

**VALORACIONES COGNITIVAS VINCULADAS AL TRASTORNO
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**Responsable: Lina Marcela Rojas Reina
Estudiante: Darly Gineth Bohórquez Vargas
Estudiante: Julieth Sofía Delgado Cuero
Universidad Pontificia Bolivariana
Palmira - Colombia**

RESUMEN

La modalidad para realizar este trabajo es de forma investigativa, en donde se ha realizado una recopilación de investigaciones sobre la alimentación en relación con el vínculo y el apego, las cuales permiten dar cuenta de las falencias que se han tenido a lo largo de los años en referencia a estos temas. Para iniciar, se indaga acerca del vínculo y apego, teoría que consiste en responder de manera adecuada y efectiva a las necesidades básicas del niño por parte de su madre o cuidador primario, priorizando en éste trabajo la de la alimentación, la cual al momento de suplirse va produciendo al mismo tiempo una relación afecto-alimenticia que se marcará para toda la vida. Sin embargo, se han encontrado estudios que plantean que desde este primer momento se puede desencadenar un trastorno alimenticio, donde sus cambios son notorios precisamente en la adolescencia, momento en el que el ser humano se enfrenta a diferentes cambios tanto físicos como psicológicos y es ahí el momento donde predomina el tipo de apego que se haya establecido con la madre para que se siga presentando la conducta alimentaria (anorexia nerviosa-bulimia nerviosa). Esto se presenta debido a que la alimentación es de tipo social, es decir, normalmente se comparte con otro grupo de personas, ya sean familiares, amigos, entre otros y de acuerdo a la cultura se toma una opinión frente a ella, asignándole así un contenido simbólico en donde comparten experiencias o celebran fechas importantes alrededor de la mesa; permitiendo así llegar a la conclusión de que ésta problemática no debería ser trabajada desde una sola perspectiva sino que hay que tener en cuenta el núcleo familiar en donde el sujeto está inmerso, ya que es ahí donde probablemente se encuentra la causa principal de su trastorno alimenticio.

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

PALABRAS CLAVES: Trastornos de la conducta alimenticia, anorexia, bulimia, vinculo, familia

OBJETIVO GENERAL

Describir la relación existente entre el vínculo y los trastornos alimenticios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los aspectos más relevantes de los trastornos de la conducta alimentaria
- Determinar la relación existente entre el tipo de apego y la conducta alimentaria.
- Evidenciar las relaciones familiares que posibilitan el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

HIPOTESIS

El tipo de vínculo potencializa el trastorno de la conducta alimentaria.

De acuerdo con las investigaciones, la comunicación familiar podría ser un factor que interviene en los trastornos alimenticios.

DIAGNOSTICO

A partir de las diferentes investigaciones recopiladas en este apartado nacen los motivos para plantear una relación existente entre el apego, vínculo y los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno no especificado), debido a la notable importancia de la buena relación entre el niño y el cuidador para el establecimiento del apego en los primeros meses de vida, ya que el cuidador además de contribuir a la supervivencias física y psíquica, se le facilita conocer el mundo y producir una mayor seguridad, motivos que con el paso del tiempo le permiten construir modelos de representaciones que lo llevaran a tener un mejor manejo de los problemas cotidianos, una relación segura con las demás personas y además dependiendo como se hayan suplido sus necesidades de alimentación, llegar o no a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, pues por medio de la lactancia materna es donde se da el apego inicial que dura para toda la vida y donde según Doménico Cosenza (1), tiene aspectos como el ser ritualizado, publico, reglamentado e intersubjetivo que son marcados por la cultura y es donde se encuentra la estrecha relación entre la alimentación y el afecto para la sobrevivencia del ser humano.

A raíz de lo anterior se presenta una preocupación debido a que las investigaciones que se han realizado hasta el momento, se han centrado en el sujeto que padece en el enfermedad y

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

no en su círculo familiar ya que, se sospecha que el origen de la problemática puede estar desde los primeros años de vida o el momento de la alimentación fue algo forzoso o conflictivo entre los miembros de la misma familia.

MARCO TEÓRICO

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Según el DSM-IV (2) este tipo de trastornos se caracterizan por cambios graves de la conducta alimentaria, con respecto a ingesta de comida o la aparición de control sobre su peso corporal, trayendo consecuencia físicas y funcionamiento psicosocial del individuo; como por ejemplo la ausencia del periodo menstrual, cambios en el metabolismo como debilitamiento y aspecto físico, además un aislamiento frente a las reuniones familiares o amistosas evitando el momento de la comida. En los estudios sobre este trastorno han identificado causas como de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. Además han dado unas clasificaciones a los trastornos alimenticios que van a sobresalir en este apartado que son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por el rechazo al aumento de peso con el objetivo claro de mantenerlo en un peso corporal mínimo, convirtiéndose esto en un miedo excesivo relacionado con una alteración significativa de la forma o tamaño del cuerpo, el cual impone una dieta rigurosa con restricción de alimentos que contengan alto contenido calórico, se acompaña además de una disminución total de la comida por medio de laxantes y diuréticos o ejercicio excesivo.

Por otro lado, presentan síntomas psicológicos en los cuales sufren por la pérdida de peso, estados de ánimo depresivos, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo.

A su vez este tipo de trastorno (AN) se divide en dos subtipos

- Tipo restrictivo: el cual se caracteriza por una serie síntomas, como por ejemplo la pérdida de peso que consigue haciendo dieta, ayunando o haciendo ejercicio de forma excesiva. Estos individuos no recurren a laxantes o a medios caseros para evacuar de manera natural, es decir, en la defecación.
- Tipo compulsivo/ purgativo: en esta el individuo recurre regularmente a trancones o purgas como provocarse el vómito o la utilización de diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

Entre tanto, la bulimia nerviosa (BN) consiste en trancones y métodos inapropiados compensatorios para evitar ganar peso, la BN influye en la silueta y el peso corporal

realizado por medio de uso excesivo de laxantes, diuréticos y realizar ejercicio físico intenso. Sin embargo, para realizar un diagnóstico, los trancones y las conductas inapropiadas deben producirse al menos en promedio dos veces a la semana por un periodo de tiempo de tres meses.

Al mismo tiempo, este trastorno alimentario (BN) se divide en dos subtipos:

- Tipo purgativo: el cual describe los cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- Tipo no purgativo: en este, describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho mal uso de laxantes durante el episodio.

Se considera ahora, que una de las corrientes que le ha dedicado tiempo a los trastornos alimenticios es el psicoanálisis a través de la autora Domenico Cosenza(1) en su libro la comida y el inconsciente (2013), que da inicios con la ley de la comensalidad, en el cual dieron luces de síntomas de la bulimia- anorexia donde cabe destacar que: 1. La relación del hombre con la comida implica siempre la relación con el otro, y que, 2. Dicha relación con la comida y con él está reglamentada por el otro.

Seguidamente, se menciona que el acto de comer inicia desde los antiguos griegos donde se configura como un acto ritualizado, público, reglamentado e intersubjetivo, cuando se produce una negación en la ley de comensalidad, se manifiesta un rechazo sistemático de los momentos compartidos de consumo de la comida, la clandestinidad solitaria que caracteriza la alimentación anoréxico-bulímica esbozando que en muchos casos la cuestión familiar en las patologías de la alimentación parece reflejar una ruptura entre lo real de la familia y el funcionamiento discursivo, como por ejemplo un estudio de mara selvini palazzoli citada por Domenico consenza, que dedico su investigación en las familias de las anoréxicas donde es frecuente los divorcios en donde la frase que menciona es que de una familia están “muertos juntos”, es decir, no existe un vínculo entre los miembros de la familia.

Sin embargo, se han trazado cuatro funciones del rechazo en la anorexia: primero el rechazo como demanda que consiste en adquirir el deseo del otro, encarnado por los padres o la pareja del momento, para indagar qué lugar ocupa, si es ocupado en el deseo del otro, el segundo es el rechazo como defensa actúa como freno ante la invasión del otro, este se observa en una caso clínico en donde la madre psicótica había desarrollado la convicción delirante de que en el cuerpo de sus hija está mal someténdola a rigurosos exámenes

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

clínicos, este tipo de acción trajo como consecuencia que su hija desarrollara una síntoma anoréxico esto funciona como límite para que la madre interrumpiera los exámenes, donde la madre se angustia se centra en el tratamiento analítico; tercero es el rechazo como un intento de separación, se trata de una estrategia activa del sujeto que tiene como fin una autonomización con relación al otro, esta ausencia del otro es solamente imaginaria, debido a que no puede existir una autonomía total del otro y por último el rechazo como goce que pone en evidencia una satisfacción en la autodestrucción, complaciente poniendo en riesgo la vida y una presentación de la muerte de su cuerpo que no deja de ser algo complejo.

A esto se añade que se han realizado investigaciones donde se ha encontrado estrecha relación entre el vínculo, apego y los trastornos de la conducta alimentaria, un ejemplo de ello es la realizada en el año 2008 titulada “la construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con la conducta alimentaria” en donde al plantearle a los participantes situaciones en familia donde se necesita de apoyo, buena comunicación, afecto, confianza, ellos escogían con la que mayor identidad tenían y a partir de ello se concluyó que de acuerdo a al vínculo con sus parientes más cercanos interfiere a que se sostuviera la conducta alimentaria.

Para complementar lo anterior, se procede a definir el apego término que tuvo su introducción formal con Bowlby a comienzos de la segunda década del siglo XX y el cual ha inspirado una nueva forma de ver el vínculo madre-hijo. Para lo que según Bowlby, citado por Repertur. K y Quezada. A. (3), define el apego como la conducta que tiene un individuo de acercarse a una persona que le sirva de mediador para explorar el mundo, además de proveer sus necesidades para la supervivencia, las cuales dan lugar a un sistema conductual de control apoyado en respuestas instintivas como chupar, llorar, aferrarse, aproximarse y sonreír.

Además, la construcción del apego en el vínculo madre-hijo, se da por medio de unas fases Bowlby, (1969); Ainsworth, (1969), citado por Barg G (4): La primera, es la fase de pre-apego que se da los dos primeros meses donde los bebés activan un comportamiento en presencia de otra persona de orientación y señales sin discriminación de figura, como el sonreír, dejar de llorar cuando se le acercan. La segunda, es la fase de formación del apego, la cual se da de los 2 a los 6 meses, donde el bebé da muestra de conocer los rostros y las personas familiares y su conducta se ve mejor reflejada con el cuidador. La tercera, es la fase clara del apego la cual se da de los 6 meses a los 3 años, donde se refleja la vinculación afectiva, el niño experimenta aquí otro tipo de sistemas relacionados con la formación de apego los cuales son el sistema de miedo, temor o inhibición que aparece cuando se enfrenta a una estimulación novedosa con uno de sus familiares o cuidadores, el sistema afiliativo en el que se da la interacción con personas nuevas, el sistema exploratorio, caracterizado por el desplazamiento autónomo que contribuye a explorar su entorno físico; es aquí donde se forma una “base segura” con la madre o cuidador como elemento independiente, permanente en tiempo y espacio al que puede recurrir. Finalmente, está la cuarta fase donde se da la formación de una relación recíproca, se presenta de los 3 años en adelante, para que esta fase deben darse unas respuestas por parte de la madre, para lo que ella debe ser sensible frente a las necesidades del bebé y sincronizar su relación con él.

Sumando a la información anterior, también se da el vínculo de apego el cual Bowlby (1983), citado por Repertur. K y Quezada. A. (3), define el vínculo como, “un lazo afectivo, que una persona o animal forma entre sí mismo y otro lazo que los junta en el espacio y que perdura por el tiempo”, es el lazo afectivo por las personas que tienen alguna significación especial para el niño en su vida, es estar dispuesto a buscar una proximidad y contacto con otro individuo, reflejándose más en los momentos de inseguridad. El apego contiene aspectos de sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos inconscientes y de los cuales según Mary Ainsworth existen cuatro tipos:

- **INFANTES SEGUROS:** El cuidador responde de manera segura ante las necesidades del bebe.
- **INFANTES AMBIVALENTES:** Los bebés responden a la separación de su madre o cuidador con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia.
- **INFANTES EVITATIVOS:** Este se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita.
- **INFANTES DESORIENTADOS:** El cuidador ante las señales del niño tiene respuestas desproporcionadas y/o inadecuadas.

ANALISIS DOCUMENTAL

El presente trabajo se realiza basados en la definición de análisis documental, según Sánchez M y Vega J, en el cual se entiende como la representación sintética de la información original, es decir, recopilar la información de una manera centrada que pueden ser consultadas fácilmente, permitiéndole al lector una ubicación más exacta de dichos datos investigativos, en este apartado muestra una serie de investigaciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria, el apego y el vínculo, indagaciones que permiten alcanzar los objetivos planteados al inicio y por ende concluir sobre ellos.

Ahora se puede analizar un estudio realizado en el (2002) titulado “Calidad de vida en pacientes con trastornos de la alimentación” cuyo autores Etxeberria, González, Padierna, Quintana, Ruiz, (6) realizaron un estudio de metodología cualitativa en el hospital Galdakao en España, basados en pocos individuos escogidos a partir de unos criterios específicos, entre los que estaban personas afectadas por los Trastornos de la Conducta Alimenticia, familiares y un grupo multidisciplinar de profesionales que trabajan el tema. Este estudio tenía como objetivo adquirir información directa sobre cómo los TCA afectan diferentes aspectos de la vida de quienes lo padecen, centrados en aspectos subjetivos y experiencias personales, en el cual hicieron preguntas como: ¿qué es lo que más te

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

preocupa en este momento con relación a tu problema de alimentación?, ¿Cuáles son las áreas de tu vida que ves más afectadas como consecuencias del mismo?, ¿Qué es lo primero que te gustaría que cambiase?, ¿Cuáles son las áreas de la vida de nuestras hijas en las que ves que está afectando el TA?.

Lo que llevo a los investigadores a obtener resultados en relación a varios aspectos como lo son los estudios, en el cual coinciden en que presentan dificultades de concentración y disminución en el rendimiento académico; la salud, alimentación y percepción corporal, donde decían que hay una afectación física en estadios avanzados del trastorno, hay una percepción negativa de su figura y se presentan rituales y manías a la hora de comer; las relaciones familiares, se explicaba que se presentan muchas discusiones, envidia por parte de los hermanos, sobreprotección y exceso de control, preocupación y culpabilidad; por otro lado en las relaciones sociales y de pareja, existe una pérdida del contacto y aislamiento, dificultades para mantener relaciones sentimentales estables, apoyo de las amistades en la recuperación y por último en el estado de ánimo y personalidad, existen cambios de humor, pérdida de la alegría e ilusión, hay un aumento de la agresividad, baja autoestima, apatía y tristeza. Por lo anterior, concluyen que todas las personas escogidas concuerdan en que los TCA presentan graves alteraciones en el ámbito familiar y social y que se pierde las relaciones con las amistades lo que los lleva a tener un aislamiento que dificulta la pronta recuperación.

Con respecto al año 2007, en la ciudad de Cali investigadores como Fandiño A, M.D, M.S, Giraldo S, Martinez C, Aux C, Espinoza R, M.D, (7) realizaron un estudio llamado “Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Cali, Colombia”. En el cual participaron 174 estudiantes de la Universidad del Valle (Colombia) a quienes se les aplicó un cuestionario de evaluación del comportamiento alimenticio, en un estudio transversal en el que pretendían determinar la cifra de estudiantes con alta probabilidad de padecer algún tipo de trastorno de la conducta alimenticia y a partir de ahí, estimar la prevalencia en la población universitaria, en la cual se obtuvieron resultados de alta probabilidad de desarrollar algún tipo de TCA, principalmente en las mujeres, donde los ítems más relevantes fueron el bajo peso, el sobre peso, la obesidad y el deseo por disminuir su talla. Lo que lleva a los investigadores a concluir que se debe intervenir mediante diferentes estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento para esta población.

Por consiguiente en el 2008 Ramon Llull (8) efectuó una investigación cuyo nombre es “la construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con la conducta alimentaria”, en Universidad Barcelona, donde se plantearon los siguientes objetivos: primero; cómo los participantes construían la cohesión diádica, segundo interés de contexto de cada diada de manera específica y no globales; por ultimo adaptación a la diversidad intersubjetiva de la estructura y tamaño de la familia, lo anterior ayudo a conformar una forma personalizada de rejilla de constructos personales y administrarla en tres grupos diferentes de participantes ; el dos primeros los pacientes presentaron el diagnostico de TCA que recibían tratamiento médico y psicológico , sin embargo uno era de carácter restrictivo y el otro de carácter compulsivo con un total 60 voluntarios, y el tercer grupo

fue una muestra de 30 personas que decidieron participar voluntariamente lo que ayudo en el estudio para discriminar los resultados obtenidos respecto a los dos grupos anteriores.

Lo anterior permitió que en la investigación se utilizara una adaptación de la rejilla de constructos personales diseñada con el fin de que se cumplieran los objetivos propuestos: la rejilla de comunicación familiar, cohesión diádica y apego (CFCA), que fue aplicada a la población de forma individual, que consistía en unas oraciones que definían de manera coloquial las definiciones de comunicación, cohesión diádica y apego, en la cual los participantes definían cada día a partir de la escala de likert, en donde cero(0) significaba “nada de acuerdo” y cuatro(4) “totalmente de acuerdo”, pero antes de que se iniciara este proceso se le pide al evaluado que dé el nombre de las personas que considera que conforman tu familia teniendo en cuenta el tamaño y la complejidad, si la lista se alargaba con parientes lejanos como tíos, primos se le pedía que seleccionara aquellas personas con quienes sostuviera una relación más cotidiana.

Por último los resultados fueron los siguientes, indican que los dos grupos de TCA analizados a comparación del grupo no clínico no presentaron diferencias frente a los patrones de apego, también la construcción de la cohesión diádica y la comunicación entre los participantes del grupo de AN restrictivo no marca ninguna diferencia con el grupo control, una posible explicación podría ser es que los pacientes con TCA tienden a negar y evitar los conflictos interpersonales, mientras que el grupo de carácter compulsivo solo negaban la existencia de un patrón de apego anormal, es decir la relación de la diada y la comunicación es más problemática a diferencia de los otros grupos, se concluye que el tipo de rejilla utilizado no mide el apego en si mismo sino que es una construcción subjetiva de acuerdo a unas situaciones particulares familiares.

Seguidamente, en el mismo año en Chile los investigadores Claudia Cruzat, Patricio Ramírez, Roberto Melipillán, Paula Marzolo(9), su investigación llevaba como título “trastornos de alimenticios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes de secundaria de la comuna de Concepción”, en donde el objetivo fue determinar si existe relación entre los síntomas psicológicos asociados al desarrollo de un TCA y el funcionamiento familiar, en conto con una muestra de 296 alumnas de enseñanza media, en cuanto a las edades fueron alrededor de los 14 a los 19 años.

Los instrumentos que utilizo la investigación fueron: EDI-2 o inventario de trastornos alimenticios consiste en 64 ítems y 11 subescalas que miden los síntomas psicológicos asociados comúnmente AN, BN, y otros TAC y el otro fue el cuestionario TU-SU, “ como es tu familia , como es su familia” diseñada para evaluar funcionalidad y estructura familiar en los adolescentes y sus familias, este tiene varias subescalas pero las que se utilizaron en la investigación: comunicación con la madre y el padre, cohesión familiar y manejo inadecuado de los conflictos.

En la presentes investigación se tuvieron los siguientes resultados: la obsesión por la delgadez se relaciona con el predictor analizado de la comunicación con el padre y manejo inadecuado de los conflictos, lo que señala que la evitación es una característica de las familias anoréxicas, en el caso de la bulimia la preocupación por el tamaño de su cuerpo ya

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

sea de forma total o por algunas partes específicas de su cuerpo (estomago, cadera, muslos y nalgas) tuvo relaciones significativas como comunicación con la madre, comunicación con el padre y manejo inadecuado de los conflictos.

También, se realizó un estudio titulado “conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios”, por Gongora V, Casullo M, (10) en la cual se les aplicó una encuesta sociodemográfica, un cuestionario de esquemas, un inventario de conductas alimenticias, cuestionario de cogniciones anoréxicas, y una entrevista a 449 a estudiantes de psicología de la Universidad de Buenos Aires, donde los resultados que se obtuvieron, muestran la alta frecuencia de las conductas relacionadas con los TCA, en especial en caso de “atrancones”, así mismo se encontró personas que anteriormente habían estado en tratamiento por haber padecido alguno de estos trastornos, resaltando que las conductas y el sistema de creencias persisten aunque ya haya un tratamiento finalizado, destacándose mayormente en las mujeres. Lo que lleva a los investigadores a concluir que se necesita trabajar en las cogniciones en tareas de prevención y salud en grupos considerados de riesgo.

Así, pues en el 2009 Ana Ruiz, Rosalía Vázquez, Juan Manuel Mancilla y sus colaboradores (11) en su investigación llamada “funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario”, se realizó con el fin de analizar los aspectos del funcionamiento familiar que expliquen la protección y el riesgo de los trastornos alimenticios, contaban con una población de 70 personas, 16 con AN, 24 con Bulimia Nerviosa (BN), 30 con Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) y 30 sin trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que tenían promedio una edad de 18 años, las cuales fueron entrevistadas para determinar el diagnóstico además se les aplicaron tres cuestionarios: FES de ambiente familiar, EAT-40 y BULIT para evidenciar los síntomas.

De acuerdo con los anteriores cuestionarios se procedió al análisis correlacionando los datos de las pruebas para someterlas en una subescala tuvieron que correlacionar los síntomas de la TCA que podían actuar como factores explicativos de la presencia de la TCA y evaluar sus efectos sobre los TAC específicos y no específicos, haciendo comparaciones en los diferentes grupos, en donde la presencia de dicho trastorno mencionado anteriormente se codificaba con 1 y la ausencia de la misma con 0, en cual arrojaron los siguientes resultados: en la AN se presentó una correlación significativa y negativa como es la expresión respecto con la BN, en el grupo de TCANE se evidencio el conflicto y cohesión, sin embargo en la BN no encontraron asociaciones significativas con ninguna de la subescalas del funcionamiento familiar (expresión-conflicto-cohesión), en donde revisando la literatura señala asociaciones de mayor conflicto, menor expresión emocional, cohesión y carencia de soporte social.

Posteriormente, en el 2010 Piñeros S, Molano J, López C (12), realizaron un estudio con personas entre los 12 y los 20 años escolarizados, de Bogotá y Cundinamarca (Colombia) titulado: “Factores de riesgos de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia)” los cuales respondieron a unos test de factores de inicio y mantenimiento de las TCA y la ansiedad y depresión. En los cuales se

detectaron 140 casos posibles de TCA, la mayoría de ellos mujeres y solo un porcentaje acepta la entrevista con el psiquiatra, donde no se muestran diferencias por el estrato socioeconómico, ni por la edad; presentan una relación alta con trastornos depresivos y ansiosos, así como de conductas suicidas. Lo que lleva a los investigadores a concluir, que los TCA se ven reflejados desde edades muy tempranas y que en algunos casos está relacionado con trastornos depresivos y las conductas suicidas.

Consecutivamente, en el 2012 los investigadores Ana L Maglio y Maria F Molina (13), llamaron a su trabajo “la familia de adolescentes con trastornos alimenticios. ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar?”, en cual se plantearon los siguientes objetivos: el primero fue examinar el funcionamiento familiar de los diferentes miembros de la misma con respecto a un adolescente que sufre de TCA y segundo analizar las diferencias respecto de su percepción, desde el enfoque del modelo circunplejo de sistema maritales y familiar.

Este estudio se realizó en la Universidad de Buenos Aires, contó con una población 170 personas se distribuyeron en 20 grupos de familias de adolescentes con TCA y 26 grupos familiares controles, que fueron evaluados con la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar, además el inventario de comunicación adolescente- padre, pero en el grupo de adolescentes con TCA se diagnosticaron por medio de entrevistas individuales por un psicológico especializado basado en los criterios que plantea de DSM-IV (10 con TCANE, 6 con AN y 4 con BN) con donde la edad más relevante fueron 16 años, tampoco se observaron rasgos significativos respecto a la edad de los padres, en ambos grupos la mayoría de los padres son casados.

Para terminar los resultados más significativos fueron: las familias de adolescentes con TCA presentaron estar menos unidos emocionalmente a comparación con las familias control, también la flexibilidad familiar se observa en gran escala en las FTAC respecto a los hermanos que en las FC, a lo respecta a la variabilidad familiar se evidencia en las FTCA un mayor acuerdo entre los padre y la hija con TCA, pero en el grado de cohesión los hermanos dijeron que hay una disfunción en el funcionamiento familiar. Los investigadores concluyen que los hallazgos realizados tienen gran relevancia clínica ya que permiten describir el funcionamiento de las familias cuando lleguen a consulta psicoterapéutica.

DISCUSION

De acuerdo con lo documentado anteriormente, se pudo observar que la mayoría de las investigaciones que se han realizado son de enfoque cualitativo, donde se dedican a describir en qué consisten los trastornos de la conducta alimenticia, relatando sus características y síntomas y no brindando una solución eficaz a dichos TCA, en cual se hacen un bosquejo subjetivo sobre los síntomas o situaciones que presentan las personas que son diagnosticadas con algún desorden alimenticio.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Por otro lado, el DSM-IV brinda una descripción de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, para diagnosticar a las personas jóvenes y adultas, pero no ofrece unos síntomas precisos respecto a la conducta alimentaria en la infancia. Además, la mayoría de las investigaciones realizadas, son efectuadas a personas adolescentes y universitarias, en cual se evidencia una negación y evitación del conflicto familiar que posiblemente puede causar una inhibición a nivel de motivación para resolverlos o tomar la iniciativa, este tipo de aspectos mencionados anteriormente parten desde el primer vínculo iniciado con la madre o cuidador que provee el alimento haciendo que este momento sea placentero o no que más adelante se verá reflejado cuando enfrente la adolescencia.

También, los estudios realizados se han centrado en los aspectos sociales, psicológicos, familiares y educativos que se relacionan con la persona que es diagnosticada con trastornos de la conducta alimentaria, encontrándose una posible causa que son las relaciones familiares las que determinan esta conducta. Coincidiendo en que uno de los factores que inciden en los TCA es el manejo inadecuado de un conflicto en la familia y la comunicación que se maneja entre padres e hijos, mostrando alertas respecto a la forma como se maneja la situación, en donde una vez más el sujeto es dinámico y no es un todo debe ser trabajado iniciando de las partes que lleven a ese todo que permita llegar a la causa real del problema.

Además, la mayoría de las investigaciones realizadas arrojan un porcentaje mayor de la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres y un índice más bajo en los varones que puede abrir nuevos campos de investigación de por qué motivo no es tan común en el género masculino.

CONCLUSIONES

A raíz de la recopilación de las diferentes investigaciones la mayoría de ellas ejercidas en Latinoamérica apunta que los tipos de apego puede ser la posible causa para que se mantenga el TCA en el cual se evidencia una relación estrecha planteada en los objetivos específicos en donde el apego inseguro y ambivalente de las personas que participaron en los estudios afirmaron que hay una negación e inhibición en el momento de enfrentar y tomar la iniciativa a la hora de resolver los conflictos de familiares, describen a sus padres como buenos respecto a la relación que han construido a lo largo del tiempo, aunque sus hermanos comentan que la correlación es difícil, evitando los problemas, presentando cierta clandestinidad en el momento de ingerir alimento o evitando las reuniones familiares en las cuales está presente una cantidad exagerada de comidas que para ellas es difícil lidiar acompañada de tensión y ansiedad, debido a que pueden dañar su dieta o su ideal de imagen corporal que tiene en mente y el que supuestamente han trabajado.

Por otra parte la relación con las personas que comparte cotidianamente, se conforma por padres y hermanos en donde las relaciones se califican como supuestamente buenas, pero de fondo hay ciertas situaciones que no se quieren enfrentar porque de pronto perjudicarían

la dinámica familiar que han mantenido hasta el momento, concluyendo de la psicoterapia puede centrarse tanto en la persona diagnóstica con TCA como en la familia para que se trabaje como un conjunto y no como dos aspectos aislados, o indagar de manera cuidadosa debido a que los pacientes y sus familiares pueden distorsionar en este caso con el vínculo que tiene de manera bidireccional (padres-hijos).

Para finalizar, signos y síntomas de los TCA no han cambiado mucho, se siguen manteniendo como por ejemplo, los vómitos, los laxantes, la distorsión de la imagen corporal, el ejercicio, dieta excesiva y estricta, ayunar, etc siguiendo los parámetros establecidos por el DSM-IV es muy fácil el diagnóstico aunque en algunos casos no se cumpla ni con la AN y la BN, brindando un punto de partida en la investigación ya que permite que a partir de los síntomas se pueda llegar a la causa real del problema, y que no se base en lo que brinda el manual si no que hay aspectos como familiar, económico, cultural, educativo que pueden potencializar los trastornos alimenticios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ana Ruiz-Martínez, Rosalía Vázquez Arévalo, Juan Manuel Mancilla Díaz, Xochitl López Aguilar Georgina L. Álvarez Rayón, Antonio Tena-Suck, (2009). *Universitas psychologica*, Vol.9, No. 2, págs. 447-455 (11)

Ana Laura Maglio y María Fernanda Molina, (2012). *Mexicana de trastornos alimenticios*. Vol.3, págs. 1-10. (13)

Barg. G. (2011). *Prensa medica latinoamericana*. Vol. 1 pág. 69-81. (4)

Claudia Cruzat, Patricio Ramírez, Roberto Melipillán y Paula Marzolo, (2008). *Psyche*. Vol. 17, No. 1, págs., 81-90. (9)

Cosenza Domenico, (2013). *La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimenticios*. Buenos Aires: Tres Haches. (1)

Etxeberria, González, Padierna, Quintana, Ruiz, (2002) *Psicothema*. Vol. 14 No. 2 pp. 399-404. (6)

Fandiño A, M.D, M, S, Giraldo S, Martínez C, Aux C, Espinoza R, M.D, (2007) *Colombia médica*. Vol. 38 No. 4. Pág. 344-351. (7)

Gongora V, Casullo M, (2008). *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XVIII p. 265-272. (10)

Lluís Botella & Nuria Graño, (2008). *Apuntes de psicología*. Vol. 26, No. 2, págs.291-301 (8)

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Piñeros S, Molano J, López C, (2010) Redalyc. Vol 39 No. 2 pág. 313-328. (12)

Pichot P, López J, Váldez M. (1995) DSM-IV. Barcelona, España. Editorial Masson. S.A. pag. 553-564. (2)

Repertur. K y Quezada. A. (2005) Revista digital universitaria. Vol.6 No. 11 pág. 4-7. (3)

Sánchez. M y Vega J (2003). Ciencias de información. Vol. 34 No.2 pág. 48-60. (5)

RESEÑA AUTORAS

DARLY GINETH BOHÓRQUEZ VARGAS

Estudiante de pregrado de psicología

Universidad Pontificia Bolivariana seccional Palmira Valle (Colombia).

Estudiante de quinto semestre en la universidad pontificia bolivariana seccional Palmira valle, pertenece al semillero de investigación llamado cognición y emoción desde hace año y medio.

JULIETH SOFÍA DELGADO CUERO

ESTUDIANTE DE PREGRADO DE PSICOLOGÍA

Universidad Pontificia Bolivariana seccional Palmira Valle (Colombia).

Estudiante de quinto semestre en la universidad pontificia bolivariana seccional Palmira valle, pertenece al semillero de investigación llamado cognición y emoción desde hace dos años, participó como voluntaria de la Agencia Colombiana para la Reintegración (ACR), la Fundación para la Orientación Familiar (FUNOF) y la Universidad del Valle, en el programa “Plan de Formación Ciudadana”.

LINA MARCELA ROJAS REINA

Docente-Investigadora Universidad Pontificia Bolivariana Palmira