

5

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES DE LA CIUDAD DE TARIJA

PSYCHOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED WITH EATING DISORDER
BEHAVIORS IN WOMEN FROM THE CITY OF TARIJA

Fecha de recepción: 20-05-2023 | Fecha de aceptación: 24-07-2023

Autora:

¹ Julio Mercado Layla Rubí.

¹ Psicóloga Investigadora.

Correspondencia del autor(es): laylajulio@gmail.com¹,
Tarija - Bolivia.

RESUMEN

Esta investigación se enfoca en examinar la relación entre los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), específicamente anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, y factores psicológicos como el apego, regulación emocional, alexitimia, personalidad y modelos estéticos corporales en mujeres de la ciudad de Tarija. Se empleó una metodología de estudio de caso múltiple, combinando análisis cualitativos detallados de casos individuales con técnicas cuantitativas para posteriormente profundizar y analizar los datos en general. La población de estudio incluye mujeres residentes en Tarija con TCA, seleccionadas de manera intencional y mediante enfoque "bola de nieve", resultando en una muestra de 10 mujeres que cumplieron con los criterios de diagnóstico según el instrumento EDE-Q y el manual DSM-V.

Los resultados revelaron que las participantes mayoritariamente exhibían estilos de apego adulto inseguro-avoidante, caracterizados por una baja disponibilidad de apoyo emocional. Las mujeres con TCA también mostraron una alta supresión emocional y una baja reevaluación cognitiva, lo que dificulta el control emocional y promueve comportamientos impulsivos. La alexitimia, la incapacidad para expresar emociones, fue común en la mayoría de los casos. Además, se identificaron rasgos de personalidad como agresividad, neuroticismo, obsesión e inseguridad. Se destacó la influencia significativa de los modelos estéticos corporales, impulsada por la idealización de la belleza, la presión social y los medios de comunicación. Estas conclusiones arrojan luz sobre la importancia de estos factores psicológicos en la comprensión y abordaje de la anorexia y bulimia.

ABSTRACT

This research focuses on examining the relationship between Eating Disorders (ED), specifically anorexia nervosa and bulimia nervosa, and psychological factors such as attachment, emotional regulation, alexithymia, personality, and body image ideals among women in the city of Tarija. A multiple case study methodology was employed, combining detailed qualitative analysis of individual cases with quantitative techniques for subsequent in-depth analysis of the data as a whole. The study population includes women residing in Tarija with ED, intentionally selected through a "snowball" approach, resulting in a sample of 10 women who met diagnostic criteria according to the EDE-Q instrument and the DSM-V manual.

The results revealed that the majority of participants predominantly exhibited insecure-avoidant adult attachment styles, characterized by low emotional support availability. Women with ED also demonstrated high emotional suppression and low cognitive reappraisal, which hinders emotional control and promotes impulsive behaviors. Alexithymia, the inability to express emotions, was common in most cases. Additionally, personality traits such as aggression, neuroticism, obsession, and insecurity were identified. The significant influence of body image ideals, driven by the idealization of beauty, social pressure, and media, was highlighted. These findings shed light on the importance of these psychological factors in understanding and addressing anorexia and bulimia.

Palabras Claves: Trastornos alimentarios, anorexia, bulimia, apego, alexitimia, personalidad, regulación emocional, modelos estéticos corporales.

Keywords: Eating disorders, anorexia, bulimia, attachment, alexithymia, personality, emotional regulation, body aesthetic models.

1. INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se da lugar a una temática de características multidimensionales que suscita diversos constructos y variables tentativamente asociados a trastornos de conducta alimentaria (TCA), particularmente a la anorexia y bulimia nerviosa, las cuales, en los últimos tiempos han ido aumentando progresivamente en cifras alrededor del mundo, Bolivia y en la ciudad de Tarija; por lo propio, se cuestiona la falta de investigación en esta área partiendo desde la ausencia de datos precisos de incidencia de TCA por parte de "Sedes Tarija", hasta la falta de centros especializados en el entorno tomando en cuenta la gravedad de este trastorno, que no hace más que acrecentarse a medida que transcurre la evolución de la enfermedad. La falta de concientización para la visualización del tema a nivel social sumado a las características de pobre percepción de la problemática de los mismos afectados y su entorno, genera que los estudios en el contexto tarijeño en relación a este trastorno sean limitados.

Con la intención de aportar al estudio de esta temática en la ciudad de Tarija, se considera propia la profundización de la investigación de factores psicológicos que de una u otra manera podrían estar asociados a factores de riesgo, predisposición o mantenimiento de la sintomatología de trastornos como la anorexia y la bulimia, pues tal como lo señala la doctora y miembro de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) Varela (2018) "Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes", según datos de la misma institución, lo que denota la importancia del diagnóstico precoz y prevención con la finalidad de evitar la cronicidad y morbilidad que lleva consigo.

Es por ello que, este trabajo de investigación busca determinar factores psicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria en una población femenina, para lo cual se pretende identificar el estilo de apego adulto que presentan, establecer el nivel de las estrategias de regulación emocional, identificar si existe presencia de alexitimia, estable-

cer rasgos de personalidad e identificar el nivel de influencia de los modelos corporales estéticos en las 10 mujeres que representan la muestra. Todo esto permite analizar estas características como posibles elementos propulsores y de mantenimiento de la anorexia y bulimia nerviosa en mujeres de la ciudad de Tarija.

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

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

Así también, el método de investigación es el estudio de caso múltiple, este modelo consiste en el análisis detallado de unidades psicológicas, sociales o educativas y se orienta en la comprensión profunda de la realidad del individuo en torno a lo que se busca investigar (Carreter, 2008). Por lo que, en este estudio, se busca comprender y describir algunos factores psicológicos tentativamente asociados a trastornos de conducta alimentaria a través del análisis de casos. Cada uno de ellos desde su singularidad, para posteriormente ser analizados en conjunto a partir de aquellas características que puedan tener en común.

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

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

2.1. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

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

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

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

Las técnicas e instrumentos empleados fueron los siguientes:

Entrevista a profundidad

Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q)

Cuestionario de Apego CAMIR-R

Cuestionario de regulación emocional (ERQ)

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Test de la figura humana de Karen Machover

Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40)

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentará de manera completa uno de los diez casos llevados a cabo en este estudio.

3.1. CASO 1: D.L

D.L es una joven de 21 años, ama de casa y madre de un niño de 5 años, actualmente vive con el niño y su esposo, padre de su hijo. D.L presenta problemas alimenticios desde sus 10 años donde indica que inicia su incesante preocupación por la comida que va evolucionando hasta dar pie a la restricción alimentaria a la edad de 12 años. Inicia reemplazando la comida por caramelos hasta bajar progresivamente el consumo de la misma, actitud motivada por su círculo de amigas quienes se "retaban" la una a la otra con el fin de bajar de peso "nos matábamos de hambre, alguna vez una de ellas trajo pastillas y todo, pero eso no me gusto era más fácil no comer. Una de ellas llevaba su wincha al colegio y nos metíamos al baño hasta para medirnos"; esto le llevó progresivamente a bajar más y más de peso hasta llegar a los 44 kg midiendo en su momento 1.65m, dicho peso la llevó a visitar a médicos en su natal Yacuiba, donde le dijeron que sufría de anemia, disrupción de la menstruación y anorexia pues comparando su peso y altura, se encontraba para ese entonces con un índice de masa corporal (IMC) de 16.1 kg/m², posicionándose en un nivel insuficiente. Al peligrar su salud, tuvo que llevar un tratamiento en el que no era constante y relata "me costó sí que me costó, cada vez lo dejaba me arrepentía volvía a comer, lo dejaba, luchaba mucho conmigo" dado que no existía conciencia de la enfermedad (aunque ya había subido de peso y su menstruación había vuelto).

A los 16 años resultó embarazada, este hecho lo describe como el motivante que hizo que quisiera mejorar su salud y subir de peso "ya que estaba un poco mejor me volvió la regla poco después a los 16 me entero de que estaba embarazada de mi hijito,

yo lo veo como mi salvación me dio fuerzas para salir adelante, para no recaer todo este tiempo, hasta ahora claro...hasta estos últimos años". Como lo indica si bien no bajo tanto de peso, la preocupación persiste, lo que la llevó a desarrollar conductas de ingesta alimentaria excesiva (atracones) y purgas (vómito). Actualmente pesa 61 kg, lo que indica que los pensamientos intrusivos han vuelto y tiene atracones seguidos de purga alrededor de 1 o 2 veces por semana dependiendo de su estado de ánimo.

a. Historia de vida

D.L nació el año 2000 en la ciudad de Yacuiba-Tarija. Vivió con ambos padres hasta su primer año, momento en el que estima se dio el abandono de la madre. De acuerdo a lo que le relata su padre, no llegó a lactar por lo que se alimentó mediante biberón. Si bien no se refiere cómo fue el clima familiar tras el abandono de la madre, D.L hace hincapié en recuerdos de soledad y parece no recordar muchos elementos de su infancia. Destacando la ausencia completa de su madre, su progenitor ejerció su rol como padre soltero haciéndose cargo de sus 3 hijos (D.L siendo la menor) con la ayuda de su hermana, sin embargo, por cuestiones de trabajo, el tiempo que su padre le dedicaba era mínimo; y si bien pudo criarse en conjunto con la familia de su padre, la atención que le prestaban era limitada y sintió que debía aislarse del resto, por lo que inminentemente aprendió a ser independiente desde una edad muy temprana. Tras habitar en dicha ciudad hasta sus 10 años, tuvo que cambiar de residencia y mudarse a la ciudad de Tarija.

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

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

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

Dinámica familiar: D.L indica no conservar muchos recuerdos de su infancia, un hecho destacable es que se crió únicamente con su padre "Mi papá nunca habló mucho de eso, pero sé que cuando nací mi mamá se fue, nos dejó con mi papá y ya nunca la conocí, nunca se apareció ni nada, más chica le preguntaba a mi papá porque siempre uno ve que los compañeritos tienen a su mamá y a su papá yo no tenía mamá y si le preguntaba y mi papá me evadía la conversación con el tiempo ya no pues dejó de preguntar, ya no me interesó más tampoco", dada esta situación la relación con su padre no era muy afectiva, relata que debía trabajar y no estaba fre-

cuentemente con ella; esto generaba que se quede al cuidado de sus hermanos o pase el tiempo en la casa de alguna amiga de la infancia, pues además no se nota ningún vínculo afectivo con otros familiares. En relación a sus hermanos indica que son mayores que ella y nunca se llevó especialmente bien con ellos, pues refiere favoritismos en el hogar por ser estos del género masculino "mi papá es un poco chapado a la antigua y cuando ya crecí como para hacer las cosas de la casa siempre me encargaba a mí y no a ellos esas cosas, que servirle la comida a tu hermano y demás en eso sí tenían su preferencia después de que nos den cosas no teníamos por igual todos".

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

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

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

D.L describe su relación con él como "complicada" pues reconoce el apoyo que le brindó cuando pasaba por la anorexia "Él no me dejaba, estaba para apoyarme", aunque también indica que durante ese tiempo las peleas y discusiones eran constantes, hecho al que adjudica "debe ser difícil para el otro está aguantando una situación así... y siguió conmigo". Luego, ambos fueron padres y decidieron

casarse. Actualmente indica llevarse bien con él y lo considera como la única persona a la que puede decirle cómo se siente.

b. Análisis e interpretación de resultados

Inicialmente, se aplicó el Cuestionario de examinación de trastornos alimentarios (EDE-Q) en el cual, D.L obtuvo una puntuación total de 5 que corresponde a significancia clínica y presencia de trastorno de conducta alimentaria. Existieron episodios de atracón recurrentes con sensación de falta de control sobre la cantidad ingerida 7 veces en los últimos 28 días y comportamientos compensatorios recurrentes de tipo purgativo, acudió el vómito auto provocado 5 veces en los últimos 28 días, cosa que en contraste con la entrevista se evidencia que se ha seguido esta conducta por más de 3 meses consecutivos.

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

Apego: Para la evaluación del apego se empleó el instrumento CAMIR-R en el cual se obtuvo puntaje T de 33 puntos en el factor de Seguridad por lo que se determinaría que el estilo de apego de D.L es del tipo Inseguro. Para ser específicos, se obtuvo un puntaje T de 71.5 en el factor de Permisividad parental y de 69.1 en el factor de autosuficiencia y rencor hacia los padres, dado que estos puntajes superan al de interferencia de los padres de 47.2 se puede concluir que el estilo de apego que representa D.L es de tipo inseguro-avoidante. Este estilo de apego se caracteriza por reflejar posturas defensivas en referencia a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver problemas definiéndose a sí mismos como autosuficientes, in-

dependientes, relaciones del pasado y presente se definen como restrictivas y en muchos casos no poseen recuerdos infantiles; así mismo, remite haber padecido una falta de límites y guía parental en el crecimiento.

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

Regulación emocional: Para la medición de esta variable se tomó en cuenta como instrumento el Cuestionario de regulación emocional (ERQ) del cual se obtuvo un puntaje de 31 puntos para el área de reevaluación cognitiva y de 22 puntos en el área de supresión emocional, lo que significa que D.L presenta como estrategias de regulación una reevaluación cognitiva alta y una supresión emocional de igual manera alta. Esto quiere decir que ante los estados de crisis se intenta modificar los pensamientos que generan emociones negativas, sin embargo, a su vez, mediante la supresión emocional se inhibe la expresividad como una manera de modular la respuesta emocional relacionada con el afecto negativo y la depresión.

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

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

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

Confiriendo lo expresado en la entrevista, en referencia además de la inexpressión emocional mencionada y la deficiente identificación emocional y afectiva, se dificulta la empatía y la identificación emocional de las personas que les rodean en mayor medida que la identificación de las propias "no es mi situación no me puede doler como a ellos", el no saber cómo dejar salir estas emociones y por ende orientándose hacia lo externo " como que me enojó también y tengo que agarrar algo y aplastarlo, si no, termino vomitando o comiendo", que en ese sentido se lleva a la dimensión alimentaria y provocaría la purga. Pues como se veía en el anterior punto, existe una disonancia entre lo que piensa y cree que identifica como emociones de lo que realmente lo son, adjudicando las sensaciones por ejemplo previas y posteriores a la purga a indicadores que le hacen

saber que su cuerpo está en "control", cuando estas podrían ser las emociones disfóricas que le llevan a los atracones y posteriores purgas.

Personalidad: De acuerdo al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover, D.L presenta rasgos de personalidad de narcisismo (ojos cerrados y cuello alto y delgado), introversión (posición izquierda), agresividad (nariz grande), neuroticismo (borraduras), impulsividad (nariz ancha) y obsesión (arrugas en la ropa). De estos rasgos el que se destaca más es el de narcisismo, esto significa que D.L es una persona con una necesidad constante de validación y atención, perfeccionista, con deseos de tener control absoluto y con poco sentido de la responsabilidad. Por el otro lado el neuroticismo, hace referencia a una persona que se caracteriza por estados de tensión y ansiedad constante, así como también con tendencias depresivas.

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

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

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

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

c. Discusión del caso

D.L es una joven que a su corta edad se vio representada por un entorno solitario, ante la falta de afecto parental y no pudiendo tener a semejantes como figuras de apego, se hace evidente la importancia del hecho de la ausencia materna en la vida de esta joven, así como también, si bien su padre estuvo presente de manera física, figuró como ausente en su infancia ante la necesidad de proveer alimentos en su hogar, reduciéndose su tiempo de compañía para con su hija. Siendo que la falta materna se dio muy temprano en su vida, además de ocasionar dificultades a nivel afectivo, sería un elemento de conflicto para el desarrollo de la etapa oral, pues como se evidencio en las entrevistas, la lactancia no se ejecutó en ningún momento, hecho que podría haber generado una fijación en esta etapa, presentándose hoy en día en el conflicto con consumo de alimentos.

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

De aquello destaca por ejemplo la soledad en las comidas, pues como lo sostiene la psiquiatra Teia Plana, adscrita a la unidad de psiquiatría infantil en el Hospital Clínic «Comer en soledad, sin ningún familiar que le acompañe, es un factor de riesgo para que se agrave o precipite una anorexia nerviosa restrictiva o una bulimia en una niña». (p.1), dado que, si bien en su primera infancia era llevada a la casa de familiares para que sea cuidada, tendía a aislarse de todos aquellos que conforman su círculo familiar. De igual manera, la relación con sus hermanos se describe como indiferente debido a la disrupción generacional, lo cual, tampoco aportaría al desarrollo de un ambiente afectivo y emocional satisfactorio para el crecimiento de la niña, la misma que constantemente era comparada con sus pares, generando en su adolescencia y en su presente dicha comparación propia con su entorno, en este caso, referido a lo que representa una imagen corporal "bien vista" de acuerdo a los estándares populares.

A su vez, creció bajo los preceptos de una cultura que podría considerarse machista y arraigada, en una casa en la que sólo había varones, ella debía encargarse de todos los deberes del hogar, colocándola en una posición inferior en relación a los habitantes de su morada. Dichas expectativas que pueden estar relacionadas al tipo de cuerpo que se

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

En su adolescencia temprana, por la soledad de la infancia tuvo que acudir al entorno social que le rodeaba para sentirse de alguna manera más segura. Acompañado de las particularidades de necesidad de aceptación que es característico en la adolescencia, generó que el único vínculo en el que pueda apoyarse sean sus amigas, y esto en un entorno donde la imagen es lo más importante, más aún si es impulsado por su círculo, hizo que toda esta ira reprimida sea visualizada a través de la comida, controlando sus emociones mediante lo que ingiere, contando calorías, restringiendo su ingesta, tomándose medidas y cosas por el estilo que son características de una personalidad perfeccionista. El sentirse aceptada por sus amigas, el querer ser parte de su grupo podría haber hecho que sus problemas alimenticios crezcan más y más hasta alcanzar un muy bajo peso, por lo que si en este rechazo, la hija desde siempre no fue mirada y aceptada por su peso o la forma de su cuerpo, recurrirá a tomar medidas de una manera patológica para ser aceptada.

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

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

Pues se ha de considerar también como refiere que el ser madre, supone encontrarse consigo misma que en su momento se fue implicando lo mucho o poco de afecto que se haya obtenido y vendría a traer a colación los peores y mejores recuerdos de infancia, reluciendo entonces el vacío de no haber vivido actos de afecto (Pool, 2016). En este panorama, él bebe llegaría a la vida de la nueva madre haciendo que se encuentre en una disposición totalmente nueva de su vida que la debería llevar a la aceptación de su maternidad teniendo en cuenta su pasado como lo que es (como se refleja en su presente), como fue y queriendo a pesar de que ella desde su percepción no se haya sentido querida o apreciada.

3.2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL

En este acápite se muestran los resultados, análisis, interpretación y discusión de la información recogida de los 10 casos expuestos, de manera generalizada y en respuesta a los objetivos planteados.

Cabe recalcar que, dentro de la población clínica de estudio, 5 de los 10 casos se han podido categorizar como Bulimia Nerviosa, 4 como Anorexia Nerviosa y 1 como TCA no especificado.

Objetivo N° 1.- Determinar el estilo de apego

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

Primeramente, se puede notar que el predominio en mujeres con trastornos de conducta alimentaria es hacia el apego inseguro-evitativo, estilo de apego que poseen 6 de los 10 casos presentados. El apego evitativo en la adolescencia y en la etapa adulta es la representación de una afirmación de independencia de los vínculos afectivos, por lo que este tipo de individuos suelen mantener sus conductas de apego en un bajo nivel, activando constantemente sus defensas. (Marrone, 2009).

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

A su vez, el tener este estilo de apego en la adolescencia y adultez provoca como consecuencia un nivel bajo de autoestima, pobre expresión emocional y relacionamiento social. Todos estos elementos pueden ser propulsores para que una preocupación por la alimentación evolucione hacia un trastorno de la conducta alimentaria. Así como en estas otras investigaciones la incidencia se dio hacia el estilo evitativo, el tipo preocupado se vio menos frecuentemente, 2 de los 10 casos presentaron dimensiones que indiquen este tipo de apego.

El estilo de apego inseguro preocupado o ambivalente presenta personas que emiten señales disfuncionales mediante formas poco adaptativas de exteriorizar sus necesidades; con ello las personas que hayan interiorizado este tipo de apego tendrán cierta dependencia afectiva y emocional a las figuras de apego, generando niveles altos de estrés y

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

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

Y como bien lo expresa Cava (2014):

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

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

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

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

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

Investigaciones como la de (Pascual, Etxebarria, & Echeburúa, 2011) han relacionado la reevaluación cognitiva con la anorexia y bulimia nerviosa, concluyendo en que estas personas tienen serios problemas para enfrentarse con sus emociones y no pueden controlarlas por más que se haga el intento, esto es comparable con los relatos y el cuestionario aplicado en este estudio, puesto que en la mayoría de los casos se evidencia una importante falta de control sobre sí mismas, su cuerpo, lo que ingieren y todo lo relativo, a pesar de sus intentos por evitar los atracones, purgas o restricciones consecuentes de un estado emocional disfórico.

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

Por otro lado, en el otro eje tiene que 9 de los 10 casos presentan una supresión emocional alta. Gross (2003) explica que la supresión tiene la función de ajustar la respuesta del individuo inhibiendo la res-

puesta emocional y con ello la expresividad como una forma de modular la respuesta emocional y así mismo se relaciona con el afecto negativo y la depresión.

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

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

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

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

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

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

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

Es así que, considerando la relación de la alexitimia con la sintomatología de la anorexia y bulimia en el contexto tarijeño se concluye que evidentemente existe mayor dificultad de identificación y etiquetado emocional en este grupo de estudio clínico por lo que se puede inferir que la alexitimia pudiera ser un estado de vulnerabilidad para padecer trastornos de conducta alimentaria, considerándolo como un consecuente del estilo de apego que poseen; a su vez, originado por las características familiares que las rodean. Por ende, estaría asociado a los trastornos de conducta alimentaria de manera probablemente causal ya que la pobre expresión emocional no permite afianzar relaciones sanas y por lo mismo contribuye al mantenimiento de la enfermedad,

tendiendo a guardarse sus emociones reales para sí mismas, huyendo a la ayuda que puedan recibir y sobre todo asociando a la comida y alimentación como un desahogo de las emociones que no pueden ser expresadas por todo lo que conlleva presentar alexitimia.

Objetivo N° 4.- Determinar rasgos de personalidad

Para la identificación de la personalidad se utilizó el test proyectivo de la figura humana de Karen Machover el cual que presenta ciertos rasgos de personalidad en relación al autoconcepto y estado emocional. De acuerdo a este test se encontró que el rasgo de personalidad que presenta más indicadores en los 10 casos presentados es el de agresividad.

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

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

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

indicar que hay una gran presencia de alexitimia, aspectos como entender al otro y relacionarse adecuadamente con su entorno se encuentran merma-

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

Por otro lado, los siguientes rasgos con más indicadores son el neuroticismo y la personalidad obsesiva-compulsiva. El primero de ellos está caracterizado por inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicósomática. (Moreno, s/f); mientras que la personalidad obsesiva compulsiva está caracterizada predominantemente por el perfeccionismo, el dogmatismo, la rumiación, el moralismo, la inflexibilidad, la indecisión y el bloqueo emocional y cognitivo.

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

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

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

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

Finalmente, otro rasgo que se dio predominantemente en la muestra es el de la inseguridad, estas son personas que reflejan en su actitud duda constante, cuestionando frecuentemente sus propias acciones y decisiones. Se caracterizan por una conducta de evitación ante las dificultades, por mínimas que parezcan; actitud defensiva, rechazando diferentes puntos de vista y perdiendo el control del manejo de sus emociones. Así mismo, pueden presentar relaciones limitadas, sin iniciativa para co-

municarse con otros, por lo que no son muy abiertos a conocer personas y formar nuevas amistades (Cerdán, 2018).

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

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

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

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

Es así que, se consideraría en la presente investigación que aquellas personas que poseen una influencia alta de modelos estéticos corporales consideran tanto las relaciones sociales, los medios, ideales y percepción de la propia imagen, pues, además, contrastando con la información relatada individualmente, un factor en común es los estándares altos de belleza que son promovidos constantemente, especialmente por las redes sociales. Alegando en su

mayoría que más que un beneficio para su persona, el uso de las mismas sería un recordatorio de la insatisfacción con la propia imagen. De igual manera, un punto de influencia que se ha podido ver eminentemente son las relaciones sociales que están asociadas al deseo y la pertenencia a un grupo, en ese punto surgen las comparaciones afectando a su estado emocional, que por lo visto en previas variables podría ser un factor riesgoso para la adquisición de algún TCA.

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

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

4. CONCLUSIONES GENERALES

En resumen, para dar respuesta al objetivo general se tiene que los factores que están asociados a trastornos de conducta alimentaria son primordialmente los que derivan del apego en el cual se encontró

un punto importante de conexión entre los 10 casos analizados, al resultar todos en un estilo inseguro y la mayoría de ellos se subclasifican en apego inseguro-evitativo. Otro factor con el que se le encontró relación es el de personalidad, donde los rasgos de agresividad, neuroticismo, obsesión e inseguridad predominan en las mujeres con TCA. También los factores emocionales están asociados íntimamente, como lo es la regulación emocional y la alexitimia, de acuerdo al análisis, estos factores podrían ser dos de los que permiten que el trastorno perdure en el tiempo. Finalmente, se encontró que el factor de influencia de modelos estéticos corporales se relaciona como un precipitante más que predisponente, siendo un factor que está asociado a TCA pues es la base en la que se rige el modelo de delgadez que persigue la anorexia y bulimia, a través de la idealización de la belleza, la influencia de relaciones sociales, de la exposición de dicha idealización en medios de comunicación y el malestar que estos aspectos generan en sus cuerpos, impulsado en varios casos por el bullying perpetuado a ellas en su niñez y adolescencia.

Se puede concluir adicionalmente a partir de este estudio que las personas con TCA provienen generalmente de una familia con antecedentes en el peso, siendo un pasado sobrepeso o tener alrededor personas con sobrepeso un factor común en personas con TCA. De igual manera en la ciudad de Tarija se recalca la exposición visual a dietas, restricción alimentaria y preocupación excesiva, son constantes en familias de mujeres con TCA, especialmente perpetradas por la figura materna. Y finalmente, es importante destacar que, la mayoría de las mujeres jóvenes adultas con TCA en la ciudad de Tarija estudiadas han llegado a cronicidad del trastorno en el tiempo, dado al estigma y el poco conocimiento de los desórdenes alimenticios en el medio.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado

- DSM). BUENOS AIRES - BOGOTÁ - CARACAS - MADRID - MÉXICO - PORTO ALEGRE: Editorial Panamericana.
- ❑ Bagby, Parker, & Taylor. (1992). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027273589900051>.
 - ❑ Balluerka, L. G. (2011). *Psicothema*, 23(3), 486–494.
 - ❑ Barreto, P., & Yi, P. (2008). PREDICTORES DE DUELO COMPLICADO. *Psicooncología*, 5(3), 384–400.
 - ❑ Barroso, O. (2011). EL APEGO ADULTO: LA RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO. 11–12.
 - ❑ Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Colombia: Pearson.
 - ❑ Biedermann, K. M. (2009). Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación. *Clínica Psicológica*, 226.
 - ❑ Bowlby, J. (1988). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Retrieved from Paidós: <https://www.nueva.cop-cv.org/db/areas/luHgVEliX3.pdf>
 - ❑ Carreter, F. L. (2008). Cómo se hacen las ciencias sociales: Una antología de ejemplos y preceptos en homenaje a Fernando Pozos Ponce. Retrieved from https://www.academia.edu/10795352/Los_modelos_en_las_ciencias_sociales
 - ❑ Cava, G. (2014). Universidad Católica de Valencia 16. Retrieved from Ansiedad figuras de apego: <http://online.ucv.es/resolucion/apego-y-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-la-adolescencia-por-gloria-cava/>
 - ❑ Cerdán. (2018). Inseguridad: Guía completa para entenderla y abordarla. Retrieved from <https://blog.cognifit.com/es/inseguridad/>
 - ❑ Consedine, N., & Magai, C. (2003). Attachment and emotion experience in later life: the view from emotions theory. *Attachment & Human Development*, 5, 165–187.
 - ❑ Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1–16.
 - ❑ Fairburn, Cooper, & O'Connor. (2014). EATING DISORDER EXAMINATION. Edition 17.0D.
 - ❑ Freud, S. (1967). Obras completas. España: Biblioteca Nueva.
 - ❑ Garfinkel, y Garner. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9., 273–279.
 - ❑ Garfinkel, Garner, & Holdofsky. (1977). Prognosis in anorexia nervosa as influenced by clinical features, treatment and self-perception. *Can Med Assoc*, Nov 5;117(9):1041–5.
 - ❑ Gross, & Thompson. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations.
 - ❑ Gross, J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551–573.
 - ❑ Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and social psychology*, 348–362..
 - ❑ Machover, K. (n.d.). Test de la Figura Humana.
 - ❑ Malpesa. (2013). Perfeccionismo y estilos de apego relacionados. Retrieved from Revista de psiquiatría: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6123>
 - ❑ Marrone, M. (2009). La teoría del apego: Un enfoque actual. Madrid: Psimática.
 - ❑ Martínez, Piedad. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Retrieved from Pensamiento & Gestión, núm. 20, p. 165–193 Universidad del Norte. Colombia: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>

- ❏ Parker, G. J., M, T. R., & Bagby. (1997). Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness (Paperback edition 1999). . Cambridge University Press ISBN 0-521-77850.
- ❏ Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. Retrieved from International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 11, núm. 2, 2011, pp. 229-247: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33716996003.pdf>
- ❏ Pierrehumbert, B. K., Sieye, A., Meisler, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto questionnaire d'attachement pour adultes. Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meisler, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Los modelos de la Psychiatrie de L. Enfant, 1., 161-206.
- ❏ Pita, M. G. (2017). ANOREXIA Y BULIMIA: PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA. Retrieved from riull.ull.es: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5622/Anorexia%20y%20Bulimia%20Personalidad%20y%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf?sequence=1>
- ❏ Pool, M. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria: Estudio preliminar. Revista Letra en Psicoanálisis.
- ❏ PsicoUned. (s/f). PRINCIPIOS BÁSICOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA. Retrieved from PsicoUned: <http://psicologia.isipedia.com/>
- ❏ Robles, B. (2011, Diciembre). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. Retrieved from Scielo: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004
- ❏ Toro, S. (1994). Evaluación de las influencias socioculturales en el modelo de forma estética del cuerpo en la anorexia nerviosa. Acta Psychiatrica Scand. 89 (3): 147-51. doi: 10.1111.
- ❏ Varela, M. (2018). El Heraldo. Retrieved from <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2018/11/30/los-tca-tercera-enfermedad-cronica-mas-frecuente-entre-adolescentes-1280547-2261131.html>