



**UNIVERSIDAD AUTONOMA
DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**

**ESTILOS DE APEGO
Y ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACION
EN ADOLESCENTES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
LETICIA ARIAS GONZALEZ**

NUMERO DE CUENTA: 0611013

**ASESOR:
DR. MANUEL GUTIERREZ ROMERO**

TOLUCA, MEXICO, MAYO DE 2014



AGRADECIMIENTOS

La experiencia de hacer una tesis se vuelve mucho más grata si contamos con personas a nuestro alrededor que nos brindan un soporte incondicional. Me siento tan afortunada por haberme topado con tanta gente buena en mi camino.

En primer lugar agradezco de corazón a mi familia:

* **Principalmente a mi mamá:**

Ella me enseñó a ser como yo y hoy entiendo que en el fondo me ha enseñado un poco a ser como ella, me enseñó que hay que entregarse siempre fuerte y valiente, me dijo: te van a mirar al caminar asegúrate de andar con paso firme, de ir a donde quieras sin miedo a tropezar, yo no quería parecerme a ella, así como quizá ella no quería parecerse a mi abuela pero es inevitable; mi madre me enseñó a ser yo y hoy celebro que me enseñara aunque sea un poquito a ser como ella. Gracias por brindarme siempre palabras de aliento y procurar siempre lo mejor para mí, gracias por ser el pilar de la familia y no rendirte, gracias por enseñarme a luchar por ser una mejor persona siempre, te amo mamá.

- * A mi hermano **Israel**: por ser el mejor ejemplo a seguir, por su valentía y determinación a las cosas que realmente le apasionan, por motivarme siempre a obtener lo que busco y ser además la mejor en ello.
- * A mi sobrina **Camila**, que siendo la más pequeña de la familia me ha dado grandes lecciones de vida.
- * A mis abuelos **María y Nicolás** y mis tíos **Silvestre, Guadalupe, María, Rosa**, sé que desde donde estén se sentirán orgullosos de mí.
- * A mis tíos **Atalia y Manuel, Fortino y Paulina**; y a mis primos: **Joel, Iveth, Velia, Juan Manuel, Roció, Alberto, Maribel, Alejandro, Rossi, Sandra**,

Isabel, Juan, Josué, Silvestre, Leonor, Nicolás, Abigail, Dylan, Andrea, Kevin.

* A mis amigos, gracias por su soporte, confianza, paciencia y cariño: **Evelyn, Ramsses, Issac, Edgar, Hector, Beto, Fabiola, Teresa, Irving, Nancy, Jose Luis, Jorge, Itzel, Ivy, Caty, Diego, Marco, Gaby, Sergio, Leo.** A todos y cada uno de ellos que han compartido buenos y malos momentos conmigo gracias.

* A mis profesores: **Alma Cecilia, Luz del Carmen, Antonio, Alicia, Maribel, Guadalupe** por ser una guía y ejemplo a seguir

* A mis revisores: **Dra. Beatriz Gómez Castillo y Mtra. Mitzi Citlali Arce Rodríguez**

* Por ultimo de manera especial expreso mi más sincero agradecimiento al
Dr. Manuel Gutiérrez Romero.



VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	LETICIA ARIAS GONZÁLEZ		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	0611013
Opción	TESIS INDIVIDUAL	Folio de Seguimiento de Egresados (SISE)	
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	ESTILOS DE APEGO Y ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DR. MANUEL GUTIÉRREZ ROMERO		03/04/14

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. BEATRIZ GÓMEZ CASTILLO	04-04-14 	07-04-14 	06-05-14
REVISOR	LIC. MITZI CITLALLI ARCE RODRÍGUEZ	04/04/14 	07/04/14 	06-05-14

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	MTRA. IRMA ISABEL ORTIZ VALDEZ		6/05/14





CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe **LETICIA ARIAS GONZALEZ** Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de TESIS con el título **ESTILOS DE APEGO Y ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACION EN ADOLESCENTES**, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA** para ser evaluada con el fin de obtener el **TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA**.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma **NO EXCLUSIVA**, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, a los 7 días del mes de octubre de 2014.



Leticia Arias González

ÍNDICE

• RESUMEN	7
• PRESENTACIÓN	8
• INTRODUCCIÓN	11
• MARCO TEÓRICO	
○ CAPITULO 1: APEGO	13
1.1 Evolución de la Teoría del Apego	15
1.2 Clasificación de los Estilos de Apego	19
1.3 Apego en la Adolescencia	22
1.4 Estilos de Apego en la Adolescencia	23
1.5 Apego y relación con Iguales	25
1.6 Distanciamiento los padres y búsqueda de la Autonomía	27
○ CAPITULO 2: ADOLESCENCIA	29
2.1 Definición	29
2.2 Aspectos dinámicos de la Adolescencia	31
2.3 Etapas de la Adolescencia	33
2.4 La adolescencia como Proceso de Duelo	34
2.5 Hábitos y Actitudes hacia la alimentación en la Adolescencia	38
○ CAPITULO 3: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA	45
3.1 Clasificación	46
3.2 Algunas Concepciones Encaminadas a la función Alimentaria	46
3.3 Conductas Alimentarias en la Adolescencia	51
3.4 Anorexia	53
3.5 Bulimia	57
3.6 Obesidad	63
3.7 Elementos de Psicopatología de los Trastornos de la	74

Conducta Alimentaria	
○ CAPITULO 4: INVESTIGACIONES RELACIONADAS AL TEMA	77
● CAPITULO 5 MÉTODO	
5.1 Objetivo de estudio	82
5.2 Tipo de estudio	82
5.3 Planteamiento del problema	82
5.4 Pregunta de investigación	84
5.5 Hipótesis	85
5.6 Definición de Variables	85
5.7 Muestra	89
5.8 Instrumentos	90
5.9 Captura de Información	93
5.10 Procesamiento de información	93
● RESULTADOS	95
● ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	102
● CONCLUSIONES	114
● SUGERENCIAS	126
● BIBLIOGRAFIA	127
● ANEXOS	133
● GLOSARIO	140

RESUMEN

Actualmente los trastornos de la conducta alimentaria han tenido un notable aumento en la población, siendo considerados como uno de los principales problemas de la adolescencia, mismos que están asociados a un alto riesgo de mortalidad, una baja tasa de recuperación y un alto riesgo de recaídas (Chincilla, 2003).

Es importante mencionar que las alteraciones en la conducta alimentaria en la adolescencia pueden aparecer en este periodo como normales ya que en esta etapa se tiende a modificar los hábitos alimentarios; sin embargo la frecuencia con la que se presenten estas se dará pauta a el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar si existe relación significativa entre los Estilos de Apego percibidos por Adolescentes y las actitudes hacia la alimentación presentes en ellos.

Para la realización de esta investigación se trabajó con 88 participantes, 43 sujetos de género masculino y 45 de género femenino, con una edad promedio de 14 años, que cursan el tercer grado de secundaria de la Ciudad de Toluca.

Se llevó a cabo la aplicación de IPPA (Inventario de Apego en Padres y Pares) y el EDI-2 (Inventario de trastornos de la conducta alimentaria por sus siglas en inglés Eating Disorder Inventory) a cada sujeto de forma individual, también se le realizó una medición antropométrica de peso y talla para obtener el IMC (índice de masa corporal), resultado con el cual se obtuvieron diagnósticos sobre el estado nutricional de cada sujeto (sobrepeso, obesidad, rango normal y desnutrición).

Dicha investigación obtuvo como resultado que el Estilo de apego hacia la madre, padre, pares tienen una relación significativa con las alteraciones en los patrones de la conducta alimentaria. Se encontró que los sujetos con sobrepeso, obesidad y desnutrición presentan un estilo de apego evitativo

PRESENTACIÓN

Desde finales del siglo XX la sociedad sobredimensiona la estética corporal, la anorexia, bulimia y obesidad son considerados una “epidemia social”. (Chinchilla 2003). Los Trastornos de la Conducta Alimentaria han tenido un notable aumento en la población en general y son considerados como uno de los principales problemas de la adolescencia debido a que en esta etapa los hábitos alimentarios de los adolescentes no solo son influidos por el tipo de alimentación familiar, sino también por las conductas de los otros adolescentes con los que se relacionan y por los estilos de vida en el que se desarrollan.

En la adolescencia, se tiende a introducir el consumo de comidas rápidas, las cuales contribuyen a la modificación de los hábitos alimentarios. Así también la constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasa, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos ha inducido un cambio importante en los patrones de alimentación que no son adecuados para los jóvenes. Torresani (2007). Esta inestabilidad puede dar origen al desarrollo de conductas alimentarias patológicas.

Es importante mencionar también que los primeros años de vida de cada persona son de significativos, ya que en ellos es donde se establecen los patrones de apego, los cuales contribuirán al desarrollo de la personalidad e identidad adulta.

Los conflictos que se presentan durante la adolescencia son los reflejos de los conflictos de la infancia, la adolescencia transcurre por desequilibrios e inestabilidades extremas, de acuerdo con Bowlby (1999), según haya sido la relación con la figura de apego durante la infancia, será la interacción y el establecimiento de las relaciones con personas importantes, así como la formación de auto percepción.

En la adolescencia se hacen presentes continuos cambios de las representaciones de apego, dándose nuevas interpretaciones en las experiencias de vida que originan el desarrollo de una identidad que adquiere nuevas diensiones y mayor autonomía en su

medio de poner nuevas ideas sobre sí mismo y el mundo. (Zimmenmann y Becker-Stoll, 2008).

Debido a lo anterior se considera los estilos de apego presentes en la adolescencia pueden estar relacionados con alteraciones psicopatológicas, es por ello que surge la inquietud de conocer las actitudes hacia la alimentación y su relación con los patrones de apego presentes en la etapa adolescente.

La investigación se realizó en la ciudad de Toluca, con alumnos que cursan del tercer grado en la Secundaria Estatal No.7. El procedimiento que se llevó a cabo para la aplicación de los instrumentos fue el siguiente: cada sujeto fue informado sobre la confidencialidad de sus datos, los cuales solo serían usados con fines de investigación, recalcando que la participación es de suma importancia para dichos fines.

Se aplicó el Inventario de Apego de Padres y Pares (IPPA); mismo que permite conocer el estilo de apego: inseguro, evitativo o ambivalente, mismo que está integrado de tres escalas: materna, paterna y pares mismas que están conformadas por tres sub-escalas que miden: confianza, alienación y comunicación. Para la medición de las Actitudes hacia la Alimentación se empleó el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI- Eating Disorder Inventory), este inventario evalúa 11 escalas diferentes relacionadas con los trastornos de conducta alimentaria.

El procesamiento de la información, se realizó con el paquete estadístico Excel con el cual se obtuvieron las correlaciones de los datos obtenidos por ambas escalas.

La presente investigación quedo estructurada de la siguiente manera:

Capítulo 1: Apego en este apartado se hace referencia a las conceptualizaciones básicas sobre la Teoría del Apego.

Capítulo 2 Adolescencia: Se presenta un panorama general sobre conceptos referentes a la etapa de la adolescencia para su entendimiento.

Capítulo 3 Trastornos de la Conducta Alimentaria: Se hace referencia a la clasificación y rasgos característicos de la Anorexia, Bulimia y Obesidad propios de la adolescencia.

Capítulo 4. Se presentan algunas investigaciones relacionadas al tema.

Capítulo 5: Aquí se describe el método seguido para el desarrollo de la investigación en el cual se encuentra el objetivo, las hipótesis, el planteamiento del problema, las variables, la muestra, diseño de la investigación, captura y procesamiento de datos.

Capítulo 6: En esta última parte se presentan los resultados y la discusión que se obtuvo como resultado de la investigación, lo cual permitió llegar a las conclusiones finales y a algunas sugerencias.

Al final se encuentran los anexos correspondientes al trabajo de investigación: instrumentos aplicados, IPPA y EDI-2, tablas diagnósticas de IMC para adolescentes y oficio correspondiente al permiso de la realización de investigación.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios son enfermedades emergentes que han despertado un enorme interés en el área de la salud. En los últimos años, estos trastornos están constituyendo un auténtico fenómeno social debido al importante incremento en su prevalencia. La incidencia de la anorexia y la bulimia ha aumentado en las décadas recientes, en distintos países del mundo, evidenciando así múltiples dificultades en el tratamiento y prevención.

Estudios recientes de prevalencia de riesgo indican que 8 de cada 100 mil personas al año presentan anorexia y 12 por cada cien mil padecen bulimia, lo cual se observa principalmente, en mujeres de 10 a 24 años de edad. (van Hoeken, Seidell & Hoek, 2003).

Por otra parte, la obesidad infanto-juvenil, se ha venido incrementando de manera alarmante y se ha venido a posicionar como uno de los grandes problemas de salud pública en nuestro país; 30% de la población la padece, siendo así el segundo país con mayor población obesa, de los cuales el 31.85% de los adolescentes, entre 11 y 19 años, padecen sobrepeso u obesidad. (ENSANUT; 2006)

Estas cifras son similares en casi todos los países desarrollados y en vías de desarrollo, lo que demuestra que la patología se da en cualquier contexto, independiente del estrato socioeconómico o nivel sociocultural. La alta incidencia de los trastornos de la alimentación configura un importante problema debido a la gravedad y mal pronóstico de este tipo de cuadros.

Es importante mencionar que los primeros años de vida son un período decisivo para el desarrollo de cada sujeto, debido a que durante este periodo se definen lazos afectivos que una persona forma entre sí mismo y sus cuidadores primarios (padres o sustitutos parentales), y posteriormente con otras figuras que perduran en el tiempo, mismos que proporcionan sostén, protección y consuelo.

Bowlby (1980) señaló la relación entre los vínculos tempranos y el desarrollo de la psicopatología, es por eso que, la naturaleza de los cuidados proporcionados por los

... Estilos de Apoyo y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

padres al niño en su infancia es de fundamental significación en el futuro de la salud mental. Se considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o de quien con carácter permanente la substituya) en los que ambos encuentran satisfacción y goce .

De igual forma, durante esta etapa de formación se adquieren actitudes, conductas y hábitos alimenticios que perduraran a lo largo de vida, debido a que se da un proceso de selección de sabores, preferencias de alimentos, así como para el autocontrol de la ingesta, se transmiten las creencias familiares y culturales sobre los alimentos y la alimentación, posibilitando así: una educación adecuada sobre el consumo de alimentos o alguna alteración de los patrones de alimentación dando pauta al desarrollo de un trastorno alimenticio. Es por ello que el estilo de apego establecido dará pauta a la posibilidad del desarrollo de estas psicopatologías en cualquier contexto, la adolescencia es un momento de profundas transformaciones: cognitivas, emocionales y sociales; que van a tener una repercusión directa sobre el significado y expresión del establecimiento de los vínculos afectivos, percibidos como incondicionales y duraderos a través de las primeras relaciones.

12

Dado este escenario se asume la relevancia de este tipo de estudio: el aumento de la incidencia de alteraciones en la conducta alimentaria, la gravedad y compleja etiopatogenia, la cual puede ser el resultado de múltiples factores, y por último en la dificultad de su diagnóstico en conjunto con la gravedad de su sintomatología.

Es por eso que el estudio recae en primera instancia conocer las actitudes hacia la alimentación en la adolescencia y los patrones de apego presentes; en segunda instancia se pretende proponer alternativas que permitan la atención, prevención y reducción de los trastornos de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO 1 APEGO

La clave de la seguridad psicológica se encuentra en el vínculo de apego. El bebé vulnerable en la sabana ancestral necesita garantizar la proximidad hacia sus cuidadores para poder defenderse de la depredación. las respuestas de apego madre- bebé le mantienen seguro.

BOWLBY, (1988)

El presente capítulo muestra la teoría del apego la cual brinda un marco para la comprensión dinámica de los vínculos afectivos.

En el proceso de construcción de la personalidad intervienen muchas variables; la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, los acontecimientos vitales y otras. Todas son entidades importantes, sin embargo las primeras relaciones que se establecen con el cuidador principal (madre, padre u otros).

Al nacer ningún ser humano es capaz de regular sus propias emociones (Botella, 2005; Schore, 2001; Fonagy, 1999). La relación más temprana que se establece nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional; es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más próximo, que se encargara de responder a nuestras señales o reacciones emocionales (Fonagy, 2004). Esto dependerá de la proximidad y la seguridad alcanzada a través de la conducta de apego y por supuesto de la disponibilidad del cuidador primario (Hervás, 2000; Main 1996).

Estos lazos o vínculos afectivos que se establecen y perduran en el tiempo hacen sentir al individuo los primeros sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono y miedo). Para Lafuente (2000), la relación afectiva paterno-filial es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad.

Así, la respuesta de temor suscitada ante la inaccesibilidad de la madre, es una reacción de adaptación básica que en el curso de la evolución se ha convertido en una respuesta esencial para la contribución de la supervivencia de la especie (Bowlby, 1990).

Sobre la vinculación afectiva o apego y su posterior relevancia, Musitu y Cava (2001) dicen que existen dos aspectos de ámbito familiar que se han relacionado sistemáticamente con el autoestima en los hijos; una, la importancia del apego con el cuidador principal y dos, los estilos de socialización parental. Esta necesidad humana universal para formar los vínculos estrechos está recogida en la Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby (1980, 1973, 1969). En el núcleo de esta teoría se encuentra la necesidad recíproca de las relaciones tempranas, lo que para Hofer (1995) es ya una precondition normal probablemente en todos los mamíferos, incluyendo los humanos.

El modelo propuesto por Bowlby se basa en la experiencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. (Olivia, 2004)

Bowlby 1993, define la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en el que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos, en ciertas circunstancias se observa también un seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como la tendencia a llamarla o a llorar, conductas que mueven a esa figura a brindar sus cuidados”.

Botella (2005) cita los principios básicos:

- Todos los animales, incluidos los de la especie humana, buscan la protección y cuidado de sus padres cuando experimentan peligros y amenazas.

- Esta búsqueda de protección tiene un papel evolutivo de supervivencia (Hofer, 1995).
- En general la figura de apego es la madre y rápidamente se genera una clara preferencia hacia ella (Fonagy, 2004; Del Barrio, 2002; Belsky, 1999).
- En los bebés, el malestar que conduce a la búsqueda de apego también puede ser provocado por hambre, la sed y/o el dolor físico.
- El sistema conductual de apego no es único, sino que forma parte de un conjunto en el que figuran también la exploración, el cuidado y el apareamiento (Aizpuru, 1994).
- El sistema de apego tiene una función homeostática al contribuir a mantener el equilibrio entre las conductas exploratorias y las de proximidad.

Girón, Rodríguez y Sánchez (2003) añaden lo siguiente: cuando se relaciona una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y este desarrolla un sentimiento de seguridad. La experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza que facilita la exploración tanto del mundo físico como social (Bowlby, 1990).

15

1.1 EVOLUCION DE LA TEORIA DEL APEGO

Diferentes autores, han estudiado las características del vínculo materno-filial normal y sus alteraciones y repercusiones en el desarrollo psico-afectivo.

El concepto de apego evolucionó del Psicoanálisis, en particular de la teoría de las relaciones objetales. El primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos que aportaba la psicología del desarrollo, con el objetivo de analizar y explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación, fue John Bowlby, quien intenta mezclar los conceptos provenientes del psicoanálisis y la teoría de sistemas para explicar el lazo emocional del hijo con la madre.

Bowlby (1969) hizo una descripción meramente conductual; la necesidad aparece en ausencia del cuidado/a y la presencia de este/a hace desaparecer la necesidad. En 1973 sostuvo que la meta del sistema de apego era mantener al cuidador accesible y receptivo y para referirse a esto, utilizó el término disponibilidad. Posteriormente, en 1980 incorporó la noción de que las experiencias con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos, dan lugar a modelos representacionales..

En esta línea, entendemos que un sistema de apego alcanza el objetivo cuando ofrece seguridad al niño.

Botella (2005) menciona que las funciones primordiales son:

- A) Mantenimiento de la proximidad
- B) Base segura desde la cual explorar el mundo
- C) Refugio seguro en el que buscar consuelo y seguridad ante el peligro o la amenaza

El sistema de apego tiene una función homeostática al contribuir a mantener el equilibrio entre las conductas exploratorias y las de proximidad. A esta contribución Girón, Rodríguez y Sánchez (2003) añaden lo siguiente: cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad. La experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza, que facilita la exploración tanto del mundo físico como del social (Bowlby, 1998).

Por otro lado, Ainsworth 1983, define el apego como las conductas que posibilitan la cercanía con una persona determinada. Entre estos comportamientos se encuentran las señales (llanto, sonrisa, vocalizaciones), la orientación (mirada), los movimientos relacionados con otra persona (seguir, aproximarse) e intentos activos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse). Se trata de una actitud mutua y recíproca.

Ahora bien, Winnicott y Mahler, proponen diferentes etapas o fases evolutivas, las cuales son muy similares. Sin embargo, describen los procesos de individuación e

independencia de igual manera que los autores anteriores, pero sin hacer referencia al concepto de “apego”, pero de todas formas, en sus descripciones dan cuenta del mismo suceso. Ambos autores incluyen ideas etológicas etiológicas, psicoanalíticas y sistémicas en sus postulados, mismo constructo propuesto inicialmente por Bowlby.

Winnicott (1981) por su lado, se refirió a la idea de la madre “suficientemente buena”. Definió las características de la salud mental con el nombre de “dependencia”. En este sentido, el autor estima que el potencial innato de un niño sólo puede expresarse si se le unen los cuidados maternos. Estos permiten prevenir las distorsiones precoces.

La primera fase evolutiva de Winnicott, corresponde a la etapa del desarrollo en que el yo de la madre sule al yo del niño que todavía no está constituido, ofreciéndole un ambiente favorable para su desarrollo, donde se satisfacen todos sus requerimientos. De la identificación del niño con la madre surge la “dependencia absoluta”, en la que está más allá del alcance del infante, estando este prácticamente inconsciente, no siendo capaz de percatarse de las provisiones de la madre, puesto que son un “yo” fusionado. La segunda etapa del desarrollo del mismo autor, se refiere a la “dependencia relativa” donde los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización, al mismo tiempo aparece la capacidad de estar solo.

Por un lado, el niño da cuenta de las provisiones maternas, y por otro, se desarrolla la capacidad de notar la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado. Así, el niño puede descubrir su vida personal y reemplazar la concepción del yo fusionado con su madre a un yo individual. Más adelante, el niño progresa hacia la última etapa de la “independencia” donde su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones, mientras adquiere el sentido de la responsabilidad y la autonomía, a través de la experiencia.

Para este autor la relación con el yo es la base futura para las relaciones interpersonales y es la matriz de la transferencia. Más adelante, el niño progresa hacia la etapa de la “independencia” donde su capacidad de estar solo evoluciona

paralelamente con el establecimiento de relaciones, mientras adquiere el sentido de la responsabilidad y la autonomía, a través de la experiencia.

Por su lado Margaret Mahler (1987), introduce al igual que Winnicott, tres etapas sucesivas del desarrollo, que son: la fase autista, la de simbiosis normal y la del proceso de separación e individuación. En la fase autista, gradualmente el infante va saliendo de la tendencia innata a la regresión vegetativa, y se promueve la conciencia sensorial del ambiente y del contacto con él. Prevalece un estadio de narcisismo primario absoluto, marcado por la falta de conciencia del infante respecto de la existencia de un agente materno.

Esta fase propuesta por Mahler, es similar a la primera etapa del desarrollo de Winnicott, la “dependencia absoluta”, donde ambos concuerdan en el narcisismo absoluto mostrado por la inconsciencia del infante frente a la existencia de un agente materno. El siguiente período, Mahler lo llamó “simbiótico”, donde madre e hijo forman una unidad dual. No hay diferencia entre el yo y el no yo. Durante esta fase se realiza la transición de una organización biológica a una psicobiológica.

Esta etapa comprende el sentido del “yo fusionado” que corresponde a la primera etapa de Winnicott, por lo que se puede indicar que Mahler separó en dos fases (autista y simbiótico) la llamada “dependencia absoluta” de Winnicott, ya que ambos describen los mismos sucesos.

Finalmente Mahler llamó a su tercera etapa del desarrollo “separación e individuación” en la cual el infante evoluciona hacia la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre, dando paso a un funcionamiento más autónomo; estos conceptos son comparables con los propuestos por Winnicott en su segunda fase “dependencia relativa”, donde estipula que se produce la integración, personalización (representada en la idea de Mahler, que propone que cada niño sigue una vía de diferenciación individual y única) y el establecimiento de la relación con el objeto y su utilización (capacidad que se logra a través de la “diferenciación” en palabras de Mahler), apareciendo la posibilidad de estar solo, separándose físicamente de su madre. El niño da cuenta del cuidado materno, y se desarrolla la capacidad de

notar la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado.

Así, el niño puede descubrir su vida personal y reemplazar la concepción del yo fusionado con su madre a un yo individual. (Paso de la fase simbiótica a la de separación e individuación de Mahler). La última etapa de Winnicott, hace referencia a la "independencia", fase que según Mahler se encuentra unida a los sucesos que ella describe en la fase de "separación e individuación". Donde ambos autores concuerdan en el desarrollo de la capacidad de estar solo, estableciendo la distancia óptima característica de la interacción entre la madre y el niño, que le permite explorar.

De esta manera, Mahler divide en sus primeras dos fases "autismo" y "simbiosis", la primera fase "dependencia absoluta" de Winnicott. Y este autor, parcela la última etapa "separación e individuación" en las fases de "dependencia relativa" y finalmente "independencia".

Queda claro por lo tanto, que ambos autores describieron el mismo suceso evolutivo que en palabras de Bowlby es la concepción del "apego" con sus consiguientes consecuencias, pero estructuraron las etapas de manera distinta.

19

1.2 CLASIFICACION DE LOS ESTILOS DE APEGO:

El esquema de apego que desarrolla un individuo durante sus años de inmadurez está profundamente influido por la manera en que lo tratan sus padres u otras figuras de tipo parental.

Para la clasificación de los tipos de apego Ainsworth y cols. (1978) elaboraron un instrumento denominado "situación extraña", con el objetivo de evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y en los momentos de separación y reunión con la madre.

Ainsworth distinguió a raíz de ésta prueba tres tipos de apego según la respuesta del niño:

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

- 1.- Niños con apego ansioso-evitativo (A)
- 2.- Niños con apego seguro (B)
- 3.- Niños con apego ansioso-ambivalente (C)

Han sido identificados de manera confiable tres esquemas de apego, así como las condiciones familiares que los favorecen:

- **Apego Seguro:** El individuo tiene confianza en el hecho de que su madre-padre está disponible, se siente alentado en sus exploraciones del mundo, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Los cuidadores se caracterizan por ser sensibles a sus necesidades, proporcionando confianza en que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, tienden a ser más positivos, integrados y con perspectivas coherentes de sí mismo, tienden a ser más cálidos, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, De igual forma, muestran tener una alta accesibilidad a esquemas y recuerdos positivos, lo que las lleva a tener expectativas positivas acerca de las relaciones interpersonales. (Feeney, B. & Kirkpatrick, L. 1996, citados por Machay, 2008).
- **Apego Angustiado o Ambivalente:** El individuo no está seguro de que su progenitor esté disponible y le responda o le ayude si él llama. Debido a esta incertidumbre, siempre estará sujeto a esta angustia de separación, tenderá a pegarse a la progenitora y se mostrará angustiado a ir a explorar el mundo. Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia, no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de los primeros. Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros, pues desean tener la interacción e intimidad y tienen intenso temor de que ésta se pierda. De igual forma, desean acceder a nueva información, pero sus intensos conflictos las lleva a alejarse de ella. (Gayó, 1999).

- **Apego Evitativo:** El individuo no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil, y, por el contrario, espera un rechazo. Intenta vivir su vida sin amor ni apoyo por parte de los demás. Trata de ser autosuficiente en el plano afectivo . Este tipo de apego evitativo, se ha asociado con la presencia del "síndrome no orgánico de detención del desarrollo" que se caracteriza por carencias nutricionales y/o emocionales que derivan en una pérdida de peso y un retardo en el desarrollo físico, emocional, social y escasa reacción a la separación. Este tipo de personas evita o inhibe conductas de proximidad y de expresión de afectos hacia su figura de apego, mayor atención a su ambiente, tienen despliegues mínimos de afecto y angustia hacia el cuidador, o evasión de esta figura ante situaciones que exigen la proximidad y rechazan la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a ésta, teniendo estructuras cognitivas rígidas, poseen más propensión al enojo, caracterizándose por metas destructivas, frecuentes episodios de cólera y otras emociones negativas (Gayó, 1999).

Cuando estos esquemas de apego se establecen tienden a persistir. Esto se debe al hecho, de la manera en que el padre trata a su niño, buena o mala, tiende a mantenerse sin modificación y a que todo esquema tiende a perpetuarse a sí mismo. Cuando el niño crece, este esquema se vuelve, cada vez más, una característica suya, lo que significa que propende a imponérselo a nuevas relaciones

En el transcurso de los primeros años de vida, el niño construye el modelo mental que representa a su madre y a su manera de conducirse con ella, así como un equivalente para el padre; hacen ver claramente que las formas que estos modelos adoptan se apoyan en la experiencia que el individuo tiene con sus padres. La teoría del apego explica el desarrollo de las personalidades flexibles y sanas en el plano mental, y el de otras sujetas a la angustia, a la depresión o a otras formas de mala salud mental (Lebovici, et al, 2012)

1.3 APEGO EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un momento de profundas transformaciones: cognitivas, emocionales y sociales que van a tener una repercusión directa sobre el significado y expresión del establecimiento de los vínculos afectivos percibidos como incondicionales y duraderos a través de las primeras relaciones.

Bowlby, (1980) considera que algunos comportamientos de apego disminuyen con la edad, la calidad de la conexión de apego se ve como relativamente estable a lo largo de la vida de la persona. Allen y Land (1999) mencionan que la capacidad de los adolescentes para conseguir equilibrar su necesidad de autonomía y su deseo de conservar un sentido de aproximación, sobre todo en el contexto de los desacuerdos son características particulares a esta fase.

Especialmente durante la adolescencia, los patrones de apego adquieren importancia al proporcionar al individuo estrategias para mantener o restaurar la propia seguridad. De esta manera al tener la certeza de contar con el apoyo y la disponibilidad de los padres (figuras de apego primarias), se tiene la base para la formación de la personalidad sólida y estable.

Cooper, Shaver y Collins (1998), mencionan que la seguridad en el apego podría ser considerada un factor de protección en el desarrollo social en general, pero también con el desarrollo afectivo y sexual del adolescente.

Al hablar de apego durante la adolescencia es necesario considerar puntos elementales y conectados por lo que se refiere al apego en esta etapa:

- A) La naturaleza de los cambios niño-padre y su influencia sobre los modelos de apego.
- B) El desarrollo de nuevas relaciones íntimas (por ejemplo pares y relaciones románticas) en el adolescente y la incidencia sobre las relaciones niño-padre-madre.

- C) La aparición de un sistema de apego diferenciado con relación al sistema de apego generalizado.

Overbeek, Vollerbergh, Engels y Meeus (2003). Mencionan al respecto que en la adolescencia se establece mayor independencia, en donde las figuras de apego determinantes pasan a ser las relaciones con pares, se muestra menor dependencia de los padres, lo cual no implica en ningún momento que la relación se vuelva innecesaria o carezca de importancia. Allen y Land (1999), consideran que la adolescencia, más que ser una etapa en la que los vínculos de apego se debilitan y desaparecen, es una época en la que estos sufren una transformación; y son transferidos al grupo de pares. En síntesis la adolescencia es una etapa de transformaciones. Uno de los cambios que se presentan es la jerarquía de las relaciones afectivas, pues aparte de los padres el grupo de pares juega un papel importante.

1.4 ESTILOS DE APEGO EN LA ADOLESCENCIA:

En los apartados anteriores se ha hecho referencia a la importancia de los modelos de apego constituidos a partir de las experiencias infantiles que los cuidadores tienen para el establecimiento de las relaciones con iguales, sin embargo esta influencia no se limita al mundo relacional, y afecta a otras esferas del comportamiento y la salud mental del adolescente.

- A) **Estilo de apego seguro:** en la adolescencia está relacionado con la capacidad de mantener las referencias, mientras se negocia la autonomía con las figuras de apego, y con el desarrollo de estrategias para regular las emociones asociadas con este proceso. Así, el adolescente exploraría la independencia cognitiva y la emocional a través de la adquisición de la autonomía de pensamiento dentro de una fuerte relación con sus padres, que actúan como base segura (Allen et al., 2003 Main y Goldwyn, 1983).

En términos generales, muestran más interés claridad y exactitud en la expresión de sus emociones; también suelen presentar los mejores recursos, competencia y contextos familiares para lidiar con las tareas evolutivas propias de la edad. Se

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

muestran más cómodos en las interacciones afectivas íntimas propias de las relaciones de amistad, muestran mejores estrategias de afrontamiento de problemas. (Seiffge-Krenke y Beyers, 2005).

B) **Estilo de apego ambivalente:** los sujetos se caracterizan por la ambivalencia o preocupación suelen mostrar niveles elevados de afectividad negativa, junto con una escasa capacidad para su regulación; por lo que suelen verse desbordados con frecuencia por sus emociones, presentan una alta ansiedad, estrés y depresión durante momentos de su transición evolutiva; lo que se traduce en muchas dificultades en la resolución de tareas propias de la adolescencia. También es frecuente que presenten problemas en sus relaciones sociales y desajuste emocional. (Seiffge-Krenke, 2006).

C) **Estilo de apego autosuficiente o evitativo:** estos adolescentes también presentan problemas en la percepción y comunicación de emociones, sobre todo cuando son negativas, es extraño que busquen apoyo emocional cuando se sienten angustiados. Sus modelos representacionales de sí mismo no son negativos, aunque sí de los demás. Suelen mostrar una comunicación distorsionada y unas expectativas negativas con respecto a los demás crean problemas de funcionamiento social (Cooper, Shaver y Collins 1998).

Estos jóvenes suelen presentar las tasas más altas de los trastornos de la conducta y consumo de sustancias, otros estudios han encontrado incrementos en las conductas antisociales y delictivas a lo largo de la adolescencia, también presentan menos habilidades sociales, estrategias de afrontamiento evitativas y trastornos de la alimentación. (Allen et. al., 2007).

1.5 APEGO Y RELACION CON IGUALES

Ainsworth (1989), señala que los cambios hormonales y cognitivos impulsan al adolescente a la búsqueda de la relación con un igual, generalmente de su mismo sexo, edad, en las que están implicados los sistemas reproductivos y de apego. Estas relaciones son importantes para la vida social y emocional del adolescente pues en ellas aprenden a interactuar con personas de distinto sexo, se divierten, etc.

Por otra parte, el distanciamiento con respecto a los padres suele ir emparejando la relación con iguales, ya que estas relaciones irán ganando intimidad, reciprocidad y apoyo emocional hasta convertirse de forma gradual en auténticas relaciones de apego que cumplirán muchas de las funciones que anteriormente asumían sus padres (Collins y Steinberg, 2000). La percepción de los padres como principal fuente de apoyo declina, mientras que aumenta el apoyo recibido por los amigos. A partir de la pubertad los iguales desempeñan un importante papel a la hora de proporcionar sentimientos de seguridad y de ayuda, a regular el estrés en situaciones de dificultad.

Algunas características propias de las relaciones de apego, como la búsqueda de proximidad y de apoyo emocional, están presentes en las relaciones de amistad. Además chicos y chicas se sentirán más seguros y confiados a la hora de afrontar situaciones nuevas, como el inicio de las relaciones de pareja, cuando lo hacen en compañía de un buen amigo (Scharf y Mayseless, 2007).

Para Furman y Wehner 1994, las relaciones de pares en la adolescencia sirven para satisfacer cuatro tipos de necesidades: sexuales, de afiliación, de apego y de dar y recibir cuidados. Es decir estas primeras relaciones de los adolescentes sirven para colmar fundamentalmente las necesidades sexuales y afiliativas (compañía y diversión), pero a medida que la adolescencia vaya transcurriendo, estas relaciones serán más estables e irán ascendiendo en la jerarquía de las figuras de apego. Así durante la adolescencia tardía y la adultez temprana las relaciones de pareja empezaran a satisfacer necesidades de apoyo y cuidados.

A lo largo del ciclo vital las relaciones con iguales juegan un papel fundamental en el desarrollo y bienestar psicológico de los seres humanos, durante la adolescencia en medida que los chicos y chicas se van desvinculando de sus padres, las relaciones con sus compañeros van ganando importancia, intensidad y estabilidad, de tal forma que el grupo de iguales va a pasar a constituir un contexto de socialización preferente y una fuente de apoyo.

Un estudio realizado por Zeifman y Hazan (2008) sobre niños y adolescentes, se observó que los cuatro componentes del apego (búsqueda de proximidad, apoyo emocional, ansiedad de separación y base segura), durante la adolescencia los iguales iban asumiendo un papel fundamental en los dos primeros, mientras que padres y madres continuaban siendo figuras importantes.

Como han señalado Scrarf y Mayselless (2007), este proceso normativo de acercamiento al grupo de iguales cumple tres funciones diferentes:

- En primer lugar ayuda al adolescente a relajar los lazos con los padres y a conseguir cierta autonomía emocional.
- En segundo lugar es una experiencia en relaciones igualitarias que le va a preparar el camino para el comienzo de las relaciones de pareja.
- En tercer lugar, va a suponer una diversificación de la inversión emocional en distintas figuras de apego, lo que puede resultar muy útil en situaciones de estrés en que algunas de estas figuras pudieran no estar disponibles.

Los modelos de apego constituidos en la infancia también van a guardar relación con los vínculos que el adolescente establezca con los compañeros, en estos vínculos se observa la relación entre la seguridad en el apego y la competencia mostrada en las relaciones con iguales.

1.6 DISTANCIAMIENTO DE LOS PADRES Y BÚSQUEDA DE LA AUTONOMÍA

Tal vez este sea uno de los procesos sobre los que existe mayor evidencia puesto que durante la adolescencia existe una disminución de la cercanía emocional y las expresiones de afecto (Collins y Repinski, 2001), la calidad de tiempo que padres e hijos pasan juntos y un aumento de la necesidad de privacidad (Steinberger y Silk, 2002). La comunicación también suele experimentar un ligero deterioro en torno a la pubertad, ya que en esta etapa chicos y chicas hablan menos espontáneamente de sus asuntos, las interrupciones son más frecuentes y la comunicación se hace más difícil (Parra y Oliva, 2007).

Por otra parte las discusiones y conflictos entre padres e hijos pasan a formar parte de la vida cotidiana en la familia, especialmente durante la adolescencia temprana. (Collins y Steinberg, 1998)

Algunos estudios, han encontrado indicadores claros de este distanciamiento, aumentando de edad el número de adolescentes que expresan más sentimientos de rechazo y menos manifestaciones de afecto positivo cuando hablan acerca de las relaciones con sus padres. (Ammaniti, van Ijzendoorn, Sparza y Tambelli, 2000). Todos estos procesos no son sino consecuencias de la búsqueda de autonomía por parte del adolescente y reflejan el choque entre la necesidad de apoyo parental en un momento en el que tienen que afrontar muchas tareas evolutivas, y la experiencia de exploración que requiere la resolución de dichas tareas. El adolescente ha de alcanzar un equilibrio entre dichas necesidades, que no son sino la continuación en un nuevo escenario de los sistemas de apego y exploración.

En otro estudio al igual que ocurría en los niños pequeños en la Situación del Extraño, los adolescentes mostraran una mayor tendencia a la exploración cuando sientan que los padres están disponibles y les muestran su apoyo. De hecho y aunque algunos chicos aumentan sus conductas exploratorias y reducen manifestaciones abiertas de apego en su tránsito a la adolescencia, la mayoría disfruta de relaciones cálidas y estrechas con sus padres, necesitan su respeto y aprecio, y en condiciones de estrés

tornan a sus padres, que continuaran siendo importantes figuras de apego, incluso durante la adultez emergente. (Delgado y Oliva, 2011; Scharf y Mayselles 2007).

También es de esperar que existan diferencias individuales en la forma en que el adolescente resuelve la tarea de distanciarse emocionalmente de sus padres, puede resultar más complicada en el caso de aquellos chicos y chicas con un modelo de apego inseguro.

En definitiva parece evidente que la seguridad en el modelo de apego favorece un distanciamiento de los padres más saludable, por lo que no es extraño que estos adolescentes muestren mejor ajuste a la tarea evolutiva. (Bernier, Larose y Whipple, 2005). Sin embargo este distanciamiento emocional de los padres puede resultar especialmente estresante especialmente en aquellas familias con adolescentes inseguros. En estos casos la búsqueda de la autonomía puede ser experimentada como una amenaza para la autoridad materna y paterna y para la relación paterno-filial, y tanto los adolescentes como sus padres pueden verse abrumados por la fuerte carga afectiva suscitada por sus conflictos y desacuerdos. (McElhaney et. Al., 2009).

28

Evidentemente, no es fácil determinar el sentido de la influencia entre los modelos de apego del adolescente y sus relaciones familiares, ya que si bien es posible que estos modelos construidos a lo largo de la infancia afecten las relaciones familiares presentes y a la resolución de tareas relativas al logro de autonomía, también es más probable que las pautas de interacción establecidas con sus padres durante la adolescencia predigan cambios en los modelos de apego previamente establecidos.

CAPÍTULO 2 ADOLESCENCIA

Los movimientos de expresión de la cara y el cuerpo, sea cual fuere su origen, revisten por sí mismos suma importancia para nuestro bienestar. Sirven como primer medio de comunicación entre la madre y el bebé. Aquella sonrisa, alentando la conducta adecuada del niño, o frunce el entrecejo, expresando su desaprobación. Estos movimientos de expresión dan vitalidad y energía al lenguaje hablado. Revelan los pensamientos e intenciones de los demás con mayor autenticidad que las palabras, las cuales pueden ser falsas... Tales resultados surgen, en parte de la íntima relación que existe entre casi todas las emociones y sus manifestaciones externas...

CHARLES DARWIN (1872)

“La adolescencia, como cualquiera otra etapa de la vida humana, tiene características particulares que permiten identificarla cronológicamente por medio de los comportamientos específicos o por los fenómenos del proceso de ajustamiento de los individuos a su medio o con otros adolescentes que se encuentren en situaciones semejantes”. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta. Hamel y Cols. (1985). En la adolescencia, como en cualquier otra etapa de la vida humana, existen características particulares que permiten identificarla cronológicamente por medio de los comportamientos específicos.

29

Hernandez Cruz (1995) refiere que la adolescencia es un periodo de transición en el cual suceden cambios en diferentes aspectos de la vida de la persona como:

- La adquisición de la madurez sexual y reproductiva
- Evolución de los procesos psicológicos de los individuos y los cambios de las formas de identificación, de los de niño a los de adulto.
- Transición del estado de dependencia socioeconómica a total independencia.

2.1 DEFINICION:

Como expresa la etimología de la palabra, es la edad del cambio: *adolescere* que significa en latín <<crecer>>. E. Kemberger 1967, destaca que se considera que el adolescente es un niño y adulto al mismo tiempo, cuando lo cierto es que ha dejado de ser un niño sin todavía ser un adulto. Este gesto es el que retribuye a la crisis.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

De acuerdo a la OMS: “La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica”

Papalia (2003) la define como la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales la adolescencia dura casi una década, desde los 11 o 12 años hasta finales de los 19 o comienzos de los 20, en general se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, en el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad: capacidad de reproducirse

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

Comprender este periodo de cambios extremos tanto como psíquicos como biológicos expresan una ardua tarea; debido a que existen constantes cambios, rupturas, incongruencias que motivan el comportamiento del adolescente.

La perspectiva psicoanalítica se basa en la siguiente premisa “Es posible concebir y describir la adolescencia como un proceso psicológico relativamente homogéneo según el tipo de sociedad”.

El desarrollo del adolescente se divide en diferentes fases madurativas las cuales son temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años).

De acuerdo a González, (2005) menciona que la pubertad: se inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Los cambios físicos dan como resultado un rápido crecimiento en la estatura y peso, cambios en las porciones y formas del cuerpo y la llegada de la madurez sexual, estas enormes modificaciones físicas son parte de un largo y complejo proceso de maduración que comienza desde antes de nacer y sus implicaciones psicológicas continúan hasta la edad adulta. (Papalia, 2012).

Los cambios en las mujeres y en los hombres incluyen el desarrollo del vello púbico, una voz más profunda, la maduración de los órganos reproductores, la producción de esperas, en cambio en las mujeres se da la menstruación, el ensanchamiento de caderas

2.2 ASPECTOS DINAMICOS DE LA ADOLESCENCIA

A continuación se mencionan algunas concepciones que forman parte de la personalidad adolescente.

- * **La problemática del cuerpo:** La pubertad se manifiesta mediante profundas modificaciones fisiológicas que evidentemente, repercuten en el ámbito psicológico, en la realidad concreta y en el ámbito imaginario y simbólico.

- * **La imagen del cuerpo** El cuerpo se transforma a un ritmo variable pero de forma total: el físico cambia no solo a los ojos del adolescente, sino también a los ojos de quien lo contempla. La imagen del cuerpo cambia completamente en varios aspectos.

- * **El cuerpo como punto de orientación espacial.** <<El adolescente es un poco como un ciego que se mueve en un espacio en el que las dimensiones han cambiado>> (A. Haim). El adolescente se enfrenta a la transformación de este instrumento de medida y referencia con respecto al entorno, que es la percepción misma de su cuerpo.

- * **El cuerpo como representante simbólico:** En la forma de utilización, con aprecio o desprecio, con amor u odio, como fuente de rivalidad o sentimiento de inferioridad, vestido en ocasiones, disfrazado, el cuerpo representa para el adolescente un medio de expresión simbólica de los conflictos y de los modos de relación. Por ejemplo para el chico el pelo corto o largo puede reflejar una moda o también puede ser una expresión simbólica de la identidad sexual.

- * **El cuerpo y el narcisismo:** El interés que manifiesta el adolescente en ocasiones por su propio cuerpo parte de un conjunto más amplio de hiper-motivaciones del mismo y explica la presencia, en ocasiones predominante, de la dimensión narcisista en el funcionamiento mental a esta edad (M. Vincent, 1982).

Es importante mencionar que los cambios que sufre el narcisismo, tanto en su aumento cuantitativo como en la diferente distribución dinámica.

Algunos autores diferencian los modos de expresión del narcisismo durante la adolescencia, situando ciertas conductas denominadas <<narcisistas>> en una línea de continuidad que abarca desde las conductas que reflejan la normalidad casi total hasta las que se observan en los estados extremadamente patológicos. (O. Kernberg. 1975).

- 1) **El primer modo de expresión** se manifiesta como preocupación por sí mismo, amor por sí mismo e incluso fantasmas de grandes características, de un narcisismo habitual en la adolescencia, que viene determinado por el aumento de la investidura libidinosa de Sí mismo y por la coexistencia con una persistente investidura de objeto.
- 2) **El segundo tipo ya es más patológico**, se manifiesta por una identificación patológica de sí mismo, con los objetos infantiles, y la búsqueda de objetos que representan el Yo de la infancia. Ya no convergen las investiduras narcisistas y de objeto.
- 3) **El tercer tipo**, todavía más patológico que el anterior, se manifiesta por el mantenimiento constante de un Yo que se impone con proyección de un Yo con modelo primitivo que se impone sobre el objeto.

Este narcisismo de la adolescencia está relacionado con el narcisismo parental proyectado sobre el niño, quien potencialmente se convierte en el que podría realizar los fantasmas de los padres, pudiéndose sentir al mismo tiempo muy desvalorizados en caso de no realizarlos.

* **El cuerpo y el sentimiento de identidad:**

El sentimiento ajeno o de extrañeza con respecto a su cuerpo que invade en esta etapa a muchos individuos es equiparable, descartado todo factor psicótico, al sentimiento de no conseguir una identificación segura. Es decir el adolescente se enfrenta a una serie de modificaciones corporales que suceden a un ritmo rápido y le cuesta asimilar.

2.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Peter Blos (2011), divide la adolescencia en etapas que el adolescente atravesará con gran rapidez e inevitablemente:

- **Pre adolescencia (de 9-11 años):** En esta etapa cualquier experiencia ya sea pensamientos y actividades sin ninguna connotación erótica o sexual se transforman en estímulos sexuales y tienen función de descarga. Los hombres dirigen su atención a la genitalidad propia, mientras que las mujeres centran su atención en el género opuesto. Hay características también de descargas emocionales, los hombres son hostiles con las mujeres, y ellas en cambio muestran sus capacidades y habilidades masculinas al extremo.
- **Adolescencia Temprana (de 12-14 años):** La característica principal en esta etapa es el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones. El interés se centra en la genitalidad, la adopción de valores, reglas y leyes adquieren cierta independencia de la autoridad parental. El autocontrol amenaza con romperse.
- **Adolescencia (de 16-18 años):** Aquí, el hallazgo en la mayoría de los casos es un objeto heterosexual, y se abandonan las posiciones bisexuales y narcisistas, característica del desarrollo psicológico de la adolescencia. Ocurren 2 procesos afectivos, el duelo y el enamoramiento, el duelo tiene que ver con la aceptación del alejamiento de los objetos primarios ósea padre-madre, hasta la liberación, y en el proceso del enamoramiento, está el acercamiento a nuevos objetos de amor. La

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

recurrente pregunta del adolescente de ¿Quién soy?, cambia al final de esta etapa por “Este soy yo”.

Adolescencia tardía (de 19-21 años): Aquí las principales metas del individuo son lograr una identidad del Yo e incrementar la capacidad para la intimidad, se presenta una actitud crítica frente al mundo externo y a los adultos en general, no querer ser como a quienes rechaza y elige un cambio ideal. El mundo interno que ha desarrollado a partir de su infancia servirá de puente para reconectarse con un mundo externo que es nuevo para él a consecuencia de su cambio de estado.

Pos adolescencia (de 21-24 años): Esta fase es la precondition para el logro de la madurez psicológica, a quienes están en esta etapa se les conoce como adultos jóvenes, las relaciones personales se tornan permanentes, así como la selección del medio donde se quiere interactuar. Se mantiene el énfasis en los valores, los cuales se consolidan de acuerdo con las experiencias pasadas y la planeación del futuro. Es una fase intermedia con la futura etapa de la edad adulta

34

2.4 LA ADOLESCENCIA COMO PROCESO DE DUELO

Hay que agregar a las modificaciones fisiológicas y pulsionales sufridas por él adolescente, un gran cambio psíquico que está ligado a la experiencia de las separación de las personas que han ejercido su influencia durante la infancia y al cambio sufrido por su modo de relación, de los proyectos y placeres elaborados en común y que pueden equipararse a un proceso de duelo.

Knobel (2009) lo describe así: como la persona de luto, el adolescente se encuentra sumido en recuerdos de los objetos perdidos, y como ocurre con ésta, le pasa por la mente la idea de la muerte. Mientras que la dinámica del duelo normal permite poner en marcha este proceso, la dinámica de la adolescencia hace que no pueda fijarse en nada.

Anna Freud citada en Aberastury (2009) considera que en esta etapa existe una línea paralela entre las reacciones de los adolescentes y las respuestas de los individuos

afectados por algún tipo de pérdida real, en donde se ponen en marcha los mecanismos de defensa puestos en el Yo para luchar contra la pérdida de objeto de esta época.

De acuerdo a Kearney y Cooke, (1999) el sufrimiento en esta época es tal como ocurre en el duelo, y este ocurre por una pérdida objetos de la infancia que se pueden analizar esquemáticamente en dos niveles:

1.- En primer lugar la pérdida de objeto primitivo, siendo posible comparar en ocasiones la adolescencia con la primera infancia (fase de separación de objeto maternal); E. Kestermberg, D. Meltzer y J. F Masterson estos autores retoman terminología de M. Malher, para referirse al <<Proceso de Separación-Individuación>>.

2.- Pérdida del <<Objeto Edípico>> impregnado de amor, de odio, de ambivalencia. El adolescente se ve obligado a conquistar la independencia, a liberarse de la influencia parental y acabar con la situación edípica (A. Haim, 2003)). Podemos añadir el hecho de que el deseo de autonomía, el contacto con los otros ideales y la percepción de la realidad más exacta llevan a poner en duda tanto la imagen parental idealizada como el sentimiento de omnipotencia proyectados durante el periodo de la infancia sobre los padres. Una de las tareas psíquicas de la adolescencia es conseguir desligarse totalmente respecto a la autoridad parental y a los objetos de la infancia.

D. Gedance, F.G. Ladame y J. Snakkers, (1991) afirman que: un adolescente con una evolución normal experimenta momentos de depresión inherentes al proceso de desarrollo al que se encuentra involucrado.

Estos autores incluso distinguen dos fases:

A. Una primera fase o un primer momento de depresión, es el que acompaña al duelo por la pérdida del refugio maternal, duelo no deseado sino impuesto, que no se experimenta como liberación, sino como abandono.

B. Más tarde una segunda fase en la adolescencia en la que interviene un nuevo duelo provocado por la presión de las pulsiones genitales, el duelo por la pérdida del objeto edípico.

El pensamiento del adolescente está determinado por un proceso de triple duelo de acuerdo a P. Bloss (1962):

- Duelo por el cuerpo infantil
- Duelo por la identidad y el rol infantil
- Duelo por los padres de la infancia

A) **El duelo por el cuerpo infantil** perdido es el primero que tiene que ver con la imposición que viene desde lo biológico para el sujeto. La contradicción que se da en él, teniendo una mente aun infantil y un cuerpo cercano al de un adulto hacen, hace que pueda experimentar un "verdadero fenómeno de despersonalización".

36

El niño ya se encontraba familiarizado con su cuerpo, con los alcances y limitaciones de este, con el cómo actuar, y lo poco o nada le importaba la apariencia física que poseía no solo en este cuerpo sino con la ropa que usaba.

Esta incomodidad se puede explicar por dos vías; la primera de estas es que el transcurso de adaptarse a este nuevo cuerpo no es rápido, ni se da de un momento a otro, es un proceso que se da paulatinamente y que tiene como final el cuerpo adulto, el cual es aceptado como tal cuando la persona finaliza su adolescencia y comienza su adultez. La segunda característica que origina esta incomodidad vendrá de la sociedad y sus estándares de "belleza" determinados, la imagen que proyectan los medios de comunicación y en general la sociedad, es una imagen en la mayoría de los casos, de cuerpos perfectos e inalcanzables para gran parte de los sujetos, de esta manera la presión social hace que el sujeto este en constante inconformidad con su cuerpo y en búsqueda de un estado casi inalcanzable.

- B) El segundo duelo es el denominado por la identidad y el rol infantil**, de esta manera el adolescente tendrá que vérselas con una realidad que le impone nuevas funciones y responsabilidades y a su vez que le concede menos indulgencia ante sus errores y reconocimiento a sus logros que en su etapa infantil.

De este modo elude su responsabilidad, involucrándose con personas que puedan ayudarlo a cargar con esta sin que él se haga cargo de nada en realidad.

Así se pueden explicar algunas de las relaciones interpersonales del adolescente que van desde el acercamiento más intenso hasta la apatía más fría en cuestión de pocos momentos; el sujeto lo que hace aquí es cosificar a las personas, vinculándose a estas según su conveniencia y como le puedan servir para soportar esta carga se le impone desde su nuevo rol y las responsabilidades que debe asumir.

- C) En lo referente al duelo por los padres de la infancia la aceptación de la pérdida no solo viene del hijo o hija, sino de los padres.** El adolescente debe procesar que sus padres cuidadores y protectores ante cualquier circunstancia han desaparecido y que los seres que lo cuidaban como un “niño” ya no lo harán gracias al tiempo y los cambios que ha sufrido; igualmente los padres deberán aceptar la pérdida de su hijo “niño” y todo lo que esto implica, las libertades que le deberá dar y la conciencia de su propia edad, ya que al tener un hijo adolescente se darán cuenta que su misma juventud ya se ha extinguido y que sus responsabilidades ahora son otras.

Ante la nueva función que ocupan los padres y que el adolescente ve más como de límite y restricción que de cuidado y protección este puede reaccionar desde una “percepción – acción, sin pensamiento” ante las negativas a ciertos asuntos y libertades, es decir, este actuara sin medir en consecuencias (dependiendo de cada estructura psíquica); esto finalizara, en algunas ocasiones, en actos que vayan en contra de lo establecido por los padres y aumentara aún más el conflicto ya existente con ellos. Al seguir el sujeto con el proceso evolutivo y formar su personalidad será capaz de integrar y asumir la norma, actuando y previendo las

consecuencias de sus actos y actuara según este estilo de pensamiento le indique. Entre tanto los padres deberán buscar la manera de asumir la imposición de la norma y las libertades que ellos mismos deberán generar y brindar respectivamente.

2.5 HÁBITOS Y ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA:

La adolescencia se considera como un tiempo de transición con cambios físicos, sociales y cognitivos, que demandan una considerable adaptación. Este es también un periodo durante el cual los adolescentes son particularmente vulnerables a los cambios relativos a su desarrollo y a las presiones sociales. (Silva, 2007).

El desarrollo de la autoimagen en el adolescente se puede ver afectada por diversos factores y uno de ellos es el peso corporal, lo cual puede provocar que algunos adolescentes recurran a la práctica de conductas alimentarias en riesgo, las cuales se distinguen por los disturbios en la ingesta, como la restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones) excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso (Fandiño et al., 2007)

La alimentación no solo es un papel primordial por el hecho de aportar nutrientes durante la infancia y la adolescencia, para permitir un óptimo crecimiento y desarrollo. (Kathleen, 1996).

***Actitud:**

González & Merino (2000), refieren que las actitudes hacia la alimentación son el conjunto de acciones que se establecen en relación del ser humano con los alimentos. Implica a la ingesta alimentaria, esto es la claridad y tipo de alimentos de la dieta, pero también a los hábitos y sentimientos que se establecen en relación al acto de comer.

De acuerdo a Agüero (2013) las actitudes pueden considerarse como una organización de creencias, sentimientos y tendencias de conducta hacia objetos, grupos, eventos o símbolos socialmente significativos; una predisposición adquirida, un sentimiento general de evaluación (positiva o negativa), sobre personas, objetos; la cual se encuentra compuesta por los siguientes factores:

- Afectivos: Respuesta emocional, positiva o negativa
- De Conducta (“Behavioural”): Intención de realizar una acción
- Cognitivos: Creencias que moldean los componentes anteriores

Estos factores juegan un papel importante en la determinación de la conducta. Debido a que llevan implícito actitudes de carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. La cual predispone a una respuesta en particular con una carga afectiva que la caracteriza.

Hábito:

Por otra parte un hábito es la capacidad que el hombre tiene de disponerse de un modo distinto de cómo es por naturaleza, aunque no vaya en contra de ella (Aspe y López, 1999)

La Real Academia Española (2001) define la palabra hábito modo especial de proceder o conducirse, adquirido por la repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas, mismo que proviene del latín “habitus”.

Por lo tanto las conductas y actitudes alimentarias son el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta que generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. Además de las influencias sociales, se ha señalado que el ambiente familiar, tiene un impacto relevante sobre el patrón de ingesta y las actitudes alimentarias. En la familia es donde se adquieren hábitos y costumbres de todo tipo, incluyendo los hábitos alimenticios y las costumbres culturales relacionadas a la alimentación. (Domínguez, 2008).

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, están fuertemente condicionados por el contexto familiar desde la etapa infantil, en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y las practicas alimentarias. Los progenitores influyen en el contexto alimentario, en aspectos como el tipo, cantidad y

horarios de alimentación, así como la edad de introducción de los mismos. Los modelos de alimentación aplicados por estos están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños y los adolescentes durante la comida.

Torresani (2007) menciona que los hábitos alimentarios de los adolescentes no solo son influidos por el tipo de alimentación familiar, sino también por las conductas de los otros adolescentes con los que se relacionan y por los estilos de vida en el que se desarrollan. En la adolescencia, se tiende a introducir el consumo de comidas rápidas, las cuales contribuyen a la modificación de los hábitos alimentarios. Así también la constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasa, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos ha inducido un cambio importante en los patrones de alimentación que no son adecuados para los jóvenes.

Un hábito es algo que nos hemos acostumbrado a hacer, son nuestras costumbres en relación con la selección, adquisición, conservación y combinación de los alimentos. (Proniño, 2000).

Cuando hablamos de hábitos alimentarios, estamos haciendo referencia a como nos alimentamos cada día, la forma en que lo hacemos, su forma de preparación, combinación, donde hay diversos factores que pueden influir como la cultura, entre otros.

Los hábitos alimentarios pueden ser:

- A) Perjudiciales: desde la perspectiva de la salud por el riesgo de padecer enfermedades.
- B) Beneficiosos: por promover el mejor estado de salud.

La formación de hábitos se adquieren desde los primeros años de vida ya que en estos años los niños imitan a las personas del entorno tomándolas como modelos (Cudos, 2007). Es de vital importancia el medio familiar en la transmisión de hábitos

alimenticios, así como también reforzar en la escuela ya que estos se van conformando en las experiencias de aprendizaje.

Algunos factores que influyen en el consumo de los alimentos y en la formación de hábitos son el ambiente familiar, mensaje de medios de comunicación, influencia de pares y tendencias sociales. Es importante comprender que los hábitos alimenticios no son estáticos, y pueden ser modificados a lo largo del tiempo. A su vez son acumulativos, es decir cuando se incorpora un nuevo hábito en una familia, el mismo es transmitido a las diferentes generaciones.

Existen diversos factores que influyen en la forma de alimentación como: la disponibilidad de alimentos, la tradición, la religión, el prestigio social y la publicidad.

Por su parte Herrera (2008) refiere que los aspectos como la diversidad de actividades, la búsqueda de identidad y aceptación social y una creciente preocupación por su aspecto, provocan que los hábitos de los adolescentes se vuelvan erráticos, eliminan comidas regulares, ingieran una gran porción de alimentos entre comidas e incluso llegan a omitir otras.

41

La adolescencia es el grupo de edad que se ve más afectado por las actitudes alimentarias no saludables, pero es en los primeros estadios de vida en donde estas cuestiones son especialmente relevantes, sobre todo en la adolescencia que es el periodo de transición entre la infancia y la adultez donde ocurren profundos cambios biológicos, psicológicos y socioculturales, destinados al logro de la madurez, es una etapa importante ya que se instauran gran parte de los hábitos, que en muchos casos permanecerán toda la vida.

Santos (2003) Describe que la adolescencia se caracteriza por ser un periodo de maduración física y mental, en consecuencia los requerimientos nutricios se incrementan variando de acuerdo al sexo del individuo.

Una de las rápidas señales de maduración es el aumento rápido de estatura y peso, que generalmente en las mujeres empieza entre los 9 años y los 14 y en los hombres entre los 10 y 16 años. Esta condición supone un aumento en las necesidades de

energía, lo que se caracteriza por un mayor apetito. Cuando esta necesidad se satisface en forma excesiva o no se realiza actividad física puede aparecer una alteración en la conducta alimentaria la cual da como resultado sobrepeso e incluso obesidad, que es una enfermedad causada en la mayoría de los casos por la ingesta calórica elevada y un gasto energético deficiente.

Aunque la obesidad deriva de un desequilibrio de la homeostasis energética, en la cual también intervienen interacciones genética, metabólicas, culturales, ambientales, socioeconómicas y conductuales. (Schulze, 2006)

Dentro de los factores socioculturales que afectan las alteraciones de la conducta alimentaria se encuentran la publicidad de alimentos con alto contenido de calórico como las comidas rápidas, este tipo de mensajes son negativos para la salud y promueven el consumo de alimentos insalubre, lo que influye negativamente en los hábitos alimenticios del adolescente., así como el estilo de vida y los patrones de actividad física, en los cuales se ve reflejada la influencia de los padres y los familiares en la vida del adolescente.

42

En los últimos años ha ocurrido un fenómeno conocido como transición nutricional que está caracterizado por la coincidencia de los siguientes factores: la adopción de una dieta rica en alimentos energéticamente densos (ricos en azúcares y grasas) y pobre en micronutrientes, como lo son las comidas rápidas, la disminución de la actividad física.

Los resultados de algunos estudios refieren como el origen de los problemas alimenticios comunes en los adolescentes el incremento en la independencia familiar, el deseo de verse aceptados por sus círculos sociales y el acoso publicitario de los alimentos “chatarra”, situación que ha generado patrones alimentarios erróneos.

De acuerdo a Mota (2008) estos hábitos alimentarios erróneos se caracterizan por:

- A) Alimentación desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino.

- B) Alto consumo de comidas rápidas, golosinas, y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos.
- C) Baja ingesta de calcio debido al remplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional.
- D) Alto consumo de grasas y colesterol presentes en la comida rápida
- E) Aumento o disminución del tamaño de la ración de alimentos.
- F) Menor consumo de vegetales y frutas.

Por otra parte existen diversas terminologías para el concepto de golosinas que hacen referencia a aquellos alimentos industriales, nutricionalmente desbalanceados y con alto contenido de grasas, sal o azúcares, pobres en nutrientes los cuales pertenecen a la comida chatarra, concepto que además

***Comida Rápida:**

Comida chatarra o fast food de acuerdo a Cabrera (2007), es un estilo de comida que actualmente se consume con frecuencia, está basado en menús de fácil preparación y obtención, presentan grandes cantidades de grasas, azúcares y escaso valor nutricional.

Continuando con la perspectiva de Molini (2007) estos grupos de consumidores, sumado a un estilo de vida sedentario, hacen que exista una relación directa con este tipo de comidas y la obesidad.

Ya sea por comodidad, o por falta de tiempo para cocinar por los padres, los niños y adolescentes ingieren grandes cantidades de este tipo de comidas.

Las comidas rápidas se vuelven perjudiciales cuando se convierten en un hábito, ya que en exceso favorecen el incremento de peso corporal.

De acuerdo a Moli (2007), no es aconsejable que el consumo de comida rápida sea de gran frecuencia debido a:

- 1) Favorecen la ganancia de peso
- 2) Aportan grandes cantidades de sodio y colesterol.

... Estilos de Arreglo y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

Sin embargo se han identificado otros factores de riesgo de patrones alimentarios inadecuados, entre los que se puede mencionar el tiempo de exposición de los niños y los adolescentes ante el televisor, la escasa actividad física y hábitos sedentarios.

Como ya se expuso anteriormente, debido a la influencia que ejerce la alimentación sobre el desarrollo y evolución de las enfermedades, los hábitos alimentarios influyen durante la adolescencia en la ganancia de peso de la vida adulta, la transición nutricional, constituye una necesidad para identificar las tendencias, positivas y negativas y su posible efecto en los factores de riesgo para el desarrollo de una alteración en la conducta alimentaria.

CAPÍTULO 3

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA EN LA ADOLESCENCIA

La satisfacción por el alimento se convierte muy pronto en el símbolo de amor que la madre da junto con los cuidados; el niño a la vez recibe el alimento, el amor y las palabras de la madre. Este amor y estas palabras son incorporados para otorgar una satisfacción simbólica que cobra gran importancia junto a la satisfacción del hambre.

LACIA, (1951)

Los trastornos de la alimentación representan en la actualidad, según la OMS el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas como por las muertes que ocasiona.

Un trastorno de la conducta alimentaria va a ser entendido como la serie de alteraciones relacionadas con la actitud y el hábito de comer, en el ámbito clínico, estas alteraciones presentan dos aspectos, la modificación de peso estable (Obesidad, Anorexia y Bulimia) o fluctuantes y las preocupaciones dietéticas excesivas relacionadas en general con la apariencia corporal y que inducen a adoptar hábitos alimentarios específicos (régimen dietético).

Papalia (2005) define a los trastornos de alimentación como “comer en exceso y falta extrema de alimentos”

Hagin (2004), dice que el significado psicológico de la comida se extiende más allá de sus poderes nutritivos y los define como trastornos caracterizados por conflictos sobre la comida, la alimentación, el ejercicio y la imagen corporal.

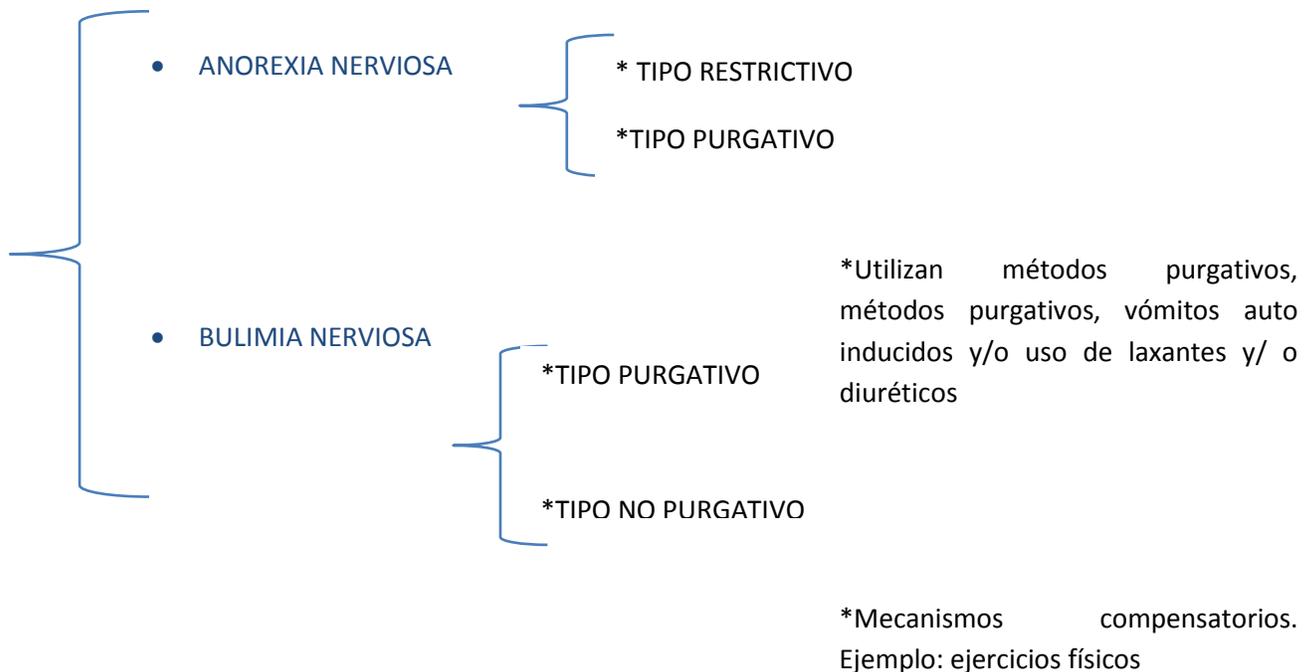
Según esta reflexión podrán denominarse Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), tanto la anorexia, la bulimia como todo tipo de conducta alimentaria inusual (restricción de alimentos, crisis bulímica aislada, maniobras para el control de peso, preocupación constante por la imagen del cuerpo, etc.) que aun sin responder al conjunto de criterios diagnóstico establecidos por las clasificaciones internacionales, suelen aparecer asociadas a estas patologías, ya sea constituyendo los primeros

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

síntomas, o por que persisten por mucho tiempo después de la curación clínica, generalmente su origen está en las carencias de afecto y de estimulación.

3.1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

De acuerdo a la clasificación propuesta por H.Bruch, (1964) se reagruparan las diversas situaciones en que <<la gordura y/o la ingestión de alimentos son utilizados para resolver o disimular problemas de adaptación internos o externos>>.



3.2 ALGUNAS CONCEPCIONES ENCAMINADAS A LA FUNCIÓN ALIMENTICIA.

La alimentación no se puede contemplar como una simple cuestión de prescripción dietética; representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrenta la necesidades individuales del lactante con su participación activa muy precoz, y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por una problemática inconsciente que actúa sin que ella lo sepa (Lebovici, et al, 1995)

Él bebé nace totalmente dependiente de los cuidados maternos, con los cuales forma una unidad indisoluble, cuya vigilancia le asegura cuidados perfectos.

Existe en la madre, inmediatamente después del parto, un estado psicoafectivo particular en forma de “un periodo sensible” durante el cual la constitución del vínculo madre- recién nacido se establece de forma óptima, la prolongación de los momentos de contacto y de interacción madre – bebé durante las primeras horas y los primeros días después del nacimiento tienen efectos positivos, varios meses o incluso varios años más tarde, en la calidad de la relación madre – bebé y el desarrollo del niño (Lebovici, et al, 1995)

I. Lezine citado en *Tratado de psiquiatría del niño y del Adolescente* (Lebovici, et. al., 1995) describe a madres rígidas y crispadas que mantienen al bebé a tanta distancia que evitan el contacto, parece no darse cuenta de las expresiones de afecto de sus hijos, un segundo tipo de madres parece recibir las señales del niño pero es incapaz de darles respuestas, o intenta responder de manera incoherente e ineficaz y un tercer tipo de madres adopta una posición confortable, el bebé esta acurrucado y el contacto piel a piel es estrecho, la comunicación se enriquece con las palabras de la madre, con su sensibilidad y con la adecuación de sus respuestas a las señales del niño, al respetar las pausas y los ritmos del bebé

D. Winnicott citado en *Tratado de psiquiatría del niño y del Adolescente* (Lebovici, et. al, 1995) ha descrito al holding que podemos traducir en términos de comportamiento como *compartir* y en términos más psicológicos como *sostener*, se trata de una noción ambigua que designa el comportamiento de la madre y lo que este significa para ella y para su hijo, la calidad de una secuencia de interacción viene determinada no solo por lo que hace o dice la madre o por los comportamientos del lactante, sino también por el tipo de relación, por la naturaleza del vínculo dinámico existente entre sus señales y comunicaciones respectivas, emitiéndose la hipótesis de que el origen de algunas formas de obesidad infantil y de anorexia mental en la adolescencia, se encontraría una falta de aprendizaje de la sensación de hambre en la primera infancia esto es a la respuesta estereotipada de la madre por medio de un suministro de alimento a cualquier manifestación emocional del niño no le permitiría distinguir el hambre de otras

... Estilos de Apoyo y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

sensaciones internas y le llevaría a calmar cualquier sensación mediante la toma de alimentos, siendo como consecuencia a ello la sobrealimentación, donde el niño le otorga a la comida un valor de afecto y dedicación, el niño se muestra incapaz de autonomía en la vida cotidiana, y aumenta sus demandas de alimento, equivalente de amor, a medida que sus otras demandas, en especial de reconocimiento y seguridad, se ven reprimidas. El padre permanece distante, interviene poco o adopta el papel materno, que refuerza el disfuncionamiento, el niño es un objeto de valor, es bien cuidado, pero no debe expresar su personalidad (Lebovici, et al, 1995).

Anna Freud demuestra como la función alimenticia está implicada en la representación simbólica de las pulsiones en conflicto con el YO, conflictos que afectan a las pulsiones orales, es importante distinguir en los trastornos alimenticios aquello que representa en apariencia la conservación de un vínculo arcaico con un personaje materno, y lo que se refiere a conflictos internalizados y estructurales, las satisfacciones orales, que van menos acompañadas de prohibiciones o de limitaciones que la mayoría de los otros objetivos pulsionales, representan el prototipo del goce menos conflictivo, mediante el cual, además, le es dado imaginarse que satisface a su madre, se crea un movimiento sin salida entre la tentativa de colmar esa falta objetal por medio de las gratificaciones orales y la percepción de la vanidad de semejante negación de la dependencia ante el otro (Lebovici, et al, 1995).

Por su parte los psicoanalistas kleinianos afirman que la vida psíquica del bebé nace con él y que la experiencia de la alimentación se acompaña con el fantasma de la devoración: los bebés asimilan los conflictos instintivos y los fantasmas que lo representan, y la madre es a la vez vivida como buena y mala, portadora de un seno bueno y otro malo, y sobre ella se proyectan todas las energías violentas debidas al deseo y a las ganas de devorarla piensan que para el recién nacido no existe diferencia entre el objeto psicológico de la realidad y los fantasmas que lo representan: las representaciones mentales existen entonces de entrada, él bebe quiere apropiarse de su madre, a quien no posee y quien se vuelve mala porque no le pertenece a él o porque le pertenece a su padre. Es buena madre cuando puede incorporarla como buen alimento, pero se convierte en seno malo porque su envidia lo ha dañado.

En casi todos los casos, la bulimia y la obesidad se fundamenta en conflictos intrapsíquicos que comprometen seriamente las posibilidades de evolución del sujeto. O bien existen síntomas psíquicos asociados, o bien la obesidad es el único síntoma aparente en sujetos sin antecedentes psicopatológicos manifiestos. (Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., 1990).

Por otra parte los mismos autores también, refieren que existen dos tipos de situaciones que son capaces de acarrear una perturbación duradera en la esfera oroalimenticia:

- a) Puede tratarse de un intercambio entre un lactante que come poco y una madre insegura. El bebé suscita en la madre el sentimiento de no poder satisfacerle, lo que crea una frustración que exacerba la ambivalencia. Se organiza así el ciclo “forcing” alimenticio, rechazo, agravación del “forcing” y por tanto del rechazo. La evolución puede desembocar en una nutrición forzada persistente a la que el niño acaba por ceder. La obesidad, evidente muy pronto, no es percibida por la madre que conserva la representación de un bebé melindroso, pequeño y frágil;
- b) Puede tratarse también del encuentro de un niño voraz y de una madre inhibida por sus propios movimientos pulsionales. Se defiende de lo que percibe como insoportable en la voracidad de su niño, instaurado de intercambios alimenticios estrictamente organizados y controlados por ella para mantener una distancia suficiente. El conflicto puede estructurarse de forma rígida a nivel alimenticio y abocar a la constitución de la obesidad. [Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., 1990].

El cuerpo no sólo es imagen para la mirada del Otro, también se hace presente por la sensación de plenitud, por la sensación de vacío y por la investidura de la función de la ingestión. La calma después del atracón es descrita por las bulímicas como un adormecimiento, que deja en suspenso la ansiedad y la desesperación pasadas. No es de extrañar que esto también suceda al obeso, que experimente la cesación de la ansiedad después de una buena comida. (Pieck, 2007).

Por la boca recibe el niño las primeras experiencias de placer y por la boca asimila y recibe prácticamente todo el contenido del mundo. A partir de la negación, que en un primer momento consiste en escupir lo que se rechaza, se le puede dar lugar a la afirmación que consiste en comer lo que se acepta. De esta negación y afirmación originarias surge posteriormente la capacidad de juicio: lo que es bueno lo introyecto; lo que es malo, lo expulso de mí. (Pieck, 2007).

En los primeros días de vida del lactante, la necesidad de ser alimentado se transforma, vira hacia la demanda de amor. La madre no sólo da leche al niño. Con la alternancia de su presencia y su ausencia, cada vez que el niño la necesita o queda satisfecho por un rato, empieza a necesitar más las palabras y el amor de la madre que el alimento mismo. La presencia física de la madre no basta, se pone en juego el don de amor. La frustración, dice Lacan no se da por la falta de alimento sino por la falta del don de amor. La madre en el lugar del Otro introduce al niño al registro simbólico cuando éste experimenta su ausencia. Al ausentarse la madre cuando el niño la necesita, por haber vivido su regreso sabe que va a venir cuando la llame con un grito o con su llanto. Pero aunque la madre acude a su llamado, la presencia que el niño solicita es la de su amor y sus palabras, más que la del alimento. El alimento en sí cobra una importancia dentro de este registro simbólico.

50

Para Lacan, la satisfacción por el alimento se convierte muy pronto en símbolo del amor que la madre da junto con sus cuidados. El niño recibe a la vez el alimento, el amor y las palabras de la madre. Ese amor y esas palabras son incorporados por el niño para dar lugar a una satisfacción simbólica que cobre mayor importancia que la satisfacción real del hambre. (Pieck, 2007).

Esa presencia que el niño reclama no es sólo el cuerpo de la madre, sino el don de amor. De manera que cuando este falta, los objetos reales se insertan en un registro simbólico para compensar la carencia. En esas modalidades de compensación se organizan las bases de la anorexia y la bulimia; incluso la obesidad

3.3 CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN LA ADOLESCENCIA.

A continuación se realizara una descripción breve de las conductas alimentarias más frecuentemente alteradas en la adolescencia, sobre todo en el crecimiento puberal y como consecuencia de este.

Estas conductas pueden producirse durante mucho tiempo de forma aislada, pueden ser de intensidad moderada o ser sucesivas, pero sin que necesariamente lleguen a mostrar cuadros clínicos de anorexia o bulimia. Sin embargo estas primeras manifestaciones contribuyen a los primeros síntomas de alteración y son más habituales en las chicas que en los chicos.

A) Comportamiento alimentario inestable:

En este caso el comportamiento alimentario no se muestra alterado durante las comidas, pero algunos adolescentes presentan conductas específicas con cierta intermitencia. Clásicamente se distingue entre la ingestión desmesurada de alimentos y la crisis de bulimia.

- **Ingestión desmesurada de alimentos:** Responde a una ingestión imperiosa de apetito y se observa en adolescentes en la fase premenstrual. El comportamiento alimentario parece adaptado y la adolescente ingiere sus alimentos preferidos (dulces, pasteles, etc.).

- **Crisis bulímica:** Se denomina también <<Compulsión alimentaria>>. Es un episodio brusco en el que se ingiere una gran cantidad de alimentos a escondidas y sin control. Todos los alimentos pueden resultar objeto de la conducta bulímica, ya que cada paciente tiene sus preferencias. (Pasta, carne, chocolates, pasteles, etc.).

La crisis puede ir precedida de un estado de tensión, malestar, sin hambre auténtica, puede ser un componente de excitación que puede ir acompañado de una lucha consciente de ingestión.

El paciente come de forma precipitada, casi sin masticar y las cantidades ingeridas pueden llegar a ser enormes. El ataque termina cuando ya no hay nada de comer o

el paciente ha sido sorprendido por otra persona, o cuando la sensación de malestar llega a provocar saciedad.

A la fase de ingestión incontrolada sucede una fase de abatimiento con malestar físico (dolor de estómago, fatiga, cefaleas, náuseas etc.) y psíquico (remordimientos, vergüenza, culpabilidad, asco, humillación, menosprecio, etc.) que dura hasta que duerme o se provoca el vómito. Estos accesos pueden repetirse con una frecuencia variable: diaria, semanal, mensual o cada varios meses.

En el ámbito de la psicopatología, estas crisis constituye la traducción comportamental de un sentimiento de vacío o de aburrimiento que suele ir acompañado de un estado de ansiedad.

La emergencia de este deseo, esta pulsión incontrolada, suele ir ligada a un profundo desenvolvimiento pulsional: la vivencia agresiva y desestructurante que constituye el telón de fondo, y está relacionada con la activación repentina de una relación imaginaria agresiva y/o mortífera con una de las imágenes parentales, sobre todo con la de la madre. Así la crisis de bulimia representa el vano intento de incorporar el objeto maternal asociado con la angustia de destruirlo.

52

- **Hipofagia- Picoteo:** La hipofagia como su nombre lo indica se caracteriza por un aporte alimentario excesivo. La hiperfagia generalmente es un fenómeno familiar. Se suelen realizar entre 3 y 4 comidas al día, con un almuerzo importante y un desayuno reducido, responde a factores medioambientales en particular a las costumbres alimentarias familiares.

El picoteo se produce fuera de las comidas y puede tener lugar durante todo el día. Puede tratarse de un solo producto en general un alimento que no necesita preparación previa (chocolates, dulces). El picoteo acompaña actividades del sujeto: actividades escolares, lectura, televisión, y lo normal es que se asocie con la inactividad física. La hiperfagia y el picoteo son característicos de la obesidad.

- **Reducción Alimentaria:**

Es el periodo puberal pero sobre todo adolescente, es frecuente e incluso habitual que se produzca una fase transitoria de restricción alimentaria. Esta reducción puede ser

global o selectiva (pan, queso, etc.) y sigue los consejos o recomendaciones leídos en la prensa o escuchados en algún programa. Aquí predominan los factores medioambientales caracterizados por el intento de conseguir una figura delgada, a la moda.

Esta reducción alimentaria provoca frecuentes discusiones familiares, ya sea en forma de aproximación de relativa convivencia (madre e hija hacen el mismo régimen) o en forma de conflicto, en caso de que uno de los padres intente mantener el control que ejercía hasta ese momento sobre el régimen alimentario de su hijo.

En el siguiente apartado de este capítulo se describirá a grandes rasgos la Anorexia, bulimia y obesidad.

3.4 ANOREXIA

El término **anorexia** tiene su origen en la lengua griega y está formado por dos vocablos: *a/an* (una **negación**) y *orégo* (“**apetecer**”). Se trata de un síntoma frecuente en distintas **enfermedades** y estados fisiológicos que consisten en la **reducción del apetito**, lo que puede llevar a que la persona **comience a ingerir menos alimentos**.

La causa más frecuente de la anorexia es la saciedad natural que se experimenta después de comer una cierta cantidad de alimentos.

Lo que distingue a la anorexia nerviosa es el rechazo de la comida por parte del enfermo y el miedo obsesivo a engordar, que puede conducirle a un estado de inanición, es decir, una situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales. En casos graves puede desarrollar desnutrición, hambre, amenorrea y extenuación.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA CON BASE AL (DSM-IV)

A) Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que pierde peso.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

- B) Alteración de la imagen corporal.
- C) Pérdida de al menos el 25% del peso original. En los menores un 25% del peso original
- D) Negativa a mantener el peso corporal, según peso y talla
- E) Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

De acuerdo a la clasificación ofrecida por el CIE-10 se distinguen dos subtipos de anorexia:

- A. Anorexia Restrictiva: no aparecen atracones ni purgas, este tipo es el más crónico
- B. Compulsiva/ Purgativa: con frecuencia aparecen purgas o atracones. En este tipo hay antecedentes familiares de trastornos afectivos, del control de impulsos y abuso de sustancias.

ETIOPATOGENIA:

54

La anorexia nerviosa es un trastorno de etiología multifactorial en el cual están implícitos factores biológicos, sociales y psicológicos.

Toro (2000) considera que los principales factores de riesgo son

- Elevados ingresos familiares y un alto nivel de educación
- Problemas tempranos con la alimentación
- Sobreprotección materna
- Tener un familiar próximo a que padezca algún trastorno de la alimentación
- Trastornos psicopatológicos de los padres
- Baja autoestima
- Abuso sexual en la infancia
- El perfeccionismo y la auto exigencia

Algunos autores han profundizado en el desarrollo de la concepción multifactorial señalando factores predisponentes, precipitantes y perturbadores.

* **FACTORES DE INICIO DE LA ANOREXIA:**

Como factores de inicio de la enfermedad se encuentran los individuales, familiares y socioculturales de los cuales se puede observar lo siguientes:

- * Alteraciones cognitivas consistentes en pensamientos egocéntricos y sobrevaloración excesiva de la delgadez, convirtiéndose el estar delgado en la base de la autovaloración en su periodo de frustración y crisis. (Garfinkel y Garner, 1982; Toro, 2004).
- * Perdida fuerte de peso, ya sea por enfermedad o exceso de ejercicio, con una eficaz negación y aislamiento de la sensación de hambre, ante el refuerzo social y unos valores de grupo de delgadez (Saldaña 2000).
- * El modelo familiar con frecuencia se encuentra caracterizado por la sobreprotección, el alto nivel de aspiraciones, rigidez, tendencia a conflictos externos, implicación en los conflictos parentales y falta de conocimiento de límites individuales.
- * Conflictos de individualización; es decir que autoafirmarse y definirse como independiente del ambiente familiar, convirtiéndose el estar delgado en la base de la autoafirmación y poder de negativa ante la demanda e intromisión materna en especialmente en familias sobreprotectoras o sobre implicadas que no dejan espacio para el desarrollo personal de sus miembros. Así la negativa a comer surge como propuesta contra la familia que coarta el desarrollo de la independencia de la persona. (Minuchin, Rosman y Baker, 1978).
- * Conflictos con la apariencia sexual del cuerpo que aparece con la pubertad, ya sea un duelo no realizado por la pérdida de la protección infantil, o del deseo de los padres de que la hija no crezca para poderla retener y controlarla como una niña; por lo que la cuestión de la delgadez se convierte en el medio de conservar un cuerpo infantil. (Bruch, 1981).
- * Factores hereditarios, Holland, Hall y Murray (1984) hallaron una concordancia entre gemelos, señalando la relación de vulnerabilidad a trastornos afectivos, muy frecuentes como antecedentes familiares.

- Los factores socioculturales tienen su fundamento en lo estético y el culto a la imagen corporal.
- * **FACTORES MANTENEDORES DE LA ENFERMEDAD:**
 - Necesidad de no ganar peso y necesidad de mantener la restricción alimentaria: se suele decir que no toda persona puede convertirse en anoréxica, sino que existe una predisposición genética para serlo. Dicha predisposición está relacionada con mayor control y aislamiento de la sensación de hambre y está asociada con antecedentes familiares de trastornos depresivos melancólicos. (Chinchilla, 1994).

En la persona anoréxica la relación del hambre es más tenue y los mecanismos de control son más efectivos, es aquí en donde interviene la predisposición genética, la anoréxica sabe que comiendo poco y bebiendo grandes cantidades de agua se controla mejor.

- La preocupación obsesiva por el peso y la silueta va en aumento. Se atribuye a un aumento del humor depresivo, reductor de la actividad serotogénica. (Hollander, 1993).
- Alexitimia o incapacidad para expresar emociones: se desarrolla un aislamiento de las sensaciones corporales y de las emociones o se acentúa si ya está presente como rasgo característico. Se inhibe la fantasía y el pensamiento se orienta hacia referentes externos, ignorando su mundo vivencial interno. Precisamente la pérdida de conciencia emocional y corporal hace más efectiva la negación del hambre y de la situación de ruina personal a la que conduce a la enfermedad. (Moral, 2002).
- En medida que el adolescente o joven se va desadaptando y fracasa en sus metas de desarrollo personal, la enfermedad se convierte en un único sentido de la vida, a modo de adicción comportamental y de justificación de su situación vital (Toro, 2004).

.Una vez que se inicia el trastorno, especialmente si la disposición genética lo facilita, la restricción alimentaria y el no ganar peso constituyen una necesidad para no sucumbir en la voracidad y caer en la obesidad.

Cada vez que la persona se aísla más de su cuerpo para ignorar sus enfermedades. El eje de toda su vida pasa ser el mantenerse delgado, todas actitudes se reduce a las estrategias para mantener ese bajo peso, llevando una vida vacía y absurda y justificando su fracaso evolutivo.

Sin duda la preocupación y la sobrevaloración de una sociedad que engorda por su dieta y estilo de vida, va a determinar los problemas de autovaloración y autoestima, así como las angustias y dependencias no resueltas del adolescente, con el consecuente estado depresivo y la alteración del apetito y la ingestión, conduzcan a un deseo de la delgadez, entrando en una dinámica en la cual se pierde el control y el adolescente queda atrapado.

Pierce y Epling (1996) elaboraron un modelo de la anorexia considerando factores culturales, conductuales y biológicos. El modelo se basa en las relaciones funcionales que regulan la anorexia explicando cómo los síntomas físicos y psicológicos son producto del hambre y el aprendizaje social. Estos autores sostienen que cuando una persona de peso normal o bajo se ve incrementado el nivel de actividad, el apetito disminuye, esta condición propicia un ciclo de incremento actividad reducción de ingesta que provoca el descenso.

57

3.5 BULIMIA

La bulimia o bulimia nerviosa es un trastorno alimentario y psicológico caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las formas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos, también llamados atracones (lo que le genera una sensación temporal de bienestar), para después eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes. El temor a engordar afecta directamente a los sentimientos y

emociones del enfermo, influyendo de esta manera en su estado anímico que en poco tiempo desembocará en problemas depresivos.

Al contrario de lo que ocurre en la anorexia, no suele tener un desenlace trágico, pero si condiciona muy negativamente la vida de la persona que lo padecen en el ámbito personal, familiar y social.

DEFINICIÓN DE BULIMIA:

La palabra bulimia procede del latín *būlīmia*, que a su vez proviene del griego βουλιμία (boulīmia), que se compone de βούς (bous), buey y λιμός (līmos), hambre y significa *hambre en exceso o hambre de buey*.

La bulimia nerviosa, con base en el DSM-IV se caracteriza por una presencia de atracones y conducta inadecuada para compensar la ingestión excesiva de calorías.

Los momentos de gran voracidad llevan a la persona a ingerir una gran cantidad de alimentos en un espacio de tiempo corto. Estos episodios se repiten recurrentemente y tras ellos suelen ocurrir conductas purgativas tales como el vómito inducido o laxantes y/o diuréticos. En otros casos se llegan a utilizar comportamientos compensatorios como el ayuno o la práctica del ejercicio físico

La bulimia afecta sobre todo a las mujeres, las personas que padecen este tipo de enfermedades tienden a ocultar su enfermedad, su familia y amigos no se dan cuenta de este padecimiento, ya que el peso suele mantenerse dentro del rango de normalidad y además el comportamiento de las personas bulímicas es aparentemente normal.

CRITERIOS DIAGNOSTICO PARA LA BULIMIA NERVIOSA DSM- IV:

Para que una persona sea diagnosticada de *bulimia nerviosa* los siguientes criterios deben cumplirse (DSM-IV)

- **A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- **B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
 - **C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
 - **D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
 - **E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
 - En función del tipo de purga que utilizan para compensar el atracón, tenemos
 - **Tipo purgativo:** cuando se utiliza como conducta compensatoria el vómito (emesis), los laxantes, los diuréticos, enemas, jarabe de ipecacuana o incluso la teniasis, (infestación por solium), para eliminar lo más pronto posible el alimento del organismo.
 - **Tipo no purgativo:** Entre el 6% y el 8% de los casos de bulimia se llevan a cabo otras conductas compensatorias, como el ejercicio físico intenso, no hacer nada o ayunar mucho; es un método menos efectivo para contrarrestar y deshacerse de las calorías. El tipo no purgativo se da solo en, aproximadamente, el 6%-8% de los casos de bulimia, ya que es un método menos efectivo de eliminar del organismo un número tan elevado de calorías. Este tipo de bulimia suele presentarse también en quienes presentan el tipo purgativo, pero es una forma secundaria de control del peso.

Russel (1970) propone tres criterios para las bulimias:

- 1.- Poderosos y no dominables impulsos por comer por atracones.
2. Evitación exagerada de los alimentos que consideran engordantes, induciendo vómitos o tomando purgantes para expulsarlos, recurriendo a ambos mecanismos.
- 3.- Miedos enfermizos a engordar.

Nota: si bien la clasificación de Russel podría considerarse como comprimida en la relación con la anterior, es la que contiene los criterios típicos para el diagnóstico:

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

- A) Deseos irrefrenables de querer comer
- B) Desesperada búsqueda de la delgadez.
- C) Estrategias para bajar de peso.

Por otra parte es importante definir el atracón como una ingestión voraz en un tiempo discreto, de una cantidad de comida exagerada para cualquier persona, junto a una sensación de pérdida de control. La persona siente que no puede parar de comer ni controla la cantidad de calorías que ingiere. Los atracones y conducta compensatoria inadecuada aparecen al menos dos veces a la semana durante tres meses consecutivos. La autoevaluación está excesivamente influenciada por el peso y la silueta.

Los atracones van precedidos de una gran cantidad de angustia o impulso de hambre creciente que provoca la pérdida de control. Suelen ocurrir durante la noche o al hallarse la casa sola y siempre a escondidas. Durante los mismos hay una clara sensación de no poder parar e incluso un estado disociado de conciencia, terminan cuando el estómago se haya desagradablemente distendido. Van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, y en más del 70 % de los casos la persona auto induce el vómito.

Normalmente, se comen alimentos que la persona se prohíbe y que no requieren preparación como galletas, pasteles, chocolates, helado y frituras industriales de harina, así como las sobras de alimentos guardados en el refrigerador. Los alimentos se engullen y mezclan sin casi masticar ni paladear (Acosta-García et al., 2005).

FACTORES DE RIESGO DE LA BULIMIA:

- Obesidad en la infancia
- Preocupación por el peso
- Trastornos alimentarios entre los miembros de la familia
- Familiares cercanos sometidos a dieta
- Trastornos psicopatológicos de los padres
- Disputas entre los padres
- Baja autoestima

- Ejercicio insuficiente de los roles paterno y materno
- Abuso sexual en la infancia

Entre los factores de inicio también se mencionan un problema de individuación y una pérdida de autoestima que provocan un fondo depresivo, que frecuentemente tiene síntomas atípicos (somnolencia, hiperfagia, abatimiento e hipersensibilidad al rechazo interpersonal), ganancia de peso y dietas para compensarla, junto a una valoración del bajo peso y la silueta esbelta en la autovaloración y autoafirmación. La persona para mantener su peso va introduciendo más ayunos y aumentando más sus hábitos alimentarios, aunque el aumento del apetito y de la ingestión de la comida, ya sea por el estado depresivo o dietas inadecuadas, hasta el momento en el que aparecen los atracones; entonces se ve obligado a utilizar los métodos más radicales para evitar engordar, como purgas, ayunos largos y ejercicio exagerado. En la medida que se alteran más sus hábitos de alimentación y sus sensaciones de hambre y saciedad, queda enganchada en un círculo vicioso que llega a dominar por entero su vida. Ayuna o hace ejercicio hasta caer presa de su apetito voraz que no puede saciar. El atracón y las conductas se van convirtiendo en la única fuente de placer a modo de una adicción comportamental.

Un predictor de la bulimia es el seguimiento de dietas largas en personas jóvenes con normopeso y antecedentes personales familiares de sobrepeso y obesidad.

DINÁMICA FAMILIAR EN ANOREXIA- BULIMIA.

Algunas escuelas del pensamiento sistémico han realizado el análisis de la relación al vínculo madre-hija en este tipo de enfermedades y se ha observado un tipo especial de familia con características comunes bien definidas, en las que se encuentra un ambiente propicio para el desarrollo de estos trastornos.

Minuchin. (1978) Menciona las características de estas familias principalmente con la madre las cuales son: la sobreprotección una crianza excesiva, restricción de autonomía mostrando actitudes de tipo protector entre los miembros de la familia, la rigidez, es decir la tendencia a seguir los mismos patrones fijos no funcionales, es una familia resistente al cambio, la evitación del conflicto y la pobre capacidad de resolverlo.

... Estilos de Apoyo y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

Son familias con poca tolerancia al conflicto y amalgamadas, es decir sus miembros están excesivamente involucrados entre ellos y muestran tendencias a entrometerse mutuamente en sus pensamientos, acciones y comunicaciones.

Un vínculo con cualquiera de las características antes descritas puede influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de la evolución de la patología.

Las madres de hijos con alguna alteración en la conducta alimentaria muestran dificultades para expresar sus sentimientos, en especial para manifestar su felicidad en torno a la maternidad, no se involucran, no se comprometen o no dan soporte.

Además es significativo que estas familias mantengan a sus hijos aislados, sin apego y establezcan relaciones interpersonales muy conflictivas y con dificultades en el control. También se señala la posible existencia de patologías en los padres.

62

En los vínculos familiares prevalece la existencia de poco apoyo y compromiso, con mucho aislamiento y caos, los cuales se constituyen en posibles factores de riesgo.

En relación con el proceso de separación e individuación señalado por Malher, también existen alteraciones significativas entre estas pacientes y sus madres. Las madres tienden a presentar excesiva solidaridad, acompañamiento y sobreprotección a sus hijos, lo cual llega a sofocar su identidad, se convierten en individuos muy complicados en su manera de ser, muy dependientes y poco estructurados.

Con respecto a las actitudes y creencias acerca de la alimentación Jane Scourfield expone que los niños adquieren las preferencias de alimentación de sus padres y también sus actitudes frente a la comida.

3.6 OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica, que constituye un problema mundial de creciente gravedad, datos de ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) indican que uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Para los escolares, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ascendió un promedio del 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema.

La tercera parte de la obesidad adulta inicia en la niñez, por lo que la obesidad infantil parece ser el resultado de una compleja interacción de distintos factores psicológicos y biológicos. Para comprender la etiología de la obesidad en un niño, es importante conocer las variables específicas o la combinación de variable que parecen ser significativas en cada caso en particular.

La obesidad constituye un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético, dado por el metabolismo y la actividad física. La cual se define por el IMC (índice de masa corporal) el cual se calcula al dividir el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla en metros. (Kg/m²).

***Sin embargo los criterios para definir y clasificar el sobrepeso y la obesidad varían según la edad y el sexo, sin embargo en la adolescencia no existe una clasificación de los tipos de obesidades debido a que el sujeto está en pleno desarrollo.**

Esta entidad médica, asociada a su vez con la morbilidad y mayor riesgo de la mortalidad, es de difícil tratamiento y tiene una tasa alta de recurrencia, la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar múltiples complicaciones médica, entre las cuales está la hipertensión arterial, la diabetes tipo II, la enfermedad coronaria, síndrome metabólico, apnea del sueño, infertilidad y múltiples complicaciones en el embarazo. Los factores conductuales y de estilo de vida son determinantes tanto del problema como del éxito del tratamiento

Por otra parte la obesidad no constituye un estado específico de la adolescencia, la aparición generalmente se da desde niños que en la mayoría de los casos comienza a los 6 años.

DEFINICION:

La obesidad se define como el exceso de grasa corporal, que induce a un aumento significativo de riesgo para la salud, debido a un desequilibrio prolongado entre la ingestión de calorías y el consumo de energía. En palabras sencillas el incremento de peso se produce cuando las calorías que se consumen (en las comidas y bebidas) superan a las calorías que se gastan (en el metabolismo basal, el efecto térmico de los alimentos y la actividad física). Se inicia generalmente en la infancia y la adolescencia.

Por otra parte la obesidad se deriva del latín *obesus* que quiere decir “persona que tiene gordura en demasía”, se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo. Se manifiesta por un incremento de peso mayor al 20 por ciento del peso ideal esperado por la edad, la talla y el sexo. (Serrano, 2010)

De acuerdo a Chinchilla, 2003 la obesidad puede entenderse como un estado patológico crónico que se identifica por el aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso, caracterizado por el aumento excesivo de tejido adiposo.

* ETIOLOGÍA

La obesidad se considera multifactorial: los factores genéticos, metabólicos y conductuales son los más determinantes. También contribuyen los factores psicológicos, como la ansiedad, depresión, el consumo de alcohol y los trastornos de la alimentación, particularmente los trastornos por atracones.

La oferta excesiva y creciente de los alimentos de alto contenido calórico, el aumento de grasas y de azúcares refinados en la dieta y la disminución de la actividad física contribuyen al aumento vertiginoso de este problema.

***Factores genéticos:**

En cuanto a los factores genéticos es importante señalar que no solo se hereda la predisposición a la adiposidad y a la distribución de la grasa corporal, estudios de genética de la conducta indican que los factores conductuales tales como la predisposición de las grasas, la elección del intervalo entre comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y aun a la inclinación por la actividad física tienen componentes genéticos.

- **Aspectos metabólicos:**

Los aspectos metabólicos de la obesidad se refieren a las interacciones neurofisiológicas y endócrinas involucradas en la regulación de la energía corporal.

Estos aspectos son de gran importancia para entender porque es tan difícil perder peso, y además no recuperar el peso perdido.

En resumen el metabolismo favorece la conservación del peso corporal y se opone a la pérdida de este a través de los ajustes metabólicos que conducen a recuperar el peso recientemente perdido.

Desde el punto de vista evolutivo, estas respuestas a la pérdida de peso son adaptativas, en medida que nos protegen de la desnutrición.

***Factor ambiental:**

Todavía permanecen en nuestra memoria colectiva los binomios delgadez-enfermedad, obesidad-salud, delgadez-pobreza y obesidad-riqueza. En nuestro medio estas asociaciones se han visto reforzadas por dos acontecimientos, la eclosión de la tuberculosis (TBC) y las guerras civiles. En la época en la que no existía un tratamiento adecuado para la TBC se recomendaban reposo y sobrealimentación, creándose una falsa relación entre obeso y curación, y delgadez y muerte. Esta memoria histórica transmitida de padres a hijos ha creado una tendencia a sobrealimentar a los niños, lo que puede dar como resultado un aumento de la obesidad en edades infantiles que posteriormente se transforman en obesidades adultas.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

El aprendizaje de los hábitos dietéticos en la edad infantil es muy importante, ya que condiciona los hábitos del adulto. Los binomios expuestos al principio de este apartado están cambiando lentamente, pero todavía un bebé "gordito" equivale a hermoso. Actualmente en las sociedades industrializadas la población suele seguir una dieta rica en grasas y con un aporte de kilocalorías superior a sus necesidades.

*** Sedentarismo:**

Las sociedades desarrolladas han evolucionado en pocos años de forma espectacular hacia el sedentarismo. Se pueden distinguir tres tipos: el de la actividad física programada, el de las actividades cotidianas y el producido por inactividad por enfermedad. Ejemplos de actividad física programada son los gimnasios, competiciones, carreras, etc. La actividad cotidiana serían los pequeños ejercicios que habitualmente se hacen sin que la persona sea consciente de ello; estas pequeñas actividades han demostrado ser más efectivas para la prevención del aumento de peso que la actividad programada. Con el teléfono, los vehículos de tracción motora, los ascensores, el mando a distancia o los servicios a domicilio la actividad física cotidiana ha disminuido de forma sustancial, lo que ha conducido a un menor gasto energético y a disponer de más tiempo libre, que muchas veces se dedica a comer, lo que lleva, como consecuencia directa o un aumento de peso.

66

*** Aspectos conductuales y psicológicos:**

Desde el punto de vista conductual, al restringir voluntariamente la ingesta (Dieta), se sustituyen los controles fisiológicos de manera arbitraria por un control cognitivo tiende a fallar por la presión fisiológica (el hambre), el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, los estímulos alimenticios y la voluntad.

Desde el punto de vista psicológico, algunos elementos pueden contribuir al mantenimiento de la obesidad.

Algunas personas logran introyectar en su desarrollo el control sobre la alimentación que inicialmente ejercen los padres, especialmente cuando la obesidad aparece en la niñez.

Por otra parte la comida es empleada como un objeto transicional desde las primeras etapas de desarrollo, en la cual la comida ayuda a atenuar el malestar emocional.

Una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia mal adaptativa para manejarlas.

Por otra parte la obesidad contribuye a la evitación de la sexualidad y de la separación de los padres, en quienes esto les resulta amenazante. Judith Rodin (1992) menciona “La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa del fracaso: protege de los riesgos de afrontar a una vida social y afectiva pero de un alto costo emocional”.

CLASIFICACION:

De acuerdo a su origen la **obesidad** se puede clasificar en **exógena** y **endógena**. La *obesidad exógena* es aquella que se debe a un exceso en la alimentación o a determinados **hábitos sedentarios**. En cambio, la **obesidad endógena** es debida a **problemas endocrinos o metabólicos del individuo**.

67

- * La **obesidad exógena** es la más común y no está causada por ninguna enfermedad del organismo, sino que está provocada por los hábitos de cada persona. Este tipo de obesidad constituye **aproximadamente entre el 90 y el 95%** de todos los casos de **obesidad**, lo que significa que la mayoría de personas que padecen obesidad no lo hacen por motivos patológicos, si no por un inadecuado régimen de alimentación o **estilo de vida**. En ocasiones, no se trata únicamente de que haya una alimentación excesiva, si no de que hay una falta de gasto de energía y por tanto se produce un **desarreglo entre lo ingerido y lo quemado**.

El estilo de vida ha cambiado drásticamente: además de comer más, se queman muchas menos **calorías**, y esto da como consecuencia una obesidad provocada por la conjunción de una alimentación excesiva y la **falta de ejercicio**.

- * La **obesidad endógena** por su parte está provocada por problemas endocrinos o metabólicos y es menos frecuente, pues sólo **entre un 5 y un 10%** de los obesos lo son debido a estas causas. Este tipo de obesidad es debida a problemas como el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, problemas con la insulina, la diabetes, el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo, entre otros. Dentro de las causas endógenas, es frecuente hablar de **obesidad endocrina** cuando ésta está provocada por la disfunción de alguna glándula endocrina, como la **tiroides**.

TEORÍA PSICODINÁMICAS Y CONCEPCIÓN DE LA OBESIDAD:

La teoría psicodinámica ha conceptualizado la obesidad como una fijación en la fase oral del desarrollo, o como una regresión de la misma. Bruch utiliza el término obesidad del desarrollo para referirse en un estado asociado con alteraciones emocionales y de personalidad graves.

La etiología de este trastorno se consideró debida a una alteración debida a una alteración fundamental en la relación con la madre-niño producida por los problemas emocionales severos experimentados por la madre. Luego define la obesidad reactiva como un tipo de obesidad menos importante producido por factores ambientales estresantes.

La obesidad constituye para el sujeto una forma de adaptación, en parte aceptada de forma positiva y mantenida activamente en la medida en que le protege de angustias o desorganización más inquietantes (Lebovici, et al, 1995).

H. Bruch (1995) fue uno de los primeros en sugerir que la obesidad de inicio temprano puede provenir de un aprendizaje deficiente en la infancia, sugiere que algunas madres no logran diferenciar las necesidades de su hijos para la señal de forma de alimentos con respecto a otros estados aversivos y así alimentar al niño de manera

... Estilos de Apoyo y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

indiscriminada. Este proceso de aprendizaje defectuoso hace que el niño confunda el hambre con otras sensaciones internas, una confusión que persiste y contribuye a comer en exceso y el sobrepeso

El niño obeso se describe inmerso en un ambiente familiar disfuncional con poca comunicación entre los padres y el niño, al niño se le dificulta discriminar entre emociones y otro tipo de sensaciones corporales, como el hambre, el comer es usado como el sustituto de las necesidades afectivas, esta respuesta anormal desarrollado a principios de la interacción madre – hijo; Lejos de quejarse, el niño obeso encuentra en todo ello una satisfacción masoquista, tanto más importante cuanto que la agresividad tiene tendencia volverse contra el sujeto, el círculo vicioso, tan corriente en el obeso, se perpetua: el obeso se siente culpable de comer y de no adelgazar, extrae de ello una satisfacción inconsciente, que lo lleva a comer todavía más, cuya economía psíquica ha hecho de la obesidad, un elemento constitutivo del Self que interviene en numerosos niveles y que participa en la salvaguardia de la coherencia y de la permanencia del sujeto (Lebovici, et al, 1995)

69

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta, siendo carente la bibliografía acerca del adolescente obeso y predisponiendo que un niño obeso será un adolescente obeso; la adolescencia un periodo en la vida en el cual hay un mayor cambio físico y psicológico

Los adolescentes necesitan ser aceptados y apoyados por su grupo de pares, por lo general muy poca diferencia de edad, es importante compartir "identificadores de grupo" común símbolos. La ropa se vuelve importante, esto crea problemas para los adolescentes obesos, es difícil para los adolescentes obesos de ambos sexos encontrar ropa, otra cuestión importante para la aceptabilidad en las actividades de los grupos adolescentes es que los adolescentes obesos pueden adoptar fácilmente el sedentarismo ya que no son aceptados tan fácilmente como copartícipes cuando sus grupos está involucrado en el deporte , por lo tanto, su condición física no hace fácil reunirse con amigos en los clubes deportivos, campamentos de verano etc. (Burniat, 2003)

La obesidad en algunos jóvenes parece realizar unas fantasías inconscientes en las que el cuerpo entero simboliza el poder fálico en representaciones llenas de virilidad por otra parte numerosos pacientes utilizan la obesidad y sus beneficios secundarios como defensa contra la reactivación del conflicto edípico, siendo esta misma, la obesidad la que garantiza a veces la permanencia de un estatus de niño pequeño, con las prerrogativas que le acompañan: persistencia inhabitual de cuidados corporales, y de forma general una relación más cercana, más dependiente con la madre, un menor grado de exigencia por parte del padre, un lugar especial en la fratria (Lebovici, et al, 1995)

El adolescente obeso mantiene una relación singular con la sensación de hambre antes del acto de comer no se detecta en cada caso ya que los adolescentes suelen ser incapaces de decir si tienen hambre cuando comienzan a picar. Esta conducta obedece más bien a una sensación imprecisa, indefinible, a menudo con connotaciones de malestar o como respuesta a una necesidad (o placer) de llenado bucal, de masticar y deglutir, en una palabra, de una actividad oral incesante. Además la ingestión de alimentos no conlleva a una sensación de saciedad, sino más bien un sentimiento de culpabilidad o un estado de aburrimiento suplementarios.

70

El adolescente obeso se describe clásicamente como una persona inactiva, Bruch, (1978) afirma que el trastorno fundamental en la obesidad no es la hiperfagia, si no la actividad. En el seno de esta pasividad se suelen detectar ciertas emociones tales como el aburrimiento que, sin tratarse de un estado depresivo, aparece con frecuencia, o la soledad, que parece asociada con la sensación de aburrimiento. El adolescente se queja de un sentimiento de vacío, de inutilidad, y en otros casos se describen estados de tensión ansiosa con rasgos neuróticos habituales en la serie fóbica; el adolescente normal tiene que haber adquirido un sentimiento de su propio cuerpo, la conciencia de ser un organismo autónomo e independiente, tener la capacidad de reconocer y definir las necesidades corporales y ser capaz, teniendo en cuenta sus necesidades y las del entorno, de llegar a una satisfacción adaptada a sus propias necesidades. El adolescente obeso no ha llegado a conseguir esa autonomía. Bruch propone una hipótesis centrada en el papel que desempeña el entorno de cara a la constitución de

esta autonomía: la incapacidad del adolescente obeso para reconocer sus necesidades corporales y reaccionar con una respuesta adecuada proviene del caos de las primeras experiencias de satisfacción, sobre todo orales: cuando una madre ofrece alimento en respuesta a señales que indican una necesidad alimentaria, el niño ira desarrollando progresivamente la noción de “hambre” como una sensación distinta de las otras necesidades o tensiones físicas. Si por el contrario, la madre reacciona repetidamente de forma inadecuada, ya sea indiferente, hiperestimulante, prohibitiva o totalmente permisiva, el niño quedara sumido en un constante estado de perplejidad y, por consiguiente será incapaz de distinguir si tiene hambre, si se siente repudiado o si experimenta otro tipo de malestar. Según Bruch, estos niños se convierten en adolescentes que no han desarrollado ni integrado su imagen corporal y que carecen totalmente de recursos de cara a las necesidades corporales. Desarrollan la sensación de que sus necesidades están controladas desde el exterior, como si ellos no fueran los propietarios de su cuerpo y de sus sensaciones. Este tipo de adolescente tendera a ingerir alimentos ante todo estado de tensión indeterminado, ya se trate de hambre, aburrimiento, soledad o malestar físico, como había hecho su madre cuando eran bebés al ofrecerles indistintamente alimentos cual fuera su manifestación.

71

Más allá de esta hipótesis predominantemente medioambiental otros autores han interpretado estas conductas alimentarias seguidas de obesidad como el testimonio de una fijación defensiva en la pulsión oral, la satisfacción del hambre es el prototipo de la satisfacción instintiva y, además, la oralidad esta erotizada a través de la actividad de succión característica del picoteo. La importancia de la oralidad y de su incorporación en la etapa de la adolescencia ha sido destacada por P. Blos (1979), quien refiere a una autentica hambre de objeto, que es necesario incorporar las sensaciones de hambre y la tendencia a abotigarse de alimentos están solo en parte provocadas por el crecimiento físico de la adolescencia.

Cuando se hace excesiva, esta fijación en lo oral parece desempeñar diversas funciones: factor de lucha contra la depresión, factor de resistencia contra la sexualidad, obstáculo en la elaboración mental.

ADOLESCENTE OBESO

El adolescente obeso mantiene una relación singular con la sensación de hambre antes del acto de comer no se detecta en cada caso ya que los adolescentes suelen ser incapaces de decir si tienen hambre cuando comienzan a picar. Esta conducta obedece más bien a una sensación imprecisa, indefinible, a menudo con connotaciones de malestar o como respuesta a una necesidad (o placer) de llenado bucal, de masticar y deglutir, en una palabra, de una actividad oral incesante. Además la ingestión de alimentos no conlleva a una sensación de saciedad, sino más bien un sentimiento de culpabilidad o un estado de aburrimiento suplementarios.

El adolescente obeso se describe clásicamente como una persona inactiva. H. Bruch afirma que el trastorno fundamental en la obesidad no es la hiperfagia, si no la actividad. En el seno de esta pasividad se suelen detectar ciertas emociones tales como el aburrimiento que, sin tratarse de un estado depresivo, aparece con frecuencia, o la soledad, que parece asociada con la sensación de aburrimiento. El adolescente se queja de un sentimiento de vacío, de inutilidad, y en otros casos se describen estados de tensión ansiosa con rasgos neuróticos habituales en la serie fóbica.

H. Bruch (1973) opina que un adolescente normal tiene que haber adquirido un sentimiento de su propio cuerpo, la conciencia de ser un organismo autónomo e independiente, tener la capacidad de reconocer y definir las necesidades corporales y ser capaz, teniendo en cuenta sus necesidades y las del entorno, de llegar a una satisfacción adaptada a sus propias necesidades. El adolescente obeso no ha llegado a conseguir esa autonomía. Bruch propone una hipótesis centrada en el papel que desempeña el entorno de cara a la constitución de esta autonomía: la incapacidad del adolescente obeso para reconocer sus necesidades corporales y reaccionar con una respuesta adecuada proviene del caos de las primeras experiencias de satisfacción, sobre todo orales: cuando una madre ofrece alimento en respuesta a señales que indican una necesidad alimentaria, el niño ira desarrollando progresivamente la noción de "hambre" como una sensación distinta de las otras necesidades o tensiones físicas.

Si por el contrario, la madre reacciona repetidamente de forma inadecuada, ya sea indiferente, hiperestimulante, prohibitiva o totalmente permisiva, el niño quedara sumido en un constante estado de perplejidad y, por consiguiente será incapaz de distinguir si tiene hambre, si se siente repudiado o si experimenta otro tipo de malestar.

Psicológicamente, la obesidad tiene un impacto negativo porque:

- a] El obeso se considera como rechazado por su grupo; como candidato de minorías.
- b] Es motivo de bromas, de chistes, de sobrenombres y de remoquetes por parte de amigos y compañeros.
- c] Es eliminado de los deportes y de las otras actividades extraescolares; o él mismo se considera inhábil para tales cosas.
- d] Se siente “fuera de moda”, mucho más que en la actualidad en que “el grito” es el de la “moda delgada”.
- e] Presenta rasgos de distorsión de su propia imagen junto con el deterioro de su propia estimación, a veces tanta que la vista de su cuerpo les causa repulsión y evitan mirarse en los espejos.
- f] En muchos casos, la obesidad produce algunos rasgos expresivos de rechazo socio afectivo por parte de sus familiares. [Barrera, 1987]

3.7 ELEMENTOS DE PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA:

Variadas hipótesis pueden ayudar a comprender la frecuencia de estas alteraciones alimentarias de la adolescencia entre las cuales destacamos:

- A. La reactivación de la pulsión oral, ligada a un punto de fijación defensivo en relación con el recrudescimiento pulsional, sobre todo genital; esta reactivación se inscribe en la perspectiva de regresión transitoria ya evocada: el adolescente retrocede a modos de satisfacción ya experimentados en su infancia y que ya había experimentado como no amenazantes, por lo menos en lo que respecta a su equilibrio psíquico interno (la amenaza queda desplazada a su figura corporal).
- B. El deseo de apropiación y control de sus necesidades corporales, deseo localizado en el seno de una perspectiva ontogénica en el proceso de separación individuación. El adolescente se alimenta de acuerdo a criterios estrictamente personales, lo cual genera un conflicto con sus padres.
- C. La focalización de las interacciones y del conflicto entre los padres y el adolescente en torno a <<La comida familiar>>. Los adolescentes experimentan a menudo emociones cargadas de cólera y agresividad frente a estas comidas en común. Estas emociones pueden constituir la transformación directa de la curiosidad frente a la <<escena primaria>>, curiosidad cargada de desagrado y ganas, la comida familiar adquiere un valor simbólico, ya que las funciones alimentarias están <<sexualizadas>>. Hay un desplazamiento de la <<escena primaria>> hacia la <<escena familiar>>, demostrada por los frecuentes comentarios del adolescente sobre la forma de comer de los padres (por ejemplo: el adolescente que considera que su padre <<come como cerdo>>etc.).
- D. Una intensa <<hambre de objeto>> expresión de P. Blos la cual designa la necesidad del adolescente por incorporar el mayor número de objetos posibles para satisfacer su búsqueda identificadora.

Esta hambre suele conservar un carácter metafórico, pero también puede adoptar el aspecto concretísimo de ingestión de alimento, en donde se observa la introyección, incorporación e identificación.

La necesidad de ingestión de alimento puede constituir también un método de <<llenado>>, es decir un mecanismo para llenar el vacío y la depresión.

Sea por la razón que sea, en el momento en que el adolescente renuncia a la metaforización para satisfacer este apetito de objeto con una ingestión concreta de alimento, corre el riesgo de reavivar el temor de la destrucción del objeto, y este temor será cuanto más intensa sea la necesidad de incorporación e incitara al adolescente a controlar de forma severa su hambre desarrollando conductas anoréxicas más o menos graves, a veces interrumpidas por crisis bulímicas. Se trata entonces de un fracaso en el intento del control de la oralidad.

Esta alternancia entre la necesidad de incorporación y la tentativa de control aclara la inestabilidad característica de las conductas alimentarias en gran número de adolescentes, así como la frecuente ausencia de repercusión en el peso.

La necesidad de control se encuentra directamente relacionada con la necesidad que tiene el adolescente por conservar un control de sus fantasías, que pueden irrumpir en él y en las fuentes de satisfacción pulsional internas, los cuales representan intentos rígidos de controlar las pulsiones sexuales o agresivas. Los cambios que se operan en él, en defensa de su cuerpo pueden provocar el riesgo de definir el cuerpo como un objeto. Gartheret 1981, refiere que con el dominio del cuerpo se da la tarea de controlar el objeto para detener la fuente destinada a la pulsión de dominio.

Otro factor primordial en esta etapa es la calidad, el grado y la reversibilidad de la regresión. Esta se expresa permanentemente a través de conductas centradas en el cuerpo (alteración de las conductas alimentarias).

Normalmente se distinguen tres tipos de regresión:

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

- A) Regresión temporal: Caracterizada por un retroceso hacia objetivos de satisfacción pulsional, propios de estadios anteriores del desarrollo.
- B) Regresión formal: Caracterizada por el abandono de los procesos secundarios de pensamiento a favor de los procesos primarios.
- C) Regresión tónica: caracterizada por el paso de un nivel de exigencia Yoica o Superyoica a un nivel de exigencia del Ello.

En la adolescencia se constatan los tres tipos de regresión, pero en lo que concierne al cuerpo es posible afirmar que los aspectos válidos para la comprensión son la regresión temporal y la regresión tónica. Las alteraciones de la conducta alimentaria afirman la fijación oral y la reactivación pulsional.

CAPÍTULO 4 INVESTIGACIONES RELACIONADAS AL TEMA

Nada tan necesario en psicología como la existencia de una teoría básica, sobre la cual se pueda continuar edificando. A falta de toda la base de este orden, el psicoanálisis ha tenido que erzar, por miedo de sus sucesivos tanteos, una teoría de instintos.

SIGMUND FREUD (1925)

La literatura sobre apego y TCA tiene un origen teórico diferente al sistémico clásico: la teoría del apego de Bowlby y sus posteriores desarrollos, probablemente debido a las notables dificultades de relación entre madres e hijas con TCA encontradas en la práctica clínica con pacientes.

Diversas aproximaciones teóricas a los TA sostienen que los problemas de vinculación constituyen un elemento central del cuadro (Chassler, 1997: Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie & Balfour, 2004)

Un estudio realizado por Fonagy, Leigh, Steele et al. (1996) se demostró que el porcentaje de pacientes con TCA que tenían un estilo de apego inseguro ascendía al 64%. Gaato (1996) encontró correlaciones positivas significativas entre un vínculo de apego conflictivo y la existencia de un TCA, aunque no entre este trastorno y la separación psicológica (independencia de los padres).

Más adelante, Troisi, Massaroni y Cuzzolaro (2005) a partir de un estudio con 78 mujeres con TCA corroboraron la relación entre estos trastornos y el apego inseguro, especialmente en referencia al proceso de individuación y a los síntomas de ansiedad de separación durante la infancia.

Siguiendo esta línea, un estudio realizado por Tasca et al. (2006) con una muestra de mujeres con TCA sugiere que el apego inseguro puede conducir a la insatisfacción corporal (Troisi et al., 2006) que puede llegar a desencadenar un TCA.

En otras palabras, un apego inseguro puede ser un factor de vulnerabilidad para el desencadenamiento de estos trastornos. Es decir el estilo de apego inseguro así como un pobre estímulo del crecimiento personal puede conducir a baja autoestima e insatisfacción corporal, lo cual puede llevar al desencadenamiento de un TCA.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

Mediante un análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas sobre la naturaleza y la calidad de las primeras experiencias de mujeres con TCA, Greenberg (2001) encontró que la mayor parte de ellas revelaban un patrón de apego ambivalente con sus madres, es decir, buscaban su proximidad y al mismo tiempo la rechazaban; asimismo Eckerd (2005) afirma que el apego ambivalente es el patrón de apego más relevante en los TCA. Candelori y Ciocca (1998) manteniendo la idea de que hay una relación entre apego inseguro y TCA, sugirieron la existencia de diferentes estilos inseguros en los casos de AN o BN. Por lo que respecta a estas diferencias, Ward et al. (2000) concluyeron que el estilo de apego puede estar relacionado con los diferentes subtipos de TCA diagnosticado.

El impacto de las relaciones familiares precoces en esta patología ya fue desarrollado por Bruch (1971), posteriormente Rhoder y Kroger (1992) describieron que los sujetos con TA muestran niveles más elevados de ansiedad de separación y sobreprotección materna en su infancia.

78

Los problemas de separación e individuación en los TA han sido descritos como un fracaso por alcanzar la independencia a través de la vía de resolución de la separación del objeto materno (Chassler, 1997), Johnson & Connors (1987) sugieren que el fracaso en el proceso de separación- individuación se manifiesta en dos tendencias opuestas. La anorexia estaría asociada con sobre involucramiento maternal y la bulimia con un bajo sub-involucramiento maternal.

Investigaciones de relevancia relacionan la anorexia y la bulimia con alteraciones en las relaciones del yo-objeto (Beker, Bell & Billington, 1987), problema de separación e individuación (Chassler, 1997) y un funcionamiento familiar perturbado (Dallos, 2004: Latzer, Hochdorf, Bachar & Canetti, 2002).

La conexión entre las características de las relaciones tempranas y el TA es explicado por Cole-Detke & Kobak (1996) como una reacción a las dificultades vinculares y la vivencia de omnipotencia, en las que las personas con TA desplazan la conflictiva al cuerpo,

logrando ejercer control a partir de los comportamientos alimentarios. (Tasca, et. al., 2004).

Los estudios que se centran en el funcionamiento familiar y TA, reportan familias poco cohesionadas, poco expresivas y poco favorecedoras al crecimiento personal (Latzer et al., 2002).

Las conclusiones de Noe (2001), por ejemplo, revelaron de forma estadísticamente significativa que las pacientes con AN son más evitativas en su estilo de apego y que las pacientes bulímicas tienden a tener un patrón de apego ansioso o preocupado. En esta línea, los estudios centrados en AN, relacionan este trastorno con un apego evitativo (Cole-Detke y Kobak, 1996; Fonagy et al., 1996; Dallos, 2004). Por ejemplo, Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini y Treasure (2001) encontraron que en una muestra de chicas jóvenes con AN predominaba significativamente un estilo de apego evitativo con sus madres, evaluado mediante la Entrevista de Apego Adulto (AAI; George, Kaplan y May 1996).

Sin embargo, y evidenciando de nuevo la necesidad de ser prudente en la interpretación de estos resultados, se han publicado varios estudios que no permiten concluir si el apego en la AN es evitativo o ambivalente (Cole- Detke y Kobak 1996).

La mayoría de los estudios revisados hasta ahora enfocan la cohesión diádica, la comunicación y el apego como patrones genéricos y objetivos (versus subjetivos y propios de díadas específicas) y, debido a esto, emplean instrumentos de evaluación que no tienen en cuenta la subjetividad ni las diferencias interindividuales en la estructura familiar. Así, la influencia del tamaño de la familia o de las relaciones entre los miembros de las díadas específicas que dan en segundo plano frente a las innegables ventajas de las pruebas psicométricas estandarizadas; en el caso de los estudios revisados que no utilizaron pruebas estandarizadas la metodología fue observacional.

En el segundo estudio “Los trastornos de la conducta alimentaria: visión desde la psicopatología del desarrollo”, realizado por Pedreira, (2007); se concluye que al

presentar en todas las etapas del desarrollo humano, desde la primera infancia hasta la etapa de adulto joven, los TCA representan una forma de presentación muy relevante de los trastornos mentales, en el seno de dos referentes fundamentales: el proceso vincular (apego) y la organización psicosomática.

Por otro lado, argumenta que la presentación de los TCA no se supedita solo a la presencia de factores de riesgo individuales, familiares y/o socio-culturales, sino que precisa una vulnerabilidad vincular (de apego) y la concurrencia de factores precipitantes y la existencia de factores de mantenimiento una vez que se ha instaurado el cuadro clínico.

Finalmente, el último estudio descriptivo, se propuso realizar una revisión de las teorías sobre el desarrollo y la interacción madre-hijo propuestas por John Bowlby, Donald Winnicott y Margaret Mahler, y analizar las características de dicha interacción que pueden contribuir a la aparición de síntomas alimentarios.

Realizaron la revisión de tres teorías del desarrollo normal y búsqueda de la literatura disponible acerca de factores de riesgo materno en el comportamiento alimentario temprano de los hijos. Los resultados mostraron que el patrón de apego que caracteriza el vínculo madre-hijo puede incidir en la aparición ulterior de psicopatología o puede ser un factor de protección frente a la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario en su descendencia. Los estudios analizados reportan patrones de comportamiento anormales de las madres con hijos con este trastorno. Se expresan por la actitud frente al embarazo, la lactancia materna y la comida; los horarios de las comidas, la percepción que tienen las madres de sí mismas, de su peso y su figura; su forma de expresar sentimientos negativos a las hijas a la hora de alimentarse, y los ideales de delgadez de las madres puestos en sus hijas. Estos son factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario. Además, se reportan características familiares como desorganización, pobre manejo de conflictos, críticas, unión escasa, rigidez, sobreprotección, restricción de la autonomía y amalgamamiento, que son consideradas como posibles factores de riesgo en este tipo de patologías. Concluyeron que el tratamiento de estos pacientes a sus madres y

familiares ayudara a la prevención de trastorno del comportamiento alimentario frente a sus embarazos.(Betancourt, Rodriguez y Gempeler, 2007).

Los resultados de los estudios realizados en TA y teoría del apego (Chassler, 1997: Pierrehumbert, et al., 2002: O'Kearny, 1996: Ward, Ramsay & Tressure, 2000) reportan que el patrón de apego inseguro es el más común en los pacientes con TA.

Este resultado tan univoco es explicado por Armstrong y Roth (1989) a través de las relaciones que se establecen entre los síntomas de los TA y el apego inseguro. Para estos autores la restricción dietaría proveería un medio para sostener un apego en una distancia segura sin reconocer la necesidad de otros, los atracones llenarían un vacío en los individuos con dificultad para confirmar en las relaciones íntimas. Si bien esta es la explicación tentativa puede determinar con seguridad si el estilo de apego de apego es causa o efecto de los TA (Broberg, Hjalmsers & Nevonen, 2001), existen estudios que apoyan a la idea de que el apego inseguro precede o contribuye al curso del trastorno (Burge et. al., 1997: Sharpe et al., 1998).

CAPÍTULO 5

MÉTODO:

5.1 OBJETIVO

Los objetivos de investigación señalan a lo que se aspira en la investigación y se expresan con claridad, pues son las guías del estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El objetivo de la presente investigación fue: Determinar si existe relación significativa entre el estilo de apego y las actitudes hacia la alimentación percibidas por los adolescentes.

5.2 TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio fue de tipo correlacional ya que como lo refiere (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) este tipo de estudios suponen la definición de dos o más variables, con la finalidad de valorar si están relacionadas o no. Es decir intenta explicar porque dos o más variables están relacionadas.

En esta investigación se indicó si existe relación entre el Estilo de Apego percibido por adolescentes y las actitudes hacia su alimentación.

5.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista, (2010). El planteamiento del problema: indica el porqué de la investigación exponiendo sus razones. Por medio de la justificación debemos demostrar que el estudio es necesario e importante.

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la que se es más vulnerable a desarrollar patologías alimentarias, así como muchos otros trastornos, debido a que este periodo es de cambios repentinos, uno de los cambios más característicos de esta etapa es el cuerpo, y es uno de los más difíciles de asimilar.

Las conductas y actitudes alimentarias de los adolescentes representan un problema, debido a que, durante esta etapa pueden verse gravemente alteradas. Los adolescentes suelen saltarse comidas y desarrollar hábitos alimenticios irregulares, con lo que existe el riesgo de sufrir deficiencias de algunos nutrientes esenciales, desarrollar trastornos de conductas alimentarias o de llegar a sufrir sobrepeso y obesidad. Lo cual supone un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad.

Datos estadísticos revelan que 3 de 10 adolescentes tiene una alteración en la Conducta alimentaria, de cada 10 mujeres en México, 1 padecen anorexia o bulimia y cinco de ellas mueren, mientras el resto sufre las consecuencias de la enfermedad durante toda su vida, informó Azucena Reyes Hernández, especialista del “Hospital Adolfo López Mateos” del ISSSTE, e integrante del “Grupo Comedores Compulsivos”. (2012) Citan que el 95 por ciento de los pacientes que padecen anorexia y bulimia son mujeres, mientras que el otro cinco por ciento son hombres.

Otro dato relevante son los resultados de la ENSANUT (2012), 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino (lo que representa a 3 175 711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representativos de 3 148 146 adolescentes varones) en 2012. La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%, 4 pp. mayor); y para obesidad los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino con obesidad fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino (12.1%, 2.4 pp. mayor).

Con base en cifras difundidas por el sector salud, cada año se registran 20 mil casos de anorexia y bulimia, y la edad promedio de inicio de estos padecimientos es a los 17 años, aunque algunos datos revelan edades de 14 a 18 años.

Por otro lado la obesidad es una complicación médica de creciente gravedad por su morbilidad y su alta y creciente prevalencia. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en su último informe “The State of Food and Agriculture 2013” basado en estadísticas del 2008, ubicó a México como el país con más obesidad en el mundo, con un porcentaje de 32.8% de adultos con este problema, arriba de Estados Unidos con un 31.8%.

El informe rebela que por lo menos un 70% de los mexicanos adultos tienen sobrepeso, y el 32.8% padece obesidad.

1 de cada 3 adolescentes padece sobrepeso u obesidad, lo que representa poco más de 5 millones de jóvenes que día a día enfrentan este padecimiento y las enfermedades asociadas a ella.

Lo cual indica que el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo.

84

Las cifras anteriores muestran un punto de referencia sobre el impacto del sobrepeso, la obesidad e incluso otras alteraciones en la conducta alimentaria como los son la anorexia y bulimia, por lo cual es de suma importancia conocer los factores que están asociados al desarrollo de estas alteraciones,

Hay diversas razones que pueden explicar el origen de los trastornos de la conducta alimentaria y una de ellas es la Teoría del apego en la cual se cree que las perturbaciones producidas en el desarrollo precoz del psiquismo provocan modificaciones, alteraciones y comportamientos inadecuados.

5.4 PREGUNTA DE INVESTIGACION:

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) la pregunta de investigación, orientan hacia las respuestas que se buscan con la investigación:

La pregunta de dicha investigación fue:

¿Existe una relación significativa entre los estilos de apego y las actitudes hacia la alimentación en los adolescentes?

5.5 HIPÓTESIS:

Hernández, Fernández y Baptista (2003), mencionan que la hipótesis nos indica lo que estamos buscando o tratando de probar y pueden definirse como explicaciones tentativas del fenómeno investigado formuladas a manera de proposiciones. Es decir es el intento de explicación a una respuesta “profesional” a un fenómeno.

La presente investigación tuvo como hipótesis lo siguiente:

Hi: Existe una relación significativa entre los estilos de apego percibidos por los adolescentes y las actitudes hacia la alimentación.

Ho: No existe una relación significativa entre los estilos de apego percibidos por los adolescentes y las actitudes hacia la alimentación.

5.6 DEFINICION DE VARIABLES:

Pick (2002) Define la variable como todo aquello que vamos a medir, controlar y estudiar en una investigación o estudio.

Las variables de esta investigación son:

Definición conceptual

* ESTILOS DE APEGO:

Mary Ainsworth, (1978) propone que las diferencias en las relaciones de apego dadas en las díadas madre - hijo pueden ser medidas o clasificadas, y ello enuncia el apego en tres tipos:

- **Apego Seguro:** Se encontró que cuando la madre respondía contingentemente, de manera adecuada, asertiva e interpretativa los bebés fortalecían el vínculo que establecían con ellas. Las personas con patrones de apego seguro, tienden a vivir relaciones afectivas con alegría y emociones positivas basadas en la

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

confianza en el otro y en el reconocimiento y con mayor capacidad para resolver conflictos interpersonales.

- **Apego Evitativo:** Este tipo de apego se caracteriza por una postura de indiferencia como reacción defensiva hacia el cuidador al comprender que no pueden contar con su apoyo. A su vez, los cuidadores de estos niños se caracterizan por mostrarse relativamente insensibles o rechazantes ante las peticiones del niño. En los adultos las relaciones se caracterizan por altibajos emocionales, generados por un marcado rechazo a la intimidad y la dificultad para depender de otro.
- **Apego Ambivalente:** En esta forma de apego se encontró que durante la separación con el cuidador el niño manifiesta altos niveles de angustia, no obstante a diferencia del apego seguro se evidencia que luego de que el cuidador vuelve al escenario, al niño se le dificulta encontrar la calma por tanto en la relación se observa ambivalencia, enojo y preocupación. Este tipo de vínculo se caracteriza por ser inconsistente. Manifiesta que en este estilo es posible observar a los niños que con una alta ansiedad, pueden presentar miedo a ser rechazado y una marcada necesidad de cercanía. En la adultez, la experiencia de las relaciones afectivas dependientes se caracterizan por un deseo extremo de unión y reciprocidad, asociado a una preocupación excesiva por el abandono (Marrone, 2001).

86

Definición operacional

Para evaluar los Estilos de Apego se utilizó el Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA), mismo que está compuesto por tres escalas: materna, paterna y de pares, donde los puntajes obtenidos se clasificaron de acuerdo a los parámetros que describen Pardo, Pineda, Carillo y Castro (2006) para así obtener el estilo de apego.

A continuación se define q que se refiere cada sub-escala que componen la escala materna, paterna y de pares del instrumento:

- * **Escala Confianza** evalúa la impresión u opinión firme que el sujeto tiene de sí mismo o de una persona cercana a él (mamá, papá, pares) de acuerdo a las

expectativas que se tenían de ella, por buena fe o intuición lo cual le brinda un sentimiento de seguridad de sí mismo y de las figuras de apego, al mismo tiempo evalúa algunos conceptos de incapacidad, desprecio, rendimiento, productividad, enajenación, desconfianza e inseguridad, dificultad o facilidad de expresión de sus emociones, propias y hacia los otros (Pardo, Pineda, Carillo y Castro, 2006).

- * **Escala Comunicación:** examina la calidad, y medio por el cual el sujeto es capaz de transmitir sus pensamientos, sentimientos, ideas y emociones propias el cual se ve definido por el trato con los demás, dicha escala también evalúa el interés y desinterés por establecer relaciones, los sentimientos de seguridad y la sensación de inseguridad, malestar o nerviosismo en el sujeto (Pardo, Pineda, Carillo y Castro, 2006).
- * **Escala de Alienación:** evalúa los sentimientos de identificación e idealización del sujeto mismo y de sus figuras de apego, que se da por medio de la impulsividad (Pardo, Pineda, Carillo y Castro, 2006).

ACTITUD HACIA LA ALIMENTACIÓN:

87

Definición conceptual

Agüero, Gavidia, Herrera & Pascuzzo, SA (2013) definen a las actitudes como una relativamente duradera organización de creencias, sentimientos y tendencias de conducta hacia objetos, grupos, eventos o símbolos socialmente significativos; una predisposición adquirida, un sentimiento general de evaluación (positiva o negativa), sobre personas, objetos o asuntos. Los componentes de las actitudes son:

- * **Afectivos:** Respuesta emocional, positiva o negativa
- * **De Conducta:** Intención de realizar una acción
- * **Cognitivos:** Creencias que moldean los componentes anteriores

Por lo que González & Merino (2000), refieren que las actitudes hacia la alimentación son el conjunto de acciones que se establecen en relación del ser humano con los alimentos. Implica a la ingesta alimentaria, esto es la claridad y tipo de alimentos de la dieta, pero también a los hábitos y sentimientos que se establecen en relación al acto de comer.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

Definición operacional:

Las actitudes hacia la alimentación fueron medidas por medio del Inventario de Desórdenes Alimenticios con siglas en inglés Eating Disorder Inventory (EDI-2) el cual evalúa 11 escalas diferentes relacionadas a la percepción alimenticia.

- **Obsesión por la delgadez:** es la manifestación clínica de querer estar más delgado, con un fuerte temor a la gordura. Los elementos de esta escala se refieren al fuerte temor por la gordura, la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.
- **Bulimia:** Evalúa la tendencia a tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comidas incontrolables.
- **Insatisfacción corporal:** evalúa la insatisfacción del sujeto con las formas generales de su cuerpo con aquellas partes que más le preocupan.
- **Ineficacia:** valora el sentimiento de incapacidad general, inseguridad, auto desprecio y falta de control de su propia vida.
- **Perfeccionismo:** Evalúa el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores.
- **Desconfianza interpersonal:** evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.
- **Consciencia introspectiva o Alexitimia:** evalúa el grado de información para reconocer adecuadamente sus estados de emocionales y también se relaciona con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.
- **Miedo a la madurez:** estima el deseo de volver a la seguridad de la infancia. El sujeto piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares.
- **Ascetismo:** mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales.

- **Impulsividad:** evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de las drogas, la hostilidad y la agitación, la autodestrucción y la destrucción de sus relaciones interpersonales-
- **Inseguridad social:** evalúa la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad.

*En esta categoría también se midió el índice de masa corporal (IMC), como primer indicador de alteración de la conducta alimentaria de cada participante, la cual se obtuvo mediante la división del peso entre la estatura al cuadrado y se reporta en kg/m^2

Se tomó en cuenta que un individuo tiene sobrepeso si su índice de masa corporal (IMC) es mayor a 25 y el diagnóstico de obesidad se hace en pacientes con IMC mayor a 27. La obesidad grave es aquella en la que el IMC es mayor a 40.

5.7 MUESTRA:

La muestra es definida como un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse, siendo éste representativo de la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

Para esta investigación la muestra fue de 88 sujetos pertenecientes a la escuela Secundaria no. 7 de la Ciudad de Toluca.

La población con la que se trabajó fueron adolescentes entre 12 y 15 años que cursan educación secundaria en la ciudad de Toluca.

Dicho muestreo fue de tipo no probabilístico, debido a que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra (Hernández, 1995).

Los criterios para la selección de la muestra de la presente investigación fueron los siguientes:

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

- 1.- Ser adolescente entre 12 y 15 años de edad
- 2.- Estar inscrito en el nivel básico (secundaria)

5.8 INSTRUMENTOS:

Hernández, Fernández y Baptista, (2010) refieren que un instrumento de medición es un recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente. Para esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos que a continuación se describen:

- 1) **Inventario de Apego Con Padres Y Pares (IPPA)** validada en Colombia por Pardo, Pineda, Carillo, Castro y Pardo (2006). Esta escala es utilizada para medir los estilos de apego percibidos por los adolescentes con sus madres. Este inventario se encuentra conformado por 75 afirmaciones divididas en tres escalas: Mamá, Papá, y Pares, cada una conformada por 25 preguntas. Para este estudio solo se aplicarán los ítems relacionados con la madre ya que el mayor interés es medir la relación materno-filial. Los ítems se califican con una escala Likert de 5 puntos en donde 1 corresponde a casi nunca o nunca y 5 casi siempre o siempre. Para calificar la prueba estadísticamente se tomó el puntaje total de cada factor (comunicación, confianza y alienación) y se dividió por el número total de ítems de cada factor. Una vez realizado, se determinó el promedio, se clasificó el puntaje obtenido, teniendo en cuenta la media del puntaje total, considerando que un puntaje por arriba de la media es alto y un puntaje por debajo de la media es bajo. Posteriormente para identificar los posibles estilos de apego se utilizaron los parámetros que describen Pardo, Pineda, Carillo y Castro (2006).

Este instrumento está compuesto a su vez de tres sub-escalas que se describen a continuación:

Sub-escala Confianza evalúa la impresión u opinión firme que el sujeto tiene de sí mismo o de una persona cercana a él (mamá, papá, pares) de acuerdo a las expectativas que se tenían de ella, por buena fe o intuición lo cual le brinda un

sentimiento de seguridad de sí mismo y de las figuras de apego, al mismo tiempo evalúa algunos conceptos de incapacidad, desprecio, rendimiento, productividad, enajenación, desconfianza e inseguridad, dificultad o facilidad de expresión de sus emociones, propias y hacia los otros (Pardo, Pineda, Carillo y Castro, 2006).

Sub-escala Comunicación: examina la calidad, y medio por el cual el sujeto es capaz de transmitir sus pensamientos, sentimientos, ideas y emociones propias el cual se ve definido por el trato con los demás, dicha escala también evalúa el interés y desinterés por establecer relaciones, los sentimientos de seguridad y la sensación de inseguridad, malestar o nerviosismo en el sujeto (Pardo, Pineda, Carillo y Castro, 2006).

Sub-escala de Alienación: evalúa los sentimientos de identificación e idealización del sujeto mismo y de sus figuras de apego, que se da por medio de la impulsividad (Pardo, Pineda, Carillo y Castro, 2006).

- 2) **Inventario de Desórdenes Alimenticios (Eating Disorder Inventory- EDI-2):** es el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria cuyos autores: David M. Garner, Ph. D. Procedencia: PAR Psychological Assessment Resources, Inc, Odessa, Florida. La Adaptación española fue realizada por Sara corral, Marina González, Jaime Pereña y Nicolas Seisdodos (TEA Ediciones, S.A.) su Significación es la Evaluación de escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) su Aplicación puede ser Individual y colectiva. Con una duración variable de 20 minutos aproximadamente y la edad de aplicación es de 11 años en adelante. Mismo que está compuesto por 11 escalas:

Obsesión por la delgadez: es la manifestación clínica de querer estar más delgado, con un fuerte temor a la gordura. Los elementos de esta escala se refieren al fuerte temor por la gordura, la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

Bulimia: Evalúa la tendencia a tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comidas incontrolables.

Insatisfacción corporal: evalúa la insatisfacción del sujeto con las formas generales de su cuerpo con aquellas partes que más le preocupan.

Ineficacia: valora el sentimiento de incapacidad general, inseguridad, auto desprecio y falta de control de su propia vida.

Perfeccionismo: Evalúa el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores.

Desconfianza interpersonal: evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.

Consciencia introspectiva o Alexitimia: evalúa el grado de información para reconocer adecuadamente sus estados de emocionales y también se relaciona con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

Miedo a la madurez: estima el deseo de volver a la seguridad de la infancia. El sujeto piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares.

Ascetismo: mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales.

Impulsividad: evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de las drogas, la hostilidad y la agitación, la autodestrucción y la destrucción de sus relaciones interpersonales-

Inseguridad social: evalúa la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad.

5.9 CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

La información fue recabada por medio de los dos instrumentos antes mencionados Inventario de Apego Con Padres Y Pares (IPPA), y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2); se realizó una aplicación única, contando con la colaboración de la Secundaria Oficial Numero 1 “Estado de México” perteneciente a la zona de Toluca, los participantes fueron informados acerca de la importancia de su participación voluntaria. Se trabajó se realizó en conjunto con estudiantes de la Licenciatura en Nutrición y Posgrado para facilitar la toma de datos de medidas antropométricas y la obtención de diagnósticos de estado nutricional por medio de Índice de Masa Corporal (IMC).

5.10 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

En análisis de los datos proporcionados por la recolección de los mismos se llevó a cabo como lo describe Hernández, Fernández y Baptista (2010):

1.- Para esta investigación fue necesario acudir directamente con los participantes y solicitarles su ayuda para la aplicación del Inventario de Apego de Pares y

Padres (IPPA) y el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2)

2.- Una vez explicado el motivo de la aplicación, y con su aprobación se realizó el estudio de manera individual debido a que cada cuestionario fue calificado e interpretado, contando con la colaboración de la Secundaria Oficial Numero 1 “Estado de México” perteneciente a la zona de Toluca, los participantes fueron informados acerca de la relevancia de su participación voluntaria. Se trabajó en conjunto con estudiantes de la Licenciatura en Nutrición y Posgrado para facilitar la toma de datos de medidas antropométricas.

3.-Finalmente se procedió a la captura de datos de forma manual en el programa estadístico para el análisis de datos (Microsoft Office Excell, 2007), en la cual se elaboró una base de datos de ambos instrumentos los cuales fueron agrupados por factores, para la realización de la correlación, donde también se evaluó la confiabilidad

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

y validez de los instrumentos escogidos, el análisis estadístico descriptivo de cada variable del estudio, el análisis estadístico inferencial, respecto a las hipótesis planteadas y la elaboración de tablas de resultados.

Se empleó el análisis de coeficiente de correlación de Pearson, el cual es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables, medidas en un nivel por intervalo.

También se utilizó estadística paramétrica para evaluar si los dos grupos diferían entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

Debido a que el Inventario de Apego de Pares y Padres y el Inventario de Desórdenes Alimenticios se encuentran en un nivel de medición intervalar, se eligió el coeficiente de correlación de Pearson con la cual se estableció la relación entre las variables antes mencionadas.

RESULTADOS

Una vez aplicados los instrumentos IPPA (Inventario de Padres y Pares) el cual da como resultado el estilo de Apego percibido por el Adolescente frente a la imagen materna, paterna y de pares y EDI (Inventario de Desordenes de la Alimentación) mismo que sirve para medir las actitudes hacia la alimentación y aspectos sintomáticos de los desórdenes alimentarios. De acuerdo con los objetivos fijados en la presente investigación los resultados obtenidos fueron los siguientes:

A continuación se muestran las características predominantes de la muestra

Tabla 1. Características de la muestra
(IMC)

EDAD	GENERO	DESNUTRICION	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
PROMEDIO 14 AÑOS	MASCULINO 43	3	24	6	12
	FEMENINO 45	2	22	9	11
PORCENTAJES:	100%	6%	51%	26%	17%
TOTAL:	88 SUJETOS	5	45	15	23

En la Tabla 1. Se muestra el género, la edad y el diagnóstico obtenido por el IMC (el cual se obtiene del peso en kilogramos dividido por la altura al cuadrado en m.) (*En el anexo 1 se encuentran las tablas utilizadas para el diagnóstico de IMC: obesidad, sobrepeso, normal y desnutrición)

La OMS (2012), el IMC se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso (en Kg) por la talla en metros al cuadrado (m²). Es utilizado como primer indicador para detectar alteraciones en la conducta alimentaria.

Tabla 2. Estilos de Apego y Diagnostico nutricional.

ESCALA	ESTILOS DE APEGO	DESNUTRICION	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	Porcentaje Total:
MATERNA	SEGURO		12			14%
	AMBIVALENTE	5	33	4	11	60%
	EVITATIVO			11	12	26 %
						100 %
PATERNA	SEGURO		11			12.5 %
	AMBIVALENTE	2	16	7	7	36.3 %
	EVITATIVO	3	18	8	16	51.2 %
						100 %
PARES	SEGURO		27	3	2	36 %
	AMBIVALENTE	5	17	9	5	40 %
	EVITATIVO		1	3	16	24 %
						100%

***En esta tabla 2.** Se puede apreciar las frecuencias y porcentajes referentes a los estilos de apego y el diagnóstico por IMC, se puede observar que en la escala materna el 60 % presenta un estilo de apego ambivalente el 26% un estilo de apego evitativo y el 14% estilo de apego seguro. Frente a la escala paterna se encontró que el 12.5 % tiene un estilo de apego seguro, el 36.3 % un estilo de apego ambivalente y el 51.2 % un estilo de apego evitativo. Por último en la escala de pares se encontró que el 36 % tiene un estilo de apego seguro, el 40% un estilo de apego ambivalente y el 24 % un estilo de apego evitativo. De manera general se observa que la mayoría de la población muestra se encuentra en un estilo de apego ambivalente y evitativo. Se puede observar que frente a la escala materna los 45 sujetos con peso normal solo 12 tienen un estilo de apego seguro y 33 se muestran ambivalentes, por otra parte es evidente que los sujetos con alteraciones en la conducta alimentaria que presentan sobrepeso y obesidad ninguno tiene un estilo de apego seguro frente a esta figura de apego.

96

Tabla 3. Características de los estilos de apego con la madre.

ESTILO DE APEGO	CARACTERISITICAS:	DX. IMC:
SEGURO	<p>El individuo tiene confianza, es capaz de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Los cuidadores se caracterizan por ser sensibles a sus necesidades, proporcionando confianza en que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad.</p> <p>En el dominio interpersonal, tienden a ser más cálidos, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivos, integrados y con perspectivas coherentes de sí mismo. De igual forma, muestran tener una alta accesibilidad a esquemas y recuerdos positivos, lo que las lleva a tener expectativas positivas acerca de las relaciones interpersonales.</p>	<p>Normal 14%</p>
AMBIVALENTE	<p>El individuo no está seguro de que su progenitor esté disponible y le responda o le ayude si él llama. Debido a esta incertidumbre, siempre estará sujeto a esta angustia de separación, tendera a pegarse a la progenitora y se mostrara angustiado a ir a explorar el mundo. Este esquema se ve favorecido por un padre – madre que esté disponible y acuda en ciertas ocasiones pero no en otras, por medio de separaciones y, particularmente, de amenazas de abandono utilizadas como recursos disciplinario</p>	<p>Desnutrición Sobrepeso Obesidad 60%</p>
EVITATIVO	<p>El individuo no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil, y, por el contrario, espera un rechazo. Intenta vivir su vida sin amor ni apoyo por parte de los demás. Trata de ser autosuficiente en el plano afectivo y puede ser diagnosticado como narcisista o con un falso <i>self</i>, este esquema es consecuencia del rechazo dela madre hacia este individuo cuando se acerca a ella para buscar consuelo y protección.</p>	<p>Sobrepeso Obesidad 26 %</p>

*Como se puede ver el estilo de apego con mayor frecuencia es el Ambivalente, sin embargo los sujetos con obesidad y sobrepeso también muestran un apego de tipo evitativo.

Tabla 4. Resultados obtenidos de la aplicación de EDI-2

Inventario de Desórdenes Alimenticios EDI-2		DIAGNOSTICO IMC.								
SUB-ESCALAS	DESNUTRICION (5)		NORMAL (45)		SOBREPESO (15)		OBESIDAD (23)		% TOTAL General	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
FTOR PERSONAL	BULIMIA	ALTA: 2 BAJA: 3	40% 60%	ALTA: 3 MEDIA: 24 BAJA: 18	6% 53% 41%	ALTA: 11 MEDIA: 2 BAJA: 2	74% 13% 13%	ALTA: 16 MEDIA: 5 BAJA: 2	69% 21% 10%	A: 32 M: 31 B: 29
	PERFECCIONISMO	ALTA: 1 MEDIA: 3 BAJA: 1	20% 60% 20%	ALTA: 34 MEDIA: 8 BAJA: 3	75% 17% 8%	ALTA: 7 MEDIA: 3 BAJA: 5	46% 20% 34%	ALTA: 8 MEDIA: 7 BAJA: 8	34% 30% 34%	A: 56 M: 23 B: 21
	MIEDO A CRECER	ALTA: 4 BAJA: 1	80% 20%	ALTA: 34 MEDIA: 9 BAJA: 2	75% 20% 5%	ALTA: 6 MEDIA: 5 BAJA: 4	40% 33% 23%	ALTA: 18 MEDIA: 5	78% 22%	A: 70 M: 21 B: 9
	ALEXITIMIA	ALTA: 3 MEDIA: 2	60% 40%	ALTA: 29 MEDIA: 11 BAJA: 5	64% 24% 12%	ALTA: 11 MEDIA: 3 BAJA: 1	73% 20% 7%	ALTA: 16 MEDIA: 4 BAJA: 3	69% 17% 14%	A: 67 M: 25 B: 8
	IMPULSIVIDAD	ALTA: 2 MEDIA: 3	40% 60%	ALTA: 12 MEDIA: 23 BAJA: 10	26% 51% 23%	ALTA: 5 MEDIA: 7 BAJA: 3	33% 46% 21%	ALTA: 17 MEDIA: 6	73% 27%	A: 40 M: 44 B: 16
	ASCENTISMO	MEDIA: 4 BAJA: 1	80% 20%	MEDIA: 24 BAJA: 21	53% 46%	MEDIA: 9 BAJA: 6	60% 40%	ALTA: 10 MEDIA: 8 BAJA: 5	43% 34% 30%	A: 10 M: 53 B: 37
	FACTOR SOCIAL	INEFICACIA	MEDIA: 5	100%	ALTA: 12 MEDIA: 23 BAJA: 20	26% 51% 23%	ALTA: 3 MEDIA: 6 BAJA: 6	20% 40% 40%	ALTA: 4 MEDIA: 6 BAJA: 13	17% 26% 13%
DESCONFIANZA		ALTA: 4 MEDIA: 1	80% 20%	ALTA: 28 MEDIA: 13 BAJA: 4	62% 28% 10%	ALTA: 10 MEDIA: 3 BAJA: 2	66% 20% 14%	ALTA: 9 MEDIA: 6 BAJA: 8	38% 26% 36%	A: 57 M: 26 B: 17
INSEGURIDAD		ALTA: 3 MEDIA: 2	60% 20%	ALTA: 33 MEDIA: 12	73% 27%	ALTA: 4 MEDIA: 6 BAJA: 5	26% 40% 34%	ALTA: 5 MEDIA: 3 BAJA: 15	21% 14% 60%	A: 51 M: 26 B: 23
FACTOR CORPORAL	OBSESION POR LA DELGADEZ	ALTA: 1 MEDIA: 4	20% 80%	ALTA: 14 MEDIA: 19 BAJA: 12	31% 42% 27%	ALTA: 3 MEDIA: 7 BAJA: 5	20% 46% 34%	ALTA: 15 MEDIA: 4 BAJA: 4	65% 17% 18%	A: 37 M: 38 B: 25
	INSATISFACCION CORPORAL	ALTA: 4 MEDIA: 1	80% 20%	ALTA: 27 MEDIA: 8 BAJA: 10	60% 17% 23%	ALTA: 11 MEDIA: 3 BAJA: 1	73% 20% 7%	ALTA: 14 MEDIA: 6 BAJA: 3	60% 30% 20%	A: 63 M: 20 B: 17
ESCALAS CON PUNTAJES ALTOS:		*ALEXITIMIA *DESCONFIANZA *INSEGURIDAD *INSATISFACCION CORPORAL		*PERFECCIONISMO *MIEDO A CRECER *DESCONFIANZA *INSEGURIDAD *INSATISFACCION CORPORAL		*BULIMIA *IMPULSIVIDAD *INEFICACIA *INSATISFACCION CORPORAL		*BULIMIA *ALEXITIMIA *DESCONFIANZA *OBSESION POR LA DELGADEZ *INSATISFACCION CORPORAL		

98

*En cuanto a los resultados obtenidos por el EDI-2 de manera general las escalas con puntajes elevados fueron perfeccionismo, miedo a crecer, alexitimia, desconfianza e insatisfacción corporal.

Tabla 5. Estilos de Apego y Actitudes hacia la alimentación

Inventario de Desórdenes Alimenticios EDI-2		ESTILOS DE APEGO					
SUB-ESCALAS	SEGURO 14 %		AMBIVALENTE 60 %		EVITATIVO 14%		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
FACTOR PERSONAL	BULIMIA	MEDIA: 8 BAJA: 6	57% 43%	ALTA: 32 MEDIA: 24 BAJA: 4	53% 40% 7%	ALTA: 11 MEDIA: 2 BAJA: 1	78% 15% 7%
	PERFECCIONISMO	ALTA: 5 MEDIA: 9	36% 64%	ALTA: 34 MEDIA: 16 BAJA: 19	56% 26% 18%	ALTA: 7 MEDIA: 3 BAJA: 4	49% 21% 30%
	MIEDO A CRECER	ALTA: 4 BAJA: 10	28% 72%	ALTA: 34 MEDIA: 9 BAJA: 2	56% 25% 19%	ALTA: 6 MEDIA: 7 BAJA: 1	43% 50% 7%
	ALEXITIMIA	ALTA: 2 MEDIA: 12	14% 86%	ALTA: 29 MEDIA: 11 BAJA: 20	48% 18% 33%	ALTA: 11 MEDIA: 3	79% 21%
	IMPULSIVIDAD	ALTA: 2 MEDIA: 3 BAJA: 9	14% 21% 65%	ALTA: 32 MEDIA: 23 BAJA: 10	53% 38% 9%	ALTA: 4 MEDIA: 7 BAJA: 3	29% 50% 21%
	ASCENTISMO	MEDIA: 5 BAJA: 9	36% 64%	ALTA: 15 MEDIA: 24 BAJA: 21	25% 40% 35%	MEDIA: 9 BAJA: 5	63% 37%
	FACTOR SOCIAL	INEFICACIA	ALTA: 6 MEDIA: 3 BAJA: 5	42% 21% 37%	ALTA: 28 MEDIA: 22 BAJA: 10	46% 37% 17%	ALTA: 5 MEDIA: 6 BAJA: 3
DESCONFIANZA		ALTA: 4 MEDIA: 1 BAJA: 9	28% 8% 64%	ALTA: 34 MEDIA: 16 BAJA: 10	56% 26% 18%	ALTA: 9 MEDIA: 3 BAJA: 2	65% 21% 14%
INSEGURIDAD		ALTA: 9 MEDIA: 2 BAJA: 3	64% 16% 20%	ALTA: 33 MEDIA: 12 BAJA: 15	55% 20% 25%	ALTA: 4 MEDIA: 6 BAJA: 4	28% 56% 28%
FACTOR CORPORAL	OBSESION POR LA DELGADEZ	ALTA: 1 MEDIA: 4 BAJA: 9	8% 24% 68%	ALTA: 12 MEDIA: 19 BAJA: 29	48% 31% 21%	ALTA: 2 MEDIA: 8 BAJA: 4	14% 54% 28%
	INSATISFACCION CORPORAL	ALTA: 8 MEDIA: 2 BAJA: 4	57% 16% 27%	ALTA: 36 MEDIA: 14 BAJA: 10	60% 23% 17%	ALTA: 11 MEDIA: 2 BAJA: 1	79% 14% 7%
ESCALAS CON MAYOR FRECUENCIA:		*INSATISFACCION CORPORAL *INSEGURIDAD *INEFICACIA *ALEXITIMIA		*BULIMIA *PERFECCIONISMO *MIEDO A CRECER *DESCONFIANZA *INSEGURIDAD *INSATISFACCION CORPORAL		*BULIMIA *ALEXITIMIA *ASCENTISMO *DESCONFIANZA *INSATISFACCION CORPORAL	

103

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

En esta tabla se puede percibir la relación del estilo de apego y las actitudes hacia la alimentación; en donde:

- El **estilo de apego seguro** mostro puntuaciones altas en Insatisfacción corporal, inseguridad, ineficacia.
- **Estilo de apego ambivalente** mostro puntuaciones altas en bulimia, perfeccionismo, miedo a crecer, desconfianza, inseguridad, impulsividad, insatisfacción corporal.
- **Estilo de apego evitativo:** bulimia alexitimia, ascetismo, desconfianza, insatisfacción corporal.

* Las tablas que se presentan a continuación muestran los resultados obtenidos de la correlación entre ambos instrumentos

Tabla 5. CORRELACION DEL PUNTAJE TOTAL DEL IPPA Y EL EDI-2

Variables	R
Total IPPA	0.76
Total EDI-2	

*Esta tabla muestra la correlación de los dos cuestionarios IPPA y EDI-2 obteniendo una correlación con un puntaje significativo. *(El coeficiente utilizado fue el de Correlación (r) de Person)

Tabla 6. Resultados de la correlación por escalas IPPA y EDI-2

INVENTARIO DE DESÓRDENES ALIMENTICIOS EDI-2		Inventario de Apego de Pares y Padres (IPPA)		
SUB-ESCALAS		CONFIANZA	COMUNICACIÓN	ALIENACIÓN
FACTOR PERSONALES	BULIMIA	0.34	-0.23	0.23
	PERFECCIONISMO	0.72	0.12	0.8
	MIEDO A CRECER	0.12	-0.3	0.1
	ALEXITIMIA	0.74	0.42	-0.2
	IMPULSIVIDAD	-0.45	0.37	0.72
	ASCENTISMO	0.32	0.34	0.32
FACTOR SOCIALES	INEFICACIA	0.54	0.67	0.29
	DESCONFIANZA	0.67	0.53	-0.37
	INSEGURIDAD	0.57	0.63	0.21
FACTOR CORPORAL	OBSESION POR LA DELGADEZ	0.21	-0.13	0.42
	INSATISFACCION CORPORAL	-0.01	0.46	0.76

101

*En la tabla anterior se muestran las puntuaciones de la correlación entre los factores de ambos cuestionarios usados, en los cuales se encontraron correlaciones significativas entre las escalas:

***Confianza:** perfeccionismo, alexitimia, ineficacia, desconfianza e inseguridad

***Comunicación:** ineficacia, desconfianza e inseguridad.

***Alineación:** perfeccionismo, impulsividad e insatisfacción corporal.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

En el proceso de construcción de la personalidad intervienen muchas variables; la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, los acontecimientos vitales y otras.

Todas son entidades importantes, sin embargo las primeras relaciones que se establecen con el cuidador principal (madre, padre u otros).

La teoría del apego permite abordar las relaciones afectivas en términos de seguridad en como los individuos logran explorar su entorno. Dicha seguridad se enmarca en relaciones significativas que se desarrollan a lo largo del ciclo vital en un ambiente de confianza que se caracteriza por la comprensión y receptibilidad. (Aniswort, Blehar y Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1969/1982).

El patrón de apego que caracteriza el vínculo con la madre- hijo, el cual requiere por parte de la madre una empatía estrechamente involucrada, para asegurar la madurez de su hijo, siendo así un factor de seguridad, la naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento, es fundamental significado en el futuro de la salud mental; en caso contrario puede incidir en la aparición de la psicopatología, las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno filial pueden contribuir a tener ciertas alteraciones.

Sin embargo la adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, que se ha constituido culturalmente y que no se puede considerar indudable (Arnett, 2000). Uno de los cambios que se presentan es la jerarquía de las relaciones afectivas, pues aparte de los padres el grupo de pares juega un papel importante.

La seguridad en el apego es también un determinante del funcionamiento de las relaciones íntimas, que en relaciones con iguales menos cercanas afectivamente,

ya que propician seguridad al adolescente, competencia social como la popularidad y la aceptación social

En esta etapa la búsqueda de la identidad y el desarrollo de la autonomía son de gran importancia, haciendo que las relaciones afectivas y familiares y de amistad cobren nuevos significados.

Por otra parte es importante recordar que actualmente los trastornos de la conducta alimentaria tienen una relevancia importante en la adolescencia ya que esta es una etapa vulnerable, los periodos de ingesta y los hábitos alimenticios se modifican. Los trastornos de la conducta alimentaria no son fáciles de manejar, puesto que se pone en riesgo la vida de quien lo padece, este tipo de alteraciones trae como consecuencia complicaciones médicas, perturbaciones psicológicas y disfunciones familiares; entre otros.

La alta incidencia de los trastornos de la alimentación configura un importante problema debido a la gravedad y mal pronóstico de este tipo de cuadros. En el caso específico de la anorexia nerviosa, estudios longitudinales y de sentimiento a largo plazo y mal pronóstico de este tipo de cuadros.

El origen de los síntomas alimentarios puede enriquecerse a la luz del análisis del desarrollo de los patrones de apego, ya que la alimentación no se puede contemplar como una simple cuestión de prescripción dietética; representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrenta la necesidades individuales del lactante con su participación activa muy precoz, y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por una problemática inconsciente que actúa sin que ella lo sepa (Lebovici, et al, 1995).

Debido a esto surgió la importancia de estudio de los trastornos de la alimentación en la adolescencia, radica en primera instancia en conocer si el patrón de apego predispone al adolescente al desarrollo de conductas

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

alimentarias anormales, la identificación del mismo podría servir en segunda instancia a proponer alternativas que permitan prevenir y/o reducir, este tipo de trastornos.

Para la realización de la investigación se trabajó con 88 adolescentes de 14 años de edad promedio de los cuales el 49% fueron del género masculino y 51% del género femenino, como primer factor determinante de la alteración de las conductas alimentarias se utilizaron las medidas antropométricas de peso y talla de cada sujeto para obtener el IMC de cada sujeto y saber su estado nutricional, lo cual dio como resultados lo siguiente: el 6% tiene desnutrición, el 51% tiene un peso normal, el 17 % tiene sobre peso y el 26% obesidad.

Otra alteración de la conducta alimentaria con porcentajes elevados es la obesidad infanto-juvenil la cual no sólo expone a quienes la padecen a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial, y diabetes, otras alteraciones frecuentes pueden ser una imagen corporal distorsionada, descontrol alimentario, ansiedad, manifestaciones depresivas, trastornos de la sexualidad. Es evidente que en estos sujetos existe una valoración simbólica de los alimentos, un miedo a estar delgado o a utilizar la obesidad como forma de castigo y el comer como un mecanismo evasivo.

De acuerdo a la bibliografía consultada se encontró que la obesidad constituye para el sujeto una forma de adaptación, en parte aceptada de forma positiva y mantenida activamente en la medida en que le protege de angustias o desorganización más inquietantes (Lebovici, et al, 1995).

H. Bruch (1995) fue uno de los primeros en sugerir que la obesidad de inicio temprano puede provenir de un aprendizaje deficiente en la infancia, sugiere que algunas madres no logran diferenciar las necesidades de su hijos para la señal de forma de alimentos con respecto a otros estados aversivos y así alimentar al niño de manera indiscriminada. Este proceso de aprendizaje defectuoso hace que el

niño confunda el hambre con otras sensaciones internas, una confusión que persiste y contribuye a comer en exceso y el sobrepeso

Comparando estos resultados con investigaciones anteriormente realizadas sobre la prevalencia de riesgo de los TA realizados por Correa, Zubarew, Silva y Romero (2006) señalan que el 8.3% de las adolescentes mujeres entre 11 y 19 años presentan riesgo de sufrir algún tipo de estos trastornos. Consistentemente con estos resultados los estudios realizados por Behar, Alviña y Rivera (2007) incluyendo adolescentes hombres y mujeres, señalan un riesgo del 12% en el grupo total, destacando una mayor probabilidad en las mujeres que en los hombres al analizar los grupos por separado (23% y 2% respectivamente).

También se encontró que las mujeres están presentando altos porcentajes de sobrepeso, obesidad y desnutrición.

Por otra parte Bowlby (1980) señaló que las interacciones con las figuras de apego que buscan apoyar la regulación emocional en los niños, se construyen posteriormente como modelos a los cuales se podrá recurrir para cubrir esta función de manera autónoma.

De acuerdo a los resultados obtenidos por el IPPA se puede observar que en la escala materna el 14% tiene un apego seguro, el 60% un estilo de apego ambivalente y el 26% un estilo de apego evitativo. Referente a la escala paterna el 12.5 % tiene un estilo de apego seguro, el 36.6 % un estilo de apego ambivalente y el 51.2% un estilo de apego evitativo. Y por último la escala de pares arrojo que el 36% tiene un estilo de apego seguro, 40% un estilo de apego ambivalente y el 24% un apego evitativo.

Para lo cual una representación de patrón de apego seguro, se basaría en un modelo singular de aspectos positivos y negativos el cual está integrado por una representación coherente, consistente y con resonancia emocional en el relato de

experiencias favorables y desfavorables. (Ainsworth et. al., 1978; George et. al., 1996).

Quienes muestran apego ambivalente-ansioso son definidos por Bowlby (1980) como quienes presentan la disposición a establecer relaciones ansiosas y mostrar una alta activación de sus relaciones de apego. Presentan falta de distancia e integración en el relato de sus experiencias, expresan impacto emocional y preocupación por sus vivencias. Pueden presentar enojo, confusión, pasividad o miedo al referirse a sus figuras significativas, reflejando ambivalencia en relación a sus vínculos. Tienden a exagerar la importancia del apego buscando alta cercanía y contacto, mostrándose, además muy abrumados por sus experiencias infantiles, sin lograr dar cuenta de ellas de manera coherente e integrada (Hesse, 1999).

De acuerdo a lo planteado por Hesse (1999), en los estilos inseguros se aprecian falta en la integración de información contradictoria y dolorosa en la representación de apego. Los sujetos que representan los estilos de apego inseguro-evitativo se caracterizan por presentar en su discurso énfasis en la autonomía y vivencias negativas. Bowlby (1980) los define como quienes afirman su independencia de los vínculos afectivos, tendiendo a no buscar ni esperar apoyo, empatía e intimidad en sus relaciones interpersonales, especialmente en sus figuras de apego. Estas personas mantienen sus conductas de apego en un bajo nivel de activación como una forma de auto-protección frente a las emociones penosas vividas a partir de las experiencias pasadas de la búsqueda de sus figuras de apego en momentos de angustia o estrés y la falta de sensibilidad y rechazo vivido como respuesta.

Referente a los resultados obtenidos por el IMC y estilos de apego, se encontró que los sujetos con alteraciones en la conducta alimentaria no muestran un estilo de apego seguro en ninguna escala.

Estos resultados mostraron que los sujetos con obesidad, sobrepeso y desnutrición presentan patrones de apego ambivalentes y evitativos, anteriormente descritos.

Por lo tanto se concuerda con los resultados obtenidos por (Pierrehumbert, et al., 2002; O'Kearny, 1996; Ward, Ramsay & Tressure, 2000) el cual reportan que el patrón de apego inseguro es el más común en los pacientes con TA.

Bowlby (1980) señaló la relación entre vínculos tempranos y el desarrollo de psicopatología, estableciéndose posteriormente una relación entre TA y estilos de apego inseguros (Dozier, Stovall & Albus, 1999).

Referente a los resultados obtenidos del Inventario de desórdenes alimenticios (EDI-2) se puede destacar que de los tres factores de riesgo que arroja el instrumento el que mayor puntuación presento fue en **Insatisfacción corporal**: evalúa la insatisfacción del sujeto con las formas generales de su cuerpo con aquellas partes que más le preocupan, **desconfianza interpersonal**: evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. E **inseguridad social**: evalúa la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad.

107

Los resultados correspondientes a la clasificación de IMC se encontraron que los sujetos con desnutrición muestran puntuaciones altas en las escalas **aleximia**: evalúa el grado de información para reconocer adecuadamente sus estados de emocionales y también se relaciona con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad, **desconfianza**: indica que estos sujetos presentan las siguientes características: muestran problemas para identificar sus emociones propias y, consecuentemente, presentan la imposibilidad para darles expresión verbal, falta de confianza o de esperanza en una persona o cosa, falta de confianza en uno mismo que da lugar a indecisión.

Referente a **la insatisfacción corporal** presento valores elevados en los sujetos con sobrepeso, obesidad, desnutrición e incluso en los que tienen un peso normal, este factor se encuentra dentro de los predisponentes al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, estos sujetos están presentando insatisfacción corporal o temor y preocupación por alguna parte de su cuerpo. (Garner 1998), o también como la preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. (Raich et al., 1996).

Es importante mencionar que dentro de la muestra no se encontraron sujetos diagnosticados con bulimia o anorexia sin embargo un primer indicador de alteración de la conducta alimentaria es el IMC, es decir los sujetos con diagnóstico de desnutrición podrían estar predispuestos a desarrollar o tener un trastorno alimentario.

Otra escala con frecuencia alta presente en la mayoría de los adolescentes es el miedo a crecer que se define como el deseo de volver a la infancia, el adolescente considera que la regresión puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares (Crips, 1985)

Por su parte los sujetos con peso normal presentaron puntuaciones altas en perfeccionismo, miedo a crecer, desconfianza e inseguridad e insatisfacción corporal.

Dando como resultado actitudes encaminadas a establecer criterios muy elevados y a estar insatisfecho con todo lo que no alcanza esos criterios, falta de confianza o de esperanza en una persona o cosa, falta de confianza en uno mismo que da lugar a indecisión

Finalmente los sujetos con sobrepeso y obesidad presentaron puntuaciones altas en bulimia, impulsividad, alexitimia, desconfianza, obsesión por la delgadez, ineficacia e insatisfacción corporal.

La escala de Bulimia refleja la presencia de atracones con gran valor pronóstico, es decir que los sujetos perciben que llevan al acto este tipo de conducta con mayor frecuencia.

La alexitimia muestra indicadores de una notoria incapacidad para **poder controlar y reconocer sus propias emociones** y, por lo tanto muestran **dificultades en materia de expresión verbal**, padecen una notoria incapacidad para **poder controlar y reconocer sus propias emociones** y, por lo tanto, los lleva a **tener dificultades en materia de expresión verbal**. También muestran dificultad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

La desconfianza y la ineficacia se refieren a: la falta de credibilidad, incapacidad, inacción, inoperancia, inutilidad, desmaña, impotencia, ineptitud, nulidad hacia algo, alguien o a sí mismo

De acuerdo con Lowe y Caputo (1991) el deseo de adelgazamiento e ineficacia predicen la presencia de la conducta alimentaria: atracón, la cual se encuentra presente en las puntuaciones altas arrojadas por los sujetos con diagnóstico de obesidad.

Es importante mencionar que en la relación estilos de apego y actitudes hacia la alimentación se encontró que:

En el estilo de **apego seguro** se encuentra presentes puntuaciones altas, medias y bajas las siguientes actitudes Insatisfacción corporal, inseguridad, ineficacia.

Por otra parte el **estilo de apego ambivalentes** mostro puntuaciones altas en las escalas de: bulimia, perfeccionismo, miedo a crecer, desconfianza, impulsividad, inseguridad, insatisfacción corporal.

Finalmente el **Estilo de apego evitativo**: bulimia alexitimia, ascetismo, desconfianza, insatisfacción corporal.

Estos resultados se relacionan con los datos obtenidos en un estudio realizado por Tasca et al. (2006) con una muestra de mujeres con TCA sugiere que el

apego inseguro puede conducir a la insatisfacción corporal (Troisi et al., 2006) que puede llegar a desencadenar un TCA.

Por otro lado y refiriéndonos a las correlaciones realizadas de cada instrumento se pueden observar correlaciones significativas las cuales describen a continuación:

CONFIANZA: Esta sub-escala se refiere a la impresión u opinión firme que el sujeto tiene de sí mismo o de una persona cercana a él (mamá, papá, pares) de acuerdo a las expectativas que se tenían de ella, por buena fe o intuición lo cual le brinda un sentimiento de seguridad de sí mismo y de las figuras de apego, al mismo tiempo evalúa algunos conceptos de incapacidad, desprecio, rendimiento, productividad, enajenación, desconfianza e inseguridad, dificultad o facilidad de expresión de sus emociones, propias y hacia los otros. Esta sub-escala se correlaciona significativamente con los siguientes factores del EDI-2: **INEFICACIA** el describe los sentimientos de capacidad general, seguridad, también algunos conceptos de vacío, auto desprecio, y falta de control sobre la propia vida con respecto a la relación con los otros. **PERFECCIONISMO** puntualiza el grado en el que el sujeto cree que son aceptables los niveles de rendimiento personal y le da seguridad y confianza de mostrar sus resultados a los demás y su idealización. **DESCONFIANZA INTERPERSONAL** muestra el sentimiento general de la alienación del sujeto, la falta de comunicación y su desinterés por establecer relaciones íntimas. **CONFIANZA INTROSPECTIVA O ALEXITIMIA** refiere la incapacidad del sujeto para identificar las emociones propias y, consecuentemente, la imposibilidad para darles expresión verbal; y por último con **INSEGURIDAD:** La cual se refiere a una sensación de malestar, nerviosismo o temeridad asociado a multitud de contextos, que puede ser desencadenada por la percepción de que uno mismo es vulnerable, o una sensación de vulnerabilidad e inestabilidad que amenaza la imagen de sí mismo.

COMUNICACIÓN en esta sub-escala del instrumento se presenta: la calidad, y medio por el cual el sujeto es capaz de transmitir sus pensamientos, sentimientos,

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

ideas y emociones propias el cual se ve definido por el trato con los demás, dicha escala también evalúa el interés y desinterés por establecer relaciones, los sentimientos de seguridad y la sensación de inseguridad, malestar o nerviosismo los cuales están significativamente correlacionados con las siguientes escalas del EDI-2: **DESCONFIANZA INTERPERSONAL:** esta se refiere el sentimiento general de la alienación del sujeto, su falta de comunicación y su desinterés por establecer relaciones íntimas / **INEFICACIA:** puntualiza los sentimientos de capacidad general, seguridad y comunicación, también algunos conceptos de vacío, auto desprecio, y falta de control sobre la propia vida e inseguridad social; **INSEGURIDAD:** presenta la sensación de malestar, nerviosismo o temeridad asociado a multitud de contextos, que puede ser desencadenada por la falta de comunicación hacia los demás.

La última escala del IPPA **ALIENACIÓN** la cual se refiere a los sentimientos de identificación e idealización del sujeto mismo y de sus figuras de apego, que se da por medio de la impulsividad esta sub-escala mostro tener correlación significativa con las siguientes escalas del EDI-2: **PERFECCIONISMO** puntualiza el grado en el que el sujeto cree que son aceptables los niveles de rendimiento personal y le da seguridad y confianza de mostrar sus resultados a los demás y su idealización; y la escala de **IMPULSIVIDAD:** refiere como el sujeto actúa y da pasos que considere y evalúe como correctos para sí mismo y para los demás. **INSATISFACCION CORPORAL:** señala los sentimientos de malestar e inseguridad referidos al esquema corporal el cual puede tener influencia de la idealización o identificación con otros.

Los resultados encontrados se relacionan con las investigaciones anteriormente realizadas ya que diversas aproximaciones teóricas a los TA sostienen que los problemas de vinculación constituyen un elemento central del cuadro (Chassler, 1997: Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie & Balfour, 2004).

Investigaciones de relevancia relacionan la anorexia y la bulimia con alteraciones en las relaciones del yo-objeto (Beker, Bell & Billington, 1987), problemas de

separación e individuación (Chasseler, 1997) y un funcionamiento familiar perturbado (Dallos, 2004; Latzer, Hochdorf, Bachar & Canetti, 2002).

El impacto de las relaciones familiares precoces en esta patología ya fue desarrollado por Bruch (1971), posteriormente Rhoder y Kroger (1992) describieron que los sujetos con TA muestran niveles más elevados de ansiedad de separación y sobreprotección materna en su infancia.

Los problemas de separación e individuación en los TA han sido descritos como un fracaso por alcanzar la independencia a través de la vía de resolución de la separación del objeto materno (Chassler, 1997), Johnson & Connors (1987) sugieren que el fracaso en el proceso de separación- individuación se manifiesta en dos tendencias opuestas. La anorexia estaría asociada con un sobre involucramiento maternal y la bulimia con un bajo sub-involucramiento maternal.

Los estudios que se centran en el funcionamiento familiar y TA, reportan familias poco cohesionadas, poco expresivas y poco favorecedoras al crecimiento personal (Latzer et al., 2002).

La conexión entre las características de las relaciones tempranas y el TA es explicado por Cole-Detke & Kobak (1996) como una reacción a las dificultades vinculares y la vivencia de omnipotencia, en las que las personas con TA desplazan la conflictiva al cuerpo, logrando ejercer control a partir de los comportamientos alimentarios. (Tasca, et. al., 2004).

Los resultados de las líneas de investigación previamente descritas, brindan el contexto para estudiar las relaciones entre los trastornos alimenticios y los patrones de apego. En los cuales se ha recurrido a diferentes métodos de evaluación, los métodos más usados son las entrevistas semi-estructuradas para evaluar el apego (Adult Attachment Interview o AAI), Cuestionario (CaMir), Inventario de apego de padres y pares (IPPA) entre otros. Por lo que estas investigaciones nos permiten dar cuenta de la asociación entre los estilos de

apego inseguros y la psicopatología, observándose esta relación especialmente en los trastornos afectivos, trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad limítrofe. (Dozier et al., 1999; Fonagy, 1999).

En referencia a los resultados obtenidos se concluye que el desarrollo de una alteración de la conducta alimentaria puede ser multifactorial sin embargo, el entendimiento y comprensión del mismo puede enriquecerse a la luz de los patrones de apego de cada individuo.

Finalmente la presente investigación tuvo como hipótesis planteada:

Hi: Existe una relación significativa entre los estilos de apego percibidos por los adolescentes y las actitudes hacia la alimentación.

Ho: No existe una relación significativa entre los estilos de apego percibidos por los adolescentes y las actitudes hacia la alimentación.

De acuerdo a los resultados obtenidos la hipótesis nula se rechaza debido a que se encontraron relaciones significativas entre los estilos de apego y las actitudes hacia la alimentación.

CONCLUSIONES:

Existen diversos postulados teóricos, los cuales destacan la importancia que tiene la relación entre la madre y su hijo, como determinantes de la salud mental del niño, en el contexto evolutivo y social. Es decir que la naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es de fundamental significado en el futuro de la salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno filial pueden contribuir a tener ciertas alteraciones en el desarrollo. Una de estas dificultades puede surgir durante el ejercicio materno de los cuidados tempranos del niño, entre los cuales la función de alimentar y nutrir es crucial.

Al nacer ningún ser humano es capaz de regular sus propias emociones (Botella, 2005; Schore, 2001; Fonagy, 1999). La relación más temprana que se establece nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional; es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más próximo, que se encargara de responder a nuestras señales o reacciones emocionales (Fonagy, 2004). Esto dependerá de la proximidad y la seguridad alcanzada a través de la conducta de apego y por supuesto de la disponibilidad del cuidador primario (Hervás, 2000; Main 1996). Estos lazos o vínculos afectivos que se establecen y perduran en el tiempo hacen sentir al individuo los primeros sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono y miedo). Para Lafuente (2000), la relación afectiva paterno-filial es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad.

Bowlby (2006), considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor de la intimidad y relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce.

Es por ello que la relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta, y lo asea, la

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

que lo abriga y le presta atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar.

El mismo autor propone que la interacción de los niños con sus padres juega un papel muy significativo en especial el de la madre en el proceso de socialización y en el establecimiento de relaciones afectivas con otros en contextos diferentes a la familia. De las interacciones tempranas con los cuidadores primarios, el niño aprende un modelo de relación que va a repercutir en los nuevos contactos con otras personas.

En los primeros días de vida del lactante, la necesidad de ser alimentado se transforma, vira hacia la demanda de amor. La madre no sólo da leche al niño. Con la alternancia de su presencia y su ausencia, cada vez que el niño la necesita o queda satisfecho por un rato, empieza a necesitar más las palabras y el amor de la madre que el alimento mismo. La presencia física de la madre no basta, se pone en juego el don de amor. La frustración, dice Lacan no se da por la falta de alimento sino por la falta del don de amor. La madre en el lugar del Otro introduce al niño al registro simbólico cuando éste experimenta su ausencia. Al ausentarse la madre cuando el niño la necesita, por haber vivido su regreso sabe que va a venir cuando la llame con un grito o con su llanto. Pero aunque la madre acude a su llamado, la presencia que el niño solicita es la de su amor y sus palabras, más que la del alimento. El alimento en sí cobra una importancia dentro de este registro simbólico.

Por la boca recibe el niño las primeras experiencias de placer y por la boca asimila y recibe prácticamente todo el contenido del mundo. A partir de la negación, que en un primer momento consiste en escupir lo que se rechaza, se le puede dar lugar a la afirmación que consiste en comer lo que se acepta. De esta negación y afirmación originarias surge posteriormente la capacidad de juicio: lo que es bueno lo introyecto; lo que es malo, lo expulso de mí. (Pieck, 2007).

La satisfacción por el alimento se convierte muy pronto en símbolo del amor que la madre da junto con sus cuidados. El niño recibe a la vez el alimento, el amor y las palabras de la madre. Ese amor y esas palabras son incorporados por el niño para dar lugar a una satisfacción simbólica que cobre mayor importancia que la satisfacción real del hambre. (Pieck, 2007).

Bowlby (1980; citado por González, et.al. 2000), propone también en los conceptos centrales de su teoría del Apego que: los patrones perturbados de la conducta de apego pueden existir a cualquier edad debido a que el desarrollo ha seguido un curso desviado. Una de las formas más comunes es la excesiva facilidad para provocar esa conducta, que trae como resultado un apego ansioso. Otra forma es la desactivación total o parcial de la conducta de apego, debido a que los determinantes de la conducta de apego en un individuo son experiencias con sus figuras de apego durante la infancia, la niñez y la adolescencia.

Y el patrón de apego que caracteriza el vínculo con la madre- hijo el cual requiere por parte de la madre una empatía estrechamente involucrada para asegurar la madurez de su hijo y la estabilidad de sus futuras relaciones.

116

Debido a lo anterior el origen de los síntomas alimentarios puede enriquecerse a la luz del análisis del desarrollo de los patrones de apego, ya que la alimentación no se puede contemplar como una simple cuestión de prescripción dietética; representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrenta la necesidades individuales del lactante con su participación activa muy precoz, y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por una problemática inconsciente que actúa sin que ella lo sepa (Lebovici, et al, 1995).

Actualmente las alteraciones de la conducta alimentaria tienen una relevancia importante en la adolescencia ya que esta es una etapa vulnerable, los periodos de ingesta y los hábitos alimenticios se modifican. Los trastornos de la conducta alimentaria no son fáciles de manejar, puesto que se pone en riesgo la vida de

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

quien lo padece, este tipo de alteraciones trae como consecuencia complicaciones médicas, perturbaciones psicológicas y disfunciones familiares; entre otros.

La adolescencia es un momento de profundas transformaciones: cognitivas, emocionales y sociales que van a tener una repercusión directa sobre el significado y expresión del establecimiento de los vínculos afectivos percibidos como incondicionales y duraderos a través de las primeras relaciones, lo cual puede influir en la alta incidencia de los trastornos de la alimentación configura un importante problema debido a la gravedad y mal pronóstico de este tipo de cuadros. En el caso específico de la anorexia nerviosa, estudios longitudinales y de sentimiento a largo plazo y mal pronóstico de este tipo de cuadros.

Desde la perspectiva del apego, la adolescencia es un período transicional. Durante estos años se intenta establecer una mayor independencia de los cuidadores primarios con el fin de adquirir mayores niveles de autonomía y diferenciación. De acuerdo con Overbeek, Vollebergh, Engels y Meeus (2003), se dan ciertos cambios en la jerarquía que se tenía en la niñez acerca de las figuras de apego, pues entran a cumplir un papel determinante las relaciones con pares.

El adolescente se muestra menos dependiente de los padres, lo cual no implica en ningún momento que la relación se vuelva innecesaria o carezca de importancia. Basados en los resultados de varios estudios (Allen & Land, 1999; Cook, 2000; citado por Penagos, Rodríguez, Carrillo, & Castro, 2006), sabemos que el adolescente no necesita a sus padres de la misma manera en que lo hacía en la infancia. En esta etapa lo que se busca es apoyo y confianza en la accesibilidad de las figuras parentales.

Allen y Land (1999), consideran que la adolescencia, más que ser una etapa en la que los vínculos de apego se debilitan y desaparecen, es una época en la que estos sufren una transformación; y son transferidos al grupo de pares. En síntesis la adolescencia es una etapa de transformaciones. Uno de los cambios que se

presentan es la jerarquía de las relaciones afectivas, pues aparte de los padres el grupo de pares juega un papel importante.

La seguridad en el apego es también un determinante del funcionamiento de las relaciones íntimas, que en relaciones con iguales menos cercanas afectivamente, ya que propician seguridad al adolescente, competencia social como la popularidad y la aceptación social

Para Furman y Wehner 1994, las relaciones de pares en la adolescencia sirven para satisfacer cuatro tipos de necesidades: sexuales, de afiliación, de apego y de dar y recibir cuidados. Es decir estas primeras relaciones de los adolescentes sirven para colmar fundamentalmente las necesidades sexuales y afiliativas (compañía y diversión), pero a medida que la adolescencia vaya transcurriendo, estas relaciones serán más estables e irán ascendiendo en la jerarquía de las figuras de apego. Así durante la adolescencia tardía y la adultez temprana las relaciones de pareja empezaran a satisfacer necesidades de apoyo y cuidados.

118

Como anteriormente se mencionó los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo del ser humano ya que en ellos se instauran hábitos, actitudes en torno a la alimentación.

La alimentación no solo es un papel primordial por el hecho de aportar nutrientes durante la infancia y la adolescencia, para permitir un óptimo crecimiento y desarrollo. (Kathleen, 1996). En la familia es donde se adquieren hábitos y costumbres de todo tipo, incluyendo los hábitos alimenticios y las costumbres culturales relacionadas a la alimentación. (Domínguez, 2008).

Es evidente que la influencia que ejerce la alimentación sobre el desarrollo y evolución de las enfermedades, los hábitos alimentarios influyen durante la adolescencia en la ganancia de peso de la vida adulta, la transición nutricional, constituye una necesidad para identificar las tendencias, positivas y negativas y su posible efecto en los factores de riesgo para el desarrollo de una alteración en la conducta alimentaria.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

Esto puede referirse a que el cuerpo no sólo es imagen para la mirada del Otro, también se hace presente por la sensación de plenitud, por la sensación de vacío y por la investidura de la función de la ingestión. La calma después del atracón es descrita por las bulímicas como un adormecimiento, que deja en suspenso la ansiedad y la desesperación pasadas. No es de extrañar que esto también suceda al obeso, que experimente la cesación de la ansiedad después de una buena comida. (Pieck, 2007).

Los resultados encontrados de algunos estudios refieren como el origen de los problemas alimenticios comunes en los adolescentes, el incremento en la independencia familiar, el deseo de verse aceptados por sus círculos sociales y el acoso publicitario de los alimentos “chatarra”, situación que ha generado patrones alimentarios erróneos.

De acuerdo a Mota, (2008) estos hábitos alimentarios erróneos se caracterizan por:

Alimentación desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino.

Alto consumo de comidas rápidas, golosinas, y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos.

Baja ingesta de calcio debido al remplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional.

Alto consumo de grasas y colesterol presentes en la comida rápida

Aumento o disminución del tamaño de la ración de alimentos.

Menor consumo de vegetales y frutas.

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, están fuertemente condicionados por el contexto familiar desde la etapa infantil, en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y las prácticas alimentarias. Los progenitores influyen en el contexto alimentario, en aspectos como el tipo,

cantidad y horarios de alimentación, así como la edad de introducción de los mismos. Los modelos de alimentación aplicados por estos están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños y los adolescentes durante la comida.

Torresani (2007) menciona que los hábitos alimentarios de los adolescentes no solo son influidos por el tipo de alimentación familiar, sino también por las conductas de los otros adolescentes con los que se relacionan y por los estilos de vida en el que se desarrollan. En la adolescencia, se tiende a introducir el consumo de comidas rápidas, las cuales contribuyen a la modificación de los hábitos alimentarios. Así también la constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasa, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos ha inducido un cambio importante en los patrones de alimentación que no son adecuados para los jóvenes.

Es por ello que se concluye que síntomas alimentarios puede enriquecerse mediante el análisis de los patrones de apego no solo en la madre, sino también con el padre o pares, para saber cuál es el que influye de manera directa al desarrollo y mantenimiento de dicha alteración.

En la anorexia y en la bulimia, se observa una alteración en el proceso de separación- individuación entre madres- hijas. La incapacidad para autoalimentarse o nutrirse es una especie de denuncia del fracaso en el logro de la independencia y la autonomía básicas. El síntoma se elige como un espacio de control, frente a una madre absorbente y difícil de complacer.

En casi todos los casos, la bulimia y la obesidad se fundamenta en conflictos intrapsíquicos que comprometen seriamente las posibilidades de evolución del sujeto. O bien existen síntomas psíquicos asociados, o bien la obesidad es el único síntoma aparente en sujetos sin antecedentes psicopatológicos manifiestos. (Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., 1990).

Por su parte la obesidad constituye un problema de salud mundial, en México ha tenido un aumento alarmante en la población; generalmente el alto peso de los sujetos con obesidad es atribuida a las conductas de alimentación y a la baja actividad diaria, sin embargo una parte importante de estas conductas se forman en la interacción con la madre.

La relación con el apego desarrollada en la obesidad se determina por un patrón apego inseguro mismo que se asocia a la organización de identificación de los desórdenes alimentarios, en este tipo de organización el cuidador proporciona en el niño una sensación discrepante, es decir no se logran reconocer las necesidades ni estados internos referentes al hambre. Lo cual puede ser origen de una respuesta materna carente de sensibilidad para interpretar y responder de forma adecuada a las necesidades de modo rápido y correcto de su hijo.

Por su lado Bruch (1973), refiere que en el caso de la obesidad al niño se le acosa con comida cada vez que llora y continuar empleando la comida para tranquilizarlo durante su desarrollo puede equivaler a criar un pequeño que confunde sus estados internos.

De acuerdo a este autor la conciencia del hambre y la saciedad contienen elementos aprendidos, lo mismo que la frustración, la ansiedad y la tensión. Lo cual da como resultado la confusión, por tanto, la sobrealimentación enseña eslabonamientos defectuosos entre los estados internos y el acto de comer.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que los adolescentes con estilos de apego seguro presentan menos alteraciones en las actitudes alimentarias, lo cual se observa en los indicadores normales de Índice de masa corporal. En cambio los adolescentes con Estilos de Apego Ambivalente y Evitativo presentan más alteraciones afectivas que posibilitan el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

La teoría del Apego nos ofrece un marco para comprender la manifestación de estos síntomas. De acuerdo a la investigación realizada y a la revisión bibliográfica

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

concluyo que las causas de los trastornos de la conducta alimentaria no se encuentran del todo clasificadas, sin embargo existen múltiples factores que pueden desencadenarlos como los biológicos, familiares y sociales que cumplen un rol importante dentro del desarrollo. Sin embargo el patrón de apego inseguro es el más común en sujetos con alteraciones de la conducta alimentaria mismo que puede ser la causa y consecuencia de las relaciones tempranas.

Lo que nos muestran los aportes teóricos, es que las perturbaciones producidas en el desarrollo precoz del psiquismo provocan modificaciones y alteraciones de la personalidad y del comportamiento específicos, las perturbaciones del desarrollo psico-afectivo pueden atribuirse a los defectos innatos propios del niño con las alteraciones del medio, ya sea por comportamientos maternos inadecuados, eventos traumáticos y/o la influencia del medio ambiente.

En base a la investigación realizada se encontró que la determinación de una posible patología en torno a las conductas alimentarias, se verá determinada por múltiples factores los cuales pueden ser:

1. La historia individual previa, es decir factores etiológicos predisponentes y accidentales, teniendo en cuenta la historia del vínculo del grupo familiar, y su determinación en la dinámica familiar y la determinación de la constitución histórica y estructural del sujeto.
2. La historia familiar del sujeto: en el cual se verán implícitas la dinámica familiar en relaciona los hábitos alimenticios y la carga simbólica que se le da a la comida. Historia familiar con familiares con obesidad o TCA, factores genéticos, historias de dietas excesivas.
3. La calidad de vínculo especial (patógeno) con alguna figura de apego (mamá, papá o hermanos y amigos) que condicionen la autodestrucción o complemento con la estructura psíquica.

Es importante mencionar que se encontró que, adolescentes con estilos de apego seguro presentan alteraciones en algunas escalas del EDI , lo cual permite

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

identificar a sujetos que podrían tener predisposición a desarrollar un trastorno alimenticio.

De igual forma es necesario recalcar la etiología multifactorial de la obesidad, si bien es cierto que la genética incrementa las probabilidades de ser obeso, el contexto en donde se desenvuelve el sujeto también cobra importancia, sin embargo, existe cierta controversia en relación al papel que juega la familia en la aparición de la obesidad.

Es trascendental el reconocimiento del papel de la familia, como factor determinante en el desarrollo del niño. No existe influencia mayor sobre los hábitos alimentarios, las actitudes y conductas en torno a los alimentos que la que proviene del ambiente familiar. La percepción que los padres tienen de su hijo obeso y la percepción de éste con respecto a sus padres, sean obesos o no; además de que los padres constituyen los modelos o patrones fundamentales a seguir por los hijos, por lo que estos modelos son la base para la formación y modificación de conductas en los niños y adolescentes.

123

Por tanto, una de las conclusiones principales considera que la obesidad de los adolescentes se encuentre asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y altamente probable con el funcionamiento familiar. Ante estos planteamientos se hace necesario el involucramiento forzoso de la familia en la prevención y el tratamiento que se estructure para reducir de peso.

Debido a que se propone que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema socio cultural, en donde la familia debe considerarse parte de la problemática, aunque específicamente se habla de la importancia de la madre o de la relación materno filial experimentada por adolescentes a temprana edad. La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal manera que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo. Entonces, la familia actúa como un

... Estilos de Apoyo y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso, y de igual forma el adolescente obeso tiene dificultades para identificar sus propias sensaciones, es una herencia de la incapacidad empática materna, de distinguir hambre de saciedad ni hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente. Siendo la alimentación una forma de lograr un estado interno de equilibrio emocional, estas conductas se manifiestan en los estilos de apego maternos percibidos Ambivalente y Evitativo, pues en el primer caso existe una incapacidad para su regulación, por lo que suelen verse desbordados con frecuencia por sus emociones, presentan una alta ansiedad, estrés y depresión durante momentos de su transición evolutiva; lo que se traduce en muchas dificultades en la resolución de tareas propias de la adolescencia. En efecto los adolescentes ambivalentes es frecuente que presenten problemas en sus relaciones sociales y desajuste emocional. Su interés por la intimidad y la búsqueda de apoyo hará que presenten un menor desempeño social que los evitativos, por otra parte les predispondrá a sentirse muy ansiosos acerca de cómo actuar en sus relaciones íntimas y sobre la disponibilidad y apoyo de los demás.

124

En el segundo caso el estilo de apego Evitativo en los Adolescentes, se presentan problemas en la percepción y comunicación de emociones, que pudo haber sido aprendido por las reacciones materno-filiales y familiares, siendo muy extraño que busquen apoyo emocional cuando se sienten angustiados. (Cooper, Shaver y Collins 1998; citado en Oliva, 2011). De acuerdo con la teoría revisada su malestar en las relaciones interpersonales les llevara a mantenerse alejados emocionalmente de aquellos iguales que podrían llegar a ser amigos íntimos por lo que suelen ser evaluados como más hostiles y distantes. Estos jóvenes suelen presentar las tasas más altas de los trastornos de la conducta y consumo de sustancias, otros estudios han encontrado que las estrategias evitativas están asociadas a incrementos en las conductas antisociales y delictivas a lo largo de la adolescencia, también presentan menos habilidades sociales, estrategias de

afrontamiento evitativas y trastornos de la alimentación. A diferencia de los adolescentes ambivalentes, los evitativos se muestran poco sensibles a la influencia familiar todo esto observado en las frecuencias entre los hábitos y actitudes medidos por el OQ en relación al IPPA. (Allen et. al., 2007; citado en Oliva, 2011).

De manera general es importante resaltar que los trastornos de la conducta alimentaria son multifactoriales sin embargo, es de suma importancia tener presente el papel que juega la familia frente al desarrollo de los mismos, debido a que los patrones alimentarios se aprenden principalmente en el núcleo familiar, mismos que contribuirán a la adquisición y medicación de conductas en los niños y adolescentes.

Finalmente los resultados obtenidos en este estudio requieren otras investigaciones que contribuyan a reforzarlas y a aumentar su consistencia por lo cual considero importante realizar intervenciones directamente en etapas tempranas de la infancia y adolescencia temprana; en el cual se debe trabajar el apego, la autopercepción y regulación de los estados internos del sujeto.

Las proyecciones a nivel de investigación sugiere formular proyectos que incorporen el diagnóstico y la intervención psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria principalmente de la obesidad que es un problema de salud creciente; el cual podría tratarse desde un núcleo multidisciplinario y sistémico, principalmente con la madre la cual debe desarrollar una respuesta sensible a las necesidades de su hijo, en especial con las referidas a la experiencia en torno a la alimentación, el hambre y la saciedad, de modo que no solo se dé un cambio de hábitos alimenticios saludables sino también se propicie el desarrollo de un estilo de apego saludable el cual de pauta a la prevención de trastornos de este tipo.

SUGERENCIAS:

En los últimos años, diversos modelos explicativos han sido desarrollados para comprender y tratar los trastornos de la conducta alimentarios por lo cual se sugiere:

- Profundizar en el estudio de trastornos de la alimentación en la niñez y a adolescencia.
- Promover la intervención en edades tempranas ayudarían a la prevención de estos trastornos, ya que este tipo de patologías comienzan a desarrollarse o predisponer en los primeros años.
- Implementar un plan de trabajo multidisciplinario (nutriólogo, psicólogo, enfermera, auxiliar etc.) en el que el IMC y la aplicación conjunta de una batería y entrevistas permitan identificar posibles casos de sujetos que estén en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria y preocupación por su peso para así tomar medidas preventivas en caso de haber riesgo.
- Por otra parte se sugiere una Intervención sobre los factores "psicológicos": desde la Teoría del apego se pueden orientar algunas intervenciones, haciendo énfasis en temas vinculares valiéndose de varias técnicas. Es decir un modelo que facilite el entrenamiento de situaciones adversas, como situaciones de estrés, valiéndose del apoyo de relaciones familiares y sociales, que faciliten la confianza, donde se busca que los nuevos patrones de apego se perpetúen y refuercen dentro del contexto familiar.

Los modelos de tratamiento que incorporan la teoría del apego buscan incrementar la capacidad de mentalización de los pacientes, corrigiendo así los malos entendidos y las suposiciones equivocadas que le generen emociones intensas y provoquen hostilidad, o rechazo emocional hacia otros.

BIBLIOGRAFÍA

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M (2009) *“La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico”*. México: Paidós
- AGÜERO, R.; GAVIDIA, R.; HERRERA, E. & PASCUZZO, C. (SA) *“Escalas de Actitud”*. Recuperado Septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/DEPARTAMENTOS/cienciasfuncionales/farmacolog%C3%ADa/Acti.pdf>
- AQUILA, S. (2009) *“Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales, Terapia psicológica”*. Vol. 27, Sociedad Chilena de Psicología Clínica Chile.
- ANZIEU, D. *Le Moi-peau*. Bordas, Paris, 1985.-*Le contenats de pensee*. Paris, Dunod, Paris, 1993.
- ASBED A. (1985) *“La adolescencia: aportaciones a la metapsicología y psicopatología”* revista APdeBa -Vol VII N° 3-
- BICK, E. (1968) *The experience of skin in the early object relation*. International Journal of Psychological Annals, 49, 484-486.
- BETANCOURT, M.; RODRÍGUEZ, M Y GEMPELER, J. (2007). *Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario*. Universitas Médica. Vol. 48, No. 3. Colombia.
- BEHAR R (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología*. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo. p. 121-47
- BLEICHMAR, N. & Leiberman, C. (1997) *“El psicoanálisis después de Freud”*. Buenos Aires: Paidós
- BRAGUINSKY, J. Y COLS. (1996.) *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Edit. El Ateneo. Bs. As.
- BOTELLA, L. (2005). *el apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. Apuntes de Psicología. Vol. 26, No. 2. España.
- BOTELLA, L. Y GRAÑÓ, N. (2008). *La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. Apuntes de Psicología. Vol. 26, No. 2. España, 2: 291-301.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

- BOWLBY, J. [1968], Los cuidados maternos y la salud mental. Informe preparado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- BOWLBY, J. [1998], El apego. México, Paidós.
- BOWLBY, J. [2006], Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. España, Morata
- BRUCH, H. (1973): *Eating Disorders*. New York, Basic Books.
- BRUCH, H. (1978): *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- CARRETERO. (2005). La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Apuntes de Psicología. Vol. 26, No. 2. España.
- CARRASCO, M. A., SANCHEZ, V., CCCOTELLI, H. Y DEL BARRIO, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Analisis de su comportamiento en su comportamiento en una muestra clínica. *Accion Psicologica*. 2 (2), 149-161.
- CARRERAS, M, A., BRIZZIO, A., CASULLO, M. Y SAAVEDRA, E. (2006). Evaluación de los estilos de apego y su relación con los síntomas psicopatológicos. *Memorias de las XII Jornadas de Investigacion en Psicologia del Mercosur,- Paradirgmas, Metodos y Tecnicas*. 3, 93.
- CHÁVEZ, A. (2007). Valores predictivos de gravedad en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Vol. 5, No. 3. México.
- CALZADA LEÓN, [2003], *Obesidad en niños y adolescentes*, Editores de Textos Mexicanos, México, pp.: 81-83, 112.
- CAMERON, N. [1982], *Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico*. México, Trillas.
- CASTAÑEDA, CH: A., [2009], *relación entre las actitudes maternas y el proceso de adaptación personal del niño obeso pediátrico*.
- CARRETERO. (2005). La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Apuntes de Psicología. Vol. 26, No. 2. España.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

- COOPER, M. L., SHAVER P. R. Y COLLINS N.L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74 (5), 1380-1397.
- COLOMER, R., J., [2004]. Prevención de la obesidad infantil. *PrevInfad [AEPap]/PAPPS infancia y adolescencia*.
- CYRULNIK, B. [2005]. *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural de apego*. España, Gedisa
- CRUZAT, C.; RAMÍREZ, P.; MELIPILLÁN, R. Y MARZOLO, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. Universidad del Desarrollo. Chile.
- (ENSANUT) 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- ERIKSON, (1968) *Identidad, juventud y Crisis*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- ERICKSON, Erick. *Infancia y sociedad*. 13ª. ed, 21ª. reimpr., [Tr. Humberto Eco] Gedisa Editorial, Buenos Aires, 1970, 321 pp.
- FUENTES, M. Los duelos en la adolescencia, el análisis de Arminda Aberastury (<http://suite101.net/melisa-fuentes>).
- DARWIN C (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life*. London: John Murray Editorial.
- DE LA CRUZ ANA, (1988) "El proceso diagnóstico en adolescente" Ficha de circulación interna- Manual Cátedra de Entrevista Psicológica- Facultad de Psicología.
- DOLTÓ, FRAMCOISE; NASIO, DAVID: (1997) "El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico" Editorial Gedisa.
- FONAGY P. (2004) *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Espaxs SA.
- FREUD, Sigmund. (2001) "El malestar en la cultura" en *Obras completas*. Amorroutu, México. *Obras completas*. Amorroutu, México.
- FREUD, SIGMUND (2001) *Carácter y erotismo anal* en *Obras completas*. Amorroutu, México.

- FREUD, Sigmund (1977). *Cartas de amor*. La nave de los locos, Puebla.
- FREUD, Sigmund (2001) “Tres ensayos para una teoría sexual: Las metamorfosis de la pubertad” en *Obras completas*. Amorroutu, México,
- FREUD, Anna. *El yo y los mecanismos de defensa*. 2ª. ed., Edit. Alianza, México, 1985, 174 pp.
- FUENTES, M. Los duelos en la adolescencia, el análisis de Arminda Aberastury (<http://suite101.net/melisa-fuentes>)
- GARZA, A., (2000): Manual de Técnicas de Investigación para estudiantes de Ciencias Sociales, Mc Graw Hill, México.
- GONZÁLEZ, E. & MERINO, B. (Coords) (2000). Guía de nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimenticios. Madrid: MISC-MEC
- MARRONE, MARIO (2001). La teoría del apego. Un enfoque actual. España. Psicopática.
- GONZÁLEZ, E. & MERINO, B. (Coords) (2000). Guía de nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimenticios. Madrid: MISC-MEC
- HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C. BAPTISTA, P. (2003) Metodología de la investigación. McGraw-Hill: México.
- La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en su último informe “The State of Food and Agriculture” (2013)
- GONZÁLEZ, C., W., J., [2009]. Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la Parroquia Antimano, Caracas. Revista de Ciencias Sociales [Ve], Vol. XV, Núm.2, abril-junio, 2009, pp.235-244 Universidad del Zulia, Venezuela.
- GRAU M. A. Y MENEGHELLO J. [2000], Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. México, Panamericana.
- HERNÁNDEZ, F. (2009). Trastorno de la Conducta Alimentaria en Niños (Inapetencia). Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.
- HERNÁNDEZ, F. (2004). Anorexia y dinámica familiar. Interpsiquis. En <http://www3.interscience.wiley.com/journal/34698/home?CRETRY=1&SRETRY=0>
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [2006]. México, D: F: pp.: 94-97.

- JARNE, A., TALAVN, A., [2000], Manual de Psicopatología Clínica. Paidós. México.
- JANIN BEATRIZ: (2004) Capítulo "Adolescentes: con déficits", libro "Niños desatentos e hiperactivos"-Editorial Noveduc
- KAPLAN, H. Y SADPCK B., [1982], Tratado de Psiquiatría. España, Masson-Salvat.
- KLEIN, Melanie.(1993) "El papel de la escuela en el desarrollo libidinoso del niño" en *Obras completas*. Paidós, Barcelona, , 650 pp.
- KOLB, L., C., [1951]. Psiquiatría Clínica Moderna. México, La Prensa Médica Mexicana.
- KURI, M. P. Y GONZÁLEZ R., J.F., [2009]. La obesidad. Problemas de salud emergentes. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.
- LAUFER, M.; LAUFER, M. E. (1986) II breakdown evolutivo. In: M. Laufer, M. E. Laufer (eds) *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Torino, Bollati Borinhieri.
- LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO), en su último informe "The State of Food and Agriculture" (2013)
- LEOVICI, S.; DIATKINE, R.; SOULE, M. (1990) Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo IV. Biblioteca Nueva: España.
- LEOVICI S. Y WEIL-HALPERN F. [2006], La psicopatología del bebé. México, Siglo XXI editores.
- LEOVICI, S., DIATKINE, R., SOULE, M., [1990]. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, tomo IV. España, Biblioteca Nueva.
- LÓPEZ, F.; GONZÁLEZ L. Y TÁRREGA B. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: uso del Mini-Mult en la valoración de pacientes externas con trastorno alimentario. *Psiquis*. Vol. 24, No. 5. España.
- MARRONE, MARIO (2001). La teoría del apego. Un enfoque actual. España. Psicopática.
- M. CORCOBA Y OTROS: (1992) "Motivos de demanda y abordajes en la adolescencia" (Ficha) –
- MORRIS, Charles G. *Introducción a la psicología*. Prentice Hall, México, 1992.

... Estilos de Apego y Actitudes Hacia la Alimentación en Adolescentes...

- NASIO, Juan David. *Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis*. Gedisa, Barcelona, 1999.
- PARDO, M.; PINEDA, S.; CARILLO, S.; CASTRO, J.; (2006) Análisis psicométrico del inventario de apego con padres y pares en una muestra de adolescentes colombianos. *Revista Interamericana de Psicología*, Septiembre-Diciembre, año/vol. 40, número 003. pp. 289-302. Sociedad Interamericana de Psicología: Porto Alegre, Brasil.
- PELÁEZ, M.; LABRADOR, F. Y RAICH, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria; consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*. Vol. 5, No. 2. Canada.
- PICK, S. Y LÓPEZ, A., (2002): *Como Investigar en Ciencias Sociales*, Trillas, México.
- *Revista Chilena de Pediatría*. Vol. 78, No. 5. Chile. (2012)
- RODRÍGUEZ, L. (2007). Situación nutricional del escolar y adolescente en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*. Vol. 78, No. 5. Chile.
- SPITZ, R. (1969) *“El Primer año de vida del niño”*. México: Fondo De Cultura Económica
- SPOTORNO A. MEDICINA evolucionaria: Una ciencia básica emergente. *Rev Med Chile* 2005; 133: 231-40.
- STUNKAND, A. EN FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. *Tratado de Psiquiatría* Salvat Editores. Barcelona 1982.
- WINNICOTT, Donald W (1984). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Amorrortu, Barcelona, 232 pp.

ANEXOS

TABLAS DE IMC

Tabla de IMC para niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad (85–114 cm de estatura)

Estatura (cm)	Niños(as) y adolescentes de 85 a 114 cm de estatura																																			
114	7.7	8.5	9.2	10.0	10.8	11.5	12.3	13.1	13.9	14.6	15.4	16.2	16.9	17.7	18.5	19.2	20.0	20.8	21.5	22.3	23.1	23.9	24.6	25.4	26.2	26.9	27.7	28.5								
113	7.8	8.6	9.4	10.2	11.0	11.7	12.5	13.3	14.1	14.9	15.7	16.4	17.2	18.0	18.8	19.6	20.4	21.1	21.9	22.7	23.5	24.3	25.1	25.8	26.6	27.4	28.2	29.0								
112	8.0	8.8	9.6	10.4	11.2	12.0	12.8	13.6	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.1	19.9	20.7	21.5	22.3	23.1	23.9	24.7	25.5	26.3	27.1	27.9	28.7	29.5								
111	8.1	8.9	9.7	10.6	11.4	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.9	18.7	19.5	20.3	21.1	21.9	22.7	23.5	24.3	25.2	26.0	26.8	27.6	28.4	29.2	30.0								
110	8.3	9.1	9.9	10.7	11.6	12.4	13.2	14.0	14.9	15.7	16.5	17.4	18.2	19.0	19.8	20.7	21.5	22.3	23.1	24.0	24.8	25.6	26.4	27.3	28.1	28.9	29.6	30.6								
109	8.4	9.3	10.1	10.9	11.8	12.6	13.5	14.3	15.2	16.0	16.8	17.7	18.5	19.4	20.2	21.0	21.9	22.7	23.6	24.4	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.5	30.3	31.1								
108	8.6	9.4	10.3	11.1	12.0	12.9	13.7	14.6	15.4	16.3	17.1	18.0	18.9	19.7	20.6	21.4	22.3	23.1	24.0	24.9	25.7	26.6	27.4	28.3	29.1	30.0	30.9	31.7								
107	8.7	9.6	10.5	11.4	12.2	13.1	14.0	14.8	15.7	16.6	17.5	18.3	19.2	20.1	21.0	21.8	22.7	23.6	24.5	25.3	26.2	27.1	28.0	28.8	29.7	30.6	31.4	32.3								
106	8.9	9.8	10.7	11.6	12.5	13.3	14.2	15.1	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.2	23.1	24.0	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.1	32.0	32.9								
105	9.1	10.0	10.9	11.8	12.7	13.6	14.5	15.4	16.3	17.2	18.1	19.0	20.0	20.9	21.8	22.7	23.6	24.5	25.4	26.3	27.2	28.1	29.0	29.9	30.8	31.7	32.7	33.6								
104	9.2	10.2	11.1	12.0	12.9	13.9	14.8	15.7	16.6	17.6	18.5	19.4	20.3	21.3	22.2	23.1	24.0	25.0	25.9	26.8	27.7	28.7	29.6	30.5	31.4	32.4	33.3	34.2								
103	9.4	10.4	11.3	12.3	13.2	14.1	15.1	16.0	17.0	17.9	18.9	19.8	20.7	21.7	22.6	23.6	24.5	25.5	26.4	27.3	28.3	29.2	30.2	31.1	32.0	33.0	33.9	34.9								
102	9.6	10.6	11.5	12.5	13.5	14.4	15.4	16.3	17.3	18.3	19.2	20.2	21.1	22.1	23.1	24.0	25.0	26.0	26.9	27.9	28.8	29.8	30.8	31.7	32.7	33.6	34.6	35.6								
101	9.8	10.8	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	26.5	27.4	28.4	29.4	30.4	31.4	32.3	33.3	34.3	35.3	36.3								
100	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0	36.0	37.0								
99	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.4	24.5	25.5	26.5	27.5	28.6	29.6	30.6	31.6	32.6	33.7	34.7	35.7	36.7	37.8								
98	10.4	11.5	12.5	13.5	14.6	15.6	16.7	17.7	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.2	30.2	31.2	32.3	33.3	34.4	35.4	36.4	37.5	38.5								
97	10.6	11.7	12.8	13.8	14.9	15.9	17.0	18.1	19.1	20.2	21.3	22.3	23.4	24.4	25.5	26.6	27.6	28.7	29.8	30.8	31.9	32.9	34.0	35.1	36.1	37.2	38.3	39.3								
96	10.9	11.9	13.0	14.1	15.2	16.3	17.4	18.4	19.5	20.6	21.7	22.8	23.9	25.0	26.0	27.1	28.2	29.3	30.4	31.5	32.6	33.6	34.7	35.8	36.9	38.0	39.1	40.1								
95	11.1	12.2	13.3	14.4	15.5	16.6	17.7	18.8	19.9	21.1	22.2	23.3	24.4	25.5	26.6	27.7	28.8	29.9	31.0	32.1	33.2	34.3	35.5	36.6	37.7	38.8	39.9	41.0								
94	11.3	12.4	13.6	14.7	15.8	17.0	18.1	19.2	20.4	21.5	22.6	23.8	24.9	26.0	27.2	28.3	29.4	30.6	31.7	32.8	34.0	35.1	36.2	37.3	38.5	39.6	40.7	41.9								
93	11.6	12.7	13.9	15.0	16.2	17.3	18.5	19.7	20.8	22.0	23.1	24.3	25.4	26.6	27.7	28.9	30.1	31.2	32.4	33.5	34.7	35.8	37.0	38.2	39.3	40.5	41.6	42.8								
92	11.8	13.0	14.2	15.4	16.5	17.7	18.9	20.1	21.3	22.4	23.6	24.8	26.0	27.2	28.4	29.5	30.7	31.9	33.1	34.3	35.4	36.6	37.8	39.0	40.2	41.4	42.5	43.7								
91	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.1	19.3	20.5	21.7	22.9	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.2	31.4	32.6	33.8	35.0	36.2	37.4	38.6	39.8	41.1	42.3	43.5	44.7								
90	12.3	13.6	14.8	16.0	17.3	18.5	19.8	21.0	22.2	23.5	24.7	25.9	27.2	28.4	29.6	30.9	32.1	33.3	34.6	35.8	37.0	38.3	39.5	40.7	42.0	43.2	44.4	45.7								
89	12.6	13.9	15.1	16.4	17.7	18.9	20.2	21.5	22.7	24.0	25.2	26.5	27.8	29.0	30.3	31.6	32.8	34.1	35.3	36.6	37.9	39.1	40.4	41.7	42.9	44.2	45.4	46.7								
88	12.9	14.2	15.5	16.8	18.1	19.4	20.7	22.0	23.2	24.5	25.8	27.1	28.4	29.7	31.0	32.3	33.6	34.9	36.2	37.4	38.7	40.0	41.3	42.6	43.9	45.2	46.5	47.8								
87	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.1	22.5	23.8	25.1	26.4	27.7	29.1	30.4	31.7	33.0	34.4	35.7	37.0	38.3	39.6	41.0	42.3	43.6	44.9	46.2	47.6	48.9								
86	13.5	14.9	16.2	17.6	18.9	20.3	21.6	23.0	24.3	25.7	27.0	28.4	29.7	31.1	32.4	33.8	35.2	36.5	37.9	39.2	40.6	41.9	43.3	44.6	46.0	47.3	48.7	50.0								
85	13.8	15.2	16.6	18.0	19.4	20.8	22.1	23.5	24.9	26.3	27.7	29.1	30.4	31.8	33.2	34.6	36.0	37.4	38.9	40.1	41.5	42.9	44.3	45.7	47.1	48.4	49.8	51.2								
Peso (kg)	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37								

Tabla de IMC para niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad (115–144 de estatura)

Estatura (cm)	Niños(as) y adolescentes de 115 a 144 cm de estatura																																			
144	5.8	6.3	6.8	7.2	7.7	8.2	8.7	9.2	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.8	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.7	21.2			
143	5.9	6.4	6.8	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.2	11.7	12.2	12.7	13.2	13.7	14.2	14.7	15.2	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.0	20.5	21.0	21.5			
142	6.0	6.4	6.9	7.4	7.9	8.4	8.9	9.4	9.9	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.4	13.9	14.4	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.9	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.8	21.3	21.8			
141	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.1	13.6	14.1	14.6	15.1	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.1	20.6	21.1	21.6	22.1			
140	6.1	6.6	7.1	7.7	8.2	8.7	9.2	9.7	10.2	10.7	11.2	11.7	12.2	12.8	13.3	13.8	14.3	14.8	15.3	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	19.9	20.4	20.9	21.4	21.9	22.4			
139	6.2	6.7	7.2	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.7	21.2	21.7	22.3	22.8			
138	6.3	6.8	7.4	7.9	8.4	8.9	9.5	10.0	10.5	11.0	11.6	12.1	12.6	13.1	13.7	14.2	14.7	15.2	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	20.0	20.5	21.0	21.5	22.1	22.6	23.1			
137	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.9	14.4	14.9	15.5	16.0	16.5	17.0	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.8	21.3	21.8	22.4	22.9	23.4			
136	6.5	7.0	7.6	8.1	8.7	9.2	9.7	10.3	10.8	11.4	11.9	12.4	13.0	13.5	14.1	14.6	15.1	15.7	16.2	16.8	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.5	21.1	21.6	22.2	22.7	23.2	23.8			
135	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.1	12.6	13.2	13.7	14.3	14.8	15.4	15.9	16.5	17.0	17.6	18.1	18.7	19.2	19.8	20.3	20.9	21.4	21.9	22.5	23.0	23.6	24.1			
134	6.7	7.2	7.8	8.4	8.9	9.5	10.0	10.6	11.1	11.7	12.3	12.8	13.4	13.9	14.5	15.0	15.6	16.2	16.7	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.6	21.2	21.7	22.3	22.8	23.4	23.9	24.5			
133	6.8	7.3	7.9	8.5	9.0	9.6	10.2	10.7	11.3	11.9	12.4	13.0	13.6	14.1	14.7	15.3	15.8	16.4	17.0	17.5	18.1	18.7	19.2	19.8	20.4	20.9	21.5	22.0	22.6	23.2	23.7	24.3	24.9			
132	6.9	7.5	8.0	8.6	9.2	9.8	10.3	10.9	11.5	12.1	12.6	13.2	13.8	14.3	14.9	15.5	16.1	16.6</																		

Tablade IMC Para la Edad, de NIÑAS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad (años:meses)	Obesidad $\geq + 2$ SD (IMC)	Sobrepeso $\geq + 1$ a $+ 2$ SD (IMC)	Normal ≥ -1 a $+ 1$ SD (IMC)	Desnutrición leve ≥ -2 a -1 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 a -2 SD (IMC)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)
5:1	≥ 18.9	16.9–18.8	13.9–16.8	12.7–13.8	11.8–12.6	< 11.8
5:6	≥ 19.0	16.9–18.9	13.9–16.8	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
6:0	≥ 19.2	17.0–19.1	13.9–16.9	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
6:6	≥ 19.5	17.1–19.4	13.9–17.0	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
7:0	≥ 19.8	17.3–19.7	13.9–17.2	12.7–13.8	11.8–12.6	< 11.8
7:6	≥ 20.1	17.5–20.0	14.0–17.4	12.8–13.9	11.8–12.7	< 11.8
8:0	≥ 20.6	17.7–20.5	14.1–17.6	12.9–14.0	11.9–12.8	< 11.9
8:6	≥ 21.0	18.0–20.9	14.3–17.9	13.0–14.2	12.0–12.9	< 12.0
9:0	≥ 21.5	18.3–21.4	14.4–18.2	13.1–14.3	12.1–13.0	< 12.1
9:6	≥ 22.0	18.7–21.9	14.6–18.6	13.3–14.5	12.2–13.2	< 12.2
10:0	≥ 22.6	19.0–22.5	14.8–18.9	13.5–14.7	12.4–13.4	< 12.4
10:6	≥ 23.1	19.4–23.0	15.1–19.3	13.7–15.0	12.5–13.6	< 12.5
11:0	≥ 23.7	19.9–23.6	15.3–19.8	13.9–15.2	12.7–13.8	< 12.7
11:6	≥ 24.3	20.3–24.2	15.6–20.2	14.1–15.5	12.9–14.0	< 12.9
12:0	≥ 25.0	20.8–24.9	16.0–20.7	14.4–15.9	13.2–14.3	< 13.2
12:6	≥ 25.6	21.3–25.5	16.3–21.2	14.7–16.2	13.4–14.6	< 13.4
13:0	≥ 26.2	21.8–26.1	16.6–21.7	14.9–16.5	13.6–14.8	< 13.6
13:6	≥ 26.8	22.3–26.7	16.9–22.2	15.2–16.8	13.8–15.1	< 13.8
14:0	≥ 27.3	22.7–27.2	17.2–22.6	15.4–17.1	14.0–15.3	< 14.0
14:6	≥ 27.8	23.1–27.7	17.5–23.0	15.7–17.4	14.2–15.6	< 14.2
15:0	≥ 28.2	23.5–28.1	17.8–23.4	15.9–17.7	14.4–15.8	< 14.4
15:6	≥ 28.6	23.8–28.5	18.0–23.7	16.0–17.9	14.5–15.9	< 14.5
16:0	≥ 28.9	24.1–28.8	18.2–24.0	16.2–18.1	14.6–16.1	< 14.6
16:6	≥ 29.1	24.3–29.0	18.3–24.2	16.3–18.2	14.7–16.2	< 14.7
17:0	≥ 29.3	24.5–29.2	18.4–24.4	16.4–18.3	14.7–16.3	< 14.7
17:6	≥ 29.4	24.6–29.3	18.5–24.5	16.4–18.4	14.7–16.3	< 14.7
18:0	≥ 29.5	24.8–29.4	18.6–24.7	16.4–18.5	14.7–16.3	< 14.7

134

INVENTARIO DE PARES Y PADRES IPPA



INVENTARIO DE APEGO DE PADRES Y DE PARES

Edad: _____
 Género: F M
 Peso: _____
 Talla: _____

Este cuestionario indaga acerca de las relaciones con personas importantes en su vida; su mamá, su papá y sus amigos cercanos. Por favor lea con mucho cuidado las instrucciones de cada una de las partes.

Parte 1.

Algunas de las siguientes oraciones le preguntan por sus sentimientos acerca de su mamá o de la persona que ha actuado como su mamá. Si tiene más de una persona que actúe como su mamá (por ejemplo madre natural y adoptiva), responda las preguntas pensando en aquella persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted.

Por favor lea cada oración y pregúntese que tan de acuerdo está con ella, coloque el número que indique que tanto está de acuerdo con ella en cada casillero.

1. Casi nunca o nunca es cierto
2. No muy frecuente-mente es cierto
3. Algunas veces es cierto
4. Con frecuencia es cierto
5. Casi siempre o siempre es cierto

	A	B	C
1. Mi mamá respeta mis sentimientos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Siento que mi mamá hace un buen trabajo siendo mi mamá.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Quisiera haber tenido una mamá diferente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Mi mamá me acepta tal como soy.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Me gusta saber la opinión de mi mamá cuando hay cosas que me preocupan.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Siento que no tiene sentido que mi mamá se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Mi mamá sabe cuando estoy molesto por algo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi mamá sobre mis problemas.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Mi mamá espera demasiado de mí.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Cuando estoy con mi mamá me enoja fácilmente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mi mamá se entera.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Cuando discutimos sobre algo, mi mamá tiene en cuenta mi punto de vista.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Mi mamá confía en mi juicio.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Mi mamá tiene sus propios problemas, y por eso yo no la molesto con los míos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Mi mamá me ayuda a entenderme mejor a mí mismo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Le cuento a mi mamá sobre mis problemas y dificultades.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Siento rabia hacia mi mamá.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Mi mamá no me presta mucha atención.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Mi mamá me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Mi mamá me entiende.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. Cuando tengo rabia por algo, mi mamá trata de ser comprensiva.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. Yo confío en mi mamá.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23. Mi mamá no entiende por lo que estoy pasando en este momento.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24. Puedo contar con mi mamá cuando necesito desahogarme.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25. Si mi mamá sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Parte 2.

Esta parte le pregunta acerca de sus sentimientos por su papá, o por la persona que ha sido como su papá. Si tiene más de una persona que actúe como su papá (por ejemplo padre natural o adoptivo), responda las preguntas con respecto a la persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted. Por favor lea cada oración y pregúntese que tan de acuerdo está con ella, coloque el número que indique que tanto está de acuerdo con ella en cada casillero.

1. Casi nunca o nunca es cierto
2. No muy frecuente-mente es cierto
3. Algunas veces es cierto
4. Con frecuencia es cierto
5. Casi siempre o siempre es cierto

	A	B	C
1. Mi papá respeta mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Siento que mi papá hace un buen trabajo siendo mi papá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quisiera haber tenido un papá diferente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi papá me acepta tal como soy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me gusta saber la opinión de mi papá cuando hay cosas que me preocupan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Siento que no tiene sentido que mi papá se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi papá sabe cuando estoy molesto por algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi papá sobre mis problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi papá espera demasiado de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cuando estoy con mi papá me enoja fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mi papá se entera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando discutimos sobre algo, mi papá tiene en cuenta mi punto de vista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi papá confía en mi juicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mi papá tiene sus propios problemas, y por eso yo no le molesto con los míos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mi papá me ayuda a entenderme mejor a mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Le cuento a mi papá sobre mis problemas y dificultades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Siento rabia hacia mi papá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mi papá no me presta mucha atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mi papá me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mi papá me entiende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cuando tengo rabia por algo, mi papá trata de ser comprensivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yo confío en mi papá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mi papá no entiende por lo que estoy pasando en este momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Puedo contar con mi papá cuando necesito desahogarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Si mi papá sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Parte 3

Esta parte le pregunta acerca de sus sentimientos por sus amigos cercanos. Por favor lea cada oración y tache el número que indique mejor que tan cierta es esta oración para usted en este momento. Por favor lea cada oración y pregúntese que tan de acuerdo está con ella, coloque el número que indique que tanto está de acuerdo con ella en cada casillero.

1. Casi nunca o nunca es cierto
2. No muy frecuente-mente es cierto
3. Algunas veces es cierto
4. Con frecuencia es cierto
5. Casi siempre o siempre es cierto

	A	B	C
1. Me gusta saber la opinión de mis amigos cuando hay cosas que me preocupan.	<input type="checkbox"/>		
2. Mis amigos se dan cuenta que estoy molesto por algo.	<input type="checkbox"/>		
3. Cuando discutimos sobre algo, mis amigos tienen en cuenta mi punto de vista.	<input type="checkbox"/>		
4. Me siento avergonzado y tonto cuando con mis amigos sobre mis problemas.			<input type="checkbox"/>
5. Desearía tener amigos diferentes.	<input type="checkbox"/>		
6. Mis amigos me entienden.	<input type="checkbox"/>		
7. Mis amigos me animan a hablar sobre mis problemas.	<input type="checkbox"/>		
8. Mis amigos me aceptan tal como soy.	<input type="checkbox"/>		
9. Siento que necesito estar en contacto con mis amigos mucho más seguido.			<input type="checkbox"/>
10. Mis amigos no entienden por lo que estoy pasando.			<input type="checkbox"/>
11. Me siento solo o aislado cuando estoy con mis amigos.			<input type="checkbox"/>
12. Mis amigos me escuchan cuando quiero decir algo.	<input type="checkbox"/>		
13. Siento que mis amigos son buenos amigos.	<input type="checkbox"/>		
14. Puedo o me resulta fácil hablar con mis amigos.	<input type="checkbox"/>		
15. Cuando tengo rabia por algo, mis amigos tratan de ser comprensivos.			<input type="checkbox"/>
16. Mis amigos me ayudan a entenderme mejor a mí mismo.	<input type="checkbox"/>		
17. Mis amigos se preocupan por cómo me siento.	<input type="checkbox"/>		
18. Siento rabia con mis amigos.			<input type="checkbox"/>
19. Puedo contar con mis amigos cuando necesito desahogarme.	<input type="checkbox"/>		
20. Mi papé me entiende.	<input type="checkbox"/>		
21. Mis amigos respetan mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>		
22. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mis amigos se enteran.			<input type="checkbox"/>
23. Me parece que mis amigos están molestos conmigo sin razón aparente.			<input type="checkbox"/>
24. Le puedo contar a mis amigos mis problemas y dificultades.	<input type="checkbox"/>		
25. Si mis amigos saben que algo me está molestando, me preguntan sobre el tema.	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS EDI



Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria

David M. Garner, Ph. D.

IDENTIFICACION					
NOMBRE:	GRADO:	GRUPO:	GÉNERO: M	F	EDAD:

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de afirmaciones, coloque el número que mejor refiera su caso. Marque solo una respuesta para cada afirmación. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las afirmaciones.

Coloque :

0 = Nunca 1= Pocas Veces 2 = A veces 3 = A menudo 4 = Casi siempre 5 = Siempre

COMIENZE	
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	
2. Creo que mi estómago es demasiado grande	
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	
5. Suelo hartarme de comida	
6. Me gustaría ser más joven	
7. Pienso en ponerme a dieta	
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	
10. Me considero una persona poco eficaz	
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes	
14. La infancia es la época más feliz de la vida	
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	
16. Me aterroriza la idea de engordar	
17. Confío en los demás	
18. Me siento solo en el mundo	
19. Me siento satisfecho con mi figura	
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	
22. Preferiría ser adulto a ser niño	
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	
24. Me gustaría ser otra persona	
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	
27. Me siento incapaz	
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	
30. Tengo amigos íntimos	
31. Me gusta la forma de mi trasero	
32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada	
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior	
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	
36. Me fastidia no ser el mejor en todo	
37. Me siento seguro de mí mismo	
38. Suelo pensar en darme un atracón	
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no	

41. Tengo mala opinión de mí	
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos	
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	
44. Temó no poder controlar mis sentimientos	
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracó cuando se van	
47. Me siento hinchado después de una comida normal	
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	
50. Me considero una persona valiosa	
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	
53. Pienso en vomitar para perder peso	
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	
61. Como o bebo a escondidas	
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas	
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales	
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente	
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	
85. Tengo cambios de humor bruscos	
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	
89. Sé que la gente me aprecia	
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás y a mí mismo	
91. Creo que realmente sé quién soy	

...GLOSARIO...

- **Actitud hacia la alimentación:** Es el conjunto de acciones que se establecen en relación del ser humano con los alimentos. Implica a la ingesta alimentaria, esto es la claridad y tipo de alimentos de la dieta, pero también a los hábitos y sentimientos que se establecen en relación al acto de comer
- **Adolescencia:** es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.
- **Aleximia:** Es la incapacidad del sujeto para identificar las emociones propias y, consecuentemente, la imposibilidad para darles expresión verbal.
- **Anorexia:** enfermedad específica caracterizada por una pérdida autoinducida de peso acompañada por una distorsión de la imagen corporal
- **Apego:** Vínculo afectivo o enlace entre un individuo y una figura de apego (por lo general un cuidador). Estos enlaces pueden ser recíprocos entre dos adultos, pero entre el niño y el cuidador se basan en las necesidades de seguridad y protección del niño, fundamentales en la infancia.
- **Apego Seguro:** Se encontró que cuando la madre respondía contingentemente, de manera adecuada, asertiva e interpretativa los bebés fortalecían el vínculo que establecían con ellas. Las personas con patrones de apego seguro, tienden a vivir relaciones afectivas con alegría y emociones positivas basadas en la confianza en el otro y en el reconocimiento y con mayor capacidad para resolver conflictos interpersonales.
- **Apego Evitativo:** Este tipo de apego se caracteriza por una postura de indiferencia como reacción defensiva hacia el cuidador al comprender que no pueden contar con su apoyo. A su vez, los cuidadores de estos niños se caracterizan por mostrarse relativamente insensibles o rechazantes ante las peticiones del niño. En los adultos las relaciones se caracterizan por altibajos emocionales, generados por un marcado rechazo a la intimidad y la dificultad para depender de otro.

- **Apego Ambivalente o Resistente:** En esta forma de apego se encontró que durante la separación con el cuidador el niño manifiesta altos niveles de angustia, no obstante a diferencia del apego seguro se evidencia que luego de que el cuidador vuelve al escenario, al niño se le dificulta encontrar la calma por tanto en la relación se observa ambivalencia, enojo y preocupación. Este tipo de vínculo se caracteriza por ser inconsistente. Manifiesta que en este estilo es posible observar a los niños que con una alta ansiedad, pueden presentar miedo a ser rechazado y una marcada necesidad de cercanía. En la adultez, la experiencia de las relaciones afectivas dependientes se caracterizan por un deseo extremo de unión y reciprocidad, asociado a una preocupación excesiva por el abandono (Marrone, 2001).
- **Bulimia:** es un trastorno alimentario y psicológico caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las formas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos, también llamados atracones (lo que le genera una sensación temporal de bienestar), para después eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes. El temor a engordar afecta directamente a los sentimientos y emociones del enfermo, influyendo de esta manera en su estado anímico que en poco tiempo desembocará en problemas depresivos.
- **Desnutrición:** es una enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipoprotéica. También puede ser causada por mala absorción de nutrientes. Tiene influencia en los factores sociales, psiquiátricos o simplemente patológicos.
- **IMC: (Índice de masa corporal):** cálculo entre la estatura y el peso del individuo
- **Obesidad:** enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir cuando la reserva natural de energía de los humanos
- **Sobrepeso:** es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla.
- **Trastorno de la conducta alimentaria:** serie de alteraciones relacionadas con la actitud y hábitos al comer.