de interés previos, el ocultamiento de su problema, el evitar situaciones donde la comida se plantee como obligación o como tentación, la automarginación relativa de quien sabe que los demás lo consideran enfermo, la larvada susceptibilidad, especialmente referida a su problema central y de la que no puede desprenderse. Todos estos y muchos otros factores contribuyen al retraimiento social, o cuando menos a la irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios

sociales. Cuando el aislamiento relativo o absoluto se impone, determinado por su propio comportamiento, la universitaria vive y sufre las consecuencias del mismo, sintiéndose rechazada o marginada, empeorando su autoimagen y deprimiéndose.

Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento.

Es preciso luego de haber analizado los resultados encontrados, mencionar lo que Selvini Palazzoli en Toro y Vilardell (1987) refiere respecto a los trastornos de conducta alimentaria pueden mantenerse latentes o incubados dentro de algún tipo de personalidad y salir a flote después de un evento estresante en alguna o en todas las esferas de interacción familiar, social, laboral, etc. Dicho evento, al colocar a la persona en una situación de desequilibrio, dado que las estrategias de acción antes empleadas no colman las expectativas de resultado, podrían

llevar a utilizar estrategias nuevas, adecuadas, o inadecuadas en ciertos casos.

Dentro de estas estrategias inadecuadas ingresarían los trastornos de conducta alimentaria que algunas personas utilizan como recurso en la búsqueda de aceptación social, dado que la delgadez es un canon de belleza valorado por la sociedad y a ello, se suma el hecho de que dentro de los síntomas principales de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra una autoevaluación exageradamente influida por el peso y la imagen corporal.

Es así que aquellas personas que percibieran una disminución en su capacidad para relacionarse con los demás podrían recurrir a la búsqueda de una imagen corporal que sea valorada por los estándares sociales (la delgadez), como recurso para alcanzar la aceptación del grupo social al que pertenecen, pudiendo llegar a desarrollar algún trastorno alimenticio.

Se puede concluir que es ecuánime pensar en una combinatoria de fuerzas de orígenes o factores de riesgo diversos: psicológicos,

familiares y socio culturales, de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno de la alimentación que tendrá, por lo tanto, características específicas en cada caso como revela el estudio, donde se encontraron relaciones significativas entre los factores y los indicadores de los trastornos alimentarios.

Referencias

- Albornoz, P. & Matos, L. (2001). Perfil Clínico-Epidemiológico de la Anorexia Nerviosa. Pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982 y 1998. *Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú*, 54 (2). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v64_n2/perfil.htm.
- Celada, J. (2003). *Rehabilitación en anorexia y bulimia nerviosas: pasos para la recuperación de pacientes y familias*. USA: Ediciones Eating and Addictive.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia lo que hay que saber: Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. España: Gedisa editorial.
- Espina, A., Ortega M., Ochoa de Alda, I. & Alemán, A. (2002). *Alexitimia en los trastornos alimentarios. Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (117), 25-42. Recuperado de [http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/bib.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/bib.in])
- Fernández, F. & Probst, M. (1994). Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la alimentación y controles: técnica de distorsión de la imagen de video. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(2), 59-73. Recuperado de [http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/bib.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/bib.in])
- Garner, D. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hurtado, M., González, L., Hidalgo, M., Nova, C. & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*, 11(1), 91 –

116. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26411107>
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2003). Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 19(1). Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/21239254/EESMSIE-2003>.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2005). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana*, 21(1-2). Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/16209216/anales-de-salud-mental-selva-peruana>.
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R. & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitano. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21(2), 233-269.
- Moreno, M. (1999). *El impacto de los factores socioculturales en los trastornos alimentarios. Información Psicológica*, 70, 50-54. Recuperado de [http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/bib.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/bib.in])
- Pérez, M. (1998). *Factores asociados a la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*. Facultad de Medicina, Universidad de Navarra-España. Recuperado de [http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/tesis.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/tesis.in])
- Rausch, C. & Bay, L. (1993). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós.
- Simon, I., & Nef, F. (2005). *Cómo superar la anorexia: Recuperar el placer de vivir*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Tinahones, F. (2003). *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Vázquez, R., Ocampo, M., López, X., Mancilla, J. & Álvarez, G. (2002). *La influencia de modelos estéticos e insatisfacción corporal en*

estudiantes de danza con trastorno alimentario. Psicología Conductual, 2(10), 355-369.
Recuperado de
[http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/bib.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/bib.in])

Vega, A., Imaz, C., Franco M., Madrigal, J. J. & Rasillo M. A. (s/f). Trastornos de la alimentación en la población de Castilla y León, España. Recuperado de
<http://es.salut.conecta.it/pdf/cl/c1>.

pdf.

Viñuales, M., Fernández, F., Jiménez, S., Turon, J. & Vallejo, J. (2001). Baja autoestima, restricción alimentaria y variables psicopatológicas en anorexia y bulimia nerviosa. Un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual, 2(9), 267-278.* Recuperado de
[http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/bib.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/bib.in])

Recibido: 19 de junio del 2010
Aceptado: 11 de octubre del 2010