

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSGRADOS

**TEORÍA DEL APEGO, INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL
Y ANOREXIA NERVIOSA**

María Emilia Villalba Burbano

Nascira Ramia, Ed.D; Directora de tesis

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención
del título de Master en Educación

Quito, Abril 2014

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**COLEGIO DE POSGRADOS****HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS****TEORÍA DEL APEGO, INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y
ANOREXIA NERVIOSA**

Por

María Emilia Villalba Burbano

Nacira Ramia, Ed.D.
Directora de Maestría en Educación

William Waters, Ph. D.
Miembro del Comité

Ana María Viteri, Ed.D.
Miembro del Comité

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Víctor Viteri, Ph.D.
Decano de posgrados

Quito, 11 de abril de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: María Emilia Villalba Burbano

C. I.: 1713023586

Fecha: Quito, abril de 2014

DEDICATORIA

A todo el amor, paciencia y generosidad de mi amado esposo y a mis dos hermosas hijas Emilia y Alegría.

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeras de maestría Ma. Luz y Daniela por su generosidad y apoyo.

RESUMEN

Diversos estudios sugieren que la presencia de un tipo de apego inseguro es común en poblaciones que padecen trastornos de la conducta alimenticia. La presente investigación examinó la relación existente entre la calidad del apego de las hijas con sus madres, y la manera cómo ésta promueve la formación de una autoimagen positiva o negativa, para finalmente, determinar su vulnerabilidad frente a la posibilidad de padecer anorexia nerviosa. Las participantes del estudio fueron mujeres universitarias de primer año (n=50) cuyas edades oscilaron entre los 18 y 19 años. Cincuenta participantes repondieron a dos instrumentos. La primera, una versión traducida al español del cuestionario CaMir-R, a través del cual se pudo determinar la calidad del apego, y el cuestionario IMAGEN que permitió conocer el nivel de satisfacción con su imagen corporal en tres distintos componentes: cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental. La autora encontró una relación existente entre el tipo de apego, el nivel de satisfacción con la imagen corporal y la probabilidad de padecer anorexia nerviosa. Ocho (16%) de las 50 participantes evidenciaron una relación de apego inseguro con sus madres al igual que insatisfacción con su imagen corporal lo que las convierte en el grupo con mayor probabilidad de padecer anorexia nerviosa. Por otro lado, 10 (20%) participantes presentaron apego seguro y satisfacción con su imagen corporal. Los hallazgos del estudio sugieren una relación de fuerza moderada entre las variables apego e imagen corporal.

ABSTRACT

Several studies suggest that the presence of an insecure attachment is frequent in populations that suffer from eating disorders. The following research examined the relationship among the quality of the attachment between daughters and their mothers, and the way this promotes the development of a positive or negative self-image, to finally determine their vulnerability towards the possibility of experiencing anorexia nervosa. The participants of the study were first-year college students (n=50), which ages were between 18 and 19. Fifty participants answered two different questionnaires. The first, a translated version of the questionnaire CaMir-R, by which the type of the attachment was determined. Second, the questionnaire IMAGEN allowed the investigator to determine the level of body satisfaction in three different levels: cognitive-emotional, perceptive, and behavioral. After analyzing the data, the author found that there is a relationship between the type of attachment, the level of body satisfaction and the probability of suffering from anorexia nervosa. Eight participants (16%) demonstrated a connection among insecure attachment and body dissatisfaction. Ten participants (20%) demonstrated a relationship between secure attachment and body satisfaction. The findings of the present study show a moderate relationship among attachment, body satisfaction and the probability of suffering from anorexia nervosa.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
TABLA DE CONTENIDOS	8
TABLAS	9
FIGURAS	10
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	11
Antecedentes.....	11
El problema.....	13
Hipótesis	14
Pregunta de investigación	15
Contexto y marco teórico.....	16
Definición de términos	17
Presunciones de la autora del estudio.....	19
Supuestos del estudio	20
Capítulo 2: Revisión de la Literatura	22
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	22
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	22
Formato de la revisión de la literatura por temas.....	23
Resumen	49
CAPÍTULO 3: Metodología y diseño de la investigación	52
Justificación de la metodología seleccionada.....	52
Herramientas de investigación utilizadas.....	53
Población	56
Procedimientos	57
Manejo de datos	57
Análisis de datos	58
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE DATOS.....	60
Detalles del análisis	60
Temas de análisis	61
Resultados del estudio.....	79
Importancia del estudio.....	81
Resumen de los sesgos del autor	82
Capítulo 5: Conclusiones	84
Respuesta a la pregunta de investigación	84
Limitaciones del estudio	86
Recomendaciones.....	87
Resumen general	88
REFERENCIAS	90
ANEXO A: APROBACIÓN DEL ESTUDIO POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA.....	93
ANEXO B: CUESTIONARIO CaMir-R.....	95
ANEXO C: PRUEBA IMAGEN	97

TABLAS

Tabla 1. Escala tipo Likert utilizada en cuestionario CaMir-R.....	57
Tabla 2. Tabla cruzada de análisis prueba CaMir-R y cuestionario IMAGEN.....	57
Tabla 3. Cuestionario CaMir-R. Resultados. Participantes (n = 50).....	62
Tabla 4. Estructura de los factores en la prueba CaMir-R.....	66
Tabla 5. Tipo de apego de las participantes (n = 50).....	68
Tabla 6. Prueba IMAGEN. Resultados. Participantes (n = 50).....	70
Tabla 7. Nivel de satisfacción corporal (n = 50).....	73
Tabla 8. Resumen de resultados por participante (n = 50). CaMir-R. IMAGEN.....	76
Tabla 9. Resultados prueba Chi cuadrado.....	77
Tabla 10. Resultados prueba tau b.....	78

FIGURAS

Figura 1. Cerebro humano. Tomada de A.D.A.M enciclopedia médica, 2013.....	38
Figura 2. Reflejo en espejo de adolescente con anorexia nerviosa.....	40
Figura 3. Esquema de los siete factores del cuestionario CaMir-R.....	61
Figura 4. Agrupación de los siete factores del cuestionario CaMir-R.....	67
Figura 5. Resumen resultados. CaMir-R. IMAGEN.....	80

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Antecedentes

Reitz, Dekovic y Meijer (2005) señalan que la adolescencia temprana se caracteriza por ser una etapa especialmente vulnerable, dada la cantidad de múltiples cambios que se presentan tanto dentro como fuera de los adolescentes. Así mismo, Reitz y colegas (2005) sostienen que aproximadamente el 60% de los adolescentes en algún momento de esta etapa se involucran en diversos tipos de problemas conductuales. Tal es el caso de los desórdenes alimenticios, en específico el de la anorexia nerviosa que en mayor medida se presenta durante este período, y que afecta principalmente a mujeres jóvenes que se encuentran atravesando su adolescencia.

Lucas y colegas (1991), señalan que investigaciones epidemiológicas han demostrado que la anorexia nerviosa representa la tercera enfermedad más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma. Aproximadamente 10 millones de mujeres en los Estados Unidos se encuentran luchando por su vida contra la anorexia nerviosa (NEDA, 2005). Cifras que resultan alarmantes debido al impacto a gran escala que tiene este tipo de enfermedad tanto a nivel físico como cerebral.

La anorexia nerviosa fue considerada durante mucho tiempo una patología exclusiva de los países ricos occidentales. Sin embargo, su presencia en múltiples escenarios ha retado el supuesto de que la anorexia nerviosa esta sujeta a una determinada cultura o hemisferio (Katzman y Lee, 1997 citado en Katzman, Hermans, Daphne y Hoek 2004). Dada la prevalencia de casos de anorexia nerviosa en los Estados Unidos, así como también de la abundante literatura relacionada al tema proveniente de este país, se decidió ilustrar esta patología con cifras provenientes del mismo. Cifras que señalan que la tasa de mortalidad para las mujeres que se encuentran entre las edades de 15 a 24 años y que padecen anorexia nerviosa, es 12

veces mayor que el índice de mortalidad por cualquier otra enfermedad que puedan padecer (Sullivan, 1995, citado en NEDA, 2005).

Por lo general, se acepta que “la etiología de los desórdenes alimenticios es multifactorial e incluye una combinación de vulnerabilidades genéticas, biológicas y temperamentales que a su vez interactúan con las distintas circunstancias ambientales que incrementan el riesgo” (Bulik, Kaye, Klump, Treasure & Tyson, 2009, p.100, citado el Bell, 2010, traducido por autora). No obstante, Paulson, Peterson y Williams (2007), señalan que existen otros tres factores recurrentes en la literatura relacionada a desórdenes alimenticios en adolescentes, los cuales incluyen a) La relación con las madres, b) La vulnerabilidad frente a los diferentes tipos de presión social y c) Las respuestas frente a los mensajes provenientes de los medios de comunicación.

Posterior a una revisión exhaustiva de literatura no se logró encontrar datos que evidencie cuál es el porcentaje de mujeres adolescentes que padecen anorexia nerviosa en el Ecuador, así como tampoco los factores que lo propician. Sin embargo, se presume que la anorexia nerviosa es una realidad cada vez más frecuente principalmente en mujeres jóvenes que se encuentran cursando sus últimos años de colegio o los primeros de universidad. En relación a esto, Franko, Jenkins y Rodgers (2012) mencionan que a pesar de que un porcentaje mínimo de mujeres (1%-3%) presentan un desorden alimenticio diagnosticable, muchas están en riesgo de desarrollar uno durante los primeros años en la universidad.

Además, Mintz, O'Halloran, Mulholland y Schneider-Paxton (1997) encontraron que de entre 1400 estudiantes de primer año de universidad el 4% presentaba ya un desorden alimenticio mientras que un 19% se encontraba en riesgo de desarrollar uno (citado en Franko, et al., 2012). Así mismo, las mujeres jóvenes

que reportaron haber practicado dietas para mantener su peso eran 18 veces más propensas a desarrollar un desorden alimenticio en relación a las que nunca lo habían hecho (Patton, Selzer, Coffey, Carlin y Wolfe, 1999, citado en Franko, et al., 2012) y, en un estudio con mujeres de primer año universitario se evidenció que el 15% de ellas presentaban un alto riesgo de padecer un desorden alimenticio. Esto debido a que paradójicamente tanto la morbilidad como la mortalidad incrementan notablemente durante la transición hacia la adolescencia convirtiéndola en un período de alto riesgo y vulnerabilidad (Gunnar, Wewerka, Frenn, Long y Griggs, 2009).

El problema

La gran mayoría (90%) de las personas diagnosticadas con desórdenes alimenticios son mujeres (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000, citado en Cassidy y Shaver, 2008). Es importante mencionar que la relación entre los padres e hijos atraviesa una transformación durante la adolescencia, ya que los jóvenes buscan autonomía e independencia de sus padres (Silver y Gondoli, 1996 citado en Baete y Silverberg, 2009). Este evento en el desarrollo es descrito como un segundo proceso de individuación ya que el primero se presentó durante la infancia (Blos, 1979 citado en Baete y Silverberg, 2009). Típicamente la anorexia nerviosa emerge durante la adolescencia, particularmente en épocas de mucho estrés como el inicio de la universidad (Dozier, Chase Stovall-McClough y Albus, 2008).

En este sentido, Bowlby (1973) sugiere que un niño se sentiría fuera de lugar y control si desde temprana edad recibió el mensaje de que no iba a ser capaz de desempeñarse de manera autónoma en sociedad. Además, si estos niños llegaron a desarrollar una estrategia evitativa con tal de redirigir su atención a otro lugar que no sea la causa de su estrés, pueden tener mayor riesgo de desarrollar síntomas externos (Dozier, et al, 2008).

Cole-Detke y Kobak (1996) sugieren que una mujer joven que desarrolle un desorden alimenticio puede hacerlo con el objetivo de controlar su mundo a través de una conducta alimenticia trastornada. La misma que le permitiría redirigir su atención lejos de sus sentimientos y causas de estrés y convirtiéndola en un comportamiento habitual (citado en Dozier, et al, 2008).

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, la autora presume que la recurrencia de la anorexia nerviosa en adolescentes mujeres es cada vez mayor en el Ecuador. Sin embargo, no se pudo encontrar evidencia científica que lo demuestre. El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), uno de los entes responsables de elaborar y aplicar encuestas a la población ecuatoriana, jamás ha desarrollado una para evidenciar este problema. De igual manera, el Ministerio de Salud Ecuatoriano no ha estudiado ni investigado el porcentaje de mujeres jóvenes que padecen anorexia nerviosa así como tampoco las causas que la promueven.

Hipótesis

La autora presume que la anorexia nerviosa, se presenta cada vez con mayor frecuencia dentro de colegios y universidades en el Ecuador. Por lo tanto, es necesario que, tanto el gobierno, como las distintas entidades educativas tomen conciencia sobre esta realidad y busquen determinar las causas que la provocan, así como también programas para su prevención y tratamiento oportuno.

De acuerdo a cierta evidencia encontrada en estudios en otros países, se podría presumir que la presencia de desórdenes alimenticios en jóvenes mujeres ecuatorianas, puede ser resultado del desarrollo de un vínculo negativo con sus madres (Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele y Treasure, 2001; Kosnika y Giovazolias, 2010). Por tal motivo, se sospecha que la anorexia nerviosa podría estar relacionada al hecho que, durante su infancia no desarrollaron un apego seguro con

las mismas. Esta situación puede crear un escenario en el cual se presente una baja autoestima y poca conciencia de sí mismas y que a su vez promovería un estado de insatisfacción con su imagen corporal la misma que incrementará la probabilidad de padecer anorexia nerviosa.

La relación que se establece entre madres e hijas desde el momento de su nacimiento y durante su infancia, podría influir en la manera como estas jóvenes se perciben a ellas mismas física y mentalmente. Finalmente, cabe mencionar que una baja autoestima puede resultar en una concepción errónea en cuanto a su imagen corporal y por ende en insatisfacción en cuanto a la misma. Convirtiendo a éstas jóvenes mujeres en personas extremadamente vulnerables a padecer anorexia nerviosa.

Finalmente, la hipótesis de este estudio es que el tipo de apego que se establezca en la diada madre-hija durante la infancia, podría influir sobre el nivel de satisfacción con la imagen corporal de las adolescentes. El mismo que al resultar bajo posiblemente aumentará la probabilidad de padecer anorexia nerviosa. Y que en este estudio será medido mediante la utilización de dos cuestionarios. El cuestionario CaMir-R nos permitirá determinar el tipo de apego de las participantes del estudio con sus madres. Mientras que con el cuestionario IMAGEN podremos determinar el nivel de insatisfacción con la imagen corporal que presenten las participantes.

Posteriormente se llevarán a cabo dos tipos de análisis para evidenciar si existe o no relación entre los resultados de los cuestionarios y la posibilidad de padecer anorexia nerviosa.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto el tipo de apego con las madres se relaciona con la insatisfacción de la imagen corporal y con el riesgo de padecer anorexia nerviosa?

Contexto y marco teórico

La presente investigación tomará como marco teórico la Ciencia de la Mente, Cerebro y Educación, la misma que busca abordar al ser humano desde la conjugación de la psicología, la neurociencia y la educación. Se conciba a las personas de manera integral y se presenten soluciones a partir del aporte de estas tres disciplinas. Desde el terreno de la educación, se evidenciará el impacto que tiene la presencia de la anorexia nerviosa sobre el proceso de aprendizaje de las personas que la padecen.

Tomando como punto de partida la ciencia de MCE, este estudio también se enfocará en la Teoría del Apego propuesta por John Bowlby y Mary Ainsworth con el objetivo de enmarcar el estudio dentro del ámbito de la psicología . Esta teoría señala que “los seres humanos de todas las edades son más felices y pueden desarrollar mejor sus capacidades cuando piensan que, tras ellos, hay una o más personas dignas de confianza que acudirán en su ayuda si surgen dificultades” (Bowlby, 1986, p. 128). Igualmente, Bowlby (1986) sostiene que los patrones de apego que se establezcan a lo largo de la infancia tienden a persistir durante toda la vida y que su impacto es decisivo en el desarrollo de la personalidad.

Desde el campo de la neurociencia, se abordan las temáticas de redes afectivas y ejecutivas, las cuales por medio de la memoria tienen un gran impacto sobre el comportamiento de las personas. Como menciona Bower (1992), la relación que existe entre la memoria, el aprendizaje y las emociones es vasto y complejo. Por ende, existe la necesidad de comprender el fenómeno de la anorexia nerviosa desde la perspectiva de la Ciencia de la Mente, Cerebro y Educación se convierte de gran importancia si partimos del hecho de que la mayoría de evidencia que pretende

explicar dicha patología, proviene principalmente desde la psicología sin considerar a la educación ni a la neurociencia.

Definición de términos

Apego

Lazo de larga duración, emocionalmente significativo para un individuo en particular. El objeto del apego suele ser alguien (muy a menudo uno de los padres) que responde a los sentimientos de los niños, creando un lazo que puede ser muy fuerte y emocionalmente cargado en ambas direcciones. (Schaffer, 2000, p. 164)

Apego seguro

“...la sensación de afecto, confianza, y seguridad que el niño adquiere mediante un apego seguro, sientan las bases de un desarrollo psicológico sano a lo largo de su vida.” (Bowlby, 1969; Erikson, 1963 y Freud, 1905/1930, citado en Shaffer, 2007, p.454)

Apego inseguro

“Se caracteriza por ansiedad, miedo, enfado, etc., se produce en relaciones inestables y, de alguna manera impredecibles”. (Ainsworth, 1973; citado en Polonio, 2008, p. 52)

Monotropismo

Bowlby (1969), menciona que el monotropismo se relaciona a ese primer apego que se desarrolla, el cual se dirige a una persona en específico que en la mayoría de los casos es la madre (citado en Schaffer, 2000).

Funciones ejecutivas

Tokuhama-Espinosa (2011), señala que el término funciones ejecutivas se refiere a la manera cómo el cerebro maneja todos los procesos de orden superior por ejemplo, la toma de decisiones y la capacidad de juicio. De igual manera Adams, et al

(2005), sostienen que las funciones ejecutivas incluyen las habilidades personales para desarrollar un conjunto de respuestas, inhibir una conducta, planificar y razonar.

Anorexia nerviosa

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales (APA, 2005), la anorexia nerviosa se caracteriza por la negación de un individuo para mantener por lo menos un peso corporal normal, un intenso temor de ganar peso o convertirse en alguien gordo, y una disfunción en la capacidad de percibirse tal y como se encuentra el cuerpo con respecto al peso y a la forma (citado en Bell, 2010). Del mismo modo, el DSM-IV-TR define la anorexia nerviosa como la decisión de rehusarse a mantener un peso corporal o sobre el nivel mínimo de peso para su edad y talla. Esto quiere decir que el peso de una persona con anorexia nerviosa se encuentra 85% por debajo de los considerado normal para alguien de su edad y talla. Además, existe una dificultad en la percepción correcta de su cuerpo y silueta.

Por otro lado, el DSM-IV-TR señala que la anorexia nerviosa puede ser dividida en dos tipos: a) Restrictiva: en la cual las personas que padecen de ella, restringen su alimentación, hacen dieta, ejercicio extremo e inclusive ayunan; y b) Compulsivo-purgativa: en la cual los pacientes se enganchan regularmente en conductas purgativas, la provocación del vómito, el uso de diuréticos, laxantes o enemas de manera frecuente.

El DSM-IV-TR menciona que:

La anorexia nerviosa se inicia típicamente hacia la mitad o a finales de la adolescencia (14-18 años). Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de esta enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante. El curso y el desenlace del trastorno son muy variables. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros

universitarios es aproximadamente del 10%. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

Insatisfacción con la imagen corporal

La insatisfacción con la imagen corporal hace referencia al malestar y la insatisfacción que una persona siente con su propio cuerpo. Engloba valoraciones de partes del cuerpo o del cuerpo total que tienden a sobreestimar o a distorsionar las proporciones corporales fundamentales con connotaciones peyorativas. (Solano y Cano, 2010, p. 11)

Personalidad

Maslow define la personalidad como el conjunto conductas, pensamientos, impulsos hacia la acción y percepciones que tiene una persona (Maddi y Costa, 2007). Tomando en cuenta que el ser humano nunca está satisfecho, a no ser de un modo relativo y efímero. Y distingue sus necesidades según una jerarquía de predominio, siendo la autorealización la más elevada (Palacios, 1989).

Base segura

Holmes (2009) señala que la base segura originalmente se representaba en la persona a la cual el bebé acudía en momentos de necesidad. Sin embargo, esta idea resultaba limitante para personas adultas que también pueden desarrollar apego una vez superada su infancia. Por lo que Holmes (2009) menciona que “la base segura podría considerarse no sólo como una figura externa, sino también como una representación de seguridad dentro de la psique del individuo”. (Holmes, 2009, p. 25)

Presunciones de la autora del estudio

La autora presume que mientras mejor sea la calidad del apego en la díada madre-hija durante la niñez ésta proveya una base segura y un tipo de apego seguro, la capacidad de desarrollar una fuerte auto-imagen de sí mismas va a ser mejor, por lo

que la probabilidad de padecer anorexia nerviosa es menor. En este sentido, Allen (2008), sostiene que un gran número de estudios recientes sugiere la existencia de fuertes vínculos entre la organización interna del apego en los adolescentes y su salud mental. Por lo tanto, se presume que frente a la presencia de un apego seguro, existe menor probabilidad de presentar trastornos psicológicos.

Por otro lado, la inseguridad en la adolescencia se manifestará principalmente a través del rechazo a las figuras de apego y con el tiempo la disminución de las destrezas sociales (Allen, Marsh et al., 2002, citado en Allen 2008). Así mismo, Cole-Detke y Kobak (1996) reportan que los adolescentes que presentan desórdenes alimenticios dentro de una población universitaria son más proclives a utilizar estrategias de rechazo, las mismas que les permitirán adoptar una conducta indiferente frente a sus conductas alimenticias, e hipotéticamente mantenerse al margen y no prestar atención a sentimientos internos de ansiedad y preocupación (citado en Allen, 2008). Este tipo específico de conductas, ha sido relacionado con la ruptura del vínculo en la díada adolescente-madre (Madigan, Moran y Pederson, 2006, citado en Allen, 2008).

Finalmente, se presume que la presencia de anorexia nerviosa en jóvenes mujeres ecuatorianas, puede estar relacionado con el desarrollo de un vínculo negativo con sus madres. Ya que, durante su infancia no desarrollaron un apego seguro con las mismas, y esto a su vez produjo que las jóvenes sientan insatisfacción con su imagen corporal.

Supuestos del estudio

La autora supone que un alto porcentaje de las estudiantes entre 18 y 19 años de la Universidad San Francisco desarrollaron un apego seguro con sus madres durante su infancia. Además, se supone que las jóvenes presentarán en su mayoría

satisfacción con su imagen corporal lo que reduce el riesgo de padecer anorexia nerviosa.

Capítulo 2: Revisión de la Literatura

Géneros de literatura incluidos en la revisión

La literatura utilizada para este estudio proviene de fuentes tales como, la Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby con su libro *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* ; Tokuhama-Espinosa con su libro *Mind, Brain, and Education Science: A comprehensive guide to the new brain-based teaching*, de donde se extrae información relacionada a la neurociencia. Así como también del libro *Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications*, de Jude Cassidy y Phillip R. Shaver, que provee un enfoque más actual de la teoría de Bowlby, y que la analiza desde múltiples perspectivas como el de la neurociencia. Finalmente, se obtuvo varios estudios de tipo académico de revistas arbitradas. Para estos últimos, se realizó una investigación desde buscadores como EBSCO, *ProQuest Psychological Journals*, *ERIC*, entre otros. La revisión de literatura se ha organizado de tal manera que el lector obtenga información que le permita comprender la temática, así como también facilitar la respuesta a la pregunta que guía esta investigación.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Para la obtención de la información necesaria para este estudio, se procedió a realizar una investigación a través del Internet en distintas bases de datos de tipo académico. Los artículos seleccionados para el posterior análisis fueron elegidos con base en su vigencia, relevancia y pertinencia al tema. La mayoría de los mismo fueron obtenidos en la base de datos de *ProQuest Psychology Journals*. La autora del estudio, organizó los artículos bajo cuatro categorías, a) los que se refieren a la Teoría del Apego, b) los que abordan la temática de la adolescencia c) los que se refieren a la

insatisfacción con la imagen corporal y la autoimagen, y por último, d) los que se refieren a la anorexia nerviosa y el cerebro.

En resumen, la siguiente revisión de literatura busca encontrar relaciones que permitan entender el trastorno de la anorexia nerviosa a partir del tipo de apego que se desarrolló durante la niñez y cómo este tipo de apego influye en la forma cómo las adolescentes se perciben a sí mismas en cuanto a su cuerpo y nivel de satisfacción con el mismo. Esto permite determinar el grado de vulnerabilidad que presentan frente a la posibilidad de padecer anorexia nerviosa.

Formato de la revisión de la literatura por temas

La siguiente revisión bibliográfica se ha basado en información que proviene tanto del ámbito de la psicología como, la neurociencia y en menor medida de la educación. Todo esto, con el objetivo de determinar cómo cada uno de estos ámbitos se relacionan con la patología de la anorexia nerviosa. En el caso de la Teoría del Apego, se ha hecho una revisión tanto desde el punto de vista psicológico como neuronal. En relación al tema de la adolescencia se lo ha abordado desde los tres ámbitos el de la psicología, la neurociencia y la educación. En el caso de la autoimagen desde la psicología. Finalmente, el tema de la anorexia nerviosa y el cerebro desde el campo de la neurociencia.

Teoría del apego.

La Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby provee el marco teórico adecuado que nos permitirá entender el impacto de las relaciones entre padres e hijos, sobre el autoconcepto que el niño va desarrollando de sí mismo durante su infancia y adolescencia. Este autoconcepto, influirá también en la manera como el niño se desenvuelva dentro del mundo social en su futuro (Finzi et al., 2001). Finzi y colegas (2001) también mencionan que el apego presenta el contexto tanto para el desarrollo

de la conducta, como para el desarrollo de las emociones y el intercambio de transferencias cognitivas que el niño mantenga con el ambiente que lo rodea.

Bowlby (1973, 1977) sostiene que la naturaleza y la calidad de la relación del apego, se determinará principalmente por la habilidad emocional y capacidad de respuesta que presente la persona encargada de cuidar a un niño. Así mismo, Bowlby (1969) señala que el niño desarrollará representaciones internas de otros y de sí mismo denominados “modelos de trabajo interno”, basados en las habilidades de su cuidador. La Teoría del Apego sostiene que los infantes forman un repertorio de destrezas de comportamiento, así como también de respuestas afectivas que en definitiva reflejarán, reforzarán y modificarán continuamente estos modelos internos de trabajo mediante sus interacciones subsecuentes (Bowlby, 1988; Bretherton et al., 1990 citado en Finzi et al., 2001).

Estos modelos internos de trabajo o representaciones de otros y de sí mismo, se encuentran estrechamente relacionados con las capacidades del niño para crear y mantener relaciones cercanas de manera exitosa. Estas relaciones pueden ser con sus padres, amigos, compañeros, profesores y otros. Además, los modelos internos de trabajo permitirán establecer una autoimagen positiva, y posiblemente desarrollar representaciones sociales constructivas de las relaciones con otros (Thompson, 2008).

Por otro lado, cabe mencionar que la necesidad de mantener una figura a quien apearse, no es exclusiva de la infancia, sino que la misma puede perdurar durante la adolescencia e inclusive en la edad adulta. La manera cómo se presente esta relación de apego determinará la capacidad de contar con una base segura, sobre la cual el ser humano pueda desenvolverse de manera sana y confiada. Es decir, las experiencias a las que esté expuesta una persona desde el momento de su nacimiento, moldearán su

personalidad y la manera como ella establezca relaciones con otros y sea capaz de mantenerlas (Bowlby, 1986).

Holmes (2009) sostiene que existen variantes patológicas relacionadas a un mal funcionamiento de la conducta de la base segura. En otras palabras, el niño cuyas experiencias de relación con su cuidador no hayan sido positivas, demostrarán una mayor probabilidad de presentar una base insegura y posiblemente patologías a nivel psicológico. Estas patologías pueden incluir los atracones de comida o la muerte por la falta de la misma, e inclusive autolesiones voluntarias, lo que sugiere que este tipo de comportamientos proveen un cierto estado de seguridad y ejercen una función tranquilizadora sobre las personas que los practican aunque sea de manera autodestructiva. En el caso de la anorexia nerviosa, la paciente combate contra la necesidad de alimento, lo que paradójicamente genera un dominio pasajero de su deseo de comer resultando en cierta comodidad y control.

Tipos de apego

Las diferencias individuales con respecto a la calidad del apego en las relaciones han sido divididas en dos distintas categorías, a) apego seguro y b) apego inseguro (Ainsworth, 1972; Ainsworth, et al., 1978; Bowlby, 1973 citado en Weinfield, Sroufe y Egeland, 2008). Estos términos describen en primer lugar, la percepción aparente de un infante con respecto a la disponibilidad de su cuidador en caso de necesidad de protección o confort en un determinado momento. En segundo lugar, se refieren a la organización de las respuestas del niño hacia su cuidador con respecto a sus percepciones de disponibilidad (Weinfield et al., 2008).

El término “seguridad” no hace referencia a la posibilidad de que un niño jamás sienta temor o ansiedad frente a una determinada amenaza. Estas dos emociones son completamente propias e inherentes al ser humano (Bowlby, 1973

citado en Weinfield et al., 2008). Sin embargo, en el caso del apego seguro, el niño sabe con certeza que puede contar con su cuidador para brindarle seguridad y protección. Este tipo de relaciones basadas en la seguridad, le proveen al niño la suficiente confianza como para explorar su mundo inmediato, y con el tiempo expandir su conocimiento del mismo. Como consecuencia de esto, los niños desarrollan confianza en sí mismos y en la manera como interactúan con otros.

En el caso del apego inseguro, los niños no han experimentado una disponibilidad consistente por parte de sus cuidadores en los momentos en que el ambiente se mostró amenazante. Dado que los niños se han familiarizado con este tipo de comportamiento, no se sienten libres de explorar el ambiente a su alrededor sin sentir temor. Situación que resulta en la incapacidad de alcanzar la misma confianza en sí mismos como los niños que han experimentado un apego seguro (Weinfield et al., 2008).

Implicaciones del apego en el desarrollo posterior

Existen por lo menos cuatro explicaciones posibles del por qué el apego durante la infancia influye en el desarrollo posterior. En primer lugar, es posible que las experiencias del apego temprano influyan en el desarrollo cerebral, el mismo que tendrá un impacto a nivel neuronal (Schore, 1994, citado en Weinfield et al., 2008). En segundo lugar, la relación de apego temprano, puede servir como base para el aprendizaje de la autoregulación emocional (Isabella, 1993; Cassidy, 1994; Sroufe, 1979, 1996 citado en Weinfield et al., 2008). Este tipo de autoregulación, denota la habilidad de controlar y modular las respuestas emocionales (Cole, Martin y Dannis, 2004 citado en Weinfield et al., 2008).

En tercer lugar, el apego temprano puede también influir en la regulación conductual de un individuo. En otras palabras, el niño aprende cómo comportarse en

una relación con otra persona. Por último, el apego puede influir en la manera cómo una persona genera representaciones del mundo en el cual se desenvuelve. Bowlby (1969, 1982) sostiene que de las relaciones de apego el niño empezará a generar representaciones sobre lo que puede esperar del mundo y de otras personas, así como también la manera como éste espera ser tratado por otros (Citado en Weinfield et al., 2008).

Por otro lado, la influencia del apego temprano en el desarrollo posterior del individuo, se verá reflejada en la manera cómo se moldee la personalidad emergente durante la infancia. El apego temprano es de gran importancia para la vida futura, ya que inicia la organización de los procesos de la personalidad de manera adaptada en el caso de apego seguro, o inadaptada en el caso del apego inseguro. Por ende, se esperaría que durante el primer año de vida se desarrolle un apego seguro. En los años sucesivos se espera que el infante desarrolle una personalidad autónoma, adquiera las destrezas necesarias para relacionarse con otros durante sus primeros años de escolaridad, se adapte de manera exitosa a la escuela, promueva relaciones de amistad y pertenencia a un grupo durante la escuela media, y logre encontrar su identidad durante la adolescencia (Weinfield et al., 2008).

Los infantes cuyos padres han sido sensibles y receptivos aprenden que son capaces de influir en el mundo alrededor suyo, satisfacer sus necesidades de manera exitosa y tener un impacto en el mundo. Adquieren experiencia y confianza para funcionar de manera autónoma. Por otro, lado niños cuyas experiencias de apego temprano no pudieron ser positivas, aprenden que no son capaces de influir en su mundo y satisfacer sus necesidades. Consecuentemente, estos niños no adquieren la confianza suficiente para desenvolverse de manera autónoma (Ainsworth y Bell, 1974; Sroufe, Fox y Pancake, 1983 citado en Weinfield et al., 2008).

Además, a nivel neuronal y durante la infancia, el sistema de apego establece una relación interpersonal que ayuda al cerebro inmaduro del infante a reproducir funciones maduras del cerebro de sus padres, con el objetivo de organizar sus propios procesos regulatorios. Es decir, el niño copiará e imitará muchas de las conductas de sus padres. Si estos procesos son alterados, se manifestarán posteriormente como deficiencias en su sistema de regulación afectiva, lo que significa que las personas que hayan desarrollado un tipo de apego inseguro, tendrán mayor predisposición a presentar una conducta violenta hacia otros (en el caso de los hombres) y/o hacia ellos mismos (en el caso de las mujeres) (Farber 1995, 2000; Fonagy y Target 1995; Lyons-Ruth y Jacobowitz, 1999 citado en Farber, 2008).

En resumen, un tipo de apego seguro proporcionará a la persona las destrezas necesarias para comportarse de manera adaptada en sociedad, establecer adecuadamente relaciones con otros, poseer una personalidad definida y confianza en sí mismo. Por el contrario, un apego inseguro tendrá un impacto negativo sobre el nivel de confianza, características estructurales o personalidad y autoestima de la persona. Por lo tanto, del tipo de apego que se establezca durante la niñez dependerá el nivel de autonomía y confianza que demuestren las personas durante su adolescencia.

Adolescencia

La adolescencia se caracteriza por ser etapa de grandes cambios a nivel físico y hormonal (Coleman y Hendry, 1990; Feldman y Elliott, 1990 citado en Blakemore y Choudhury, 2006). Esta transición de la niñez a la adultez también se identifica por una serie de cambios en cuanto a la identidad, autoconciencia y flexibilidad cognitiva (Rutter y Rutter, 1993 citado en Blakemore y Choudhury, 2006). La noción de que el cerebro continúa en constante desarrollo después de la niñez es relativamente nueva.

En este sentido, existen dos importantes cambios a nivel cerebral que se presentan durante la adolescencia (Blakemore y Choudhury, 2006). Conforme las neuronas se desarrollan, una capa de mielina se forma alrededor de los axones y funciona como una capa protectora que incrementa notablemente la velocidad de la transmisión de los impulsos eléctricos entre neuronas. Las regiones del cerebro relacionadas a lo sensorial y lo motriz son mielinizadas durante la niñez; éste proceso continúa y se completa en la corteza frontal durante la adolescencia (Yakovlev y Le-Cours, 1967 citado en Blakemore y Choudhury, 2006). Este proceso tiene como resultado, el aumento en la velocidad de transmisión de información neuronal (Blakemore y Choudhury, 2006).

El segundo cambio que se presenta en el cerebro durante la adolescencia se refiere a la densidad sináptica en la corteza frontal. Un cerebro adulto cuenta con aproximadamente 100 billones de neuronas; número apenas menor al momento de nacer (Pakkenberg y Gundersen, 1997 citado en Blakemore y Choudhury, 2006). Sin embargo, durante el desarrollo de la niñez hacia la adolescencia muchos cambios suceden en el cerebro. Las neuronas crecen, pero el cambio más importante se refiere a las conexiones que se van creando entre ellas. Se forma una red de conexiones neuronales extremadamente compleja, lo que significa que el número de sinapsis por unidad aumenta inclusive más que en la adultez. Este proceso de proliferación sináptica se denomina sinaptogénesis. En este punto, la densidad sináptica está en su nivel más alto. Estos picos de densidad sináptica son seguidos por un período de eliminación o poda neuronal durante la cual, las conexiones poco utilizadas son eliminadas y se fortalecen aquellas que se usan con mayor frecuencia (Blakemore y Choudhury, 2006).

Se ha demostrado que durante la adolescencia dos regiones del cerebro atraviesan cambios continuos. Estas son la corteza prefrontal y la corteza parietal. Es de esperar que a causa de estos cambios permanentes, las habilidades cognitivas que dependen de éstas y otras regiones cerebrales se transformen durante la adolescencia, en particular el funcionamiento de las funciones ejecutivas (Blakemore y Chouhury, 2006). El término *función ejecutiva*, hace referencia a la capacidad de controlar y coordinar nuestros pensamientos y comportamientos (Luria, 1966; Shallice, 1982 citado en Blakemore y Choudhury, 2006).

En el caso de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, se ha evidenciado que existe una disminución tanto en la flexibilidad cognitiva como en la conductual. Por ende, en el ámbito cognitivo demuestran gran dificultad en el momento que se presenta un cambio de reglas o de estrategias. Con respecto a lo conductual demuestran conductas estereotipadas o perseverantes a lo largo del tiempo (Zastrow, Kaiser, Stippich, Walther, Herzog, Tchanturia, Belger, Weisbrod, Treasure y Friederich, 2009).

A nivel neuropsicológico, la presencia de anorexia nerviosa se traduce en un mal funcionamiento de las vías fronto-estriado-talámicas, las mismas que desempeñan un importante rol en la cognición y la conducta (Zastrow et al., 2009). Numerosos estudios han evidenciado que las vías fronto-estriado-talámicas juegan un importante papel en la capacidad de respuesta a nivel conductual y la capacidad de cambio de estrategia a nivel cognitivo (Alexander, Crutcher y DeLong, 1990; Shafritz, Kartheiser y Belger, 2005 citado en Zastrow, et al., 2006).

A nivel psicológico, la adolescencia también se caracteriza por ser un período de múltiples transiciones, y esto es particularmente cierto con relación al sistema de apego. Ésta es una etapa de profundas transformaciones a nivel emocional,

conductual y cognitivo. La adolescencia temprana se determina principalmente por un enorme esfuerzo del individuo por convertirse en una persona menos dependiente de sus figuras de apego. Por el contrario, la adolescencia tardía tiene el potencial de permitir a una persona funcionar de manera completamente independiente de sus padres. Gran número de estudios recientes sugieren una estrecha relación entre la organización del apego en los adolescentes y su salud mental (Allen, 2008).

La incidencia de enfermedades como la mortalidad durante la adolescencia provienen de dificultades en la regulación de las emociones y el comportamiento (Dahl, 2004 citado en Gunnar, Wewerka, Frenn, Long y Griggs, 2009). Por ende, las experiencias que un infante viva con su cuidador o figura de apego durante su niñez, ejercerán una fuerte influencia en la manera como éste se desenvuelva posteriormente en sociedad. Experiencias que también determinarán el tipo de relaciones que el niño establezca tanto en la adolescencia temprana como en la tardía. Estas experiencias también fijaran el tipo de apego que perdurará a lo largo de su adolescencia.

Insatisfacción con la imagen corporal y personalidad.

Bowlby (1986) sostiene que las expectativas que una persona presente, así como las habilidades que demuestre, tendrán un importante rol en el momento de determinar la clase de personas con las que se relaciona y asocia durante su vida. De igual manera, estas expectativas y habilidades influirán en la forma como las personas la tratarán. Las primeras interacciones que se experimentan durante la infancia son de gran importancia ya que tienden a persistir a lo largo de la vida. Este se convierte en un importante motivo para considerar que el patrón de relaciones familiares que se experimenten durante la infancia sean de gran importancia para el desarrollo de la personalidad.

Por tal motivo, y según Bowlby el desarrollo de la personalidad sobre una base segura “muestra un fino equilibrio entre iniciativa y confianza en sí mismos, por una parte, y por otra, una capacidad tanto para buscar ayuda, como para hacer uso de la misma cuando la ocasión así lo exige” (Bowlby, 1986, p. 132). En segundo lugar, existe un factor constante que se relaciona a la presencia de una familia sólida y unida, con padres que estuvieron siempre cercanos a sus hijos y los supieron apoyar. En tercer lugar, con menos evidencia se presume que al pertenecer a una familia consolidada, la misma tiende a relacionarse con otras que comparten las mismas características y por ende, desarrollan redes sociales dentro de las cuales sus hijos podrán ser bienvenidos y relacionarse con gente mayor a ellos y otros de su misma edad las mismas que les permitirían sentirse aceptados dentro de un grupo y desarrollar un sentimiento de pertenencia (Bowlby, 1986).

Por otro lado, investigaciones sugieren que bajos niveles de autoestima pueden resultar en indecisión o en la poca capacidad de elegir lo mejor y más adecuado para la persona. Existen relaciones cercanas entre la falta de confianza en uno mismo, la timidez, dependencia, insatisfacción con uno mismo e indecisión (Resnick, Faube & Osipow, 1970; Walsh & Osipow, 1973 citado en Sari, 2007). La falta de capacidad para tomar una decisión, no permite a la persona organizar el medio en el cual se desarrolla ni sus pensamientos de manera consistente. Por lo tanto, la toma de decisión se convierte en una tarea compleja y por ende son incapaces de resolverlo (Sari, 2007)

Relación entre el apego y autoestima.

Varios estudios evidencian que en general las personas que sienten seguridad con respecto al apego tienen una alta autoestima (Bartholomew y Horowitz, 1991; Brennan y Bosson, 1998; Brennan y Morris, 1997; Collins y Read, 1990; Feeney y

Noller, 1990; Shaver et al., 1996 citado en Crowell, Fraley y Shaver, 2008). El nivel de autoestima estaría entonces estrechamente relacionado con la organización del apego. No es de sorprenderse al comprobar que las personas que padecen una variedad de desórdenes clínicos tienen mayor predisposición a tener una baja autoestima (Mikulincer y Shaver, 2007 citado en Crowell et al., 2008). Por ejemplo, los adultos depresivos se reportan a sí mismos como inseguros, especialmente preocupados y temerosos (Carnelley, Pietromonaco y Jaffe, 1994; Hammen et al., 1995 citado en Crowell et al., 2008). De igual manera, los individuos con desórdenes alimenticios, tales como la anorexia y bulimia nerviosa también se reportan como personas extremadamente inseguras (Brennan y Shaver, 1995; Burge et al., 1997 citado en Crowell et al., 2008).

Bjorck (2006) señala que una autoimagen negativa, así como también una baja autoestima, pueden ser rasgos típicos de individuos que padecen desórdenes alimenticios. Varios estudios han evidenciado que las personas con dichos desórdenes se caracterizan por la presencia de una autoimagen negativa en comparación a grupos de control (Button, Sunoga-Barke, Davies y Thompson, 1996; Casper et al., 1981; Erkolahiti, Saarijarvi, Ilonen y Hagman, 2002; Geller et al., 1998; Johnsson, Smith y Amner, 2001; Lilienfeld et al., 1998; Mendelson, McLaren, Gauvin y Steeiger, 2002; Sanftner y Crowther, 1998; Schupak Neuberger y Nemeroff, 1993; Sheppy, Friesen y Hakstian, 1998; Steinhausen y Vollrath, 1993; Strauss y Ryan, 1987; Wonderlich, Klein y Council, 1996). Bjorck (2006) también menciona otros autores los cuales sugieren que una baja autoestima puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de un desorden alimenticio (Button et al., 1996; Cervera et al., 2003; Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999, Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies y O'Connor, 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997; Ghaderi, 2003;

Lilenfeld et al, 1998; Miotto, De Coppi, Frezza, Rossi y Preti, 2002; Ross y Wade, 2003; Vohs, Bardone, Joiner, Abrahamson y Heatherton, 1999).

Por lo tanto, la Teoría del Apego tal como la propuso Bowlby (1969, 1973, 1980) se enfoca en cómo las interacciones tempranas entre el infante y su cuidador son decisivas en la formación de las estrategias de regulación afectiva, las mismas que se vuelven relativamente estables a lo largo de la vida. Durante las últimas décadas, la Teoría del Apego se ha expandido rápidamente y actualmente nos permite entender diversos fenómenos. Los desórdenes alimenticios comúnmente son descritos como patologías relacionadas a la imagen corporal y las conductas alimenticias; sin embargo, la anorexia nerviosa también puede ser entendida por medio de las dificultades del funcionamiento interpersonal (Tasca et al., 2006 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010).

Imagen corporal y anorexia nerviosa.

Así como una baja autoestima, una autoimagen negativa y una débil personalidad juegan un importante rol en la predisposición que una persona tiene a padecer anorexia nerviosa. Además, las personas que padecen algún tipo de desorden alimenticio normalmente se enfrentan a múltiples dificultades en sus procesos afectivos y en la manera como establecen relaciones con otros. La relación entre el apego inseguro y los desórdenes alimenticios ha sido documentada y evidenciada a través de un múltiples investigaciones (O'Shaughnessy y Dallos, 2009 y Ward, Ramsay y Treasure, 2000, citado en Kosnika y Giovazolias, 2010). La Teoría del Apego proporciona suficiente evidencia para conceptualizar y describir los mecanismos psicológicos que se relacionan con la distorsión con la imagen corporal y el desarrollo de los desórdenes alimenticios (Kosnika y Giovazolias, 2010).

Bruch (1973) fue la primera persona que describió la insatisfacción con la imagen corporal como la característica predominante en los desórdenes alimenticios. Además, Bruch se refirió a la anorexia como la continua búsqueda de la delgadez a través de la inanición. La relación entre la constante preocupación por la forma del cuerpo, el peso y los desórdenes alimenticios en mujeres jóvenes ha sido confirmada en estudios transversales (Erickson y Gerstre, 2007; Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck, 1993; Thompson y Chad, 2002 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010) y longitudinales (Johnson y Wardle, 2005 y Killen et al., 1994, citado en Kosnika y Giovazolias, 2010).

Estudios recientes confirman una relación muy cercana entre la insatisfacción con la imagen corporal, las limitaciones alimenticias y un enorme deseo de ser delgadas (McCabe, Ricciardelli y James, 2007 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010). Al parecer, las mujeres sienten mayor temor de engordar y se preocupan más por hacer dietas que los hombres. Stice (2002) menciona que la estrategia más utilizada por las mujeres para controlar su peso es la dieta (Citado en Kosnika y Giovazolias, 2010).

Varios estudios apoyan la posición de Bruch, la misma que propone como premisa central dentro de la psicopatología de la anorexia nerviosa, la incapacidad de desarrollar autonomía y de alejarse de las figuras de apego que experimentan las adolescentes en su vida (Latzer, Hochdorf, Bachar y Canetti, 2002 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010). Lo que evidencia que la anorexia nerviosa no es únicamente una patología que responde a los dominios de la conducta alimenticia y la imagen corporal, sino que se encuentra estrechamente relacionada con una dificultad en el funcionamiento interpersonal (Tasca et al., 2006 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010).

Apego e insatisfacción con la imagen corporal.

Estudios han encontrado un vínculo entre el apego inseguro y los desórdenes alimenticios tanto en muestras clínicas (Armstrong y Roth, 1989) como poblaciones de estudiantes (Becker, Bell y Billington, 1987 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010), los mismos que sugieren que los individuos con un alto nivel de ansiedad en cuanto al apego (apego inseguro) tiende a depender de otros para aceptar su apariencia física (Park y Beaudet, 2007 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010). Este hallazgo sugiere que las personas inseguras dependen de otros para su autoaprobación y que la insatisfacción con su imagen corporal se relaciona a su disminuida autoestima y su alto temor a ser rechazados (Troisi et al., 2006 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010).

Cole-Detke y Kobak (1996) afirman que las jóvenes que presentan un tipo de apego caracterizado por la ansiedad e inseguridad, se encuentran en una constante búsqueda de compensación por el sentimiento de pérdida de control personal que experimentan en cuanto a las relaciones con otros. Esto lo logran mediante la excesiva atención que le prestan a su cuerpo utilizando la comida como medio para alcanzar nuevamente el control (Kosnika y Giovazolias, 2010). Así mismo, la ansiedad producida por la separación de una figura de apego y un tipo de apego inseguro han sido vinculados con la insatisfacción de la imagen corporal el cual se relaciona a mujeres que sufren de anorexia y bulimia nerviosa (Troisi et al., 2006; Troisi, Massaroni y Cuzzolaro, 2005 citado en Kosnika y Giovazolias, 2010).

En una muestra heterogénea de mujeres jóvenes que buscaban tratamiento a su anorexia nerviosa, Tasca et al. (2006) descubrieron que la inseguridad en cuanto al apego puede conducir hacia la insatisfacción de la imagen corporal y sistemas negativos de afecto. Esta insatisfacción en cuanto a la imagen corporal y sistemas

negativos de afecto posteriormente se relacionaron con su alimentación restringida y continua búsqueda por la delgadez (Kosnika y Giovazolias, 2010).

Por lo tanto, podemos evidenciar que existe una estrecha relación entre el tipo de apego, el nivel de satisfacción con la imagen corporal y los desórdenes alimenticios. Por ende, si el apego es inseguro, existe mayor probabilidad que una persona presente insatisfacción con su imagen corporal y tome la decisión de restringir su alimentación con el objetivo de ser aceptada por otros. Esta situación se vincula con la presencia de una baja autoestima y débil personalidad.

Anorexia nerviosa.

Como se menciona en el primer capítulo, la anorexia nerviosa es una patología que afecta principalmente a mujeres jóvenes, las mismas que se encuentran en alto riesgo de perder su vida, ya que el índice de mortalidad en pacientes femeninas de 15 a 24 años con anorexia nerviosa, es 12 veces mayor que el de cualquier otra enfermedad que puedan padecer (Sullivan, 1995, citado en NEDA, 2005). Así mismo, Bell (2010) sostiene que existe un largo camino en cuanto al establecimiento de las causas que generan la anorexia nerviosa.

Impacto de la anorexia nerviosa sobre el cerebro.

Existen diversas explicaciones con respecto al impacto de la anorexia nerviosa a nivel cerebral. Backmund y colegas (2007) sostienen que las regiones del cerebro involucradas en la fisiopatología de la anorexia nerviosa todavía no han sido claramente identificadas. Sin embargo, es innegable el decrecimiento de tejidos cerebrales durante períodos extremos de malnutrición, el cual ha sido demostrado de manera recurrente en pacientes que sufren de anorexia nerviosa. Asimismo, Backmund y colegas (2007) señalan que el volumen global de materia gris en el cerebro de personas que padecen esta enfermedad, sufre un decrecimiento

correspondiente al 1% aproximadamente. Adicionalmente, Backmund y colegas (2007) afirman que la materia gris perdida en pacientes con anorexia nerviosa se mantiene a lo largo del tiempo.

Las lesiones cerebrales relacionadas con los desórdenes alimenticios han sido estudiadas por medio de una revisión sistemática de las mismas, la cual reveló que ciertos síndromes complejos como el de la anorexia nerviosa, se encuentran asociados con daños en el lóbulo temporal y frontal derecho (Uher y Treasure, 2005 citado en Mühlau, et al., 2007). Brammer, Dalgleish, Murphy y Uher, (2004), señalan que la predisposición por ciertas actitudes como la obsesión por ser y verse delgadas además de la necesidad de inducirse el vómito o recurrir a actividades purgativas, responden a la activación preferencial de ciertos circuitos y caminos neuronales.

Un estudio realizado por Brammer, et al. (2004) reveló una reacción anormal del segmento prefrontal en el grupo de personas con anorexia nerviosa al ver imágenes de comida. Éste estímulo provocó que el grupo con desórdenes alimenticios recurriera a su corteza orbitofrontal media y la corteza cingulada anterior la misma que se relaciona con los comportamientos compensatorios, en vez del lóbulo parietal inferior y el cerebelo izquierdo como sucedió en el grupo de estudio compuesto por mujeres sanas. Esto significa que existen ciertos patrones con respecto al funcionamiento de circuitos cerebrales en personas que padecen de anorexia nerviosa en comparación con personas sanas.

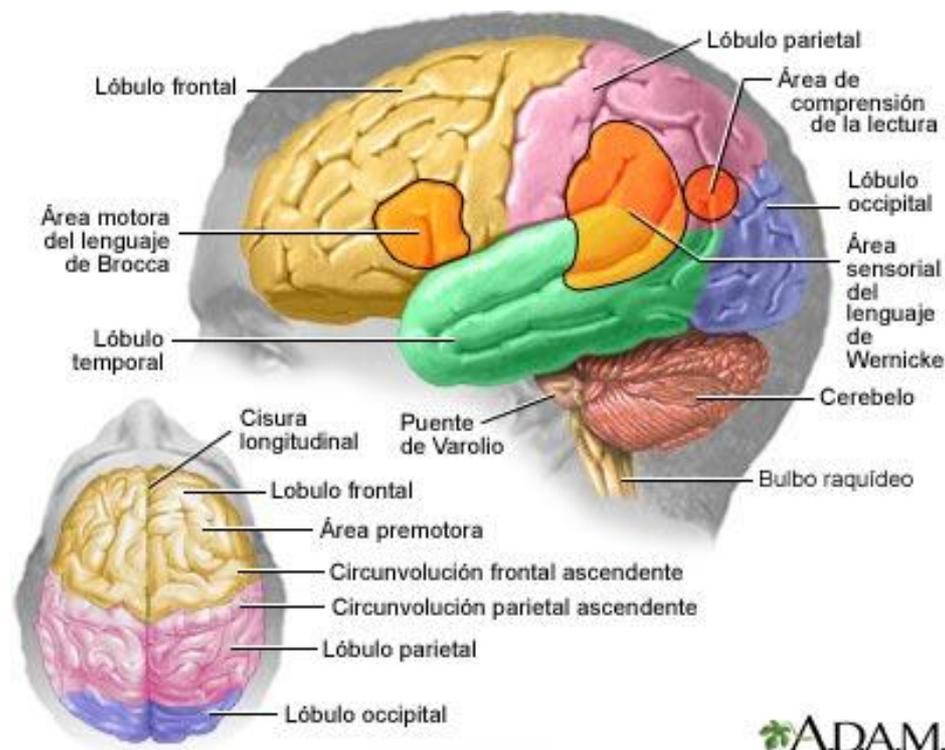


Figura 1. Cerebro humano. Tomada de A.D.A.M enciclopedia médica, 2013.

Así mismo, estudios de neuroimágenes en pacientes con anorexia nerviosa muestran la existencia de ciertos rasgos que al parecer predisponen a las mujeres a padecer esta patología (Frank, et al., 2004 citado en Fowler, Blackwell, Jaffa, Palmer, Robbins, Sahakian y Dowson, 2006). Varios reportes han llegado a la conclusión que los impedimentos de ciertos desempeños neurocognitivos tales como la atención y planificación pueden ser resultado de ciertas variables psicológicas tales como la preocupación por la imagen corporal y la dieta (Green, et al., 1994; Green y Rogers, 1998 citado en Fowler, et al., 2006).

El funcionamiento del cerebro en personas con anorexia nerviosa.

Estudios han reportado diferencias en la estructura, y las funciones cerebrales de pacientes con anorexia nerviosa en comparación con grupos de control (Kingston et al., 1996 citado en Fowler et al., 2006). Los cuales incluyen cambios en el volumen de la masa del cerebro en pacientes con anorexia nerviosa (Swayze et al., 1996; Lambe et al., 1997; Stamatakis y Hetherington, 2003 citado en Fowler et al.,

2006), hipometabolización de la glucosa a nivel cerebral (Delvenne, et al., 1996 citado en Fowler, et al., 2006), entre otros cambios metabólicos a nivel cerebral (Roser, et al., 1999 citado en Fowler, et al., 2006).

La incapacidad de llevar a cabo de manera adecuada ciertas actividades neurocognitivas relacionadas a la atención (Rogers y Green, 1993 citado en Fowler, et al., 2006), así como el tiempo de reacción (Green, et al., 1994 citado en Fowler, et al., 2006) y la planificación (Green y Rogers, 1998 citado en Fowler, et al., 2006) han sido reportadas en asociación en personas que restringen su alimentación, pero que no han sido diagnosticadas con un desorden alimenticio. Sin embargo, aquellas que sí han sido diagnosticadas con anorexia nerviosa muestran dificultades en cuanto a su atención (Hamsher, et al., 1981; Laessle, et al., 1989; Palazidou, et al., 1990; Kingston, et al., 1996; Fassino, et al., 2002; Ohrmann, et al., 2004 citado en Fowler, et al., 2006), memoria (Thompson, 1993; Kingston, et al., 1996; Lawrence et al., 2003; Moser, et al., 2003; Ohrmann, et al., 2004 citado en Fowler, et al., 2006), habilidad visoespacial (Gillber, et al., 1996; Kingston, et al., 1996 citado en Fowler, et al., 2006), lógica (Strauss y Ryan, 1998, citados en Fowler, et al., 2006), procesamiento automático de información (Strupp, et al., 1986 citado en Fowler, et al., 2006), velocidad psicomotora (Moser, et al., 2003 citado en Fowler, et al., 2006), abstracción y flexibilidad de pensamiento (Fassino, et al., 2002 citado en Fowler, et al., 2006), tareas que involucren el cambio de criterio (Tchanturia, et al., 2002, 2004 citado en Fowler, et al., 2006) y otras funciones ejecutivas (Epstein, et al., 2001, Ohrmann, et al., 2004 citado en Fowler, et al., 2006).

Kaye, Fudge y Paulus (2009) señalan que a pesar de que la etiología de la anorexia nerviosa es aun desconocida, es posiblemente el desorden psiquiátrico más homogéneo en cuanto a sus características, ya que el rango de edad en el cual inicia es

delimitado, y existen ciertos síntomas que resultan estereotipados y una especificidad en relación al género. Los individuos que padecen anorexia nerviosa tienen una resistencia en perfecta armonía con la meta que quiere alcanzar que en este caso es un rechazo hacia la comida y una fuerte voluntad para perder peso. No obstante, sienten una constante preocupación por los rituales que envuelven a las comidas y los alimentos hasta el punto de la obsesión.

Las personas que padecen anorexia nerviosa tienen una imagen distorsionada de su cuerpo, e inclusive cuando se encuentran realmente delgadas tienden a verse gordas, niegan estar con bajo peso y ejercitan de manera compulsiva. Normalmente, se rehúsan a un tratamiento y muestran falta de interés con respecto a la seriedad de las consecuencias médicas que puede traer consigo el desorden (Kaye, et al., 2009).



Support for people with eating disorders.

 anorexi bulimi kontakt

Figura 2. Reflejo en espejo de adolescente con anorexia nerviosa. Tomada de <http://wfffun.info/diseases/anorexia-nervosa-mirror/>, 2013.

Condición y rasgos de la anorexia nerviosa.

A pesar de que la anorexia nerviosa es considerada como un desorden alimenticio. Todavía es incierto si es resultado de un mal funcionamiento de los circuitos relacionados al apetito, o si este mal funcionamiento es secundario a otros fenómenos tales como: la ansiedad o una preocupación obsesiva por no ganar peso. La malnutrición y delgadez aguda producen amplias y severa alteraciones a nivel cerebral (Kaye, et al., 2009).

Por consiguiente, para entender la etiología y el curso de la anorexia nerviosa, sería recomendable dividir las alteraciones neurobiológicas en dos categorías. En primer lugar, al parecer existen cierto rasgos genéticos premórbidos alterados que contribuyen a la probabilidad de padecer anorexia nerviosa. Segundo, existen alteraciones propias del estado de enfermedad consecuencia de la mala nutrición que pueden apoyar a la enfermedad, y probablemente acelerar la desnutrición y la alta mortalidad como cualquier otro desorden psiquiátrico (Kaye, et al., 2009).

Una cantidad considerable de evidencia sugiere que el temperamento establecido durante la niñez, así como los rasgos de la personalidad pueden aumentar la predisposición de desarrollar anorexia nerviosa durante la adolescencia (Kaye, et al., 2009). De igual manera, estudios recientes (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchell, 2006; Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh y Treasure, 2003) encuentran que las emociones negativas, el perfeccionismo, la inhibición, la búsqueda por la delgadez, una conciencia interoceptiva alterada que resulta en la incapacidad de responder de manera adecuada a los distintos estados emocionales, así como también la dificultad de identificar los estímulos viscerales relacionados a la saciedad o al apetito y una obsesión compulsiva son rasgos propios de la personalidad que predisponen a una persona a padecer anorexia nerviosa (citado en Kaye, et al., 2009).

La inanición entendida como una grave reducción de nutrientes y la emaciación como la pérdida extrema de peso tienen efectos profundos en el funcionamiento del cerebro y otros órganos. Las mismas que causan alteraciones neuroquímicas que pueden aumentar los rasgos premórbidos (Pollice, Kaye, Greeno y Weltzin, 1997 citado en Kaye, et al., 2009), sumando síntomas que mantienen o aceleran el proceso de la enfermedad. Por ejemplo, personas que padecen anorexia nerviosa tienen un volumen cerebral reducido, un metabolismo alterado en las regiones frontal, temporal, parietal y la corteza cingulada de dichas regiones (Kaye, Wagner y Frank, 2006, citado en Kaye, et al., 2009).

Es posible que muchos de los cambios a nivel metabólico y trastornos endocrinos orientados hacia la flacura que resultan de la anorexia nerviosa, son compensatorios e intentan conservar energía, o estimular el hambre y la alimentación (Schwartz, Woods, Porte, Seeley y Baskin citado en Kaye, et al., 2009). Por ejemplo, sujetos con anorexia nerviosa presentan niveles alterados de neuropéptido “Y” el cual de encarga de estimular la ingesta de alimentos. Además, el neuropéptido “Y” regula la leptina, hormona que ayuda a regular el peso corporal y ciertos aspectos metabólicos. De igual manera, sucede con la colecistoquinina hormona que envía al cerebro señales de saciedad y del polipéptido pancreático hormona que regula el apetito y que se encuentra en niveles elevados en personas con anorexia nerviosa. Las alteraciones mencionadas anteriormente pueden causar cambios en el ánimo, funciones cognitivas, el control de los impulsos y los sistemas autonómicos y hormonales (Jimerson y Wolfe, 2006 citado en Kaye, et al., 2009).

Más aun, la mala nutrición puede aumentar la irregularidad emocional que es una constante en pacientes con anorexia nerviosa acorde a los criterios del DSM-IV-TR (2000). La conducta efecto típica de las pacientes, tanto recuperadas como

aquellas que padecen anorexia nerviosa se expresa de manera simultánea. Esta conducta incluye la inhibición, ansiedad, depresión, obsesión y síntomas confusos como una imagen corporal distorsionada, perfeccionismo y anhedonia o incapacidad de experimentar placer. Estas conductas pueden ser codificadas en el circuito límbico y cognitivo, conocidos por su capacidad de modular e integrar procesos neuronales relacionados al apetito, las emociones y la cognición (Kaye, et al., 2009).

Neurobiología y comportamiento en la anorexia nerviosa.

Existen dos circuitos neuronales que pueden resultar de gran importancia para la comprensión de la conducta en pacientes con anorexia nerviosa. El primero es un neurocircuito ventral (límbico) el cual incluye a la amígdala, la ínsula, el estriado ventral, regiones ventrales de la corteza cingulada anterior y la corteza orbitofrontal. Las mismas, en conjunto, permiten identificar el significado emocional de un estímulo y generar una respuesta afectiva a dicho estímulo (Phillips, Drevets y Rauch, 2003; Phillips, Drevets, Rauch y Lane, 2003 citado en Kaye, et al., 2009).

El segundo circuito es de tipo dorsal (cognitivo), y se cree que su función consiste en modular la atención selectiva, planificar y regular los estados afectivos. Incluye el hipocampo, regiones dorsales de la corteza cingulada anterior, la corteza dorsolateral prefrontal, la corteza parietal y otras regiones. Estudios realizados en pacientes que se recuperaron de la anorexia nerviosa muestran una actividad alterada en las regiones frontales, parietales y en el cíngulo anterior (Phillips, Drevets y Rauch, 2003; Phillips, Drevets, Rauch y Lane, 2003 citado en Kaye, et al., 2009).

Por otro lado el estudio de los receptores de serotonina 5-HT en pacientes con anorexia nerviosa (5-hidroxitriptamina) los cuales modulan la liberación de neurotransmisores, sugiere que este sistema neurotransmisor podría influir en los síntomas tales como el aumento en la saciedad (Simansky, 1996), control en los

impulsos (Soubrie, 1986; Fairbanks, Melega, Jorgensen, Kaplan y Maguire, 2001 citado en Kaye, et al., 2009) y el ánimo (Lesch y Merschdorf, 2000 y Mann, 1999 citado en Kaye, et al., 2009). En efecto, existe abundante evidencia de un funcionamiento anormal en la actividad del sistema 5-HT en sujetos con anorexia nerviosa (Brewerton, Brandt, Lessem, Murphy y Jimerson, 1990; Kaye, Frank, Bailer y Henry, 2005 citado en Kaye, et al., 2009). Más aun, el estudio de neuroimágenes provee un mayor entendimiento de cómo una función desequilibrada del 5-HT está relacionada con la disforia o estado de ánimo depresivo que se experimenta en la anorexia nerviosa (Frank, et al., 2001; Kaye, et al., 2005 citado en Kaye, et al., 2009).

Se presume que las personas que padecen anorexia nerviosa restringen su dieta con el objetivo de reducir sus niveles de ansiedad, mientras que comer estimula y promueve un estado de ánimo disfórico o depresivo (Kaye, et al., 2003; Strober, 1995; Vitousek, Manke, 1994 citado en Kaye, et al., 2009). De igual manera, se ejercitan compulsivamente, son anhedónicos o incapaces de sentir placer, ascéticos es decir se abstienen de comer y encuentran pocas cosas en la vida que les resulten más gratificantes que la continua búsqueda por perder peso (DSM-IV-TR, 2000). Se ha evidenciado que este tipo de temperamento persiste inclusive después de la recuperación (Wagner, et al., 2006; Klumo, et al., 2004 citado en Kaye, et al., 2009), lo que sugiere que estas características se relacionan más a los rasgo propios de una persona que a la condición relacionada con la enfermedad.

Un mal funcionamiento en el sistema neurotransmisor de la dopamina, particularmente en los circuitos estriados podría contribuir a la alteración en el circuito de la recompensa. De igual manera, los sistemas afectivos, el de la toma de decisiones y el control ejecutivo sufrirían alteraciones en su correcto funcionamiento.

Finalmente, estas alteraciones resultarían en la reducción de la ingesta de alimentos en pacientes con anorexia nerviosa (Frank, et al., 2005 citado en Kaye, et al., 2009).

Esta información plantea la posibilidad de que las personas que se han recuperado de anorexia nerviosa puedan presentar dificultad al momento de identificar el significado de un estímulo de tipo emocional (Phillips, Drevets, Rauch y Lane, 2005 citado en Kaye, et al., 2009), lo cual resulta importante al entender por qué es tan difícil comprometer a una persona con anorexia nerviosa a un tratamiento y que sea capaz de comprender las implicaciones y consecuencias de su comportamiento (Halmi, et al., 2005 citado en Kaye, et al., 2009).

Los neurocircuitos involucrados en el apetito.

“¿Cómo pueden los individuos con anorexia nerviosa restringir su ingesta de alimentos todos los días, mantener un bajo peso por muchos años y algunas veces morir de hambre, cuando muchas personas luchan por perder unas pocas libras?” (Kaye, et al., 2009, p. 578, traducido por autora). El apetito es un complejo impulso de tipo motivacional y se sospecha que depende en factores psicobiológicos tales como la recompensa que se obtiene al comer, las necesidades homeostáticas de las personas y la habilidad cognitiva para escoger entre varias alternativas relacionadas a la alimentación (Elman, Borsook y Lucas, 2006; Saper, Chou y Elmquist, 2002 citado en Kaye, et al., 2009). Visiblemente el apetito se encuentra alterado en personas que padecen anorexia nerviosa. Encuentran desagradable la comida alta en grasas (Fernstrom, et al., 1994; Drevnowski, Pierce y Halmi, 1988 citado en Kaye, et al., 2009) y califican de manera negativa la comida cuando tienen hambre (Garfinkel, Moldofsky y Garner, 1979; Santel, et al., 2006 citados en Kaye, et al., 2009).

Los síntomas complejos relacionados al apetito en personas con anorexia nerviosa no suelen cambiar inclusive después de haber recuperado peso, y son

relativamente únicos a los desórdenes alimenticios y se expresan de manera estereotipada. Apoyando a la idea de que pueden manifestar funciones anómalas de ciertos circuitos neuronales relacionados en la regulación de la conducta alimenticia (Kaye, et al., 2009).

Para evidenciar las alteraciones a nivel cerebral en pacientes con anorexia nerviosa, Small (2006) llevó a cabo un experimento con sujetos de control; a pesar de que este experimento de la percepción del gusto frente a alimentos dulces no explica la complejidad en cuanto a la selección de alimentos que enfrenta una persona al momento de alimentarse, el mismo puede servir al realizar neuroimágenes en sujetos de control. La autora menciona que, el consumo de dulces activa ciertas áreas cerebrales involucradas en la regulación del apetito. En este caso, la percepción del gusto activa ciertos receptores en la lengua (Chandrashekar et al., 2006 citado en Kaye, et al., 2009) por medio de un neurocircuito que consiste de ciertos nervios craneales, el núcleo del tracto solitario y núcleos medios del tálamo. Que en su conjunto forman el opérculo frontal (unión de dos lóbulos sin que exista un surco) y la ínsula anterior (Ogawa, 1994; Schoenfeld, et al., 2004 citado en Kaye, et al., 2009).

La función de la ínsula anterior está normalmente vinculada con las emociones y la homeóstasis del cuerpo. En conjunto con la corteza gustativa, responden al gusto y a las propiedades físicas de la comida y también a la recompensa que puede traer consigo la comida (O'Doherty, et al., 2001; Small, et al., 2001 citado en Kaye, et al., 2009). Otras regiones cerebrales como la ínsula, incluyendo la amígdala, la corteza cingulada anterior y la corteza orbitofrontal están comprometidas con el circuito de recompensa (Freedman., Insel y Smith, 2000; Ongur y Price, 1998 citado en Kaye, et al., 2009).

Una correcta actividad de la ínsula anterior se encuentra estrechamente vinculada en el procesamiento interoceptivo de las personas, es decir de los estímulos internos (Critchley., Wiens., Rotshtein., Ohman y Dolan, 2004; Craig, 2008 citado en Kaye, et al., 2009). Las funciones interoceptivas incluyen un amplio rango de sensaciones más allá del gusto. Tales como la percepción del dolor, la temperatura y la tensión muscular e intestinal. La integración de estas sensaciones internas provee una imagen integrada de la condición de todo el cuerpo (Craig, 2002 citado en Kaye, et al., 2009) y por ende, una correcta representación del “yo”, ya que es el enlace entre los procesos cognitivos y afectivos y el estado del cuerpo (Critchley, et al., 2004., Craig, 2008., Craig, 2004 y Damasio, 2000 citado en Kaye, et al., 2009).

Se considera que una alteración en cuanto a la conciencia interoceptiva podría ser un factor que precipite hacia la anorexia nerviosa (Lilenfeld, 2006., Brunch, 1962, Fassino., Piero., Gramaglia y Abbate-Daga, 2004; Garner., Olmstead y Polivy, 1983, citado en Kaye, et al., 2009). El rol de la ínsula anterior al integrar la información interoceptiva y una actividad alterada de la misma en pacientes con anorexia nerviosa apoya la idea de que éstos individuos pueden presentar una conciencia alterada del “ser” (Pollatos, et al., 2008 citado en Kaye, et al., 2009). Muchos de los síntomas en la anorexia nerviosa, tales como la imagen distorsionada de la imagen corporal, la incapacidad de reconocer el hambre y los síntomas de una mala nutrición y una mínima motivación por cambiar, se pueden relacionar con una conciencia interoceptiva alterada (Kaye, et al., 2009).

Kaye y colegas señalan que, las personas que sufren de anorexia nerviosa pueden procesar la información interoceptiva de una manera específica. Por ejemplo, pueden experimentar una sensación visceral aversiva cuando están expuestas a alimentos o a estímulos relacionados con la comida. Esta experiencia podría alterar

las propiedades relacionadas a la recompensa que poseen los alimentos. Más aun, la experiencia interoceptiva aversiva asociada a la comida, puede provocar procesos modulatorios con el objetivo de anticiparse y minimizar la exposición a estímulos alimenticios. Por ende, las personas que padecen anorexia nerviosa pueden presentar respuestas atenuadas a los signos de la recompensa inmediata que proporciona la comida, como lo es reducir el hambre. Si embargo, muestran un aumento en las respuestas de recompensa a largo plazo asociadas con la pérdida de peso.

Dadas estas alteraciones en la actividad de la ínsula en pacientes con anorexia nerviosa, se podría pensar que experimentan una sensibilidad alterada con respecto a la señales internas de su cuerpo. Específicamente, la proyección de la ínsula anterior sobre la corteza anterior cingulada, puede modular el grado mediante el cual la cognición se relaciona a una conducta trastornada, a una pobre toma de decisiones que no favorece a un balance homeostático del peso sino que lleva a una pérdida progresiva del mismo (Kaye, et al., 2009).

Finalmente Bell (2010), enfatiza en la necesidad de reforzar en el hecho de que la anorexia nerviosa puede ser resultado de graves alteraciones relacionadas al funcionamiento cerebral y que además, puede interferir en el funcionamiento cognitivo, la toma de decisiones y estabilidad emocional. Si bien no es considerada como un defecto cognitivo en sí, las personas que padecen de esta enfermedad, muestran un patrón de pensamiento alterado (Werth, et al, 2003 citado en Bell, 2010). Por ende, esta enfermedad puede llegar a restringir la capacidad de llevar una vida normal.

Resumen

La Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby nos permitirá entender el impacto de las relaciones entre padres e hijos en su desarrollo futuro y la manera

cómo éstos se desenvuelvan en sociedad. De igual forma, el apego influirá en el desarrollo de la conducta y las emociones. Aquellos niños que tuvieron la posibilidad de desarrollar un tipo de apego seguro, demostrarán confianza en sí mismos y en la manera como interactúan con otros. Mientras que aquellos que establecieron un tipo de apego inseguro evidenciarán poca confianza, una débil personalidad y una baja autoestima. Por ende, la presencia de un tipo de apego inseguro durante la adolescencia podría aumentar la probabilidad de incurrir en conductas negativas y auto destructivas.

Es necesario recordar que la adolescencia se caracteriza por ser un período de múltiples cambios y transformaciones a nivel físico, hormonal y neuronal. Los mismos que si no cuentan con el sistema de apego adecuado y los estímulos necesarios pueden resultar en la incapacidad de regular adecuadamente las emociones y el comportamiento. Finalmente, recordemos que aproximadamente el 60% de los adolescentes en algún momento de esta etapa se involucran en diversos tipos de problemas conductuales (Reitz, et al. 2005) como es el caso de la anorexia nerviosa.

Hay que tomar en cuenta que, la presencia de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes puede ser resultado de una serie de factores que aun no han podido ser determinados por la literatura. Sin embargo, la presencia de una baja autoestima, como también una autoimagen negativa y una frágil personalidad son agentes que aumentan su probabilidad. Por último, recordemos que Hilde Bruch (1973) señaló la existencia de una estrecha relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y los desórdenes alimenticios como la anorexia nerviosa.

Por lo tanto, en este estudio se busca comprender el fenómeno de la anorexia nerviosa desde la perspectiva de la neurociencia. Para esto, se ha decidido aplicar dos tipos de cuestionarios en mujeres universitarias cuyas edades estén comprendidas

entre los 18 y 19 años de edad. El primer cuestionario (CaMir-R) determina el tipo de apego que éstas jóvenes mujeres tienen con sus madres. El segundo cuestionario (IMAGEN) nos provee información relacionada al nivel de satisfacción que las jóvenes tienen en relación a su imagen corporal. Todo esto, con el objetivo de encontrar posibles relaciones existentes entre la presencia de un tipo de apego inseguro en las mujeres, que a su vez presenten insatisfacción con su imagen corporal y por ende evidencien mayor probabilidad de padecer anorexia nerviosa.

CAPÍTULO 3: Metodología y diseño de la investigación

Justificación de la metodología seleccionada

El estudio tiene como objetivo determinar en primer lugar el tipo de apego de las participantes del estudio con sus madres, el mismo que puede ser seguro o inseguro. En segundo lugar, evidenciar la relación que existe entre el tipo de apego y la insatisfacción corporal, y cómo éstos dos factores aumenta la probabilidad de padecer anorexia nerviosa en jóvenes mujeres, de entre 18 y 19 años de edad que se encuentran cursando su primer año de educación universitaria.

El propósito del estudio es generar evidencia científica que pueda ayudar a entender la anorexia nerviosa desde las perspectivas educativa, psicológica y de la neurociencia. Todo esto con el interés de contar con información que ayude a evitar que los desórdenes alimenticios como el de la anorexia nerviosa, sigan extendiéndose hacia distintas áreas de la población ecuatoriana, en especial el de las mujeres adolescentes que son consideradas como el grupo de mayor riesgo.

La pregunta de investigación que sirve como eje de la presente investigación es: ¿Cómo y hasta que punto el tipo de apego con las madres se relaciona con la insatisfacción con la imagen corporal y con el riesgo de padecer anorexia nerviosa?

El estudio cuenta con un diseño de corte transversal, de tipo pre-experimental con prueba después. Se ha escogido este diseño, ya que es una investigación que busca encontrar relaciones ya existentes dentro de un contexto determinado. Asimismo, el estudio no pretende manipular las variables ya que las mismas están dadas de antemano. Esto significa que tanto la variables relacionadas a la calidad del apego como las relacionadas a la insatisfacción con respecto a la autoimagen son inherentes a cada una de las participantes, y por ende no se las puede modificar. Esto significa que la calidad de apego se establece durante los primeros años de vida y la

infancia. Así mismo, el nivel de satisfacción con la autoimagen si bien puede ser susceptible a cambiar, en el momento de aplicar los instrumentos tendrá una de las dos características ya establecidas en cada una de las participantes (satisfacción o insatisfacción). Por último, el riesgo de padecer un anorexia nerviosa estará estrechamente relacionado con las variables del estudio.

El problema de investigación radica en la supuesta presencia cada vez mayor de desordenes alimenticios; en específico el de la anorexia nerviosa en adolescentes, mujeres ecuatorianas que se encuentran cursando tanto sus últimos años de escolarización, como los primeros años de educación universitaria. Además de la presumible mayor incidencia de casos de anorexia nerviosa, la insuficiente existencia de evidencia científica que de cuenta de esta realidad lo convierte en un fenómeno todavía poco explorado en nuestro contexto.

Herramientas de investigación utilizadas

Para la recolección de datos, se aplicarán dos cuestionarios, los mismos que se elaboraron utilizando preguntas con escalas tipo Likert. Para el efecto, la investigadora obtuvo información relevante en cuanto a la calidad del apego de las hijas mujeres con sus madres; su percepción en cuanto a su satisfacción con la imagen corporal y el riesgo que presentan frente a padecer anorexia nerviosa. En este sentido, se busca determinar si la calidad del apego de las hijas mujeres hacia sus madres es seguro o inseguro; si sienten satisfacción o insatisfacción en relación a su imagen corporal, y por último si su vulnerabilidad con respecto a padecer anorexia nerviosa es alta o baja.

Para esto, se ha seleccionado un instrumento que permitirán identificar el tipo de apego, y otro para determinar el nivel de satisfacción de las participantes del

estudio con respecto a su imagen corporal y determinar el nivel de riesgo frente a padecer anorexia nerviosa.

Para determinar el tipo de apego, se aplicará una versión modificada del cuestionario CaMir-R. Este cuestionario originalmente consta de 72 ítems; sin embargo, para este estudio se utilizará una versión reducida del cuestionario, la misma que consta de 32 ítems. El cuestionario busca determinar el tipo de apego a través de siete dimensiones:

- Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; incluye siete ítems los mismos que determinan la percepción de los participantes en cuanto a haberse sentido queridos por las figuras de apego y saber que pueden contar con ellas.
- Preocupación familiar; está compuesto por seis ítems, que aluden a una gran preocupación por la posible separación de sus seres queridos y una constante preocupación actual por las figuras de apego.
- Interferencia de los padres; incluye cuatro ítems y es una dimensión que mide la percepción de haber sido sobreprotegidos por sus padres durante la infancia.
- Valor de la autoridad de los padres; consta de tres ítems que se refieren a la evaluación positiva de la autoridad de sus padres y respeto a la jerarquía.
- Permisividad parental; incluye tres ítems y se refiere a la percepción de no haber tenido límites y guía parental durante su infancia.
- Autosuficiencia y rencor contra los padres; incluye cuatro ítems que buscan determinar el rechazo hacia los sentimientos de dependencia y rencor hacia las figuras de apego.

- Traumatismo infantil; compuesto por cinco ítems, se refiere a los recuerdos de haber sido maltratados por las figuras de apego.

En total son 32 ítems que las participantes deberán distribuir en una escala tipo Likert de cinco puntos (1= Totalmente en desacuerdo, 5= Totalmente de acuerdo). Es necesario señalar que dada la naturaleza del estudio, algunos de los ítems fueron modificados ya que se buscaba conocer la calidad de apego de las jóvenes con sus madres y no con sus padres.

Por otro lado, se aplicará el cuestionario IMAGEN, el mismo que mide el nivel de insatisfacción de las participantes con respecto a su imagen corporal. Este cuestionario consta de 38 ítems que ofrecen información en tres ámbitos: a) cognitivo emocional; b) perceptivo y c) comportamental. De esta manera se logrará determinar el nivel de insatisfacción de las jóvenes adolescentes de sí mismas y consecuentemente determinar su nivel de vulnerabilidad frente a un desorden alimenticio como la anorexia nerviosa. El instrumento IMAGEN también se divide en tres escalas de la siguiente manera: a) Escala ICE (componente de insatisfacción cognitivo-emocional), que consta de 21 ítems y que hace referencia a la percepción con respecto a tener un cuerpo delgado y temor a engordar ; b) Escala IPE (componente de insatisfacción perceptiva), incluye 10 ítems que evalúan la sensación subjetiva de haber alcanzado un peso mayor al deseado, y c) Escala ICL (componente de insatisfacción comportamental) incluye siete ítems que miden la frecuencia con la que se producen comportamientos propios de personas con patologías alimentarias.

El análisis de los 32 ítems que componen el cuestionario CaMir-R, permitirá identificar si la calidad del apego es seguro o inseguro; para esto las respuestas se agruparán bajo estas dos categorías. El cuestionario IMAGEN en primer lugar, permitirá determinar si hay insatisfacción corporal. En segundo lugar, una detección

precoz de alteraciones alimentarias. Por último, se determinará si existe relación entre estas cuatro variables previas para determinar el nivel de riesgo frente a padecer un anorexia nerviosa. En resumen, las dimensiones (cada una con sus indicadores respectivos) son las siguientes: a) apego seguro; b) apego inseguro; c) satisfacción con la imagen corporal; d) insatisfacción con la imagen corporal; e) riesgo alto de padecer un desorden alimenticio; f) riesgo medio de padecer un desorden alimenticio; y g) poco probable de padecer un desorden alimenticio.

Debido a que la encuesta fue aplicada por medio del Internet, las participantes no pudieron firmar un consentimiento informado. Sin embargo, la encuesta contó con un pequeño párrafo introductorio, en el cual las personas que decidieron participar y contestar el cuestionario conocían los riesgos del mismo. Así mismo, se informó sobre el uso que se le va a dar a la información solicitada. Las participantes no tuvieron que proporcionar su nombre ni información que las identifique. Se respetará la identidad y confidencialidad de cada una de las participantes y la información que provean al estudio será utilizado únicamente para los fines del mismo.

Población

El universo para el presente estudio se conformó por todas las estudiantes mujeres de la Universidad San Francisco de Quito. Para la selección de las participantes, se llevó a cabo un muestreo por conveniencia, el mismo que requiere los siguientes criterios de inclusión: a) las participantes del estudio deben encontrarse cursando el primer año de estudios en la USFQ sin importar su carrera y b) tener entre 18 y 19 años de edad. Se ha seleccionado este rango de edad ya que la adolescencia, es la etapa de la vida en la cual las mujeres presentan un mayor nivel de riesgo con respecto a padecer anorexia nerviosa.

Procedimientos

Recolección de Datos

Una vez aprobado el cuestionario por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, se procedió a enviar el cuestionario a las mujeres participantes del estudio por medio del Internet utilizando la plataforma de Survey Monkey, que permite diseñar y elaborar cuestionarios con el objetivo de obtener la información necesaria para el estudio.

La recolección de datos fue realizada únicamente por la investigadora. Después del primer envío del cuestionario a las participantes seleccionadas, se llevaron a cabo dos envíos de seguimiento a las personas seleccionadas que no lo contestaron con la finalidad de incrementar la cantidad de respuestas.

Manejo de datos

Las participantes de la encuesta podrán responder a cada una de las preguntas por medio de seleccionar la respuesta que consideren más adecuada. Para esto, se utilizará una escala Likert con varias opciones de respuesta. Como se explica anteriormente, la encuesta estará elaborada con ítems ya validados de test de apego, autoimagen y desórdenes alimenticios. La escala Likert facilitará entender las actitudes de las estudiantes dentro de un contexto específico que en este caso es el de la Universidad San Francisco de Quito. Una vez obtenidas las respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, se procederá a agruparlas bajo las categorías señaladas con anterioridad. Para el segmento del cuestionario CaMir-R, las participantes deben responder a cada uno de los ítems dentro de una escala tipo Likert de 5 puntos (1=Totalmente en desacuerdo, 5=Totalmente de acuerdo) esta distribución sirve para determinar el tipo de apego.

Al momento de tener agrupadas las respuestas al segmento del cuestionario CaMir-R, se procedió a llenar un hoja electrónica, como se señala a continuación en la tabla 1. Antes de iniciar el análisis se realizó un proceso que permitió limpiar y depurar los datos.

Tabla 1. Escala tipo Likert utilizada en cuestionario CaMir-R.

Ítem del cuestionario CaMir-R	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
n					

Al llenar una tabla como la que se muestra se pueden examinar las frecuencias y verificar que no existan casos fuera del rango.

Tabla 2. Tabla cruzada de análisis prueba CaMir-R y cuestionario IMAGEN.

ID	Apego seguro	Apego inseguro	Satisfacción corporal	Insatisfacción corporal
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
n				

Análisis de datos

El análisis de los datos, se lo realizó por medio del programa estadístico SPSS. Para esto, se inició el análisis con la codificación de las variables. Se realizaron dos

clases de análisis, el primero fue un análisis descriptivo de cada variable para después proceder a analizar la relación que existe entre ellas.

Es necesario obtener un valor absoluto para el cuestionario CaMir-R, ya que el mismo permitirá determinar el tipo de apego. De igual manera, se deberán sumar los resultados de la prueba IMAGEN para determinar si las participantes sienten satisfacción o insatisfacción con respecto a su imagen corporal. En segundo lugar, fue necesario realizar un análisis que nos permitiera conocer cómo las variables se relacionan entre sí, de dos en dos o si es necesario un número mayor. Se espera realizar un análisis de tablas cruzadas entre dos variables y luego se aplicará el test de chi cuadrado que en este caso se aplica según señala Martínez (2002) “en todos aquellos casos en los cuales el análisis de los datos está basado en el conteo, es decir, proviene de una característica cualitativa (atributo) por no ser medidas tal como ocurre con la variable” (p. 469). Finalmente, se aplicará la prueba kendall tau b para determinar la fuerza de la relación y si la relación entre las variables es significativa o no.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

El siguiente análisis de datos buscó determinar si existe o no relación entre la calidad del apego de estudiantes universitarias cuya edad no fuera menor a 17 años ni mayor a 18, el nivel de satisfacción con su imagen corporal y la probabilidad de padecer anorexia nerviosa. Teniendo esto en cuenta, se recolectaron los datos mediante los dos instrumentos descritos en el capítulo tres, el cuestionario CaMir-R y la prueba IMAGEN. Mediante la prueba CaMir-R las jóvenes tuvieron que recordar experiencias vividas con sus madres y familia durante su niñez y adolescencia. El cuestionario tuvo como objetivo determinar el tipo de apego (seguro o inseguro) de las participantes con sus madres.

En la prueba IMAGEN, las participantes respondieron un autoreporte acerca de cómo se perciben a sí mismas físicamente. Mediante esta prueba, se pudo determinar si las participantes sienten satisfacción o insatisfacción con respecto a su imagen corporal.

El análisis por separado y en conjunto de los datos provenientes de las dos herramientas, ha proveído evidencia a través de la cual, se pueda comprender el impacto de las relaciones entre madres e hijas durante los primeros años de vida, sobre el autoconcepto que desarrollen de sí mismas, y sobre las decisiones que tomen durante su adolescencia tardía (18 y 19 años). Este autoconcepto, también influirá en la manera como ellas se desenvuelvan dentro del mundo social en el futuro (Finzi et al., 2001).

Finalmente, esta investigación aporta valiosa información relacionada al fenómeno de la anorexia nerviosa desde la perspectiva de la Ciencia de la Mente, Cerebro y Educación, la misma que nos permite entender el impacto de esta

enfermedad a nivel neuronal, psicológico y educativo. Además, busca evidenciar cómo mediante el desarrollo de un apego seguro durante la niñez, es posible reducir la probabilidad de presentar insatisfacción con la imagen corporal, y por ende, minimizar la probabilidad de padecer anorexia nerviosa.

Temas de análisis

Análisis del cuestionario CaMir-R.

El tipo de apego que se evidencia durante la adolescencia obedece en gran medida a las experiencias que se hayan vivido durante la infancia. Dichas experiencias pueden ser de dos tipos. Aquellas en las que los padres estuvieron dispuestos a asistir a sus hijos en momentos de necesidad y proveer un ambiente de seguridad, son denominadas positivas y tendrán como efecto, el desarrollo de un apego seguro. Por otro lado, se encuentran las experiencias de tipo negativo que responden a padres ausentes y que no respondían a la necesidad de atención de sus hijos resultando en un apego inseguro. El tipo de experiencias a las que esté expuesta una persona desde el momento de su nacimiento, moldearán su personalidad y la manera cómo establezcan relaciones con otros y sea capaces de mantenerlas (Bowlby, 1986).

Por ende, el tipo de apego que se establezca durante la niñez será de gran importancia en el proceso de desarrollo de la personalidad y el autoconcepto que una persona tenga de sí misma. El apego jugará un importante papel durante la adolescencia, ya que al ser una etapa caracterizada por múltiples cambios tanto a nivel físico, emocional y neuronal, el apego representará un referente que facilite la manera como una persona se adapte o no a este nuevo período. La autoestima, confianza en sí mismos y la autoimagen están estrechamente ligados al tipo de apego (Allen, 2008).

Por tal motivo, fue indispensable determinar el tipo de apego de las 50 participantes de este estudio.

A través del cuestionario CaMir-R, las participantes reportaron ideas y sentimientos con respecto a sus relaciones familiares tanto pasadas como presentes. Cabe mencionar que al evocar recuerdos y sentimientos pasados, las emociones pueden haber influido en la veracidad de las respuestas a diferencia de un cuestionario que sólo tome en cuenta aspectos en el presente de una persona. Sin embargo, los datos recopilados del CaMir-R, fueron organizados de tal manera que, de los siete factores en los que se encuentra dividido el cuestionario, se puede medir si el tipo de apego de las participantes con sus madres es seguro o inseguro.

Para comprender este proceso de manera más ilustrativa, se puede recurrir a la figura 3. La misma que muestra las siete dimensiones personales que evaluó el cuestionario. Cada uno de estos factores analizó la relación madre e hija en distintas dimensiones.



Figura 3. Esquema de los siete factores del cuestionario CaMir-R.

Apego Seguro o inseguro.

Para lograr determinar el tipo de apego, las participantes del estudio tuvieron que responder un cuestionario en línea el mismo que fue enviado a través de la plataforma de encuestas Survey Monkey en tres distintos momentos, esto con el objetivo de asegurar una mayor participación de las estudiantes. Los datos recopilados mediante el cuestionario en relación al tipo de apego son los siguientes registrados en la tabla 1, la misma que muestra la cantidad de respuestas que se obtuvieron en cada uno de los 32 ítems del cuestionario dada una escala Likert de cinco puntos.

Tabla 3. Cuestionario CaMir-R. Resultados. Participantes (n = 50)

Ítem del cuestionario CaMir-R	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
1 De niña mamá compartía tiempo conmigo	1	7	11	12	19
2 De niña encontré consuelo en mi madre	0	5	12	12	21
3 En caso de necesidad cuento con mi madre	0	1	8	18	23
4 De niña encontré cariño en mi madre	1	4	14	13	18
5 Mi mamá me ha dado lo mejor de ella	0	1	7	14	28
6 La relación con mi madre fue positiva	1	5	7	19	18
7 Confío en mi madre	2	5	7	17	19
8 No me concentró cuando alguien cercano sufre	4	4	10	27	5
9 Me preocupa dejar a mis seres queridos	4	11	10	19	6
10 Me preocupa sin razón la salud de mi familia	9	11	15	13	2
11 No superaría la muerte de mis seres queridos	2	11	17	10	10
12 La separación momentánea me inquieta	7	11	16	8	8
13 Cuando me alejo me siento mal conmigo misma	11	13	16	7	3

14 De niña se preocuparon por mi demasiado	11	14	11	5	9
15 Mis padres controlaban todo cuando era niña	13	11	13	9	4
16 No tengo vida propia mis padres no entienden	16	12	9	7	6
17 Quisiera que mis hijos fueran autónomos	6	8	9	18	9
18 Es importante que el niño obedezca	0	0	3	19	28
19 Los niños deben saber que existe autoridad	1	0	1	21	27
20 El respeto a los padres es muy importante	0	0	0	18	32
21 Mis padres me dieron mucha libertad	10	14	17	7	2
22 Otros hacían mi trabajo cuando era niña	16	14	12	6	2
23 Mis padres no tenían autoridad cuando era niña	31	16	3	0	0
24 Detesto depender de otros	2	7	9	15	17
25 De adolescente nadie entendía mis problemas	5	7	23	9	6
26 Solo cuento conmigo misma	9	21	12	5	3
27 Nunca somos buenos para los padres	14	10	11	5	10
28 Las amenazas de ruptura o separación son recuerdos de mi niñez	21	10	5	10	4
29 Había peleas insoportables de niña	15	8	15	10	2
30 Me enfrenté a la violencia de un ser querido cuando era niña	29	7	2	10	2
31 Mis seres queridos eran impacientes	16	12	8	11	3
32 Teníamos dificultad de tomar decisiones de niña	16	16	8	6	4

De los resultados obtenidos mediante el cuestionario CaMir-R se puede observar, la presencia de muchas casillas en las que las respuestas en menor a cinco, situación que evidencia que el número de respuestas obtenidas dentro de cada una de las cinco posibilidades (Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en

desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo) es baja debido al número de participantes ($P = 50$) que respondieron a cada uno de los ítems ($I = 32$). Por tal motivo, la investigadora consideró necesario a reducir la escala de cinco puntos a tres puntos.

Posterior a la primera reducción, se obtuvieron dos grupos de respuestas a partir de los tres anteriores, esto con el objetivo de poder determinar el tipo de apego de las participantes. Para esto, cuando las participantes contestaban ni de acuerdo ni en desacuerdo correspondiente a la escala intermedia de la tabla, la investigadora sumó esta respuesta a las que se encontraban bajo la categoría de apego inseguro apoyándose en la Teoría del Apego. Ya que, como menciona Bowlby (1986), una persona que evidencie un tipo de apego inseguro tendrá un impacto negativo sobre su nivel de confianza, características estructurales o personalidad y autoestima, por lo que se mostrará indecisa al momento de responder preguntas relacionadas a sí misma.

Además, se presume que la indecisión o la poca capacidad de elegir lo mejor o más adecuado para alguien mantiene relación con la presencia de una baja autoestima y autoconcepto de sí misma (Resnick, Faube & Osipow, 1970; Walsh & Osipow, 1973 citado en Sari, 2007). Lo que refuerza la decisión de sumar las respuestas ubicadas en la tercera casilla de la escala Likert a aquellas participantes que evidenciaron apego inseguro con sus madres. Finalmente, cuando las participantes respondieron de forma indecisa (ni de acuerdo ni en desacuerdo), la investigadora sumó este valor (3) unas veces al tipo de apego seguro y otras al tipo de apego inseguro, dependiendo del factor que se analizaba en ese momento.

Para lograr la última escala de dos puntos y determinar el tipo de apego de las participantes del estudio, es necesario evidenciar y recordar dos aspectos, primero:

Fue necesario reducir los valores uno (1) y dos (2) de la escala tipo Likert a uno sólo; y cuatro (4) y cinco (5) a uno sólo.

Además, con el objetivo de determinar el tipo de apego se llevó a cabo la siguiente categorización:

Los factores en los que se encuentra dividido el cuestionario CaMir-R analizan el nivel de apego de una persona con relación a su madre de manera aislada e independiente. Es decir, en unos casos, las participantes del estudio respondieron que estaban totalmente de acuerdo (5) o de acuerdo (4) lo que representaba un tipo de apego seguro en algunos casos y un tipo de apego inseguro en otros. Situación que dificultó el análisis de los resultados obtenidos mediante el cuestionario y evidenció que la organización del mismo no es adecuada y que puede resultar confusa y ambigua.

La autora consideró importante incluir una tabla explicativa que ayude al lector a comprender cómo funcionó el cuestionario CaMir-R al momento de analizar los datos. Como se ejemplifica en la siguiente tabla (ver tabla 4), el factor del cuestionario que analiza el nivel de interferencia de los padres no sigue el mismo patrón que el factor que mide la autoridad de los padres. Se observa que los valores cuatro (4) y cinco (5), corresponden a un tipo de apego inseguro en el primer factor. Mientras que en el factor que mide el valor de la autoridad de los padres, los valores cuatro (4) y cinco (5) corresponden a un tipo de apego seguro.

Tabla 4. Estructura de los factores en la prueba CaMir-R.

Factor: Interferencia de los padres						
Ítem 14	Cuando yo era niña se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad que me sentía aprisionada.	1	2	3	4	5
Ítem 15	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.	1	2	3	4	5
Ítem 16	Mis padres no se han dado cuenta de que una niña cuando crece tiene necesidad de tener vida propia.	1	2	3	4	5
Ítem 17	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido.	1	2	3	4	5
En el factor de interferencia con los padres los valores cuatro (4) y cinco (5) en la escala Likert, corresponden a un apego inseguro.						
Factor: Valor de la autoridad de los padres						
Ítem 18	Es importante que el niño aprenda a obedecer.	1	2	3	4	5
Ítem 19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.	1	2	3	4	5
Ítem 20	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.	1	2	3	4	5
En cambio, en el factor del valor de la autoridad de los padres los valores cuatro (4) y cinco (5) de la escala Likert, corresponden a un apego seguro.						

Criterio de análisis de los siete factores incluidos en el cuestionario

CaMir-R

Debido a que los resultados obtenidos bajo cada uno de los siete factores en los que se encuentra dividido el cuestionario CaMir-R no son coherentes el uno con el otro (ver figura 4), la investigadora procedió a agrupar los factores de la siguiente manera: En el caso de los factores uno y cuatro, las respuestas bajo las categorías

totalmente de acuerdo (5) y de acuerdo (4) fueron consideradas como un tipo de apego seguro, mientras que en los factores dos, tres, cinco, seis y siete las respuestas bajo las categorías totalmente de acuerdo (5) y de acuerdo (4) respondieron a un apego inseguro. Esta agrupación de los factores permitió analizar los datos obtenidos mediante el cuestionario y aproximarnos a determinar el tipo de apego de las participantes del estudio.

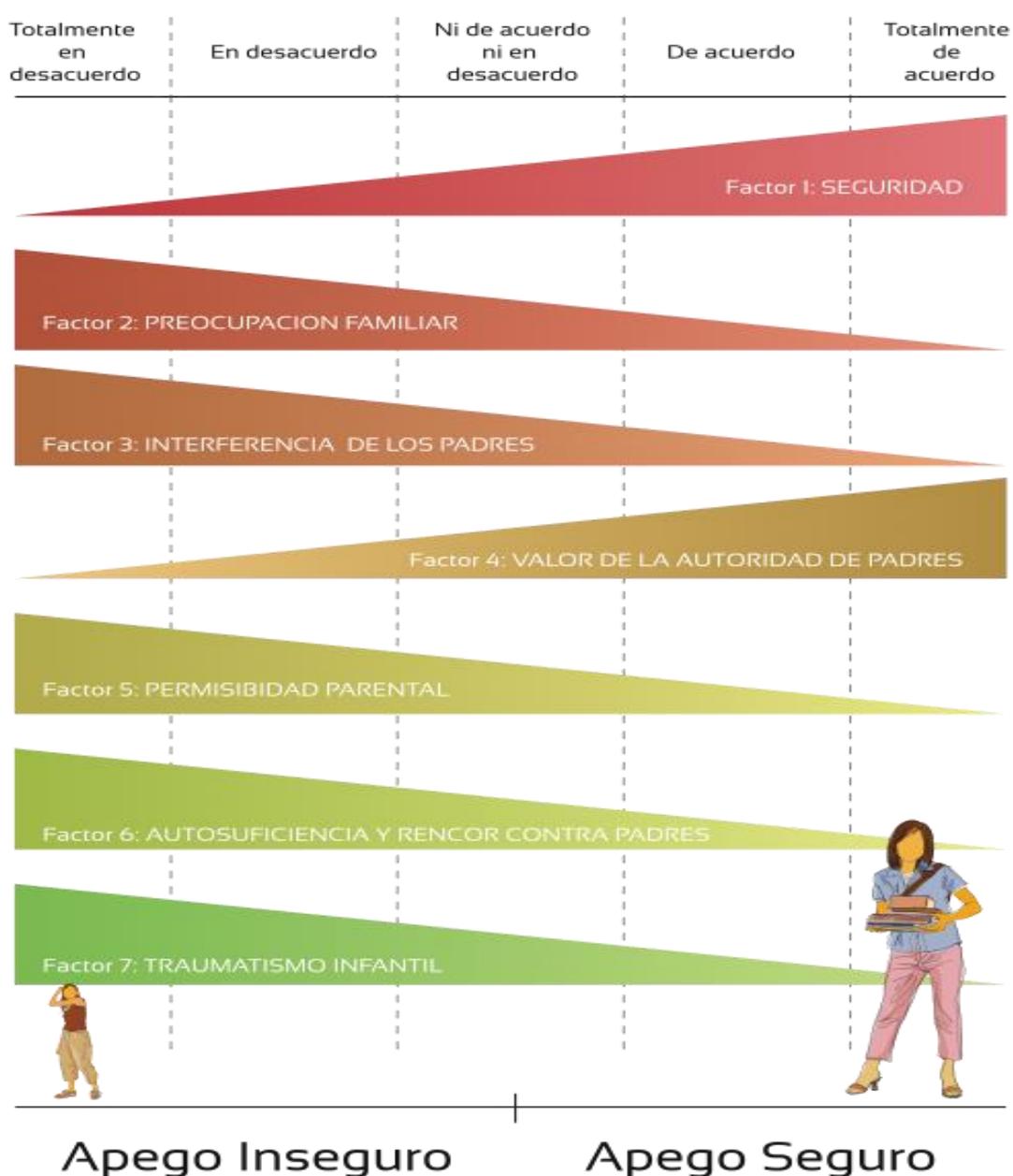


Figura 4. Agrupación de los siete factores del cuestionario CaMir-R.

Resultados obtenidos por medio del cuestionario CaMir-R

Los resultados obtenidos en relación al tipo de apego de las 50 participantes del estudio están representados tabla 2. Donde se observa el número de participantes que respondieron a cada uno de los dos tipos de apego en los 32 ítems incluidos en el cuestionario. Llama la atención la presencia de casillas con valores equivalentes a cero ó uno dentro de un grupo de 50 participantes, lo que nos llevó a pensar sobre la validez de las preguntas y si las participantes las comprendieron de manera adecuada.

Tabla 5. Tipo de apego de las participantes (n = 50).

Ítem del cuestionario CaMir-R	Apego seguro	Apego inseguro
1 De niña mamá compartía tiempo conmigo	31	19
2 De niña encontré consuelo en mi madre	33	17
3 En caso de necesidad cuento con mi madre	41	9
4 De niña encontré cariño en mi madre	31	19
5 Mi mamá me ha dado lo mejor de ella	42	8
6 La relación con mi madre fue positiva	37	13
7 Confío en mi madre	36	14
8 No me concentró cuando alguien cercano sufre	8	42
9 Me preocupa dejar a mis seres queridos	15	35
10 Me preocupa sin razón la salud de mi familia	20	30
11 No superaría la muerte de mis seres queridos	13	37
12 La separación momentánea me inquieta	18	32
13 Cuando me alejo me siento mal conmigo misma	24	26
14 De niña se preocuparon por mi demasiado	25	25
15 Mis padres controlaban todo cuando era niña	24	26
16 No tengo vida propia mis padres no entienden	28	22
17 Quisiera que mis hijos fueran autónomos	14	36

18 Es importante que el niño obedezca	50	0
19 Los niños deben saber que existe autoridad	49	1
20 El respeto a los padres es muy importante	50	0
21 Mis padres me dieron mucha libertad	24	26
22 Otros hacían mi trabajo cuando era niña	30	20
23 Mis padres no tenían autoridad cuando era niña	47	3
24 Detesto depender de otros	9	41
25 De adolescente nadie entendía mis problemas	12	38
26 Solo cuento conmigo misma	30	20
27 Nunca somos buenos para los padres	24	26
28 Las amenazas de ruptura o separación son recuerdos de mi niñez	31	19
29 Había peleas insoportables de niña	23	27
30 Me enfrenté a la violencia de un ser querido cuando era niña	36	14
31 Mis seres queridos eran impacientes	28	22
32 Teníamos dificultad de tomar decisiones de niña	32	18

Finalmente, se llevó a cabo el análisis por participante para poder determinar el tipo de apego de cada una de las 50 participantes de manera independiente. Y de esta manera llevar a cabo un análisis mucho más cercano a lo que se buscó determinar mediante la pregunta de investigación. De este análisis, se obtiene que las participantes se encuentran divididas por igual entre apego seguro e inseguro.

Análisis de los resultados por participante en la prueba CaMir-R

Posterior al análisis de los resultados por participante de la prueba CaMir-R, podemos observar que 25 de las participantes evidencian un tipo de apego seguro, mientras que las 25 participantes restantes evidencian un tipo de apego inseguro.

Nivel de satisfacción con la imagen corporal

Para determinar si las participantes del estudio presentan satisfacción o insatisfacción con respecto a su imagen corporal, se utilizó la prueba IMAGEN, la misma que tiene validez tanto con fines preventivos como terapéuticos, ya que permite valorar uno de los agentes con mayor influencia en relación a la anorexia nerviosa: la insatisfacción con la imagen corporal (Solano & Cano, 2010). Presentar insatisfacción en relación a la imagen corporal, es considerado un indicador de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (Solano & Cano, 2010). Al ser un indicador de riesgo, a su vez supone una de las señales más significativas en el inicio y transcurso de un cuadro alimentario alterado.

De los resultados obtenidos mediante la prueba IMAGEN, podemos observar que sucedió lo mismo que en la prueba CaMir-R. Ya que al ser solamente 50 participantes ($P = 50$) las que respondieron a cada uno de los ítems ($I = 38$) los cuales se dividieron en una escala Likert de cinco puntos, estos valores debían ser agrupados en tres nuevas escalas para finalmente llegar a dos escalas. Escalas que permitieron determinar el nivel de satisfacción de las participantes con su imagen corporal.

La siguiente tabla resume los datos recolectados mediante de la prueba IMAGEN. Como podemos ver, la cantidad de respuestas obtenidas bajo cada una de las posibilidades es pequeña y poco representativa dado el número de participantes del estudio.

Tabla 6. Prueba IMAGEN. Resultados. Participantes ($n = 50$)

Ítem del cuestionario IMAGEN	Casi nunca o nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
1 Debería ponerme a dieta	9	3	17	13	8
2 Debería ejercitar para bajar de peso	4	5	11	18	12
3 Necesito estar delgada	8	8	18	9	7

4 Estoy insatisfecha con mi cuerpo	6	6	15	17	6
5 Si ejercitará bajaría de peso	8	3	7	20	12
6 Temo conocer mi peso	18	4	14	8	6
7 Admiro a las modelos delgadas	11	9	6	15	9
8 Me entristece pensar en mi figura	11	14	9	11	5
9 Me irrito cuando pienso en mi físico	14	11	9	10	6
10 Me molesta que mi familia opine sobre mi figura	11	9	7	11	12
11 Me siento mal cuando halagan la figura de otra	14	8	11	11	6
12 Me siento gorda cuando gano peso	9	8	9	8	16
13 Si engordase no lo soportaría	9	11	10	11	9
14 Temo perder el control sobre mi aspecto físico	8	9	11	14	8
15 Temo engordar	7	9	9	14	11
16 Cuando como tengo miedo a engordar	18	12	8	7	5
17 Si fuese delgada sería segura mi misma	16	8	6	9	11
18 Temo tener celulitis	6	7	9	13	15
19 Me afectan los comentarios sobre mi cuerpo	9	6	17	9	9
20 Recuerdo negativamente los comentarios de mi cuerpo	16	7	10	10	7
21 Pienso que me estoy poniendo gorda	10	12	9	12	7
22 Mi estomago impide que me vea los pies	39	4	3	4	0
23 Mis brazos son gordos	20	9	5	9	7
24 Tengo las mejillas caídas	34	6	9	1	0
25 Mi pecho está fofo y caído	26	9	8	3	4
26 El roce entre mis piernas me impide andar bien	26	8	6	7	3
27 Ocupo demasiado espacio en las sillas	28	10	6	5	1

28 Mi cuerpo me impiden vivir normalmente	33	7	3	6	1
29 Mi estómago me hace parecer muy gorda	20	13	6	8	3
30 Los rollos en mi espalda me avergüenzan	17	11	8	8	6
31 Mi cara esta deforme debido a mi peso	30	12	5	2	1
32 Me provoco el vómito para controlar mi peso	48	1	1	0	0
33 Utilizo laxantes o pastillas para controlar mi peso	44	2	1	1	2
34 Vomito después de comer	48	2	0	0	0
35 Cuento las calorías como una calculadora	30	9	0	2	0
36 Permanezco de pie para bajar de peso	42	3	3	2	0
37 Tiro comida para controlar mi peso	39	7	3	1	0
38 Escondo comida para controlar mi peso	42	5	1	0	2

Por tal motivo, la investigadora llevó a cabo una recategorización de la escala Likert de cinco puntos a tres puntos. Finalmente, se obtuvieron dos grupos de respuestas a partir de los tres anteriores para determinar el nivel de satisfacción de las participantes con respecto a su imagen corporal. Para esto, cuando las participantes contestaban “unas veces sí y otras no”, se sumó esta respuesta a las que se encontraban bajo la categoría de insatisfacción, porque existe una estrecha relación entre la incapacidad de tomar una decisión y la manera cómo una persona se evalúa a sí misma (Resnick, Faube y Osipow, 1970; Walsh y Osipow, 1973 citado en Sari, 2007).

La autoestima representa las dimensiones personales de la autoevaluación, autoconfianza o autoaceptación (Leary, 1996 citado en Sari, 2007). Niveles altos de aceptación, confianza y autoevaluación, demuestran que la persona tiene una

autoestima positiva (Salmivalli, Kaukianien y Lagerspest, 1999 citado en Sari, 2007); mientras que bajos niveles de autoestima se evidencian por medio de la poca confianza, timidez, dependencia y de la insatisfacción que sienta con respecto a ella misma (Well y Marvell, 1976 citado en Sari, 2007). Estudios sugieren que los bajos niveles de autoestima resultan en la indecisión (Sari, 2007).

Resultados obtenidos por medio del cuestionario IMAGEN

Los resultados obtenidos en relación al nivel de satisfacción con la imagen corporal de las 50 participantes del estudio están representados en la tabla 4. Donde se observa la cantidad de participantes que respondieron a cada uno de los dos niveles de satisfacción incluidos en los 38 ítems de la prueba. Podemos ver que existen pocos casos en los que el número de respuestas es menor a cinco, por lo que se presume que la prueba tuvo mejores resultados que el cuestionario CaMir-R.

Tabla 7. Nivel de satisfacción corporal (n = 50).

Ítem del cuestionario IMAGEN	Satisfacción	Insatisfacción
1 Debería ponerme a dieta	12	38
2 Debería ejercitar para bajar de peso	9	41
3 Necesito estar delgada	16	34
4 Estoy insatisfecha con mi cuerpo	22	28
5 Si ejercitará bajaría de peso	11	39
6 Temo conocer mi peso	22	28
7 Admiro a las modelos delgadas	20	30
8 Me entristece pensar en mi figura	25	25
9 Me irrita cuando pienso en mi físico	25	25
10 Me molesta que mi familia opine sobre mi figura	20	30
11 Me siento mal cuando halagan la figura de otra	22	28
12 Me siento gorda cuando gano peso	17	33
13 Si engordase no lo soportaría	20	30
14 Temo perder el control sobre mi aspecto físico	17	33
15 Temo engordar	16	34
16 Cuando como tengo miedo a engordar	30	20
17 Si fuese delgada sería segura mi misma	24	26
18 Temo tener celulitis	13	37
19 Me afectan los comentarios sobre mi cuerpo	15	35
20 Recuerdo negativamente los comentarios de mi cuerpo	23	27
21 Pienso que me estoy poniendo gorda	22	28

22 Mi estomago impide que me vea los pies	43	7
23 Mis brazos son gordos	29	21
24 Tengo las mejillas caídas	40	10
25 Mi pecho está fofo y caído	35	15
26 El roce entre mis piernas me impide andar bien	34	16
27 Ocupo demasiado espacio en las sillas	38	12
28 Mi cuerpo me impiden vivir normalmente	40	10
29 Mi estómago me hace parecer muy gorda	33	17
30 Los rollos en mi espalda me avergüenzan	28	22
31 Mi cara esta deforme debido a mi peso	42	8
32 Me provoco el vómito para controlar mi peso	49	1
33 Utilizo laxantes o pastillas para controlar mi peso	46	4
34 Vomito después de comer	50	0
35 Cuento las calorías como una calculadora	39	11
36 Permanezco de pie para bajar de peso	45	5
37 Tiro comida para controlar mi peso	46	4
38 Escondo comida para controlar mi peso	47	3

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis por participante para poder determinar el nivel de satisfacción de las 50 participantes con respecto a su imagen corporal. Como resultado se encontró que las participantes fueron divididas de manera muy cercana en cuanto al nivel de satisfacción. Veinte y siete participantes reportan satisfacción con su imagen corporal y 23 reportan insatisfacción con su imagen corporal.

Análisis de los resultados por participante en el cuestionario IMAGEN

Finalmente, podemos evidenciar que 23 de las 50 participantes evidencian insatisfacción con su imagen corporal, mientras que las 27 participantes restantes evidencian satisfacción con su imagen corporal. Lo que indica que existe coherencia entre los resultados obtenidos en el cuestionario CaMir-R y la prueba IMAGEN, ya que los valores sugieren que posiblemente las participantes que presentan un tipo de apego inseguro también evidenciaran insatisfacción con su imagen corporal.

Situación que sostiene que en general las personas que sienten seguridad con respecto al apego tienen una alta autoestima y que esta a su vez influirá en la manera

como una persona se represente a sí misma (Bartholomew y Horowitz, 1991; Brennan y Bosson, 1998; Brennan y Morris, 1997; Collins y Read, 1990; Feeney y Noller, 1990; Shaver et al., 1996 citado en Crowell, Fraley y Shaver, 2008).

Resumen de los resultados de las pruebas CaMir-R e IMAGEN por participante

Subsecuente a la recolección, limpieza y organización de los datos. Se procedió a analizar los resultados caso por caso, con el objetivo de encontrar la posible relación entre el tipo de apego de las participantes, con el nivel de satisfacción con su imagen corporal. Sin embargo, como podemos observar en la siguiente tabla, no necesariamente todas las participantes que muestran un tipo de apego inseguro con sus madres presentan insatisfacción con su imagen corporal. De igual manera, no todas las participantes que evidenciaron un tipo de apego seguro con sus madres necesariamente sienten satisfacción con su imagen corporal.

Ocho participantes evidenciaron un tipo de apego inseguro con sus madres e insatisfacción con su imagen corporal. Por otro lado, 10 participantes mostraron tener un tipo de apego seguro con sus madres y sentir satisfacción con su imagen corporal. Las 32 participantes restantes no evidencian relación entre el tipo de apego y nivel de satisfacción corporal. Sin embargo, los resultados que sí muestran coherencia son de gran importancia dado que el total de participantes fue apenas de 50. Por lo que se podría presumir que ocho participantes del estudio se encuentran en posible riesgo de padecer anorexia nerviosa. Esta información la podemos ver de manera ampliada en la siguiente tabla.

Tabla 8. Resumen de resultados por participante (n = 50). CaMir-R. IMAGEN.

Participante	Tipo de apego	Nivel de satisfacción corporal	Participante	Tipo de apego	Nivel de satisfacción corporal
1	AI	IS	26	AS	IS
2	AI	IS	27	AI	II
3	AS	II	28	AS	II
4	AS	II	29	AI	IS
5	AS	II	30	AI	II
6	AI	IS	31	AS	II
7	AI	IS	32	AI	IS
8	AS	II	33	AS	II
9	AS	II	34	AS	IS
10	AI	IS	35	AI	IS
11	AI	II	36	AI	IS
12	AS	II	37	AI	II
13	AS	II	38	AS	IS
14	AS	IS	39	AI	II
15	AS	II	40	AS	IS
16	AI	IS	41	AI	IS
17	AS	IS	42	AS	II
18	AS	IS	43	AI	IS
19	AS	II	44	AS	II
20	AS	II	45	AI	II
21	AI	II	46	AI	IS
22	AI	IS	47	AS	IS
23	AI	IS	48	AI	II
24	AS	IS	49	AS	IS
25	AI	IS	50	AI	IS
AI: Apego inseguro AS: Apego seguro			IS: Imagen satisfactoria II: Imagen insatisfactoria		

Análisis de la tabla cruzada

Por medio de la prueba Chi-cuadrado, pudimos analizar la información recolectada mediante la prueba CaMir-R y el cuestionario IMAGEN, con la información que se esperaba encontrar dada la hipótesis planteada al inicio de esta investigación. La misma que sostenía que el tipo de apego que se estableció en la diada madre-hija durante la infancia, podría influir en el nivel de satisfacción con la imagen corporal de las adolescentes. Por lo que un tipo de apego inseguro

acompañado de insatisfacción con su imagen corporal, posiblemente aumentaría la probabilidad de padecer anorexia nerviosa.

El valor de chi cuadrado obtenido mediante el análisis de los datos es de 3.945. Un chi cuadrado de 3.945 es significativo a .044 que es menor a .05 lo que evidencia que los resultados obtenidos en la tabla, no son consecuencia de la casualidad sino de la aleatoriedad (ver tabla 9). En este caso, se utilizó el valor unilateral de .044 ya que la relación entre las dos variables es de una sola cola. Es decir que el tipo de apego causa insatisfacción o satisfacción con la imagen corporal y no viceversa. Los datos registrados en la siguiente tabla, evidencian relación entre el tipo de apego y el nivel de satisfacción con la imagen corporal.

Tabla 9. Resultados prueba Chi cuadrado.

Prueba Chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.945 ^a	1	.047		
Corrección por continuidad ^b	2.899	1	.089		
Razón de verosimilitudes	4.000	1	.045		
Estadístico exacto de Fisher				.088	.044
Asociación lineal por lineal	3.866	1	.049		
N de casos válidos	50				

Prueba Tau b de Kendall

Mediante la prueba Tau b de Kendall se pudo evidenciar la fuerza de la relación entre las dos variables del estudio: apego e imagen corporal. En este análisis el tau es una medida no paramétrica de correlación entre variables. Como podemos ver en la siguiente tabla (ver tabla 10) el valor de tau b es de -.281, valor que sugiere

que existe una relación moderada, inversa y negativa entre las dos variables. Además, se observa que la relación es significativa a un valor de .05.

Tabla 10. Resultados prueba tau b.

Prueba Tau b de Kendall				
		Valor	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	-.281	-2.070	.038
N de casos válidos		50		

Resultados del estudio

A través de la recolección de datos, su posterior limpieza, organización y análisis, se procuró encontrar posibles relaciones entre las variables apego e imagen corporal en jóvenes estudiantes mujeres de primer año de universidad y cuya edad no fuera menor a 17 ni mayor a 18. Como mencionan Kosnika y Giovazolias (2010), la teoría del apego proporciona suficiente evidencia para conceptualizar y describir los mecanismos psicológicos que se relacionan con la distorsión con la imagen corporal y el desarrollo de los desórdenes alimenticios. Por ende, en el caso de las ocho participantes que presentaron un tipo de apego inseguro e insatisfacción con su imagen corporal, podemos presumir que tienen mayor predisposición de padecer anorexia nerviosa.

Los datos obtenidos en esta investigación llevaron a rechazar la hipótesis nula de este estudio. La misma que sostenía que el tipo de apego no influiría en la manera cómo una persona se percibe a sí misma en cuanto a su imagen corporal. Sin embargo, tal y como señala la hipótesis del estudio, la investigadora esperó que las estudiantes que presentarán un tipo de apego inseguro con sus madres, presentarían de igual manera insatisfacción con su imagen corporal. Si bien es cierto que no todas las

estudiantes que presentaron un tipo de apego inseguro se sienten insatisfechas con su imagen corporal un importante número lo hace.

Lo que sugiere que estas participantes estaría en mayor riesgo de padecer anorexia nerviosa. Para esto fue necesario tomar como referencia que una persona que evidencie un tipo de apego inseguro tendría un impacto negativo sobre su nivel de confianza, características estructurales o personalidad y autoestima (Bowlby, 1986). Además de que el DSM-IV-TR menciona que la anorexia nerviosa inicia típicamente hacia la mitad o a finales de la adolescencia.

De igual manera, se esperó que las participantes que presentaran un tipo de apego seguro, evidenciaran satisfacción con su imagen corporal y por ende, serían el grupo en menor riesgo de padecer anorexia nerviosa. Como pudimos ver en el análisis por participantes, los datos recolectados muestran que 10 participantes se sienten satisfechas con su imagen corporal y evidenciaron un tipo de apego seguro con sus madres. De las 32 participantes restantes, podemos ver que 15 presentan un tipo de apego inseguro y sienten insatisfacción con su imagen corporal. 17 participantes evidencian un tipo de apego seguro, pero sienten insatisfacción con su imagen corporal (ver figura 5). Por lo que podríamos pensar que existen otros factores que puedan influir en estos resultados además de dos que se analizaron en este estudio. Sin embargo, los resultados obtenidos muestran la existencia de una relación entre el apego y el nivel de satisfacción con la imagen corporal.

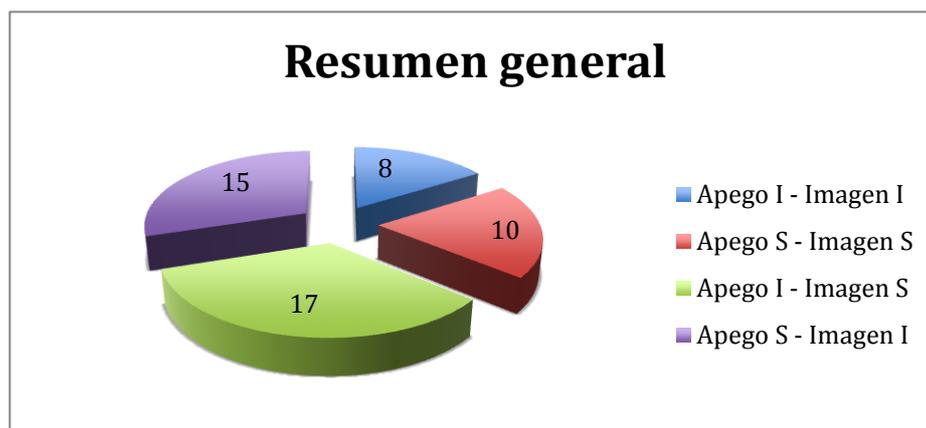


Figura 5. Resumen resultados. CaMir-R. IMAGEN.

Importancia del estudio

A pesar de que los resultados del estudio no son tan contundentes como se esperaba en cuanto a la relación de las dos variables, no podemos negar el impacto que tiene sobre el ser humano ese primer vínculo que se produce en la niñez especialmente con la madre. El tipo de apego que se establece durante esta etapa es de gran trascendencia para el correcto desarrollo de la conducta, como para el desarrollo de las emociones y el intercambio de transferencias cognitivas que el niño mantenga con el ambiente que lo rodea (Finzi y colegas, 2001). Es decir, el impacto del tipo de apego no solo influye en la manera como una persona se conciba a sí misma en cuanto a su físico, sino que también puede influir en la manera como ésta persona se relacione con otras y en su proceso de aprendizaje.

Por lo tanto es necesario insistir en la importancia del rol que desempeña la madre durante los primeros años de vida de sus hijos. Ya que los niños que han logrado alcanzar un tipo de apego seguro, saben con certeza que pueden contar con su madre para brindarle seguridad y protección. Este tipo de relaciones basadas en la seguridad, le proveen al niño la suficiente confianza como para explorar su mundo inmediato, y con el tiempo expandir su conocimiento del mismo. Como consecuencia

de esto, los niños desarrollan confianza en sí mismos y en la manera como interactúan con otros.

Así como el rol de la madre es de gran importancia durante la niñez para el establecimiento de un correcto tipo de apego. Es necesario también entender que estos niños van a crecer y atravesarán múltiples cambios tanto físicos como psicológicos durante su adolescencia. Por lo que este estudio hace un importante aporte al tema de la adolescencia desde el punto de vista psicológico y del de la neurociencia. Mucha información existe en relación a estas dos áreas de estudio. No obstante, la información con respecto al ámbito psicológico se ha difundido mucho más que información proveniente desde la neurociencia. Por lo que este estudio pretende evidenciar al adolescente como la conjugación de estas dos ramas.

Para finalmente, lograr entender el fenómeno de la anorexia nerviosa como una patología que afecta principalmente a mujeres adolescentes tanto en su aspecto físico, como emocional, neurológico y por ende, cognitivo. Ya que sólo entendiendo al ser humano desde su complejidad se lo podrá atender de manera adecuada. Por lo que este estudio provee información actual y de gran relevancia que sirva como base para elaborar programas de prevención e información que permitan comprender el verdadero impacto de esta enfermedad sobre la persona y llevar a cabo investigaciones desde otras perspectivas.

Resumen de los sesgos del autor

Uno de los sesgos que más pudo influir en esta investigación, es que la investigadora estudió y estudiaba en el lugar en el que se llevó a cabo la investigación. Por lo que la investigadora al conocer el lugar, pudo haber elegido a esta población esperando encontrar una respuesta positiva en relación a la hipótesis que se planteó en un primer momento. Es decir se eligió la muestra por conveniencia.

Otro sesgo pudo haber sido la escala que se eligió para las respuestas a los cuestionarios. Posiblemente si en vez de usar una escala de cinco puntos se hubiera elegido la posibilidad de responder sí o no, las participantes lo hubieran hecho con mayor detenimiento ya que los cuestionarios fueron largos y probablemente era más sencillo y rápido elegir la misma respuesta para todas las preguntas, como posiblemente sucedió en algunos casos.

Una vez expuestos los resultados obtenidos de los datos provenientes de los instrumentos utilizados en esta investigación, cabe señalar que todavía nos queda presentar las conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones. El siguiente capítulo expone las conclusiones a partir de los resultados obtenidos entre las variables: tipo de apego y nivel de satisfacción con la imagen corporal.

Capítulo 5: Conclusiones

Respuesta a la pregunta de investigación

Este estudio tiene como objetivo responder a la pregunta de investigación planteada en el capítulo uno de este trabajo. ¿Cómo y hasta qué punto el tipo de apego con las madres se relaciona con la insatisfacción de la imagen corporal y con el riesgo de padecer anorexia nerviosa? Para lograr responder esta pregunta, se aplicaron dos tipos de cuestionarios en línea a estudiantes universitarias que se encontraban en su primer año de estudios y que tuvieran entre 18 y 19 años de edad. El primero de los cuestionarios el CaMir-R, tenía como finalidad determinar el tipo de apego de las participantes en relación a sus madres, el mismo que podía ser de tipo seguro o inseguro. Lo que dió como resultado que 25 de las 50 participantes del estudio evidenciaron un tipo de apego seguro con sus madres y las 25 restantes evidenciaron un tipo de apego inseguro.

En cuanto al segundo cuestionario el IMAGEN, se buscaba determinar el nivel de satisfacción de las participantes en relación a su imagen corporal. El mismo grupo de 50 participantes respondió a este cuestionario. Dando como resultado que 23 participantes sienten insatisfacción en relación a su imagen corporal y 27 participantes sienten satisfacción con su imagen corporal.

Una vez recolectados los datos de los dos cuestionarios, se buscó determinar el nivel de vulnerabilidad de las participantes frente a un desorden alimenticio como la anorexia nerviosa. Para esto, se llevó a cabo un análisis por participante para poder establecer si las 25 participantes que presentan un tipo de apego inseguro coinciden con las 23 participantes que sienten insatisfacción con respecto a su imagen corporal. Sin embargo, los resultados no en todos los casos muestran lo que se esperaba al inicio de esta investigación ya que ocho de las 50 participantes que evidenciaron un

tipo e apego inseguro también presentan insatisfacción con su imagen corporal lo que equivale a un 16% del total de participantes.

Como resultados se obtuvo que ocho de las 50 participantes presentan un tipo de apego inseguro y se sienten insatisfechas con su imagen corporal; 10 participantes evidencian un tipo de apego seguro con sus madres y al mismo tiempo sienten satisfacción con su imagen corporal. Los resultados de las 32 participantes restantes no demuestran relación entre el tipo de apego y la satisfacción corporal.

Los resultados obtenidos posterior al análisis por caso, nos permiten contestar la segunda parte de la pregunta de investigación, la cual busca determinar el riesgo al que está expuesta una persona frente a la anorexia nerviosa. Para esto, se tomó como referencia a Bruch (2006) quien fue la primera persona en relacionar el nivel de satisfacción con la imagen corporal con los desórdenes alimenticios. Según Bruch, presentar insatisfacción corporal es una de las características predominantes en este tipo de enfermedades de tipo alimenticio y uno de los factores de riesgo más importantes (Perpiñá, Marco, Botella y Baños, 2004; Smolak y Thompson, 2009; Toro, 2004 citado en Solano & Cano, 2010).

Lo que nos lleva a pensar que las ocho participantes que respondieron a un tipo de apego inseguro y que evidencian insatisfacción con su imagen corporal, se encontrarían dentro del grupo con alto riesgo de padecer anorexia nerviosa equivalente al 16% del total de participantes del estudio. Ya que el estar insatisfecho con la imagen corporal correlaciona positivamente con el riesgo de padecer una alteración alimenticia (Calvo-Sagardoy, 2002; Chichilla, 1994; Toro, y Ártigas, 2000 citado en Solano & Cano, 2010). El siguiente grupo en cuanto al riesgo de padecer anorexia nerviosa, estaría comprendido por las 15 participantes que a pesar de

presentar un tipo de apego seguro con sus madres, sienten insatisfacción con su imagen corporal.

Si bien los resultados obtenidos no son los que se esperaban desde un inicio, podemos ver que sí existe una relación entre el tipo de apego y el nivel de satisfacción con la imagen corporal. El tipo de relación que se establezca entre estas dos variables puede establecer la presencia o no, de riesgo frente a la anorexia nerviosa. Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente es recomendable estudiar este fenómeno desde otros puntos de vista, los cuales analicen otros posibles factores que puedan predisponer a una persona a padecer anorexia nerviosa.

Limitaciones del estudio

A pesar de que los resultados del estudio fueron significativos, el grupo de participantes fue muy pequeño. Debido a esto, la autora considera que una de las limitaciones más importantes en este estudio fue el tamaño de la muestra. Cincuenta participantes no fueron suficientes para obtener datos contundentes que permitan generalizar que el tipo de apego y la insatisfacción con la imagen corporal son factores decisivos en la presencia o no de la anorexia nerviosa. Este tipo de estudios requieren poblaciones mucho más grandes y de distintos sectores de la sociedad.

Otra de las limitaciones del estudio pudo haber sido el medio que se utilizó para aplicar los cuestionarios. El hecho de que fueran enviados en línea, en vez de haberlos aplicado personalmente pudo ser la causa de la baja participación de las estudiantes.

Por otro lado, el hecho de que los cuestionarios hayan sido elaborados en países ajenos al nuestro puede resultar en otra limitación. Cada uno de los ítems de los cuestionarios fueron elaborados pensando en un contexto completamente distinto

al nuestro. Por lo que los cuestionarios en sí pueden haber resultado en una limitación para este estudio.

La falta de validación de los cuestionarios utilizados en este estudio pudo haber resultado en una limitación del mismo. Debido al tiempo de aplicación de los instrumentos que debía ser antes de que se termine el semestre, no se pudo llevar a cabo una prueba piloto que permita comprobar que las participantes comprendieran de manera adecuada cada uno de los ítems.

Por último, una potencial limitación pudieron ser que las preguntas no captaron correctamente las emociones y sentimientos pasados de las participantes del estudio. Posiblemente las preguntas no fueron lo suficientemente claras.

Recomendaciones

Se recomienda hacer un seguimiento a este estudio con otros grupos que compartan ciertas características como la edad y género, y que nos permitan comprender mejor el fenómeno de la anorexia nerviosa. De igual manera se recomienda que al hacer el seguimiento se analicen otros posibles factores que puedan promover la presencia de este desorden alimenticio. Por lo que también se podría recomendar un tipo de análisis paramétrico factorial que ayude a conocer posibles factores que contribuyeron en los resultados.

Por otro lado, se recomienda realizar una validación de los instrumentos utilizados en este tipo de investigaciones. Más aun cuando los instrumentos provienen de otros países y culturas, ya que los mismos cuentan con un vocabulario propio que puede influir en los resultados de una manera que no fue esperada. Para esto, se sugiere llevar a cabo una prueba piloto. Para finalmente validar los instrumentos mediante a presencia de un grupo focal.

Dado que el análisis de los resultados obtenidos mediante los cuestionarios no fue sencillo, en especial en el caso del cuestionario CaMir-R, debido a su estructura poco coherente entre factor y factor. Se recomienda organizarlo de acuerdo a lo que la investigación busca encontrar. Sin embargo se sugiere buscar otra herramienta que permita determinar el tipo de apego de manera más organizada y coherente.

A pesar de que los resultados de la investigación fueron significativos, y permitieron evidenciar una relación existente entre las variables de estudio, el tamaño del grupo no fue lo suficientemente grande para poder generalizar los resultados. Para esto se recomienda tener un grupo más grande que permita obtener resultados más contundentes.

Finalmente, se recomienda aplicar la prueba CaMir-R y el cuestionario IMAGEN en poblaciones de mujeres que tengan anorexia nerviosa, para comprobar si el apego es una variable constante en este tipo de población. Los resultados en futuros estudios de este tipo nos brindarían valiosa información en relación a este complejo fenómeno.

Resumen general

Dado que la adolescencia es un período caracterizado por múltiples cambios tanto a nivel emocional, neuronal y físico. Es necesario comprender al adolescente desde estas perspectivas. Para esto, el tipo de apego que las adolescentes hayan establecido durante su infancia con su madre, jugará un importante rol en cuanto a la manera cómo ellas se perciban a sí mismas y la manera como se relacionen con otros y se desenvuelvan en sociedad.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta que el tipo de apego influirá de manera directa en el nivel de satisfacción que estas adolescentes establezcan con respecto a su imagen corporal. Sentir satisfacción con respecto a la imagen corporal reduce el

riesgo de padecer anorexia nerviosa. Sin embargo, la presencia de un tipo de apego inseguro acompañado de insatisfacción con la imagen corporal reslutarán en un gran riesgo de padecer este tipo de desorden alimenticio. Se recomienda que tanto los colegios y universidades comprendan la magnitud e implicaciones de este tipo de enfermedades, y lleven a cabo estudios que permitan conocer otros posibles factores que puedan aumentar el riesgo de padecer anorexia nerviosa.

REFERENCIAS

- Adams, R., Duff, K., Schoenberg, M., & Scott, J. (2005). The relationship between executive functioning and verbal and visual learning memory. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(1):111-22.
- Allen, J. P. (2008). The Attachment System in Adolescence. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications* (419-435). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ta. ed.)*. Washington, DC: Autor.
- Bell, K. (2010). Anorexia nervosa in adolescents: Responding using the canadian code of ethics for psychologists. *Canadian Psychology*, 51(4), 249-256. Recuperado el 20 de septiembre de 2011, de Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 2212531621).
- Bjorck, C. (2006). *Self-image and eating disorders*. Stockholm, Sweden: Karolinska University Press.
- Bower, G.H. (1992). How might emotions affect learning? En *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (p. 3). New Jersey: Sven-Ake Christianson.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Crowel, J. A., Fraley, R. C., Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications* (599-634). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Feusner, J., Hembacher, E., Moller, H., & Moody, T.. (2011). Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 41(11), 2385-97. Retrieved March 13, 2012, from Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 2514514491).
- Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D., Shnit, D & Weizman, A. (2001). Attachment styles and aggression in physically abused and neglected children. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 769-786. Retrieved March 12, 2012, from Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 87468275).
- Klump, K., Bulik, C., Kaye, W., Trasare, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of eating Disorders*, 42, 97-103.

- LaRosa, J., Mensinger, J. L., & Zotter, D. (2007). Perceived gender role prescriptions in schools, the superwoman ideal, and disordered eating among adolescent girls. *Sex Roles, 57*(7-8), 557-568. Recuperado el 18 de octubre de 2011, de Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 1339484951).
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in rochester, minn: A population-based study. *American Journal of Psychiatry, 148*, 917-922.
- Mühlau, M., Gaser, C., Ilg, R., Conrad, B., Leibl, C., Cebulla, M., Backmund, H., Gerlinghoff, M., Lommer, P., Schnebel, A., Wohlschläger, A., Zimmer, C., & Nunnemann, S. (2007). Gray matter decrease of the anterior cingulate cortex in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 164*(12), 1850-7. Recuperado el 19 de octubre de 2011, de Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 1393735941).
- National Eating Disorders Association. (2005). Statistics: Eating disorders and their precursors. Obtenido el 30 de septiembre de 2011, de, http://www.nationaleatingdisorders.org/uploads/statistics_tmp.pdf
- Pace, U., & Zappulla, C. (2011). Problem Behaviors in Adolescence: The Opposite Role Played by Insecure Attachment and Commitment Strength. *Journal Of Child And Family Studies, 20*(6), 854-862.
- Peterson, K., Paulson, S., & Williams, K.. (2007). Relations of eating disorder symptomology with perceptions of pressures from mother, peers, and media in adolescent girls and boys. *Sex Roles, 57*(9-10), 629-639. Recuperado en 20 de octubre de 2011, de Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 1370459621).
- Polonio, B. (2007). *Terapia ocupacional en la infancia: Teoría y práctica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Reitz, E., Dekovic, M., & Meijer, A. (2005). The Structure and Stability of Externalizing and Internalizing Problem Behavior During Early Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(6), 577-588. Retrieved March 9, 2012, from Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 964735441).
- Sari, E. (2007). The effects of impetuous, exploratory, and overall indecisiveness on self-esteem among turkish university students. *Educational Sciences: Theory And Practice, 7*(2), 915-926.
- Schaffer, H, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI.
- Shaffer, D. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. México: Thomson Editores.
- (s/n). (2011, Enero 6). Anorexia, el mal de los muy jóvenes. *Diario Hoy*. Recuperado de <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/anorexia-el-mal-de-los-muy-jovenes-451435.html>

- Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-4. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 6665778).
- Tokuhama-Espinosa, T. (2011). *Mind, brain, and education science: A comprehensive guide to the new brain-based teaching*. Nueva York: W. W. Norton & Company
- Uher, R., Murphy, T., Brammer, M. J., Dalgleish, T., & et al. (2004). Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1238-46. Recuperado el 21 de octubre de 2011, de Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Document ID: 665504851).
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications* (78-101). Nueva York, NY: The Guilford Press.

ANEXO A: APROBACIÓN DEL ESTUDIO POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO B: CUESTIONARIO CaMir-R

ANEXO C: PRUEBA IMAGEN

