



*Psicología y desórdenes alimenticios.
Un modelo de campo psicosocial*







PSICOLOGÍA Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS.
Un modelo de campo psicosocial

JUAN CARLOS SÁNCHEZ SOSA
MARÍA ELENA VILLARREAL GONZÁLEZ
GONZALO MUSITU OCHOA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NUEVO LEÓN
Secretaría de Extensión y Cultura

Jesús Áncer Rodríguez
Rector

Rogelio Garza Rivera
Secretario General

Rogelio Villarreal Elizondo
Secretario de Extensión y Cultura

Celso José Garza Acuña
Director de Publicaciones

José Armando Peña
Director de la Facultad de Psicología

Biblioteca Universitaria Raúl Rangel Frías
Alfonso Reyes 4000 norte, Planta principal
Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64440
Teléfono: (5281) 8329 4111 / Fax: (5281) 8329 4095
e-mail: publicaciones@seyc.uanl.mx
Página web: www.uanl.mx/publicaciones

© Universidad Autónoma de Nuevo León
© Juan Carlos Sánchez Sosa, María Elena Villarreal González
y Gonzalo Musitu Ochoa

ISBN: 978-607-433-389-3

Impreso en Monterrey, México
Printed in Monterrey, Mexico



*Ningún espíritu, espectro, noímeno,
superstición, duende, trascendentalismo,
misticismo, vínculo invisible,
creador supremo, ángel, demonio.*

J.R. Kantor







CAPÍTULO 1

EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El análisis de la relación Psicología–Salud implica, sin lugar a dudas, un abordaje holístico que conlleva el contemplar los parámetros axiológicos de la ciencia, que surgen como corolario de la denominada revolución meta-paradigmática la cual ha propiciado replanteamientos que trastocan las diversas áreas del conocimiento. Por tal motivo, hemos dedicado este primer capítulo al análisis de una serie de consideraciones en torno a la relación Psicología–Salud que han marcado las directrices de un replanteamiento teórico-conceptual de lo psicológico.

Evolución del concepto de Salud

Respecto al término salud, éste ha experimentado una transformación conceptual, pues de considerarse simplemente como la ausencia de enfermedad, ha evolucionado al grado de contemplar que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes tanto





en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar (Rodríguez-Marin, 1995).

Así, esta evolución que parte de una concepción médico-biológica a una conceptualización holista en donde se contemplan además las dimensiones sociocultural y psicológica, considera a la salud como un constructo de carácter biopsicosocial que puede ser definido como una normatividad consensuada que tiene como parámetros en lo biológico la bio-sustentabilidad y la funcionalidad biológica individual, en lo psicológico, la funcionalidad social individual y, en lo social, la convivencia inter e intra comunitaria.

Esta concepción integral de la salud representa quizá el reto más importante de la humanidad, pues no sólo contempla la salud orgánica y psicológica individual, sino también la salud social y ecológica. Desde esta perspectiva, los diferentes esfuerzos encaminados a la procuración de hábitos saludables serían inútiles, si esto implica un deterioro en otros ámbitos de la salud. Por ejemplo, las campañas encaminadas a incrementar el consumo de agua, estarían afectando la salud ecológica si no se emplean materiales reciclables en la industrialización del vital líquido. Asimismo, resulta irónico realizar programas de estilos de vida saludable, al tiempo que se recrudecen los conflictos raciales y políticos, y somos incapaces de implementar estrategias para detener el calentamiento global.

Problemas de la psicología contemporánea

El principal aspecto a considerar en el análisis del factor psicoló-





gico, es el carácter atípico de la Psicología, de ser la única ciencia empírica que carece de un objeto de conocimiento consensuado.

Mientras que las ciencias en la que existe un consenso sobre la naturaleza del fenómeno estudiado (Biología, Física, Sociología etc.), se puede divergir respecto a los planteamientos de cómo abordar el fenómeno (o un campo particular de éste) a partir de diferentes posiciones teóricas, en Psicología la carencia de criterios comunes a nivel ontológico y/o epistemológico ha determinado directamente que las teorías generales o particulares surgidas en el contexto de nuestra disciplina, no tengan puntos de contacto conceptual, metodológico o empírico y, por consiguiente, no sean comparables o integrables (Ribes, 2000).

La tradición intelectualista en Psicología (Ribes, 2002) ha propiciado dos graves problemas en Psicología que repercuten tanto en el ámbito teórico como en el práctico.

El primero de ellos es el carácter fatalista de la Psicología, pues nuestra disciplina aún conserva un modelo explicativo dualista que centra las causas del comportamiento en una diversidad de atributos internos confusos de naturaleza innata (mente, cognición, emoción, actitudes, etc.), que condicionan o delimitan el comportamiento. Asimismo, estas teorías sostienen que estos procesos, estructuras o atributos pueden ser medidos excluyendo la influencia tanto biológica como ambiental, contextual y de historia personal.

Las posturas teóricas que orientan sus concepciones en este determinismo causal, han generado un reduccionismo explicativo que ha obstaculizado el desarrollo científico de nuestra disciplina, pues no podemos conceptualizar lo interno como algo separado o aislado de la acción, y por tanto, no puede distinguirse





del comportamiento puesto que, cuando evaluamos lo psicológico, lo que realmente medimos es precisamente el resultado de la interacción de todos estos factores, es decir, el comportamiento psicológico y no una parcial y confusa reducción categorial de atributos internos.

Por otra parte, el presuponer que los constructos de diferentes teorías son complementarios e integrables, ha originado en la Psicología un eclecticismo pernicioso que, lejos de facilitar una estructura teórica integradora, ha permitido amalgamar una diversidad de ensaladas conceptuales producto de hibridaciones teóricas endebles que, al integrar una multiplicidad indiscriminada de variables de estudio no permite una investigación teóricamente fundamentada, propiciando una confusión conceptual en nuestra disciplina, ocasionando también que la actividad profesional del psicólogo se oriente hacia la práctica terapéutica empírica con una orientación eminentemente pragmática en vez de basar la práctica profesional fundamentada en el quehacer científico.

La Psicología contemporánea enfrenta el riesgo de convertirse en una disciplina ecléctica cuya característica principal es no tomar en cuenta, o bien, confundir los lineamientos científicos en la construcción de sus postulados teóricos, así como en el diseño y aplicación de sus técnicas terapéuticas.

Este carácter omnilogístico de la Psicología contemporánea cuyo objetivo ha sido la búsqueda de una amalgama conceptual, ha propiciado que diversos conceptos de diferentes enfoques teóricos adopten un carácter polisémico derivando en una vulnerabilidad teórica en nuestra disciplina (Sánchez-Sosa & Villarreal-González, 2010), que han permitido el desarrollo de híbridos conceptuales en lugar de auténticas integraciones teóricas.

Estas hibridaciones conceptuales aunadas al pragmatismo





exacerbado y eficientista que caracteriza hoy en día la práctica profesional de psicólogo, ha permitido la implementación de *collages* terapéuticos que transgreden los límites entre el conocimiento científico y el conocimiento ordinario, y en ocasiones hasta del conocimiento religioso, al amalgamar una serie de prácticas pseudocientíficas y anticientíficas (Campo, 2004), en donde las primeras utilizan un lenguaje científico pero sin bases teóricas, y las segundas rechazan o ignoran los procedimientos y el lenguaje científicos dando lugar así a una Psicología de Consumo o Psicología Chatarra en la que se sustituye el criterio de pertinencia (técnicas terapéuticas emanadas de teorías científicas) por el de abundancia (diversidad de técnicas de diferentes teorías en la práctica profesional) (Zarzosa, 1991).

Estos criterios orientados hacia una Psicología popular que son producto del lenguaje ordinario (Ribes, 2004) validado por las prácticas lingüísticas sociales (convalidación pública) son el resultado de una crisis de cultura que pareciera estar empeñada en eliminar las fronteras entre el conocimiento científico y el conocimiento ordinario propiciando con esto confusión conceptual en nuestra disciplina.

Mientras siga prevaleciendo la idea de que la ciencia avanza por un proceso de confirmación fáctica en lugar de la confrontación de teorías con base en su poder sistemático y heurístico (Khun, 2006), nuestra disciplina seguirá mezclando términos y conceptos que, lejos de plantear una integración teórica, sólo generan confusión. En relación a esto, Ribes en el 2000 comenta:

Los términos por sí solos no significan nada. Sólo tienen sentido en el contexto del ámbito en que son utilizados. Los términos de las psicologías sólo son discernibles en relación al paradigma que





define su significación. Usarlos como equivalentes, independientemente del compromiso ontológico que implica su uso por una teoría particular, es un acto que atenta contra la más elemental lógica.”

La ciencia, no se construye a base de buenas intenciones, ni mucho menos mostrando apertura respecto a posturas teóricas (generalmente inconmensurables) bajo el frágil argumento de una supuesta necesidad de integración teórica o bien aduciendo al eficientísimo que demanda una disciplina como la nuestra. Por lo que, cualquier intento de integración teórica tendrá que atender a criterios de carácter ontológico y/o epistemológico que determinen puntos de contacto conceptual, metodológico y empírico (Ribes, 2000). Las hibridaciones conceptuales que no contemplen estas dos dimensiones de compromiso conceptual tendrán como único fin el llegar a conciliaciones convenientes aunque espurias.

Estas dos tendencias actuales de la Psicología, el eclecticismo y las explicaciones causales fatalistas son incompatibles con el concepto integral de salud antes mencionado, pues al no contemplar factores sociales, ambientales y biológicos en la concepción de lo psicológico, asume un reduccionismo maquinista causal que estigmatiza a los enfermos al considerarlos como responsables de su padecimiento.

Asimismo, es de particular importancia enfatizar que tampoco es suficiente el hablar de un planteamiento biopsicosocial en la determinación del factor psicológico, sino que es necesario establecer las delimitaciones de estas dimensiones a través de sus categorías analíticas (Piña & Rivera, 2006), lo cual ayudaría a esclarecer en nuestra disciplina qué es lo que incluye a lo psicológico, (las atribuciones, creencias, afrontamientos, cogniciones,





emociones, lo mental o lo comportamental) sin caer en una mezcla simplista de múltiples conceptos.

Un análisis de la relación psicología y salud

En el campo de la salud se destaca cada vez más el papel de la Psicología en las denominadas enfermedades crónicas, las cuales son definidas por el Center for Disease Control (CDC), como enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo.

Sin embargo, los esfuerzos en la vinculación Psicología-Salud se han enmarcado en concepciones plurales y no siempre bien delimitadas, respecto a la salud y la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes (Ribes, 2008).

La confusión conceptual, producto de la tendencia ecléctica de nuestra disciplina, ha afectado a los diversos campos de aplicación, entre ellos el de la llamada Psicología de la Salud.

A este respecto, cabe precisar que no existe un consenso en cuanto a las diversas definiciones de este campo de desempeño profesional debido a las siguientes características:

- 1 La adopción de hibridaciones conceptuales producto de un pragmatismo exacerbado y de una confusión epistémica en las dimensiones Holismo-ecléctico.
- 2 Una concepción biologicista de los factores psicológicos al darle el carácter de Psicopatología.
- 3 La utilización indiscriminada de estrategias, técnicas y procedimientos en la prevención o rehabilitación de una enfermedad o en la promoción de la salud.





En resumen, la Psicología de la Salud tiene que contemplar en el abordaje de las llamadas enfermedades multicausales, una transformación conceptual del factor psicológico que, de ser considerado como una entidad interna similar a la biológica que asume una ostensividad ontológica internalista espuria y fatalista, ha incorporado en sus diversas concepciones el carácter interactivo que le da el encontrarse inmerso en un medio histórico, socio-cultural y ambiental.

La Psicología de la Salud debe de ajustarse a un modelo teórico que delimite que es lo psicológico especificando las categorías analíticas que permitan su correcta interpretación, a la vez que, su evaluación sistemática esté relacionada con las medidas biológicas y sociales pertinentes a la salud y la enfermedad (Piña & Rivera 2006). De esta forma, la Psicología de la Salud se constituiría como un campo de actuación profesional en el que los psicólogos adquieran las habilidades necesarias que les permitan obtener tanto los conocimientos (saber acerca de las cosas) como las competencias (saber hacer las cosas de modo eficiente) indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, que les permitan analizar cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud.

Al ser conceptualizada como un campo de desempeño profesional, la Psicología de la Salud deberá de ser normada en sus criterios por un modelo teórico-metodológico que permita explicar y abordar cómo incide el factor psicológico en la promoción de la salud, las etapas de la enfermedad y los diferentes niveles de prevención que permita al Psicólogo de la Salud desarrollar competencias pertinentes que lo faculte en el plano terapéuti-





co para pasar de un nivel de asistencia meramente consultiva, que si bien es cierto, tiene un carácter multidisciplinario, la responsabilidad del paciente sigue siendo del médico a un nivel de colaboración interdisciplinaria que implique la responsabilidad compartida respecto al estado de salud del paciente (Caplan & Caplan, 1996).

Por tanto, un concepto holístico tanto de la salud como de la Psicología requiere despojar a éstas, de constructos causales fatalistas que limiten su ámbito de ocurrencia y pertinencia a la designación de estados internos de bienestar de naturaleza biológica y/o psicológica.





REFERENCIAS

- Campo, J. (2004). Terapias pseudocientíficas. Algunas señales de peligro. *Contextos*. Disponible en http://www.conducta.org/articulos/terapias_pseudo.htm
- Caplan, G & Caplan R. (1996). *Consulta y colaboración en salud mental*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Kuhn, T. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas*. Tercera edición. México: Fondo de Cultura Económica.
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychological*, 5 (3), 669-679.
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 365-382.
- Ribes, E. (2002). *Psicología del aprendizaje*. México: Manual moderno.
- Ribes, E. (2004). La enseñanza de las competencias de investigación: ¿un asunto meramente metodológico o un problema de modulación teórica? *Revista Mexicana de Psicología*. 21 (1) 5-14.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y salud*. México: Trillas.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Sánchez-Sosa, J.C., Téllez, A. & Villarreal-González (2010). Bioética en la Investigación en psicología de la salud. En Cantú, P. (Editor). *Evaluación bioética de la investigación en salud*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sánchez-Sosa, J.C. & Villarreal-González M. (2010). La psicología de la salud y los desórdenes alimenticios en México: Un análisis teórico y prospectivo. En López, F. (Editora). *Prospectiva de la psicología de la salud en México*. Monterrey: Consorcio de Universidades Mexicanas. (En prensa).
- Zarzosa, L. (1991). Problemas del eclecticismo. Un caso. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1), 25-36.



CAPÍTULO 2

MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS

El desarrollo evolutivo de los modelos teóricos sobre los desórdenes alimenticios contempla cuatro posturas teóricas generales las cuales guardan las siguientes características:

- 1) **Posturas Psicopatológicas** - Los modelos con esta orientación teórica tienen en común una ostensividad ontológica internalista cuya característica principal es la de referir atributos causales de índole interna conceptualmente confusos, que da lugar a considerar los desórdenes alimenticios como trastornos producto de una psicopatología.
- 2) **Posturas Sociales** - La influencia cada vez mayor de los aspectos sociales como factores determinantes en el comportamiento humano ha dado lugar a modelos sociales que explican la relación de variables culturales y contextuales con los desórdenes alimenticios.
- 3) **Hibridaciones Eclécticas** - Contemplan diversos factores interactuantes los cuales amalgaman una serie de variables que lejos de formar una estructura teórica integradora se convierten en una ensalada conceptual producto de hibridaciones teóricas endebles.
- 4) **Posturas de Campo** - Aquellas en la que todos los eventos deben considerarse como interacciones complejas de numerosos factores en situaciones específicas. Un modelo de campo implica que la expli-



cación psicológica, no busque causalidades productoras o creadoras de fenómenos, sino más bien el poner de manifiesto el sistema de interdependencias existentes entre los elementos participantes en ese campo psicológico.

Las posturas psicopatológicas, tienen en común la característica de referir atributos causales de naturaleza innata. Esta ostensividad ontológica internalista ha dado lugar a dos tipos de modelos teóricos espurios:

- 1) Modelos simbólicos - elementos explicativos pseudocientíficos (simbolismo psicoanalítico)
- 2) Modelos reduccionistas - centran sus explicaciones en alteraciones preceptuales y/o actitudinales (cognitivo-afectivas) de imagen corporal (Garner & Garfinkel, 1981)

El abordaje psicológico de los desórdenes alimenticios tendrá que reemplazar los hábitos categoriales de las posturas psicopatológicas y enmarcarse dentro de una concepción holista que contemple una geografía lógico-conceptual que ponga de manifiesto la lógica de sus proposiciones conceptuales (Ryle, 2005), dentro de un marco contextual y cultural y bajo una perspectiva de campo.

A lo largo del presente libro nos referiremos a dos conceptos, los cuales consideramos preciso aclarar: Desórdenes Alimenticios (DA) y Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR). Cuando hablamos de desórdenes alimenticios, nos referimos a la problemática alimentaria en un amplio espectro que abarca problemas relacionados tanto con sobre peso como con infrapeso, que se define como un patrón de conducta anormal respecto a la ingesta de alimentos y el balance energético (Schlundt & Johnson, 1990). Por otra parte, al hablar de la conducta alimentaria de riesgo nos referimos a los hábitos alimenticios que pueden desencadenar desórdenes relacionados con el infrapeso (anorexia y bulimia).

Los desórdenes alimenticios obedecen a un continuo, en don-





de tanto los problemas de infrapeso como de sobrepeso abaten no sólo a los países occidentales, sino que se extienden por el proceso de aculturación a los denominados países occidentalizados entre los cuales podemos contar a nuestro país.

Respecto a los llamados trastornos de conducta alimentaria (TCA), un informe del Fondo de las Naciones unidas para la Infancia (2002) revela que la anorexia y la bulimia tienden a afectar especialmente a los adolescentes en los países industrializados en donde uno de cada 10 individuos con anorexia fallece a consecuencia de su enfermedad. Igualmente reportan que las jovencitas son casi 10 veces más propensas a desarrollar esos trastornos alimenticios que los hombres.

En los países desarrollados, los niveles de prevalencia de trastornos de conducta alimentaria se han incrementado en los últimos años, la anorexia (AN) y la bulimia (BN) son los dos trastornos alimenticios más frecuentes, sobre todo en la población femenina.

Estudios entre estudiantes escolarizados de diez países del Caribe pusieron de manifiesto que el 31% de ellos no está satisfecho con su peso. Alrededor de una sexta parte ha usado al menos un método para perder peso, incluyendo dieta o ejercicio (15%), laxantes (15%), vómitos inducidos (8%) o pastillas para adelgazar (6%) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2002).

Resultados arrojados por el Instituto Nacional de Salud Pública en su Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006 (ENSANUT, 2006), revelaron que la prevalencia de baja talla en población femenina aumentó progresivamente con la edad. Así, en las mujeres de 12 años la prevalencia fue de 6.5% aumentando hasta 19.7% en las de 17 años.

Si bien es cierto que la prevalencia de TCA no representa niveles de carácter epidemiológico como en el caso de la obesidad,





es necesario tomar en cuenta que en el caso de la anorexia el trastorno está asociado a un elevado riesgo de mortalidad, además de tener la característica de presentar un reducido porcentaje de recuperación, si además aunamos a esto que los TCA constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Peláez, Labrador & Raich 2005), resulta particularmente importante la determinación de los factores que inciden en el establecimiento de la conducta alimentaria de riesgo, la cual es una medida pre-clínica de trastornos de conducta alimentaria.

Modelos explicativos de desórdenes alimenticios relacionados con infrapeso

El término modelo ha sido ampliamente utilizado como herramienta conceptual en la investigación social; sin embargo, su carácter polisémico ha ocasionado confusión, por lo que es preciso delimitar y clarificar el concepto así como su relación con la teoría (Callejo, 2000).

Un modelo es la representación de un determinado fenómeno en el que todos sus elementos conceptuales han sido operacionalizados y expresados en una relación causal entre ellos, la cual ha sido validada por una teoría. Desde esta perspectiva se considera al modelo como una especificación de la teoría que ofrece una explicación observable de los elementos que integran el fenómeno estudiado.

A continuación se abordan brevemente los modelos teóricos más representativos de los desórdenes alimenticios, específicamente de los relacionados con el infrapeso.





El modelo psicoanalítico

El modelo psicoanalítico Freudiano de los desórdenes alimenticios se expresa en el manuscrito G de 1895. Sobre la melancolía, sostiene que la neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia, argumentando que la tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. Sin embargo, así como surge esta pseudo explicación intelectualista al más puro estilo literario freudiano, existen múltiples interpretaciones mágicas de corte psicoanalítico que a lo largo de la historia se han ido cobijando a la sombra del cuadro de moda del momento, melancolía, psicosis, histeria, etc., (Almenara, 2003) sin que hasta ahora puedan aportar elementos pertinentes en el plano descriptivo, predictivo y de intervención sobre los desórdenes alimenticios. Un claro ejemplo de estas variaciones psicoanalíticas lo representa la perspectiva transpersonal Jungiana en donde la anorexia podría ser entonces un camino hacia la individuación en el que la mujer se reúne con la madre y recupera para sí el significado que tiene para ella su existencia femenina (Araya, 2001).

Durante la década de los setenta surgen las posturas neo-psycoanalíticas que destacan el papel preponderante de las alteraciones de la Imagen Corporal (IC) en los trastornos de conducta alimentaria. La Dra. Hilde Bruch de orientación neo Freudiana aún y cuando parte de que el psicoanálisis tradicional, con su énfasis en la interpretación de procesos inconscientes es bastante ineficaz (Bruch, 1982), atribuye las alteraciones de la IC a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal.

Para Bruch (1973) la distorsión de la imagen corporal así como





las disfunciones alimentarias, tiene un carácter simbólico considerándolos como formas de camuflaje de diversos problemas que por otros medios no ha sido posible resolver. Bruch (1981) menciona una serie de características que distinguen el síndrome de anorexia nerviosa: una persecución implacable por la delgadez; una preocupación casi delirante por la imagen corporal; una incapacidad para identificar el hambre con otros estados de tensión corporal; falta de identidad y un sentido de ineficacia paralizador.

Desde entonces, se considera un criterio diagnóstico de Anorexia y Bulimia a la alteración de la imagen corporal (Morales, 2006). Otra herencia de la postura Psicopatológica de los TCA es su relación con trastornos de personalidad, especialmente asociado a rasgos obsesivos, histéricos y compulsivos (González, Unikel, Cruz & Caballero, 2003).

En resumen, para el Psicoanálisis en cualquiera de sus acepciones, la explicación de los desórdenes alimenticios tienen una base psicopatológica en la que no se constituyen conceptualmente con una nosología propia, sino que es una forma sintomática de otra estructura clínica, llámese neurosis, perversión o psicosis (López, 1999).

Modelos cognitivo-afectivos

Como mencionamos anteriormente, el abordaje de los trastornos de conducta alimentaria considera a la alteración de la Imagen Corporal como el factor psicológico determinante, tanto en la etiología como en el diagnóstico de estos desórdenes alimenticios.





Baile, Raich & Garrido (2003), asumen que una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes, y otra alteración (distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico. Así, tenemos que esta aproximación teórica considera que las alteraciones de la imagen corporal incluyen una distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y una alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura, contemplando de igual forma que ambas alteraciones se encuentran estrechamente relacionadas (Garner & Garfinkel, 1981).

Algunos autores (Sánchez-Sosa, 2007; Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol & Ferrer, 2002; Benedito, Perpiñá, Botella & Baños, 2003; Espina, Ortego, Ochoa, Alemán & Juaniz, 2001; Johnson & Wardle, 2005), han encontrado una relación directa y significativa entre insatisfacción de imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo; sin embargo, también se han reportado hallazgos contradictorios respecto a la relación que guardan estas variables.

Johnson & Wardle (2005) analizaron los efectos de diversos factores respecto a los desórdenes alimenticios, encontrando que las correlaciones simples confirman la expectativa que los niveles más altos de insatisfacción corporal y restricción alimentaria están asociados con los niveles de ingesta alimenticia anormal y bajo peso, sintomatología bulímica, depresión, baja autoestima y estrés.

Al utilizar una regresión logística múltiple para examinar la capacidad predictiva de las variables, se determinó que tanto las dietas restrictivas como la insatisfacción de imagen corporal aparecían como los factores que mejor predecían la ingesta alimenticia anormal y el infrapeso.





En un estudio similar, Sánchez-Sosa, Villarreal-González & Moral (2009), reportaron que, a mayor índice de masa corporal mayor insatisfacción de imagen corporal y también mayor presencia de conducta alimentaria de riesgo, concluyendo, que si bien es cierto, existe una estrecha relación entre estas variables, dicha relación no presupone la presencia de rasgos preclínicos de trastornos de conducta alimentaria. Los hallazgos de esta investigación indican que tanto la insatisfacción de imagen corporal como la conducta alimentaria de riesgo está más asociada con el sobrepeso que con el infrapeso, estas contradicciones sugieren que un modelo teórico basado en alteraciones perceptuales y/o actitudinales de la imagen corporal no tiene capacidad heurística para explicar la conducta alimentaria de riesgo.

Modelos multideterminados

El carácter multifactorial de las modernas explicaciones en ciencia, ha conducido a replantear el abordaje de la conducta alimentaria, y por ende, encaminar los esfuerzos hacia la búsqueda de nuevos modelos explicativos acordes con la perspectiva holística de la ciencia.

En un estudio realizado por March et al. (2006), acerca de los trastornos de conducta alimentaria conceptualizan a ésta como una enfermedad multicausal. De igual forma, Acosta-García, Llopis, Gómez-Péresmitré & Pineda (2005), contemplan que los trastornos del comportamiento alimentario se entienden como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.





Modelo multidimensional de la anorexia

Un intento por encontrar una explicación holística de los desórdenes alimenticios se observa en el modelo multidimensional de la anorexia de Toro & Vilardell (1987), quienes consideran la interacción de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento:

Factores predisponentes

Factores genéticos, edad 13-20 años, sexo femenino, trastorno afectivo, introversión/inestabilidad, sobrepeso en la pubertad y adolescencia, nivel social medio/alto, familiares con trastorno afectivo, familiares con adicciones, familiares con trastornos de la ingesta, obesidad materna, valores estéticos dominantes.

Factores precipitantes

Cambios corporales, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales del padre, contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento en la actividad física, acontecimientos vitales.

Factores perpetuantes

Consecuencias de la inanición, interacción familiar, aislamiento social, cogniciones anoréxicas, actividad física excesiva, iatrogenia.

Este modelo, aunque contempla diversos factores, no establece una integración teórica de los mismos, muy probablemente porque parten de un modelo médico en el que el factor biológico es considerado como el determinante principal, e inclusive, el factor psicológico también es contemplado desde una perspecti-





va psiquiátrica, pues se siguen conceptualizando los desórdenes alimenticios como una psicopatología.

Modelo bioconductual de la anorexia

Epling & Pierce (1992) desarrollaron un modelo de la anorexia considerando factores culturales, conductuales y biológicos. Este modelo basado en el Análisis Experimental del Comportamiento analiza las relaciones funcionales que regulan la anorexia explicando cómo los síntomas físicos y psicológicos son producto del hambre y del aprendizaje social. Estos autores sostienen que cuando en los sujetos de peso normal o bajo se ve incrementado el nivel de actividad el apetito disminuye, esta condición propicia un ciclo incremento actividad-reducción de ingesta que en situación experimental con infrahumanos provoca el deceso de los sujetos (Pierce & Epling, 1994).

El componente cultural del modelo de anorexia por actividad se centra en el ideal de belleza occidental cuya característica es la extrema delgadez, este parámetro cultural propicia que se refuercen las dietas restrictivas y el incremento de actividad física. Un aspecto muy importante de este modelo es que sostiene que los síntomas físicos y psicológicos de la anorexia van seguidos antes que precedidos por la actividad inducida por el hambre, de tal manera que tanto la preocupación por la comida, los vómitos, distorsión de imagen corporal, depresión y pérdida de deseo sexual, se producen después del ejercicio y las restricciones alimenticias.





Modelos ecológicos

Por otra parte, se han desarrollado modelos explicativos basados en modelos ecológicos que consideran que en el comportamiento alimentario de una persona inciden diversos factores culturales, sociales, económicos y políticos, por lo que éste no puede reducirse a aspectos meramente biológicos y psicológicos internalistas (Stephen, 2006). Estos modelos establecen que los seres humanos evolucionan y se desarrollan en un constante ir y venir de similitudes y diferencias que se derivan de su potencial genético, su nicho ecológico, su herencia cultural y su historia conductual (Díaz-Guerrero, 1972).

Contreras (2002) ha desarrollado una línea de investigación relacionada con la práctica alimentaria y la cultura, conceptualizando a la alimentación como un hecho complejo y diverso que puede ser descrito como un fenómeno multidimensional en el que interactúan la biología y las respuestas adaptativas desarrolladas en cada contexto, tomando en cuenta como factores no sólo el lugar, sino también el tiempo, lo que lo convierte en un fenómeno social, cultural e identitario (Contreras, 2007).

De esta manera el comprender la alimentación implica contemplar las categorías taxonómicas de los alimentos que cada cultura elabora respecto a los productos alimenticios y a las prácticas alimenticias referentes a la producción, distribución y consumo de los alimentos que determinan el comportamiento alimentario.

Según Contreras (2007) la alimentación está pautada por el sistema de creencias y valores existentes en cualquier cultura y momento determinando, estas circunstancias condicionan qué alimentos son objeto de aceptación o rechazo en cada situación





y para cada tipo de persona esto lleva como consecuencia a la creación de categorías de alimentos cómo serían saludables y no saludables, convenientes y no convenientes, ordinarios y festivos, buenos y malos, adultos e infantiles, e inclusive, femeninos y masculinos.

Este tipo de condicionantes ideológicos son aspectos importantes a considerar en el análisis de la conducta alimentaria en donde es trascendental la influencia cultural, inclusive algunas prácticas de carácter religioso (Oliveras-López et al. 2006; Contreras, 2007).

En relación a lo anteriormente descrito, Hesse-Biber, Leavy, Quinn & Zoino (2006) establecen que los desórdenes alimenticios no son solamente de naturaleza psicológica sino que tienen que ver con una problemática de índole social.

Las investigaciones orientadas hacia la determinación de la influencia cultural en los desórdenes alimenticios deberán de contemplar diversos aspectos de aculturación y/o identificación étnica (White & Grilo, 2005). Estudios etnográficos han encontrado diferencias transculturales en relación a la forma corporal ideal en donde contrariamente al ideal de delgadez de la cultura occidental, en algunas culturas se reporta una asociación positiva entre el prestigio social y la acumulación de grasa, ya que ésta se relaciona con un mayor acceso a recursos alimenticios, lo que refleja mayor potencial económico y social (Swami & Martin, 2006).

Por otra parte, Regan & Cachelin (2006) encontraron diferencias en cuanto a comportamientos restrictivos entre un grupo de mujeres asiáticas y un grupo de hispanas, afroamericanas y caucásicas. Sin embargo, estudios realizados por Willemsen & Hoek (2006), así como Arnsperger (2007) ponen en evidencia la





noción de protección cultural respecto a los trastornos alimenticios, ya que sus resultados respaldan la importancia que tiene la influencia contextual por sobre la condición étnica.

Marín en el 2002 considera que en la etiología de los problemas alimenticios se debe de contemplar una combinación de factores biológicos (genéticos y neuroquímicos); psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima); familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos) y sociales (sobrevaloración de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética).

Entre las investigaciones que han abordado un enfoque multifactorial, Villasís-Keever, Pineda-Cruz, Halley-Castillo & Alva-Espinosa (2001) realizaron un estudio para determinar los factores asociados a desnutrición infantil, considerando factores asociados entre otros a la funcionalidad y composición de la familia, encontrando que a mayor número de miembros, mayor frecuencia de desnutrición. En otro estudio, Palpan, Jiménez, Garay & Jiménez (2007) evaluaron los factores psicosociales (ansiedad, depresión, autoconcepto y disfunción familiar) asociados a trastornos de alimentación en adolescentes de un colegio nacional de una zona urbano marginal de Lima.

Por su parte, Magallanes, León, Arias & Herrera en 1995 realizaron un estudio para determinar la relación entre las características sociodemográficas y de funcionalidad familiar con las prácticas de salud de estudiantes universitarios, entre ellas la relacionada con aspectos nutricionales.

Considerando factores de índole personal que inciden en los trastornos de conducta alimentaria, Moral (2002) señala a





la alexitimia como un factor que está estrechamente asociado a la anorexia, por su parte, Chapur & Marian (1999) encontraron altos porcentajes de comorbilidad en los TCA en relación a Depresión (99%) y alexitimia (71%). Un estudio realizado por de Berardis et al. (2007) con población no clínica encontró que rasgos alexitímicos aunados a baja autoestima e insatisfacción de imagen corporal puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR).

En un estudio realizado por Zabinsky, Wilfley, Calfas, Winzeberg & Taylor (2004), encontraron efectos secundarios en relación a la autoestima, ya que se informó de un aumento en la autoestima del grupo en tratamiento en relación al grupo control, llegando a la conclusión de que las condiciones de salud alimenticia tienen efectos positivos en la autoestima.

Gila, Castro, Gómez & Toro (2005) evaluaron las propiedades psicométricas del SEED (Self-Esteem in Eating Disorders) que es un cuestionario auto administrado que evalúa la autoestima social y corporal en adolescentes con trastornos en la alimentación comparando estos factores en 170 pacientes adolescentes con trastornos de la alimentación, 115 con anorexia nerviosa (media de edad 15.6) .55 con bulimia nerviosa (media de edad 16.2) y 359 chicas de la población general (media de edad 14.9). El SEED demostró una buena consistencia interna (alfa de Cronbach para los pacientes alimentarios $\alpha=.94$ y para la población general $\alpha=.87$).

La fiabilidad test-retest tras una semana fue también adecuada tanto en pacientes con trastorno de la alimentación ($r=.77$) como en chicas de la población general ($r=.86$). El análisis factorial produjo dos factores que explicaban el 59% de la varianza. Las diferencias entre las pacientes anoréxicas y bulímicas por un





lado y las chicas del grupo de comparación por otro, en los dos factores obtenidos en el análisis factorial fueron altamente significativas ($p < .001$). Finalmente los autores concluyeron que los pacientes adolescentes con trastornos de la alimentación tienen más baja autoestima social y corporal que los adolescentes de la población general.

En un estudio realizado por González, Unikel, Cruz & Caballero (2003), se señala la presencia de rasgos obsesivos y de timidez y dependencia en una frecuencia de 21 a 67% de los casos reportados de investigación mientras que, entre el 51 y 67% de estos casos reportan niveles altos de ansiedad.

En relación a estados emocionales negativos relacionados con conducta alimentaria de riesgo y los trastornos de conducta alimentaria Chapur & Marian (1999) comentan que tanto la anorexia como la bulimia se encuentran relacionadas con la depresión.

Nolen, Stice, Wade & Bohon (2007) encontraron que la conducta de rumiar, asociada con la bulimia está asociada a estados depresivos. En un estudio longitudinal realizado por Measelle, Stice & Hogansen (2006), encontraron que en los sujetos que presentaron niveles iniciales de depresión se presentaban desórdenes alimenticios posteriores.

Respecto a los efectos que el apoyo social tiene en relación con la conducta alimentaria, Fuemmeler et al. (2006) realizaron una investigación en la que concluyeron que el apoyo social tenía un efecto directo en el consumo de frutas y verduras.

Sin embargo, las investigaciones que incluyen en sus análisis el factor social han atendido a las funciones protectoras y efectos positivos de las relaciones sociales en los ámbitos de bienestar físico y psicológico, un esfuerzo más limitado ha sido dirigido





a examinar los factores que determinan el desarrollo de estas relaciones.

No obstante, dichas investigaciones se han enfocado en buscar correlaciones en cuanto a factores tales como la integración social o las redes sociales, sin considerar que las variables que determinan el desarrollo, la estructura, y funcionamiento de las relaciones sociales son múltiples, por lo que es preciso que éstas deban de ser analizadas en niveles diferentes incluyendo el personal, interpersonal y situacional (Herrero & Gracia, 2004).

Modelos estructurales de los desórdenes alimenticios

Es necesario que el desarrollo de modelos multifactoriales que expliquen la conducta alimentaria se apoyen en técnicas de modelos estructurales que generen modelos predictivos más refinados, tomando en cuenta los diversos factores interactuantes (White & Grilo, 2005). A continuación presentamos algunos modelos explicativos apoyados en esta técnica estadística.

Williamson, et al., (1995) probaron un modelo estructural lineal con una muestra de 98 mujeres para influencia social para la delgadez, para ansiedad atlética de desempeño y para la autovaloración de logro atlético, desórdenes alimenticios en atletas universitarios.

Utilizando el paquete estadístico Lisrel VII realizaron un análisis de trayectorias (Path Analysis) mediante la especificación de un modelo que integraba las siguientes variables predictoras: la presión de influencia social respecto al ideal de delgadez, la ansiedad del desempeño atlético, la auto apreciación de logro

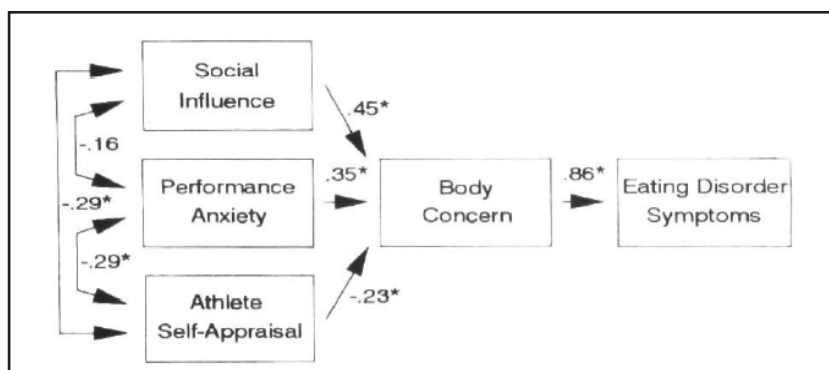




atlético, la insatisfacción de imagen corporal; teniendo como variable dependiente los síntomas de desórdenes alimenticios.

El modelo ajustado a los datos muestra relaciones significativas entre las variables con coeficientes estructurales mayores a .20. Respecto a la bondad de ajuste, los indicadores prácticos GFI, AGFI y CFI mostraron valores superiores a .90. Sin embargo, el estudio no presenta datos del indicador poblacional (RMSEA) y el indicador estadístico de chi cuadrada muestra valores superiores a .05.

Los autores concluyen que la presión social de entrenadores y padres atletas respecto al ideal de delgadez, aunada a la ansiedad sobre el desempeño atlético y la auto apreciación negativa de logro atlético están asociadas con la insatisfacción de imagen corporal. Encontrando una relación directa entre la preocupación excesiva de la imagen corporal y los síntomas de desórdenes alimenticios.



Modelo Psicosocial de síntomas de desórdenes alimenticios, Williamson, et al., 1995.

Saucedo–Molina & Gómez-Peresmitre (2004) desarrollaron un modelo predictivo de dieta restringida (tendencia repetitiva a la





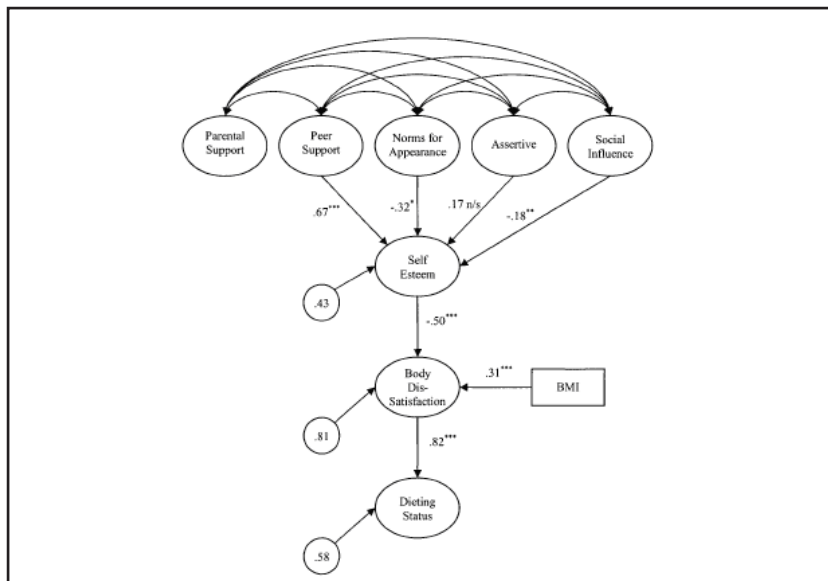
auto privación de alimentos) en púberes mexicanas ($n = 497$) mediante la estimación de factores de riesgo biológicos, psicológicos y socioculturales.

Sus resultados muestran que la influencia de la publicidad es la variable que mayor efecto directo ejerce (.263) seguida de: preocupación por el peso y la comida (.241), malestar por la imagen corporal (.130) y el Índice de la Masa Corporal (.127). Respecto a la bondad de ajuste del modelo, reportan un indicador estadístico de Chi cuadrada adecuado ($\chi^2(6) = 10.659$; $p > 0.1$) un índice de ajuste normado (NFI) superior a .90 y un índice poblacional (RMSEA) adecuado (.40).

Cohn (2006) probó un modelo estructural multifactorial para predecir el estado dietético de una muestra de 301 estudiantes universitarias inscritas en cursos introductorios de Psicología en la Universidad Estatal de Colorado. El modelo estructural final especificó que la relación entre la autoestima y estado dietético se medió totalmente por la insatisfacción de imagen corporal, la cual también se predijo por el índice de masa corporal.

En la especificación del modelo se planteaba al apoyo paterno como causal del estado dietético, lo cual resultó no ser significativo. La bondad de ajuste estadística de chi cuadrada fue significativa ($\chi^2(136) = 475.54$, $p < .001$), el indicador de ajuste normado NFI se mostró ligeramente bajo en relación al .90 recomendado (.81). El modelo estructural final predijo el 66% de la varianza estimada del estado dietético de la población estudiada.



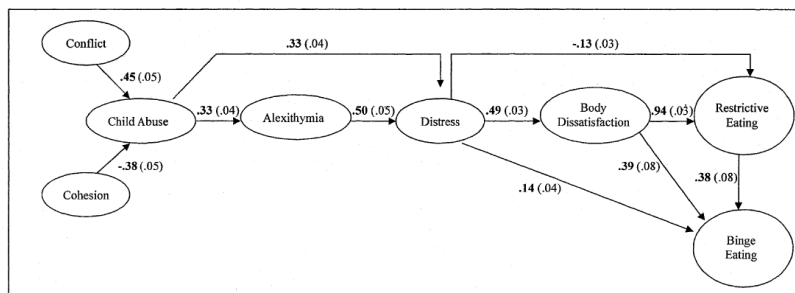


Modelo estructural Cohn (2006).

Hund (2008) propuso ocho modelos estructurales para predecir dieta restrictiva y comer compulsivo, contemplando las variables familiares de conflicto y cohesión, abuso infantil, alexitimia, distrés e insatisfacción de imagen corporal. El modelo que mejor se ajustó a los datos, mostró que la presencia de conflicto familiar y bajos niveles de cohesión se asocian con el abuso infantil y éste, a su vez, con alexitimia y distrés.

Asimismo, el modelo presenta cómo la insatisfacción de imagen corporal tiene un efecto mediador entre las variables de alexitimia y distrés con la restricción de conducta alimentaria. Asimismo, el modelo reportó una relación directa y significativa entre distrés y el comer compulsivo.





Modelo predictivo de dieta restrictiva y comer compulsivo de Hund (2008).

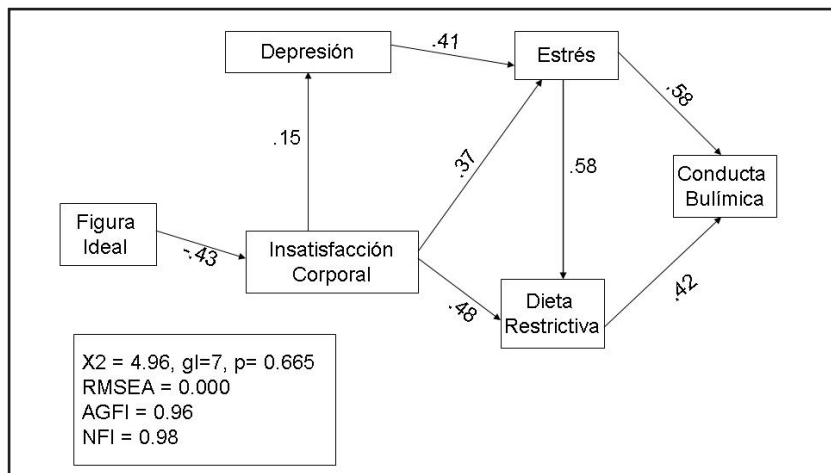
Model	χ^2	df	χ^2 / df	GFI	CFI	NNFI	SRMR	RMSEA	95% CI for RMSEA	Standardized Residuals > 2.58
Structural model (Retained model; path from body image to binge eating)	363.89	140	2.60	.95	.98	.98	.044	.049	(.043; .055)	13.71%

Indicadores de bondad de ajuste del modelo predictivo de Hund (2008).

Gómez-Peresmitré, Pineda & Oviedo en el 2008 construyeron dos modelos estructurales, el del camino doble de Stice y uno alternativo para explicar la conducta bulímica, la muestra estuvo compuesta de 196 estudiantes universitarios de ambos géneros, los resultados mostraron que el modelo alternativo de mujeres dio cuenta de la mayor cantidad de varianza de la conducta bulímica.

Este modelo muestra cómo la insatisfacción corporal influye directa e indirectamente sobre dieta restrictiva a través de afecto negativo, depresión y estrés, estableciéndose un círculo de influencias entre insatisfacción corporal, afecto negativo y dieta, para desembocar finalmente en conducta bulímica, adonde llega la influencia directa de estrés y de dieta restringida.





Modelo predictivo de conducta bulímica Gomez-Peresmitre (2008).

En resumen, del análisis de las diversas investigaciones respecto a los desórdenes alimenticios, se observa que éstas se centran en el análisis de relaciones directas entre una amplia variedad de factores y la problemática en cuestión, sin embargo, hace falta investigación que analice cómo es que diversos contextos relacionados con diferentes variables de índole personal se relacionan entre sí en la predicción de los problemas de conducta alimentaria.

Los modelos que en un futuro expliquen la conducta alimentaria así como los desórdenes alimenticios deberán de tener un fuerte impacto en la investigación empírica que derive en una validez científica aunada a una utilidad clínica (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson & Crosby, 2007). La integración de modelos explicativos que contemplen relaciones entre aspectos culturales, contextuales y personales de los desórdenes alimenticios tendrán





que replantear tanto las categorías taxonómicas como los criterios diagnósticos de las diversas problemáticas alimenticias. Lo cual implicaría también la reestructuración de los criterios clasificatorios y de diagnóstico actualmente validados a través del DSM-IV.

Además, la identificación de factores socioculturales y familiares asociados a la etiología de los TCA, así como la prevalencia de la enfermedad entre la población escolar, provocan una amplia discusión sobre las posibilidades de prevención y detección precoz, en diversos contextos sociales, como pueden ser el ámbito educativo, la familia y los medios de comunicación (March et al. 2006).

Hacia un modelo de campo psicosocial de los desórdenes alimenticios (MCPDA)

Una aproximación teórica que contempla parámetros explicativos en diversos niveles, es la postura ecológica de Bronfenbrenner, en la que se contempla que, el individuo crece y se adapta a través de intercambios con su ambiente, el cual se encuentra organizado en estructuras concéntricas: Macrosistema (influencia cultural), Exosistema (entornos sociales de influencia indirecta), Microsistema (contextos de influencia directa como familia, escuela, amigos) Mesosistema (interrelaciones entre los microsistemas).

Esta estructura denominada por Bronfenbrenner ambiente ecológico, delimita los contextos interactivos del individuo y considera que el desarrollo individual se lleva a cabo a través de los intercambios que la persona establece con su ecosistema in-





mediato que sería la familia y otros ambientes más distales como la escuela (Gracia,& Musitu, 2000).

Así, esta perspectiva teórica, plantea que los problemas de conducta en la adolescencia no pueden atribuirse únicamente al individuo, sino que deben considerarse como el producto de una interacción entre éste y su entorno.

Si analizamos el problema de los desórdenes alimenticios desde este enfoque, debemos considerar que sus causas son múltiples y complejas y que es preciso examinarlas en términos de interacción entre individuos y contextos (Díaz-Aguado, 2002).

Desde esta perspectiva el Dr. Gonzalo Musitu, ha desarrollado una línea de investigación sobre la identificación de factores de riesgo y protección asociados a la implicación del adolescente en problemas de conducta. El modelo psicosocial de Musitu considera que problemas como las conductas delictivas o el consumo de sustancias, entre otras, son fruto de un equilibrio de fuerzas entre la acumulación de factores de riesgo y de protección (Jiménez, 2006). Por lo que el MCPDA contempla este modelo en su explicación.

El planteamiento metateórico del MCPDA se fundamenta en la perspectiva de campo interconductual la cual supone el abandono de la noción de que lo psicológico y/o sus supuestos procesos (emoción, aprendizaje, percepción etc.) sean algo que le sucede a un organismo o que sucede en el organismo; en vez de esto, se considera que cualquier cambio conductual es un cambio en el campo total (Kantor, 1971). Esta concepción de campo interconductual de las variables psicológicas fundamenta y da sentido al concepto de variables psicosociales.

Resumiendo, el marco teórico-conceptual del modelo propuesto denominado MCPDA integra la estructura conceptual





de Bronfenbrenner con la identificación de factores de riesgo y protección de Musitu, bajo una concepción de Campo Interconductor.



REFERENCIAS

- Acosta-García, M., Llopis, J., Gómez-Péresmitré, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 5 (3), 223-232.
- Almenara, C. (2003). Anorexia Nerviosa: Una Revisión del Trastorno. *Revista de Neuropsiquiatría*, 66, 52-62
- Araya, L. (2001). Anorexia: búsqueda religiosa desde el desorden Simbólico. *Revista Duoda*. 20, 17-49.
- Arnsperger, R. (2007) .The Experience and Meaning of Body Image: Hearing the Voices of African American Sorority Women. *Body Image, an International Journal of Research*, 4 (1), 1-14.
- Baile, J., Raich, R. & Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19 (2), 22-27.
- Ballester, D., de Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C. & Ferrer, M. (2002). Actitudes Alimentarias y Satisfacción Corporal en Adolescentes: Un Estudio de Prevalencia. *Universidad de Girona, (Depto. de Psicología)*. Recuperado de http://www3.udg.edu/gabinetr/recull2002/200203/20020316/satisfaccion_corporal.pdf.
- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C. & Baños, R. (2003) Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría Facultad de Psicología. Universidad de Valencia*, 58(3), 268-72.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Persons Within*. New York: Basic Book.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal Of Psychiatry*. 26 (4), 212-217.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *The American Journal Of Psychiatry*, 139 (12), 1531-1538.
- Callejo, J. (2000). Notas sobre la concepción de modelo por los manuales de técnicas de investigación social. *Empiria, Revista de metodología en ciencias sociales*, 3, 195-205.
- Chapur, P. & Marian, L. (1999). Depresión y alexitimia en trastornos de la conducta alimentaria. *Alcmeon*, 4 (1), 22-29.
- Cohn, M. (2006). *A proposed model of dieting and nondieting in college women*. (Tesis



- doctoral, Colorado State University). Disponible en la base de datos ProQuest Dissertations and Theses.
- Contreras, J. (2002). La Obesidad: una perspectiva Cultural. *Formación Continua en Nutrición y Obesidad*, 5 (6), 275-86.
- Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. *Humanitas. Humanidades medicas*, 16, 13-31
- De Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Giannetti, P. Ceci, A., et al. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors*, 8 (3), 296-304.
- Díaz-Aguado, M. J. (2002). *Convivencia escolar y prevención de la violencia*. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, CNICE.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). *Hacia una teoría histórico-bio-psico-socio-cultural del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Epling, W. & Pierce, W. (1992). *Solving the Anorexia puzzle: A scientific Approach*. Toronto. Hogrefe & Huber.
- Espina, A., Ortega, M., Ochoa, I., Alemán, A. & Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país vasco: Un estudio piloto. *Clínica y salud*, 12 (2), 217-235.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *La adolescencia. Una etapa fundamental*, 2002 New York, NY: U.S. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf.
- Fuemmeler, B., Masse, L., Yaroch, A., Resnicow, K., Kramish, M., Carr, C. et al. (2006). Psychosocial mediation of fruit and vegetable consumption in the body and soul effectiveness trial. *Health psychology*, 25 (4), 474-483.
- Funes, J. (2005). Propuestas para observar y comprender el mundo de los adolescentes. O de cómo mirarlos sin convertirlos en un problema. *Congreso ser adolescente hoy, FAD, Madrid*. Recuperado de: http://www.fad.es/sala_lectura/CSAH_P.pdf.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Gila, A. Castro, J. Gomez, M. & Toro, J. (2005). Social and body self-esteem in adolescents with eating disorders. *International journal of psychology and psychological therapy*, 1 (1), 63-71.
- Gómez Peresmitré, G., Pineda, G. & Oviedo, L. (2008). Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios. *Psicología y Salud*, 18 (1), 45-55
- González, L., Unikel, C., Cruz, C. & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 3 (26), 1-8
- Gracia, E. & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós





- Herrero, J. & Gracia, E. (2004). Predicting Social Integration in the Community Among College Students. *Journal of Community Psychology*, 32 (6), 707–720.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. & Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture Women's Studies. *International Forum*, 29, 208–224.
- Hund, A. (2008). *Structural model of association between child abuse and disordered eating: extension of the coping with trauma model*. (Tesis doctoral. University of Illinois). Disponible en la base de datos de ProQuest Dissertations and Theses.
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta nacional de Nutrición y Salud 2006*. México, D.F.: México. Recuperado de: <http://www.insp.mx/ensanut/>.
- Johnson, F. & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 114 (1), 119-125.
- Jiménez, T. (2006). *Familia y problemas de desajuste en la adolescencia: el papel mediador de los recursos psicosociales*. (Tesis doctoral, Universitat de Valencia, España). Disponible en http://www.uv.es/lisis/otras-publicaciones/tesis_terebel.pdf.
- Kantor, J.R. (1971). *The Aim and Progress of Psychology and other Sciences: A Selection Of Papers*. Chicago: Principia Press.
- López, L. (1999) Anorexia: Comer Nada. Una Perspectiva Psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 599-608.
- Magallanes, J., León, A., Arias, L. & Herrera, J. (1995). Prácticas de Salud y su relación con las características sociofamiliares de estudiantes de medicina. *Colombia Medica*, 26, 132–140.
- March, J., Suess A., Prieto, M., Escudero, M., Nebot, M., Cabeza, E. & Pellicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21 (1), 4-12.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, 29 (2), 86–91.
- Measelle, J., Stice, E. & Hogansen, J. (2006) Developmental Trajectories of Co-Occurring Depressive, Eating, Antisocial, and Substance Abuse Problems in Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 524 -538.
- Moral, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Morales, L. (2006). La imagen corporal desde terapia ocupacional. Una actividad terapéutica en piscina. *Revista gallega de terapia ocupacional*. 3, 18-26.





- Nolen, S., Stice, E., Wade, E. & Bohon, C. (2007). Reciprocal Relations Between Rumination and Bulimic, Substance Abuse, and Depressive Symptoms in Female Adolescents. *Journal-of-Abnormal-Psychology*, 116 (1), 198-207.
- Oliveras-López, M., Agudo, E., Nieto, P., Martínez, F., López, H. & López, M. (2006). Evaluación nutricional de una población universitaria marroquí en el tiempo de Ramadan. *Nutricion Hospitalaria*, 21(3), 313-316
- Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J. & Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de lima metropolitana. *Psychology International*, 18 (4), 1 – 24.
- Peláez M., Labrador, F. & Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), 135-148.
- Pierce, W.D. & Epling, W. F. (1994). An interplay between basic and applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 17, 7-23.
- Regan, P. & Cachelin, F. (2006) Binge eating and purging in a multi-ethnic community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (6), 523–526
- Ryle, G. (2005). *El Concepto de lo Mental*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez-Sosa, J.C. (2007). *Insatisfacción de Imagen Corporal e Índice de masa corporal en relación con Conducta Alimentaria de Riesgo*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M. & Moral, J. (2008). La insatisfacción de imagen corporal: trastorno psicológico o conducta normativa. En Consorcio de Universidades Mexicanas (Ed.), *Investigación en psicología social. Experiencias desde las universidades públicas* (159-187). Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán).
- Saucedo-Molina, T. & Gomez-Perezmitre G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista psiquiatria Facultad de medicina Universidad de Barcelona*, 31 (2), 69-74.
- Schlundt, D. G. & Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Stephen, C. (2006). Urie Bronfenbrenner (1917-2005). *American-Psychologist*, 61(2), 173-174.
- Swami, V. & Martin, T. (2006) Does hunger influence judgments of female physical attractiveness? *British Journal of Psychology*, 97, 353–363.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Villalón-Keever, M., Pineda-Cruz, R., Halley-Castillo, E. & Alva-Espinosa, C., (2001). Frecuencia y factores de riesgo asociados a desnutrición de niños con cardiopatía congénita. *Salud Publica*, 43 (4), 313–323.





- Willemsen, E. & Hoek, H. (2006). Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa in a Black Woman. *International journal of Eating Disorder*, 39 (4), 353–355.
- White, M. & Grilo, C. (2005). Ethnic differences in the prediction of eating and body image disturbances among female adolescent psychiatric inpatients. *Internacional journal of Eating Disorder*, 38, 78–84.
- Williamson, D., Netemeyer, R., Jackman, L., Anderson, D., Funsch, C. & Rabalais, J. (1995). Structural equation modeling of risk factors for the development of eating disorders in female athletes. *International journal of eating disorders*, 17(4), 387-393.
- Wonderlich, S., Joiner, T., Keel, P., Williamson, D. & Crosby, R. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62 (3), 167–180.
- Zabinski, M., Wilfley, D., Calfas, K., Winzelberg, A. & Taylor, C. (2004). An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing and eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72 (5), 914–919.







CAPÍTULO 3

LA PERSPECTIVA DE CAMPO EN PSICOLOGÍA COMO MARCO META TEÓRICO

La ciencia es un modo de conocimiento que ha tenido a través de la historia una serie de modificaciones en sus parámetros axiológicos, los cuales han sido influidos por la red de creencias y valores de cada época (Ribes, 1997). El conocimiento científico contemporáneo ha tenido una serie de transformaciones como corolario de la denominada revolución científica que implica la transición del meta paradigma newtoniano-cartesiano de la explicación causa-efecto, al meta paradigma constructivista de la multifactorialidad. Esta revolución ha traído consigo una serie de confusiones epistemológicas y teórico-conceptuales en diferentes áreas del conocimiento, entre las cuales tenemos que destacar a la Psicología.

Este período de transición meta paradigmática de la ciencia (Kuhn, 2006) ha afectado particularmente a nuestra disciplina, debido a que ésta, se encuentra en un estado pre-paradigmático en donde no se ha podido establecer un objeto de estudio consensuado (Ribes, 2000), lo cual cancela posibles conciliaciones teóricas y/o metodológicas de las distintas posturas en Psicología (Benevides & Werner 2002). Por lo que el conceptualizar a





la Psicología como una ciencia multiparadigmática resultaría un planteamiento falso.

Tomando en consideración lo anteriormente señalado, resulta necesario establecer las bases epistemológicas y metateóricas que sustentan una explicación que se jacte de ser científica con la finalidad de no caer en hibridaciones conceptuales eclécticas que lejos de integrar teorías, sólo propician confusión conceptual.

Un análisis histórico-conceptual de nuestra disciplina permite esclarecer los principios y concepciones de las diversas líneas teóricas con la finalidad de establecer parámetros que nos permitan ubicar las aproximaciones teóricas contemporáneas como auténticas integraciones o como simples ensaladas conceptuales.

A este respecto, Kantor (1969) señala que el progreso de la ciencia ha pasado por tres etapas: 1) la etapa de la propiedad sustancia; 2) la etapa de la correlación estadística y 3) la etapa del campo integrado.

Estas etapas de evolución científica se observan en la física al analizar a grandes rasgos el desarrollo de la termodinámica (Vargas-Mendoza, 2007) en donde en la etapa propiedad-sustancia se consideraba al calor como un fluido imponderable con ciertas propiedades definidas. La etapa de correlación estadística se ve representada por el desarrollo del concepto de energía, y la difusión de su uso como base para varias transformaciones especificables en términos estadísticos. Finalmente, en la fase del campo integrado, los eventos térmicos específicos se consideran como una integración de un campo de factores únicos de acuerdo a la concepción inercia-energía.

La ejemplificación de estas etapas en el desarrollo de la Psicología se explica, en la primera etapa de propiedad-sustancia con la concepción de una entidad o serie de entidades internas ex-





traespaciales que constituídas en cosas, atributos o estados (alma, mente, cognición), son representados como centros de procesos causales (Ryle, 2005) de lo cual ya hemos dado cuenta de las limitantes de estas posturas psicológicas en párrafos anteriores.

La segunda etapa gira en torno a fórmulas estadísticas que pretenden analizar empíricamente la interacción entre dos mundos; el mundo de la mente (extra espacial) y el mundo físico de sus expresiones (espacial) tomando como base el supuesto de normalidad estadística que refiere al hombre medio de Quetelet.

El análisis de la pertinencia del supuesto Gaussiano de normalidad (a quien injustamente se le ha atribuido este concepto matemático que en realidad corresponde a Abraham De Moivre) en ciencias sociales, requiere retomar algunas consideraciones acerca de la naturalización del orden social, la cual supone que el mismo lenguaje matemático utilizado para descubrir las leyes de la naturaleza había de servir para descubrir las leyes de la sociedad. Esta sociología explicativa de tipo cuantitativo surge en 1835, cuando Quetelet aplica la media, la desviación típica y la distribución normal a datos de tipo socio demográfico bajo en concepto de “Hombre Medio” definido como la síntesis normativa de todos los hombres singulares (Sánchez-Carrión, 2000). El hacer referencia a este hecho histórico, es simplemente para recordar que estos supuestos no son propios de las ciencias sociales, sino que fueron adoptados y adaptados hace más de 170 años, por lo que es necesario revisar qué tan pertinente ha resultado ser esta adaptación.

La suposición que pretende equipar el concepto matemático de media aritmética con el concepto de hombre medio de Quetelet no ha encontrado a través del tiempo referentes empíricos que se ajusten a tal concepto. Cada vez son más los autores que





consideran que los datos que se derivan de investigaciones en Psicología, generalmente no se ajustan al supuesto de normalidad (García, Frías & Pascual, 2000; Livacic, Vallejo & Fernández, 2007; Rodríguez-Ayan & Ruiz, 2008). A este respecto, Micceri en el 2003, referencía también estudios en diversas disciplinas sociales que han mostrado que la distribución Gaussiana simplemente no ocurre, llegando a la conclusión de que la distribución de normalidad en las ciencias sociales no es más que un mito.

Por su parte, Bradley en 1978, considera que las distribuciones encontradas en contextos reales se apartan más de la normalidad que las distribuciones poblacionales de la mayoría de los trabajos de investigación. Micceri en 1989, en una investigación de meta análisis denominada “El unicornio, la curva normal y otras criaturas improbables”, confirma lo dicho por Bradley al analizar 440 investigaciones de revistas de alto impacto que utilizaron muestras de más de cuatrocientos casos (*Applied Psychology, Journal of Research in Personality, Journal of Personality, Journal of Personality Assessment, Multivariate Behavioral Research, Perceptual and Motor Skills, Applied Psychological Measurement, Journal of Experimental Education, Journal of Educational Psychology, Journal of Educational Research, and Personnel Psychology*). Al estimar las características poblacionales se encontró que ninguna podía considerarse Gaussiana, concluyendo que el concepto del hombre medio (Quetelet, 1835; en Sánchez-Carrión, 2000) es apócrifo y, por tanto, el análisis estadístico carece de pertinencia en Psicología.

Finalmente, la construcción del campo integrado tiene que ver con la interacción de un individuo con objetos estimulantes, en condiciones inmediatas precisas y sobre la base de contactos previos del organismo y los objetos estimulantes.

El modelo de campo en Psicología se apoya en la experiencia





de disciplinas como la astronomía y la física, las cuales se fundamentan en que la noción de estructura ofrece una representación más adecuada de los fenómenos propios. La Psicología de la Gestalt y la Psicología Interconductual de Kantor, coinciden en el rechazo a aceptar determinantes de los fenómenos psicológicos que no sean los derivados de la forma o estructura organizativa de los elementos que intervienen en aquello que denominamos comportamiento. Así, el concepto de estructura pasa a ser el aspecto común entre estos postulados como alternativa analítica al atomismo de otros enfoques psicológicos.

El adoptar un modelo de campo implica que la explicación psicológica, no busque causalidades productoras o creadoras de fenómenos, sino más bien el poner de manifiesto el sistema de interdependencias existentes entre los elementos participantes en ese campo psicológico.

Teoría de campo de la Gestalt

Considerado el padre de la Psicología social, Kurt Lewin inspirado en los estudios perceptivos de la Gestalt que disocian figura y fondo, considera que el comportamiento humano es consecuencia del conjunto de las circunstancias ambientales. Más que su pasado o las previsiones de futuro, es el entorno personal el que define y describe la proyección social del individuo. Este autor sintetiza su concepción en la fórmula $C = f(p,a)$, donde C, el comportamiento, es función de la persona [p] y de su ambiente [a]. Lewin considera que [p] y [a] son mutuamente dependientes, en donde la persona y su ambiente (tal como existe para ella) se consideran como una constelación de factores interdependientes





[$P = f(a)$ y $A = f(p)$] a los que denomino espacio vital [Ev], es decir, todos los factores contemporáneos (internos y externos) que pueden influir la conducta de una persona. Tomando esto en consideración, el paradigma explicativo de esta teoría de campo quedaría integrado de la siguiente forma $C = f(p, a) = f(Ev)$.

Otra característica a resaltar de la llamada Psicología topológica Lewiniana es su preocupación de vincular la teoría con la práctica, lo cual se constata con la clásica frase de Lewin “no hay nada más práctico que una buena teoría”.

Lewin en 1978, señala que las características que distinguen a una teoría de campo son:

- 1) El empleo de un método constructivo más que clasificatorio: Que implica cambiar de una agrupación de eventos, objetos y personas, según sus similitudes, conceptualizados como elementos de abstracción, producto de la experiencia, a uno constructivo en donde la agrupación sea determinada por relaciones vistas como elementos de construcción, producto de la teoría científica.
- 2) El interés en los aspectos dinámicos de los hechos: En donde se concibe al comportamiento, es fruto de la interacción de los individuos y grupos en un espacio y en un momento dado y el sujeto es concebido como un sistema que mantiene un equilibrio dinámico con el ambiente.
- 3) Un enfoque psicológico antes que físico: Esto implica que el campo que influye sobre un individuo no se suscriba en términos “fisicalistas objetivos”, sino de la manera en que éste existe para la persona en ese momento. Describir “objetivamente” una situación en Psicología, significa en realidad, describir la situación como una totalidad de aquellos hechos, y sólo de aquellos que configuran el campo de ese individuo.





- 4) Un análisis que parte de la situación global: La teoría de campo critica a las teorías fisicalistas por la ausencia de un análisis psicológico profundo. El procedimiento analítico de la teoría de campo tiene como norma caracterizar la situación en su totalidad.
- 5) La distinción entre problemas sistemáticos e históricos: Los eventos se explican en términos de las propiedades del campo que existen en el momento en que ocurre, por lo tanto, la teoría de campo es ahistórica y considera que la influencia de los eventos pasados es indirecta.
- 6) La representación matemática del campo: La Psicología debe usar un lenguaje estricto y que concuerde con los métodos asimétricos para permitir derivaciones científicas. Aun y cuando Lewin considera a la Psicología como una ciencia cualitativa, acepta el uso de la estadística, incluso considera que ciertos tipos de geometría como la topología son muy útiles para representar la estructura de situaciones psicológicas.

La psicología de campo gestaltista aun y cuando rebasa la simple concepción holística de sus antecesores (Brentano & Stumpf) plantea una estructura general de los eventos, abriendo la posibilidad de auténticas descripciones de campo. Sin embargo, Kantor en 1969, señala una serie de características que no le permiten a la postura gestáltica ocuparse de campos auténticos.

- 1) Su concepción dualista: La psicología topológica y la teoría de la Gestalt en general hacen referencia a abstracciones internalistas y a condiciones medioambientales, centrando sus explicaciones en las descripciones y/o propiedades de estos dos mundos en lugar de ocuparse del campo total.
- 2) Su carácter fenomenológico: El cual puede distinguirse claramente en su concepción del ambiente, el cual es visto no como





es, sino como es experimentado y en donde la conducta no surge de las propiedades objetivas del mundo de los estímulos, sino de un mundo transformado en un mundo interior. Por lo que la interpretación de conceptos como el de “espacio conductual” de Koffka resulta imposible de interpretar salvo como una concepción meramente metafísica.

- 3) Su concepción internalista: El conceptualizar entidades y/o atributos tales como conciencia, cognición, entre otras, se aborda aquello que acontece en el individuo. Por lo que sus principios explicativos se refieren a lo interno y no al campo.
- 4) Su explicación isomórfica: En lugar de abordar directamente los fenómenos psíquicos, adopta una explicación isomórfica al analizarlos como sistemas de interrelaciones neuro-fisiológicas.
- 5) Su carácter simbólico: Al ser la teoría de campo gestáltica una simple imitación de los sistemas físicos y matemáticos se convierte en una teoría de meras estructuras simbólicas formales y analógicas, con poco o ningún valor descriptivo o interpretativo para los eventos psicológicos.
- 6) Su carácter preanalítico: Al centrar sus explicaciones en entidades o atributos internos, comete el error de abordar las interrelaciones objetivas de los factores, sólo en nivel de los datos burdos o preanalíticos.

Teoría de campo interconductual

La historia y el desarrollo de la Psicología conductista ha estado marcada por una serie de imágenes erróneas, algunas de las cuales han sido aclaradas por Belanger (2001) en su libro *Images et*





realites du behaviorisme. Marino Pérez en el prólogo de la reedición en español de la obra, señala que la primera imagen a aclarar es la noticia de su fallecimiento, y menciona que en los albores del siglo XXI resulta irónico que después de tanta revolución cognitiva, el conductismo lejos de desaparecer se ha desarrollado en diversas líneas teóricas.

Otra imagen falaz sobre el conductismo es su supuesto desarrollo hacia hibridaciones eclécticas dualistas (cognitivo-conductuales), las cuales son sólo una degeneración cognitivista y no una evolución.

Considerando lo anteriormente expuesto, resulta necesario aclarar que la propuesta conceptual hecha por Kantor no se trata de una teoría dentro de la Psicología, sino de una teoría acerca de la lógica y contenidos sustantivos de esta disciplina, es decir, una metateoría de la Psicología como ciencia (Ribes, 1994). Asimismo, al definir Kantor (1982) a la naturaleza humana como una función de la evolución biológica eb, la evolución cultural ec y las circunstancias ambientales ca [$NH = f(eb+ec+ca)$] sienta las bases epistemológicas de sus postulados rechazando toda influencia escolástica dualista (Kantor, 1977).

Otro aspecto relevante es el hecho de que Kantor formula un sistema descriptivo y explicativo sincrónico al poner de relieve el concepto de interdependencia en campos de relaciones, a diferencia del esquema causal clásico el cual es lógicamente diacrónico. Contrario a las posturas teóricas clásicas (incluyendo algunas conductistas), la propuesta de Kantor no destaca como objeto de análisis a ciertas formas funcionales de actividad del organismo, sino que pone de relieve la interacción misma entre el organismo y el ambiente como centro de interés teórico (Ribes, & López, 1985).





Kantor (1969) señala que la esencia de una construcción de campo es aquella en la que todos los eventos deben considerarse como interacciones complejas de numerosos factores en situaciones específicas, por lo que toda explicación de una teoría de campo necesariamente tendrá como primer condición el suplir las concepciones en términos de principios y propiedades de los objetos o eventos, ya sea que estén localizadas dentro de los objetos o eventos sujetos a observación o en alguna condición o cosa externa a ellos.

La teoría de campo interconductual especifica los detalles funcionales de la acción en lugar de apoyarse en una abstracción explicativa general, no propone causas internas tales como la mente, procesadores de información o pulsiones (mentalismo) tampoco proponen causas externas ubicadas en las condiciones medioambientales (conductismo Skinneriano) pues esta postura no asume la tradicional teoría de los dos mundos (Ryle, 1975), por lo que se argumenta que no existe lugar en el campo integrado para tales abstracciones, pues ninguna de ellas son necesarias o siquiera útiles dentro del sistema.

De tal forma que, una auténtica teoría de campo exige la exclusión de principios psíquicos e internos. Así, la construcción del campo psicológico se debe derivar de la conducta real de los organismos con objetos y eventos en condiciones específicas. A diferencia del conductismo Watsoniano y Skinneriano que si bien rechazan la explicación dualista del psiquismo (mente-cuerpo) aún conservan los aspectos físicos del dualismo (interno-externo), la postura interconductual comienza y termina su trabajo en el estudio de eventos prístinos (Kantor, 1980), sin complicarse con construcciones lingüísticas propias de la tradición intelectualista en Psicología.





Cuando las relaciones funcionales específicas de los factores del campo han sido descritas, se completa la actividad científica justo como se hace en la descripción de cualquier otro evento en la naturaleza. Esta descripción de los componentes de un evento natural en términos estrictamente observacionales es la vía por la cual la Psicología científica debe proceder. (Smith & Smith, 1996).

De lo anteriormente expuesto podemos resumir que el interés central de la Psicología interconductual es el de describir el comportamiento psicológico como organización funcional y no en describirlo para buscar supuestos determinantes internos o externos que lo producen.

Kantor propuso un conjunto de conceptos descriptivos del campo conductual con el fin de ofrecer un modelo o paradigma general para todos los fenómenos psicológicos; con el objetivo fundamental de determinar diferentes niveles funcionales dentro la conducta psicológica.

La ecuación interactiva kantoriana se asemeja a las de las reacciones químicas reversibles, invocando el uso del símbolo R E que se expande en la fórmula $EP = C(k, rf, ef, hi, dt, md)$ la representación del evento psicológico EP en donde C indica la inclusión de todos los factores necesarios, es decir, el sistema de factores en interacción, k la especificidad de los factores en situaciones particulares, rf las funciones respuesta, ef las funciones estímulo, hi la historia conductual del organismo, dt los factores dispositionales y md el medio de contacto.

En el modelo de campo interconductual, la descripción de la conducta como interacción lleva a la necesidad de establecer categorías descriptivas de aquella interacción. Las denominadas “funciones de estímulo-respuesta” (rf, ef) como concreciones de





la organización funcional psicológica y los “factores disposicionales de campo” (dt), son los conceptos fundamentales utilizados con un contenido equivalente al modelo explicativo de campo gestáltico en términos de factores “dinámicos” y “topográficos”. Otros conceptos como “medio de contacto”, “historia previa” y “límites del campo”, entre de otros, ilustran este intento de explicación globalizante de los fenómenos psicológicos.



REFERENCIAS

- Belanger, J. (2001). *Imágenes y realidades del conductismo*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Benevides, H. & Werner, R. (2002). Ética e bioética em psicologia da saúde. *Universitas psychologica*, 1 (2), 11-19.
- Bradley, J. V. (1978). Robustness? *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 31, 144-152.
- García, J., Frías, M. & Pascual, J. (2000). Prueba de aleatorización vs. Distribución F cuando la escala de medida de la variable dependiente es discreta y el diseño experimental. *Psicothema*, 12 (2), 253-256.
- Kantor, J. (1969). *The scientific evolution of Psychology*. Vol. II. Granville: The Principia Press.
- Kantor, J. (1977). Evolution and revolution in the Philosophy of Science. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 3 (1), 7-16.
- Kantor, J. (1980). Manifiesto of Interbehavioral psychology. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 6 (2), 117-128.
- Kantor, J. (1982). Reflections on the nature of human nature. *Revista mexicana de analisis de la conducta*, 8 (2), 73-85.
- Kuhn, T. (2006). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Tercera edición. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lewin, K. (1978) *La teoría de campo en las ciencias sociales*. Primera edición. Buenos Aires: Paidós.
- Livacic, P., Vallejo G. & Fernández P. (2007). Comparación de la potencia de nuevos enfoques para analizar datos de medidas repetidas. *Psicothema*, 19 (4), 673-678
- Micceri, T. (1989). The unicorn, the normal curve and other improbable creatures. *Psychological Bulletin*, 105, 156-166.
- Micceri, T. (2003). *Normality and Continuous Distributions are Myths*. New York: Principia Press.
- Ribes, (1994). Estado y perspectivas de la Psicología interconductual. En Hayes, L. Ribes, E. López F. (Ed.), *Psicología Interconductual. Contribuciones en honor a J. R. Kantor*. (17-28) Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ribes, E. (1997). *Psicología General*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 26, 365-382.



- Ribes, E., & López, F. (1985). *Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Rodríguez-Ayán, M. & Ruiz, M. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29 (2), 205-227.
- Ryle, G. (2005). *El concepto de lo mental*. Barcelona: Paidós.
- Sanchez-Carrion, J. (2000). Sociología, orden social y modelización estadística: Quetelet y el hombre medio. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, 3, 49-7
- Smith, N. & Smith, L. (1996). Field Theory in Science: Its Role as a Necessary and Sufficient Condition in Psychology. *The Psychological Record*, 46, 229-236.
- Vargas-Mendoza, J. (2007). El conductismo en la historia de la Psicología. *Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C.* Disponible en: http://www.conductitlan.net/historia_conductismo.pdf





CAPÍTULO 4

EL CONTEXTO COMO FACTOR DE DESARROLLO PSICOLÓGICO

Si bien es cierto que las corrientes teóricas contemporáneas en Psicología admiten la injerencia del contexto sociocultural en el comportamiento humano, la mayoría de los modelos explicativos no contemplan la relación directa del factor sociocultural limitando su influencia a la interpretación y/o valoración de supuestas entidades internas (mente, cognición, emoción, etc.).

Una perspectiva Psicosocial tendría que valorar la participación directa del factor sociocultural en el desarrollo psicológico, por lo que resulta trascendental el abordaje de los diversos contextos en que se desenvuelve el ser humano. Considerando que durante el período de la adolescencia es cuando se establece una mayor influencia social, el presente capítulo está dedicado al análisis de los contextos de desarrollo del adolescente.

La adolescencia y su contexto

Derivada de la palabra latina *adolescere* (crecer hasta llegar a la





madurez), la adolescencia, considerada como una etapa transitoria entre la infancia y la adultez, en la cual ocurren una serie de cambios físicos representa también toda una complejidad psicológica y del mundo social (Jiménez, 2006).

La adolescencia es un período de grandes transformaciones en diferentes esferas de la vida. Moffitt (1993) subraya el hecho de que en la adolescencia se produce un lapso o salto madurativo. Es un momento que se define como difícil y complejo, tanto para los propios jóvenes como para sus padres, ya que para el adolescente está suponiendo una transición hacia su madurez personal y en la cual experimenta una serie de nuevas experiencias y de reajustes sociales, así como la búsqueda de su propia independencia.

Por lo tanto, los adolescentes se encuentran en un momento caracterizado como de cierta indefinición personal, que a su vez viene acompañado por el deseo de conquistar el estatus adulto y alejarse de los roles infantiles (Luengo, Otero, Miron & Romero, 1995).

Coleman & Hendry (2003), por su parte, ven necesario considerar la adolescencia como un momento de transición y nos resumen una serie de implicaciones que dicha transición conlleva:

1. una anticipación entusiasta del futuro;
2. un sentimiento de pesar por el estado que se ha perdido;
3. un sentimiento de ansiedad en relación con el futuro;
4. un reajuste psicológico importante;
5. un grado de ambigüedad de la posición social durante la transición.

Dentro de las peculiaridades de cada una de las etapas que se han nombrado, se puede señalar que en la primera adolescencia es





cuando se producen los mayores cambios de tipo biológico y físico.

Las fluctuaciones de estado de ánimo bruscas y frecuentes ocurren en la adolescencia media. Además, su nivel de autoconciencia es muy alto, por lo que sienten una mayor preocupación por la imagen que los demás perciban de ellos.

Por último, en la adolescencia tardía es cuando aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo. (Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001).

Aunado a lo anterior tenemos que contemplar que las condiciones socio-históricas actuales están produciendo un alargamiento de la adolescencia en ambos extremos (adelantamiento de la maduración biológica y retraso en el desempeño de los roles adultos) lo que implica una extensión en las denominadas conductas de exploración, algunas de ellas caracterizadas por conllevar riesgo para el adolescente y las personas de su entorno.

A este respecto, Moral & Ovejero en el 2004 comentan que actualmente los adolescentes viven en una crisis cuya etiología no descansa, en una revolución tormentosa interior, sino en la propia raigambre multidimensional de sus conflictos, para estos autores el joven vive en un estado de moratoria social producto de la posmodernidad y la globalización que ha llevado a una sucesión de cambios y contradicciones, aunado al debilitamiento de los valores tradicionales, la exasperación ante las tomas de decisiones que han de adoptar sus miembros, lo que provoca tensiones y turbulencias generando egocentrismo y prácticas hedónicas en busca de la inmediatez.

Estas consideraciones nos llevan a coincidir con Jiménez quien en el 2006 menciona que la adolescencia no debe contemplarse





como una mera consecuencia de procesos biológicos, sino como un producto social del que todos participamos.

Frydenberg (1997), señala que el período de la adolescencia es abordado en el ámbito psicológico, principalmente desde dos perspectivas:

- 1) La perspectiva evolutiva. En la que la adolescencia está vinculada a la teoría psicoanalítica, la teoría del aprendizaje social y las teorías cognitivas entre las que se destaca la Piagetana. Esta perspectiva se centra en aspectos tales como la madurez del sujeto, los conflictos y la identidad, y se caracteriza por la investigación en función de la edad.
- 2) La perspectiva del ciclo vital. Esta postura en contraste con la evolutiva, no asume ningún estado de madurez especial, la edad no funciona como una variable que marque o condicione el desarrollo, sino como un simple indicador considerando que el proceso de crecimiento psicológico es un continuo a lo largo de todo el ciclo vital.

Desde el punto de vista del ciclo vital, la adolescencia se percibe como un producto del desarrollo del niño y como un precursor del desarrollo del adulto. No es un período aislado de la vida sino una parte importante en el continuo del ciclo vital.

El enfoque ecológico del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner se inserta en esta perspectiva del ciclo vital proporcionando un marco conceptual y teórico para comprender las relaciones entre los jóvenes y el contexto social. En este modelo el foco de análisis pasa del sujeto a los contextos sociales, en los que tiene lugar el desarrollo físico, cognitivo y emocional del adolescente.

El postulado básico de esta postura teórica del desarrollo hu-





mano que propone Bronfenbrenner supone la progresiva acomodación mutua entre una persona activa en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro, las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Esta mutua acomodación se produce a través de un proceso continuo, el cual es afectado también por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

Este enfoque se conforma en una disposición seriada de estructuras concéntricas denominada ambiente ecológico, el cual está dividido en cuatro contextos: Macrosistema (sistemas de creencias, ideología, estilos de vida y formas de organización social prevalentes en una cultura); Exosistema (entornos que no necesariamente incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que lo afectan). Gaxiola & Frías en el 2008 lo definen como el sistema de relaciones más próximas de las personas, enmarcadas por las instituciones que median entre la cultura y el nivel individual, como medios de comunicación, organismos judiciales, instituciones de seguridad y la iglesia); Microsistema [Bronfenbrenner, (2002) lo define como el patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares, el cual está caracterizado fundamentalmente por la familia]; Mesosistema (interrelaciones entre los distintos microsistemas en los que la persona participa activamente).

Desde esta perspectiva, la adolescencia se sitúa en un momento de transición ecológica durante la cual se produce una modificación de la posición de la persona en el ambiente ecológico





como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez. Toda transición es consecuencia e instigadora de los procesos de desarrollo, y depende conjuntamente de los cambios biológicos y de la modificación de las circunstancias ambientales, en un proceso de acomodación mutua entre el organismo y su entorno.

En este enfoque se considera que el adolescente crece y se adapta a través de intercambios con sus ambientes más inmediatos o microsistemas (familia, escuela e iguales) y ambientes más distantes como el trabajo de los padres o la sociedad en general, organizados en estructuras concéntricas anidadas.

La evolución del concepto de la adolescencia, la cual después de considerarse como un período caracterizado por innumerables problemas y tensiones, de confusión normativa y oposiciones, a veces atribuido a los cambios físicos y hormonales propios de la edad, o bien a atributos de carácter interno, ha sido reemplazada por otra que se centra más en los aspectos interactivos del desarrollo, presentando a la adolescencia como un período de evolución durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades.

Esta concepción actual de la adolescencia vista como un período de ajustes a diferentes “tareas” y cambios del desarrollo que se da generalmente entre los 12 y los 20 años de edad, se divide en tres etapas o períodos: primera adolescencia (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia; adolescencia media (15-17 años), etapa en la que los cambios de estado de ánimo son bruscos y frecuentes, expresan una mayor preocupación por su imagen y empieza la implicación en conductas de riesgo, y adolescencia tardía (18-20 años), etapa en





que aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo (Musitu et al. 2001), la cual se viene alargando en los últimos años debido a que los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar parental.

En conclusión, se puede afirmar que la adolescencia supone una transición evolutiva en la que el individuo debe hacer frente a numerosos cambios. A este respecto, una de las diferencias entre este período y otras etapas del desarrollo evolutivo es, precisamente, el número de cambios a los que el sujeto se debe enfrentar, así como la brevedad y rapidez de los mismos. Todas estas transformaciones se articulan en tres grandes áreas: cambios en el desarrollo físico o biológico, cambios en el desarrollo psicológico y cambios en el desarrollo social.

Cambios biológicos del adolescente

Los cambios físicos propios de la pubertad aunado al incremento en las mujeres de la grasa subcutánea, el ensanchamiento de la cadera propiciado por el crecimiento de la pelvis, y la acumulación de grasa en esta zona, además de que se presenta un incremento de las necesidades nutricias debido a una mayor cantidad de estrógeno y progesterona (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro & Fleiz, 2002).

En cuanto al desarrollo neurológico del adolescente, los especialistas en neurociencias suponían que la mitad de las conexiones cerebrales estaban ya establecidas entre los 5 a 6 años de edad y que la única tarea de desarrollo que quedaba era asegurar esas conexiones. En un reporte sobre diversas investigaciones en





adolescentes presentados por el Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002) se reporta que el cerebro experimenta un ciclo continuo de crecimiento, siendo a los 11 años cuando se produce una explosión de actividad eléctrica y fisiológica, que reorganiza drásticamente miles de millones de redes neuronales que afectan las habilidades físicas y psicológicas de los jóvenes.

A partir de esta edad a diferencia de la infancia, la cantidad de materia gris en algunas zonas del cerebro puede casi doblarse en sólo un año. Luego, desde la mitad de la segunda década hasta mediada la tercera, se purgan las células que no se necesitan y el cerebro continúa reorganizándose.

A partir de la adolescencia, el desarrollo cerebral permite a los jóvenes el desarrollo del pensamiento abstracto. Durante la primera adolescencia, a los 10 años el niño empieza a entender conceptos individuales abstractos como moralidad y sociedad. A los 15 un adolescente puede entender y relacionar dos o más conceptos abstractos y percibir ambigüedades y contradicciones. A los 20 el cerebro puede coordinar diferentes abstracciones y empieza a resolver contradicciones.

En el córtex prefrontal se desarrollan importantes funciones madurando totalmente hasta los 18 años de edad. Actúa como regulador responsable de la planificación, organización y juicio, encargado de resolver problemas y del control emocional. A los 25 el cerebro es capaz de evaluar conocimientos y de combinarlos de formas extremadamente complejas, para construir y evaluar nuevas formas de comprensión y conocimiento.

En este reporte de la UNICEF se reportan hallazgos que lleven a considerar que la época que media entre los 10 y los 20 años puede ser clave para ejercitar el cerebro y que los adolescen-





tes que aprenden a poner en orden sus pensamientos, medir sus impulsos y pensar de forma abstracta pueden establecer bases neuronales importantes que perdurarán a lo largo de sus vidas. También consideran que los jóvenes que practican deportes y actividades académicas o musicales refuerzan de forma positiva esas conexiones a medida que maduran los circuitos.

Por otra parte, los traumatismos, el maltrato, la falta de cuidados, los desórdenes alimenticios, el abuso de drogas y alcohol pueden cambiar el sistema sináptico del cerebro. Debido a que estas influencias pueden afectar de forma importante y negativa al funcionamiento del cerebro y a la capacidad de aprendizaje, pueden, en última instancia, limitar las opciones y oportunidades del adolescente en el futuro.

La adolescencia y su entorno social

Paralelamente al desarrollo biológico del adolescente, el mundo social comienza a transformarse, las amistades y el grupo de iguales adquieren una relevancia fundamental al mismo tiempo que comienza a cuestionarse la autoridad parental. El proceso de socialización, fundamental para la vida del individuo (Becoña, 2007), es crucial y trascendental durante este período de la vida del ser humano.

Si consideramos a la adolescencia como un período largo de la vida y de múltiples acontecimientos que preceden a una adultez cada vez más tardía, resulta necesario analizar la relación existente entre el adolescente y sus contextos más significativos (familia, amigos y escuela) constituidos como los entornos donde éste pasa la mayor parte de su tiempo, ya que dependiendo del grado





de adaptación del joven en este período de la vida, favorecerá o dificultará que el adolescente llegue a la adultez con un bagaje de experiencias personales y sociales saludables y positivas.

Siendo la familia, la escuela y los iguales los principales referentes de desarrollo para el adolescente, resulta necesario analizar la influencia que directa e indirectamente tienen estos contextos.

Los problemas de conducta alimentaria surgen durante el período de la adolescencia por lo que es preciso abordar algunas consideraciones al respecto de este período de vida del ser humano.

La familia como influencia contextual

Resulta innegable cómo la influencia de la familia es un factor fundamental para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. Cuando las relaciones entre padres e hijos adolescentes se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar es mucho más probable que los adolescentes sean futuros ciudadanos responsables.

Por el contrario, cuando la relación entre padres e hijos se fundamenta en el conflicto y en la carencia de apoyo y diálogo, pueden surgir graves problemas de ajuste en los adolescentes como, por ejemplo, problemas de autoestima y de satisfacción con la vida, síntomas depresivos, estrés y ansiedad, así como la implicación en conductas antisociales y en comportamientos de riesgo poco saludables para la persona.

Musitu & Cava (2003) determinaron mediante una investigación la gran importancia que el apoyo de los padres tiene para el ajuste del adolescente, a pesar de la creciente relevancia de las relaciones de pareja y de amistad. Estos investigadores encontra-





ron que en el caso del ánimo depresivo, éste es menor en los adolescentes que perciben mayor apoyo del padre y de la madre.

El apoyo familiar se plantea de esta forma como un importante recurso social para el adolescente cuya influencia en el bienestar puede ser tanto directa (saber que se cuenta con el apoyo de los padres durante esta transición y disponer de su ayuda) como indirecta (mediada por las estrategias de afrontamiento y la autoestima) (Musitu, Buelga, Lila, & Cava, 2001).

Musitu & Allat en 1994 realizaron un análisis de diversos modelos de salud familiar en torno a la familia desarrollados con el objetivo de superar una descripción simplista a través de un acercamiento multidimensional como resultado de este análisis, estos autores consideran que estos modelos hacen referencia a siete dimensiones principales que contribuyen a una interacción familiar óptima siendo estas:

- 1) *Estructura*. Una estructura organizacional familiar, con límites claros y permeables para cada uno de sus miembros y un sub-sistema parental cohesivo.
- 2) *Afecto*. Una amplia gama de expresiones afectivas. Intimidad personal, tolerancia para diferentes tipos de sentimientos, unidad emocional
- 3) *Control Conductual*. Un comportamiento democrático de control conductual. Personalidades parentales, coaliciones maritales, roles parentales complementarios y uso del poder.
- 4) *Comunicación*. Comunicación clara y directa. Correspondencia, consistencia verbal y no verbal, expresividad, claridad en la forma y en la sintaxis y pensamiento abstracto y metafórico.
- 5) *Transmisión de valores*. Transmisión de padres a hijos de los valores éticos y sociales.
- 6) *Sistemas externos*. Límites externos, claros y permeables de la





familia en sus relaciones con sistemas externos al propio conjunto familiar.

- 7) *Desempeño de tareas y objetivos.* Crianza de los niños, dominio de las separaciones y de los triángulos familiares, control de la conducta y orientación, relaciones entre los iguales y gestión del ocio, afrontamiento de las crisis, emancipación y ajustes post-familia nuclear.

El modelo propuesto por Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001 denominado Modelo de Estrés Familiar en la Adolescencia analiza el funcionamiento familiar y considera como dimensiones básicas, la cohesión o vinculación emocional, la adaptabilidad o flexibilidad y la comunicación (López, 2006).

Este modelo entiende que la familia evoluciona y afronta, con mayor o menor éxito, transiciones, tensiones y situaciones estresantes; asimismo, dispone de recursos familiares que, además, contribuyen al desarrollo de ciertos recursos personales.

Estos recursos nos ayudan a explicar por qué algunas familias son capaces de superar con éxito las transiciones de su ciclo de desarrollo y de afrontar los eventos vitales negativos mientras que otras, enfrentadas con similares o idénticos estresores y transiciones, sucumben o se agotan más fácilmente. En este sentido, dos son los grandes recursos de que dispone la familia: un funcionamiento familiar satisfactorio y una comunicación entre los miembros de la familia positiva y abierta.

En cuanto al funcionamiento familiar, el modelo de Musitu, Buelga, Lila y Cava, identifica dos grandes dimensiones: la adaptabilidad y la cohesión familiar (López, 2006). La adaptabilidad tiene que ver con la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras y relaciones, y se considera que la relación entre adaptabilidad y funcionamiento familiar es lineal, es decir, a ma-





yor grado de adaptabilidad mejor es el funcionamiento familiar.

Respecto a la cohesión familiar, se define como el vínculo emocional existente entre los miembros de la familia. Al igual que la dimensión de adaptabilidad, se considera que la relación más adecuada entre cohesión familiar y funcionamiento familiar es la relación lineal, es decir, cuanto mayor es la vinculación emocional entre los miembros de la familia más adaptado es el funcionamiento de la misma.

Otro recurso importante del sistema familiar dentro de este modelo es el de la comunicación. Estudios realizados por Estévez, Musitu & Herrero, 2005 que vinculan la comunicación padres-hijos con el desarrollo del adolescente han puesto de manifiesto la relevancia de la comunicación familiar constituyéndose como una dimensión facilitadora, que puede entenderse como el clima general a partir del cual interpretar las interacciones en el seno de la familia.

Debido a esta consideración, los autores de este modelo consideran imprescindible el análisis detallado de esta dimensión y una evaluación no sólo de la presencia de problemas, sino también de la presencia de comunicación abierta, puesto que una relación aparentemente sin conflicto puede ser el resultado de un conflicto grave, resuelto con estrategias de evitación. En este sentido, el modelo distingue entre la apertura en la comunicación (comunicación positiva, fundamentada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción) y los problemas en la comunicación (comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa).

Finalmente, el modelo sugiere una tipología familiar que se representa en cuatro tipos de familias.

Las familias Tipo I son familias altas en recursos familiares, es





decir, tienen un funcionamiento y una comunicación familiar altamente satisfactorios. Las familias Tipo II y Tipo III son familias medias en recursos familiares que se caracterizan por una escasa adaptabilidad y cohesión familiar, aunque la comunicación familiar es positiva y con ausencia de problemas (Tipo II), o bien, por una adecuada adaptabilidad y cohesión familiar, pero con una comunicación familiar problemática (Tipo III).

Por último, las familias Tipo IV son bajas en recursos familiares, presentan escasa cohesión y adaptabilidad familiar, y tienen una comunicación familiar problemática. Estas familias son, por tanto, las más vulnerables (López, 2006).

La adolescencia y el contexto escolar

Por otro lado, también la escuela y los amigos contribuyen en buena medida al desarrollo y ajuste del adolescente. Tomando en cuenta que los adolescentes pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en la comunidad escolar, lo que implica, a su vez, una larga convivencia con iguales y profesores.

Los iguales y profesores, como en el caso de la familia, pueden proporcionar oportunidades únicas para el aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales y la vivencia de relaciones positivas, pero también pueden constituir el terreno perfecto para el desarrollo de conductas desadaptativas.

Desde esta perspectiva, Musitu & Cava, (2003) conceptualizan que el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida.





El hecho de que la adolescencia ya no sea descrita como una etapa caracterizada por la conflictividad, rebeldía y desajuste social, no implica que ésta no sea una etapa difícil, ya que el incremento en el número de conflictos con los padres, las mayores alteraciones en el estado de ánimo y la mayor implicación en conductas de riesgo son aspectos distintivos de la adolescencia, que la convierten en una etapa difícil tanto para el adolescente como para las personas que le rodean.

Por otra parte, también es cierto que no todos los adolescentes inician esta importante etapa de su vida con los mismos recursos personales y sociales, y la mayor o menor adaptación del adolescente va a venir determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para enfrentar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos con los que cuenta el adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Musitu & Cava, 2003).

Es precisamente en la adolescencia en donde la red social se amplía posibilitando que la persona obtenga estima y aceptación de otras relaciones sociales ajenas a su círculo familiar. De esta forma, el grupo de iguales (los amigos de la cuadra o de la escuela) se convierte para el adolescente como su principal apoyo, constituyéndose este hecho como el laboratorio social más importante en el desarrollo del individuo.

No obstante, el proceso que implica la aceptación del grupo de iguales puede ser una fuente de estrés y de desarrollo de conductas de riesgo para el adolescente, desempeñando un papel importante la adopción de patrones de conducta, los cuales se reflejan desde el tipo de vestimenta hasta el lenguaje que comparten estos adolescentes, tal situación puede llegar a generar conflictos en el joven, pues regularmente existe incompatibilidad





entre los roles desempeñados por el grupo de influencia (grupo de iguales) y las normas morales establecidas en el grupo de pertenencia (familia) por lo que en ocasiones puede llegar a ser muy fuerte la presión que algunos adolescentes tienen en relación con la posesión de una determinada imagen personal, forma atlética o nivel de consumo.

Desde esta perspectiva, los problemas alimentarios pueden estar influidos por una subcultura, esto es, un grupo social con su propio sistema de metas y medios, opuesto al orden dominante y caracterizado por la adopción de signos y discursos compartidos que tienden a afianzar los sentimientos de pertenencia y solidaridad entre los individuos que la integran.

Campos (2007), haciendo referencia a esta teoría subcultural de la escuela de Chicago, analiza el fenómeno virtual denominado Pro-Ana y Mía que cada vez es más frecuente en la red de internet el cual define como el fruto de un rechazo al conjunto de afirmaciones socialmente consensuadas sobre la anorexia y la bulimia, por parte de algunas personas que conviven con estas condiciones.

Esta búsqueda del adolescente de nuevos escenarios sociales en los que desarrollarse tiene que ver igualmente con el incremento de los conflictos en su círculo familiar. Un conflicto que se ha explicado en distintos términos: como una búsqueda de mayor autonomía e independencia (a menudo incompatible con los intereses y demandas familiares) o bien como un rechazo del joven a los dictados y valores paternos en favor del grupo de iguales.

Hay que tener presente que las situaciones estresantes durante la adolescencia pueden llevar a problemas psicológicos si el





adolescente no es capaz de mantener el apoyo social procedente de su familia. Un momento evolutivo verdaderamente difícil si consideramos que durante esta etapa se suceden constantes ensayos sobre nuevas relaciones sociales —ensayos que no siempre tienen éxito y que, a veces, los adolescentes viven como verdaderos dramas—, así como nuevas formas de superar las situaciones difíciles.

Una de esas variables importantes es la relación de los adolescentes con sus iguales. Durante la adolescencia, el grupo de pares juega un papel fundamental como punto de referencia normativo tanto en el proceso de elaboración del conocimiento social, como en el de consolidación de la identidad (Palmonari, Pombeni & Kirchler, 1992).

Normalmente los niños que son rechazados por el grupo más amplio de iguales reaccionan asociándose con otros que, como ellos mismos, manifiestan generalmente tendencias antisociales. En esta asociación subyace la base de la conducta delictiva, en la medida en que los niños con comportamientos desadaptativos definen y crean entre ellos sus propios códigos y normas y refuerzan sus propias conductas. Las habilidades antisociales son aplaudidas y aprobadas, y la probabilidad de que la desviación se agrave, se incrementa.

El período de la adolescencia implica una serie de cambios tanto a nivel biológico como psicológico y social, que impactan en el desarrollo de las personas, de ahí la importancia de determinar los factores que inciden sobre el comportamiento del adolescente. La escuela representa un ámbito que nos permite analizar las diversas variables que intervienen en el establecimiento de conductas desadaptativas de los alumnos que lo afectan, tanto





en el aspecto educativo, como en los ámbitos familiares, sociales y personales.

La escuela es otro gran contexto para el desarrollo del niño y el adolescente. Cuando éstos cruzan el umbral de la puerta de la escuela e instituto llevan consigo un amplio repertorio de creencias y conductas internalizadas.

Así, las experiencias negativas de los niños y adolescentes en el hogar también chocan con el contexto escolar. Algunos autores (Patterson, de Baryshe & Ramsey, 1989) han mostrado cómo los patrones de conducta antisocial aprendidos en el hogar interfieren en el aprendizaje en el contexto escolar y en las relaciones positivas con los iguales.

Las relaciones sociales y de amistad que tienen lugar en el aula surgen a partir de las agrupaciones formales impuestas por la institución y de las agrupaciones informales reguladas por las normas establecidas en el seno del grupo.

Estas relaciones y agrupamientos se configuran en función de metas y normas propias de la cultura a la que pertenecen los adolescentes (como por ejemplo, los estereotipos de rol sexual), pero también en función de normas específicas del grupo; así, es frecuente que el grupo genere sus propias normas (por ejemplo, a través de la forma de vestir, gustos y preferencias), facilitando la diferenciación con respecto a otros grupos, la cohesión interna y su identidad grupal.

En estos grupos, existen diferentes relaciones de poder y diversas posiciones: los miembros más aceptados por el grupo ocupan posiciones más centrales, mientras que aquellos menos aceptados se sitúan en posiciones más periféricas respecto del grupo.





En el estudio de las relaciones familia-escuela, el análisis de la influencia que la familia ejerce en el rendimiento escolar de los alumnos constituye un tema recurrente. Desde hace décadas, se ha incidido en la importancia de las actitudes familiares hacia la educación, de la existencia o no de libros en el hogar, o de las diferencias iniciales que tienen los alumnos pertenecientes a diferentes contextos socioculturales (Musitu & Cava, 2006).

Los padres influyen en las relaciones que sus hijos mantienen con profesores y compañeros en la escuela a través de las propias relaciones que existen entre los miembros de la familia.

En este sentido, dos aspectos resultan fundamentales: el tipo de vínculo establecido entre padres e hijos y el tipo de prácticas de socialización utilizadas por los padres. Igualmente, el tipo de conductas que caracterizan la interacción familiar y las representaciones cognitivas acerca de cómo son las relaciones sociales que los hijos adquieren en el seno de la familia son elementos que, sin duda, influirán en sus relaciones sociales en el contexto escolar (Musitu & Cava, 2006).

El conocimiento de las principales transformaciones que se producen durante la adolescencia es una ayuda para observar la repercusión que dichos cambios pueden tener en las relaciones entre padres e hijos, hecho que a su vez nos permitirá conocer la importancia que el funcionamiento familiar tiene en el ajuste psicosocial y el desarrollo del adolescente, así como en el bienestar de todos los miembros que componen la familia.

Asimismo, dado que el ámbito familiar ejerce una gran influencia sobre el resto de contextos en los que se desenvuelven los hijos, en el presente estudio no sólo se seleccionaron variables familiares, ya que si no, la investigación adolecería de factores de





gran interés que deben ser tenidos en consideración, y que en el presente trabajo han mostrado su impacto en el desarrollo del adolescente.



REFERENCIAS

- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 11-20.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Campos, J. (2007) Anorexia, bulimia e internet. Aproximación al fenómeno pro-Ana y Mía desde la teoría subcultural. *Frenia*, 7, 127-144.
- Coleman, J. C. & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Estevez, E., Musitu, G. & Herrero, H. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28 (4), 81-89.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *La adolescencia. Una etapa fundamental*. 2002 New York, NY: U.S. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping*. London: Routledge.
- Gaxiola, J. & Frías, M. (2008). Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Medio ambiente y comportamiento Humano*, 9 (1), 13-31.
- Jiménez, T. (2006). *Familia y problemas de desajuste en la adolescencia: el papel mediador de los recursos psicosociales*. Tesis para presentar grado doctoral. Universitat de Valencia, España). Disponible en http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_terebel.pdf
- López, M. (2006). *La familia en el proceso educativo*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Luengo, A., Otero López J., Mirón, L. & Romero, A. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Palmonari, A., Pombeni, M. L. & Kirchler, E. (1992): Evolution of the self-concept in adolescence and social categorization processes. *European Review of Social Psychology*, 3, 285-308.
- Patterson G. R., DeBaryshe, B. D. & Ramsey, E. A (1989). Developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674-701.
- Moral, M. & Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*, 87
- Musitu, G. & Allatt, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros
- Musitu, G. & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G. & Cava, M. (2006). Familia y escuela: La influencia del contexto familiar en las relaciones entre alumnos. *Universitat de Valencia*.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud mental*, 25 (2), 49-57.





CAPÍTULO 5

EL FACTOR PSICOLÓGICO EN LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Aun y cuando se admite el carácter multifactorial de los trastornos alimenticios, la investigación en torno a conducta alimentaria sigue haciendo énfasis en el carácter causal internalista del factor psicológico o atiende a la relación entre factores biológicos, psicológicos y sociales sin contemplar las diversas dimensiones en que se pueden analizar dicha relación.

Como hemos mencionado anteriormente, existe un consenso generalizado respecto al carácter holístico y multifactorial de los diversos desórdenes alimenticios. Sin embargo, el conceptualizar al individuo como una unidad funcional de acuerdo a una óptica biopsicosocial (Gómez-Péresmitre, 1999) implica no solo considerar a cada uno de estos factores dependiendo del área disciplinar que corresponda, sino también analizar cómo interactúan estos factores atendiendo diversas dimensiones (cultural, contextual, familiar, personal) tanto en la instauración como en el desarrollo de estos trastornos.

Se considera que el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner presenta una visión contextualista del comportamiento





humano con una clara influencia de la Psicología topológica, en donde se aprecia el carácter fenomenológico en la concepción de desarrollo humano, el cual define como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él (Bronfenbrenner, 2002).

Asimismo, cuando señala que ha existido una marcada asimetría en la atención que la teoría y la investigación han prestado a la persona, con un escaso interés en el análisis del ambiente en que ésta se desarrolla, refleja también una postura dualista, pues valida a la vez las abstracciones explicativas de índole interno (percepción de la persona), así como las propiedades ambientales (influencia contextual), que expliquen el comportamiento.

El carácter dualista manifiesto en el modelo ecológico al centrarse en la búsqueda de causalidades (llámese internas y/o externas) convierte a esta postura en una explicación diacrónica atomista tradicional, en lugar del enfoque de campo basado en el concepto sincrónico de estructura organizativa de los elementos cuya finalidad es el poner de manifiesto el sistema de interdependencias entre los múltiples factores interactuantes en el evento psicológico.

Aunque el modelo proporciona un marco general para la intervención y la especificación de intervenciones ecológicas dirigidas a todos los niveles de los sistemas interactivos el carácter fenomenológico de sus conceptos limita su capacidad heurística.

Es preciso señalar que no se pretende hacer un maridaje meta teórico de las posturas gestálticas e interconductuales, mismas que, por lo anteriormente mencionado son concepciones inconmensurables.

Sin embargo, existen antecedentes de aproximaciones eco-conductuales que permiten considerar la estructura contextual que





presenta la teoría ecológica de Bronfenbrenner, aun y cuando, como comenta García (2001), el modelo no especifica los mecanismos exactos a través de los cuales los múltiples factores influyen interactivamente en el desarrollo del individuo, por lo que es necesario recurrir a un modelo que integre la estructura contextual con variables personales desde una perspectiva interactiva Psicosocial (de campo).

De tal forma que, aun y cuando el modelo ecológico retoma el carácter fenomenológico reduccionista de la Psicología topológica, se rescata el análisis sistémico contextual (círculos concéntricos), mismo que está exento de toda explicación fenomenológica. El modelo que integra la estructura contextual del modelo de Bronfenbrenner con el factor individual (psicológico) es el modelo Psicosocial de Musitu (2001), el cual se centra en la identificación de factores de riesgo y protección asociados a la implicación del adolescente en problemas de conducta.

El MCPDA contempla que la adolescencia (etapa en donde se presentan y desarrollan los desórdenes alimenticios) es un producto contextual, que es construída a partir de materiales e interacciones de un contexto que define el marco de sus posibilidades y oportunidades (Funes, 2005). Entendiendo este contexto como una multiplicidad de contextos como el cultural, familiar, escolar, comunitario y legal (Jiménez, 2006).

Cabe mencionar que el planteamiento meta teórico de las variables personales se fundamenta en la perspectiva de campo interconductual, la cual supone el abandono de la noción de que lo psicológico y/o sus supuestos procesos (emoción, aprendizaje, percepción etc.), sean algo que le sucede a un organismo o que sucede en el organismo; en vez de esto, se considera que cualquier cambio conductual es un cambio en el campo total (Kantor, 1971).





Esta concepción de campo interconductual de las variables psicológicas da sentido al concepto de variables psicosociales que se emplea en el MCPDA. Se asume que la perspectiva de campo interconductual tiene una concordancia lógica con la estructura contextual de Bronfenbrenner y con los conceptos psicosociales de Musitu. Sin embargo, es preciso señalar que en esta propuesta de modelo, no se contemplan las variables psicosociales como eventos mediadores de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos). Si bien no se adopta la estructura conceptual de la Teoría de la Conducta (Ribes & López, 1985), las variables psicosociales son contempladas como eventos prístinos (Kantor, 1971).

Cabe mencionar que la integración teórica Bronfenbrenner-Musitu es abordada en numerosos artículos (Cava & Musitu, 2001; Cava & Musitu, 2002; Cava, Murgui & Musitu, 2008; Musitu, Jiménez & Murgui, 2007; Cava, Musitu & Murgui, 2007; Cava, Musitu & Murgui, 2006; Buelga, Musitu & Murgui, 2009; Estévez, Murgui, Musitu & Moreno, 2008; Estévez, Musitu & Herrero, 2005; Estévez, Musitu & Martínez, 2004; García, Musitu & Veiga, 2006; Gracia, Herrero & Musitu, 2002; Herrero & Gracia, 2004; Jiménez, Murgui & Musitu, 2005). Sin embargo, la propuesta metateórica de considerar los eventos psicológicos como eventos prístinos y no como entidades internas se constituye como un aporte original de este libro.

Respecto a los factores personales o psicosociales, hemos realizado una reconceptualización de los términos, considerando que cuando se habla de eventos privados se hace referencia a su especificidad y a su unicidad de ocurrencia (Ribes, 1997); es decir que son propios de la persona, sin que esto implique necesariamente subjetividad.





La imagen corporal y los desórdenes alimenticios

El principal problema de la investigación en Psicología sobre trastornos de conducta alimentaria, es que se ha centrado en la determinación de alteraciones de la imagen corporal como el elemento psicológico a considerar, tanto en la etiología, al considerarlo un factor predisponente (insatisfacción de imagen corporal) a la vez que se le considera como criterio diagnóstico (distorsión perceptiva del tamaño corporal).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición (DSM-IV) en su versión castellana de 1995, señala dentro de las características diagnósticas de la anorexia a la alteración de la percepción del peso y de las siluetas corporales como criterio C.

Tal designación ha provocado que se estudie la imagen corporal casi exclusivamente como una variable asociada a trastornos de comportamiento alimentario, sin considerar que diversas investigaciones reportan alteraciones en la imagen corporal relacionadas con el sobrepeso (Delgado Calvete, et al., 2002; Úbeda, et al. 2003; Lora-Cortés & Saucedo-Molina y Gomez-Perezmitre, 2004; Casillas-Estrella, et al. 2006; Sánchez-Sosa, 2007).

A este respecto, Sánchez-Sosa (2007) considera que existe una contradicción respecto al considerar a la alteración de imagen corporal como una categoría diagnóstica de trastornos de conducta alimentaria, ya que estos trastornos están directamente asociados con una condición de infrapeso, mientras que la alteración de imagen corporal tendría que ser considerada como factor de riesgo de problemas alimenticios que abarcarían no solamente a problemáticas relacionadas con el infrapeso, sino que estarían igualmente asociadas a actividades en donde el sobrepeso estaría presente, lo





cual presupone que la determinación de imagen corporal no puede ser conceptualizada como un trastorno actitudinal o perceptual, sino mas bien deberá de considerarse como una aceptación social de acuerdo a parámetros preestablecidos.

De lo anteriormente comentado, se desprende una pregunta en relación a qué es lo que realmente evaluamos cuando medimos la imagen corporal, una distorsión perceptiva o cognitiva de la imagen corporal en términos de representaciones mentales (Rivarola, 2003), derivadas de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorechazo (Baile, Guillen & Garrido, 2002), o bien una determinación individual respecto al grado de aceptación y adopción al modelo de la delgadez, lo cual implica conceptualizar a ésta no como distorsión perceptual o cognitiva, sino como una adaptación a los parámetros sociales impuestos respecto al ideal de la figura femenina (Sánchez-Sosa, 2007).

Por otra parte, es preciso señalar que no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, ni cómo se manifiesta una alteración de ella (Baile, Guillen & Garrido, 2002). Algunos autores han señalado tantas definiciones como perspectivas teóricas existen, por lo que el consenso y la definición precisa del concepto, queda aún pendiente (Sepúlveda León & Botella, 2004).

Baile Raich & Garrido en el 2003, intentan justificar esta falta de consenso en torno a la naturaleza de la imagen corporal, argumentando que estamos ante un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos intuir a qué nos referimos.

La tradición intelectualista en Psicología al pretender esclarecer e integrar sus conceptos confunde lo holístico con lo ecléctico (Sánchez-Sosa, Téllez & Villarreal-González 2010), ya que el pre-





tender realizar un maridaje de múltiples términos de diferentes posturas teóricas para conformar y/o complementar un concepto (en este caso imagen corporal) no significa precisamente el contemplar diferentes factores (holismo) en la formulación del término, sino que más bien es una mezcla o hibridación ecléctica de diversas explicaciones en torno a lo psicológico, lo cual nos conduce no a una explicación más amplia del concepto (como lo sugiere Baile), sino más bien nos hunde en una confusión conceptual al plantear integraciones conceptuales espurias de teorías inconmensurables (Sánchez-Sosa, 2007).

En relación a los diversos factores o diversas facetas que componen la imagen corporal según Raich 2001 (perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales), es preciso realizar un análisis de los mismos.

Diversos estudios de meta análisis (Cash & Deagle 1997; Sepúlveda, Botella & León 2001; Sepúlveda, León & Botella 2004) sugieren que la delimitación entre lo perceptual y lo cognitivo como factores independientes o interactuantes no es muy clara argumentando que el aspecto perceptual de la imagen corporal no refiere a una distorsión meramente perceptiva sino que más bien referencian aspectos actitudinales hacia el propio cuerpo.

Una vez descartado el elemento perceptual de la imagen corporal toca el turno al análisis de los aspectos cognitivos y emocionales. Desde una perspectiva cognitiva de la emoción es factible considerar un aspecto central en las diversas teorías cognitivas sobre la emoción que es el de la valoración (appraisal).

Esta postura supone que la emoción cognitivamente hablando es una evaluación en pro o en contra de un estado de cosas que es causada por creencias y que está conectada semánticamente con sus contenidos a través de un sistema interno de represen-





taciones, lo cual conlleva a considerar que las emociones como valoración son una función cognitiva y no un proceso diferente a la cognición, desde esta perspectiva la faceta emotiva de la imagen corporal antes mencionada sería un componente del proceso cognitivo, y por consiguiente, teóricamente no sería posible considerarlo como un factor distinto al cognitivo.

La consideración de que tanto los aspectos perceptuales como los emocionales son conceptualizados por las modernas teorías como funciones cognitivas, nos lleva de nuevo al eterno dilema en psicología respecto a la dualidad mente-cuerpo y todos sus derivados: cognición-comportamiento, interno-externo, objetivo-subjetivo, público-privado.

La suposición Platónico-Cartesiana que asume una dualidad de instancias o elementos que componen lo psicológico ha llevado a conceptualizar a lo cognitivo y lo comportamental como dos factores diferentes aunque complementarios en las diversas explicaciones teóricas de nuestra disciplina.

Es preciso considerar que el problema de tal asunción no estriba en considerarlas como entidades diferentes, sino más bien en la falta de esclarecimiento acerca de las propiedades que delimitan características propias a cada una de estas instancias que las validen como factores independientes aunque interactuantes.

Esta falta de delimitación ha originado en la psicología una serie de confusiones teóricas y conceptuales (Ribes, 2000) que inciden directamente en el quehacer profesional y científico del psicólogo. Un claro ejemplo de esto sucede con los métodos de evaluación cognitivo-afectiva, los cuales pretenden evaluar la actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo obteniendo con esto un índice de satisfacción corporal, sin embargo, la principal desventaja de estas evaluaciones es que los encues-





tados puedan falsear los auto informes (Sepúlveda, León & Botella, 2004).

Esta circunstancia conlleva a cuestionar qué es lo que realmente miden dichos auto informes, si los pensamientos, sentimientos, y las actitudes del entrevistado o más bien lo que el sujeto considere pertinente informar en función de las circunstancias y el contexto (llámese personales, históricas, culturales, institucionales etc.), en los que se presenta dicho auto informe.

Finalmente se concluye que la insatisfacción de imagen corporal no puede conceptualizarse como una distorsión o valoración relacionada con la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales como lo sugieren Sepúlveda, Botella & León, (2001) puesto que, al parecer, una correcta estimación de la insatisfacción de imagen corporal tendrá que contemplar factores de índole cultural, lo cual apoya lo mencionado por Gismero, (2001) al señalar que la delgadez se ha impuesto como modelo ideal de belleza, por lo que la insatisfacción corporal y el seguimiento de dietas se han llegado a convertir en conducta normativa, misma que se apega a parámetros reales en la medida que han sido validados por una comunidad. Desde esta perspectiva resulta fundamental considerar que el sujeto no distorsiona una realidad, sino que intenta adaptarse a esta realidad conceptualizada como normatividad social.

La autoestima y los desórdenes alimenticios

Una de las funciones psicológicas más importantes que se le atribuyen a la familia es la formación del auto concepto o identidad de los miembros que la componen a través de las distintas técni-





cas de socialización que los padres utilizan, mediante el grado de comunicación padre-hijo o el clima familiar que se establece en el seno de la familia (Musitu & Allat, 1994).

El auto concepto como constructo psicológico ha sido objeto de diferentes posiciones teóricas, probablemente las de mayor representatividad según son las orientaciones emanadas de la Psicología cognitiva y el interaccionismo simbólico de Mead (Jiménez, 2006).

Musitu y Allat, consideran que el interaccionismo simbólico y la Psicología cognitiva son orientaciones complementarias y coincidentes en muchos aspectos, pero que, éstas difieren en el énfasis que le otorgan al estudio del Yo y del Mí, en donde el interaccionismo se centra en el Mí, es decir, en el componente social del auto concepto, en cómo éste se configura a partir de la interacción del individuo con los demás miembros de la sociedad, mientras que la Psicología cognitiva se ha preocupado de investigar los aspectos procesales centrándose en lo que los autores llaman estudio del Yo, abocándose a las estructuras de conocimiento relativas a uno mismo y su incidencia en la conducta del individuo.

Contemplando las principales áreas de interés de las posiciones teóricas antes mencionadas, estos autores consideran que la perspectiva interaccionista es la que mejor puede explicar cómo la familia y los estilos de socialización que asume conforman el contenido del auto concepto de sus miembros.

A este respecto, se comparte el punto de vista de estos autores en cuanto a que la Psicología cognitiva adopta un carácter reduccionista a centrar sus explicaciones en aspectos procesales de naturaleza interna. Sin embargo, es preciso señalar que George Herbert Mead a quien constantemente citan Musitu y su equipo





de trabajo como referente teórico, no es el precursor del interaccionismo simbólico aunque constantemente se le asocia con esta corriente por diversos autores (Pérez, en Belanger, 2001).

Mead quien desarrolló el conductismo social, considera que la conducta del grupo social no es construída de acuerdo con la conducta de los individuos que lo componen, sino que se debe comenzar con un todo social dado, de actividad grupal compleja (la red social), en el cual se considera el comportamiento de cada uno de los individuos que lo integran (Forni, 1988).

Desde la perspectiva del conductismo social, la Psicología social de Mead es un intento de explicar la conducta y la experiencia del individuo en términos de la conducta organizada del grupo social (Mead, 1934).

Aunque tanto el Conductismo Social (Mead) como el Interaccionismo Simbólico (Blumer) basan sus concepciones en la Psicología pragmática, estas posturas mantienen posiciones ontológicas contrarias, ya que mientras Blumer sostiene la posición ontológica del nominalismo social, Mead se centra en el realismo social.

Así, mientras que para el Interaccionismo Simbólico el punto de partida es el sujeto, para el conductismo social comienza observando a la sociedad como un todo (Forni, 1988). Este análisis que expresa Forni en torno a estas dos posturas perfila la posición ontológica del interaccionismo simbólico bajo una perspectiva fenomenológica de tipo Lewiniana, mientras que los postulados de Mead están relacionados con la perspectiva de campo interconductual. Al considerar Musitu y Allat las aportaciones teóricas de Mead se confirma la concordancia lógica entre la postura de campo interconductual y el modelo explicativo de Musitu.

La autoestima se define en términos de la auto-evaluación que





de sí mismo hace una persona, expresando cómo considera su interacción ante situaciones específicas a través de juicios valorativos de aprobación o rechazo; mediante este constructo expresa el grado en que la persona se considera capaz, exitosa, significativa y valiosa. En suma, la autoestima es un juicio que tiene de sí mismo una persona; es decir, es un evento privado pero no en el sentido internalista, sino de unicidad, por lo que debe de conceptualizarse como un evento personal y no subjetivo.

Aun y cuando Musitu hace referencia a constructos de carácter internalista como aspectos cognitivos y cualidades subjetivas y valorativas, al definir el concepto como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación (Musitu, Buelga, Lila & Cava, (2001), éstos no hacen ninguna referencia directa a influencias producto de entidades internas sino que supeditan la autoevaluación como una resultante interacción del individuo con su medio social.

Razón por la cual el concepto de autoestima será contemplado en el MCPDA como un tipo de aprendizaje social de auto descripción (Epling & Pierce, 1992) producto de la interacción y la historia comportamental del individuo.

Las emociones y los desórdenes alimenticios

El abordaje de las emociones es especialmente intrincado y generalmente se encuentra sujeto a entidades subjetivas de naturaleza interna que en algunas posturas teóricas guarda aún un carácter innato. Sin embargo, una supuesta evolución del mentalismo argumenta que estas entidades internas son interactivas, lo que





genera una doble función, que por un lado son independientes (como causa), pero a la vez dependientes (como elemento interactuante) de la relación social entre los individuos.

Desde una perspectiva de campo interconductual, las emociones son consideradas como conductas complejas que tienen una base biológica y por lo mismo este tipo de conductas no son propias del ser humano como comúnmente se cree, sino que también está presente en otros organismos.

Sin embargo, en los humanos, estas conductas emocionales (Alegría, Tristeza, Euforia, Nostalgia, Coraje, etc.), son en la mayoría de los casos conductas aprendidas, en el sentido de que su ocurrencia se da bajo condiciones complejas no naturales. Por ejemplo, el llanto de una persona por una lesión sufrida es una respuesta biológica, no aprendida, mientras que el llanto de la misma persona ante la separación de su pareja, es una conducta emocional aprendida, ambas respuestas aunque similares, difieren, ya que la situación está mediada por experiencias previas de aprendizaje.

Desde esta perspectiva, se considera a la sintomatología depresiva como una variable emocional que evalúa específicamente el comportamiento, producto de la interacción emocional, entendida como aquellas interacciones que propician respuestas fisiológicas de abatimiento, somnolencia, que generalmente están acompañadas de aislamiento social, incumplimiento en las actividades propias de su rol social.



REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (cuarta edición en español)*. Madrid: Ed. Masson.
- Baile, J. Guillen, F. & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), 439-450.
- Baile, J., Raich, R. & Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19 (2), 22-27
- Belanger, J. (2001). *Imágenes y realidades del conductismo*. Oviedo: Editorial de la Universidad de Oviedo.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Buelga, S., Musitu, G. & Murgui, S. (2009). Relaciones entre la reputación social y la agresión relacional en la adolescencia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 127-141.
- Cash, T. & Deagle, E. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-25.
- Casillas-Estrella, M., Montaña-Castrejon, N., Reyes-Velásquez, V., Bacardi-Gascon, M. & Jiménez-Cruz, A., (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17 (4), 243-249.
- Cava, M. & Musitu, G. (2000)¹. Evaluation o fan intervention programme for the empowerment of self-esteem. *Psychology in Spain*, 4 (1), 55-63.
- Cava, M. & Musitu, G. (2000)². Perfil de los niños con problemas de integración Social en el aula. *Revista de Psicología Social*, 15 (3), 319-333.
- Cava, M. J., Murgui, S. & Musitu, G., (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395.
- Cava, M., Musitu, G. & Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18(3), 367-373.
- Cava, M.J., Musitu, G. & Murgui, S. (2007). Individual and social risk factors related to victimization in a sample of Spanish adolescents. *Psychological*



- Reports*, 101, 275-290.
- Delgado Calvete, C., Morales Gorria, M.J., Maruri Chimeno, I., Rodríguez del Toro, C., Benavente Martín, J.I. & Núñez Bahamonte, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de psiquiatría*, 30 (6), 376-381.
- Epling, W.F. & Pierce, W.D. (1992). *Solving the anorexia puzzle: A scientific approach*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. & Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 119-128.
- Estévez, E., Musitu, G. & Herrero, H. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28 (4), 81-89.
- Estévez, E., Musitu, G. & Martínez, B. (2004). Padres y Profesores: ¿Cómo influyen en el ajuste psicosocial del adolescente? *VIII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia: Violencia y Juventud*. Valencia.
- Forni, A. (1988). Las metodologías de George Herbert Mead y Herbert Blumer. Similitudes y diferencias. *Posdata. Revista de Reflexión y Análisis Político*, 3 (4), 71-86.
- Funes, J. (2005). Propuestas para observar y comprender el mundo de los adolescentes. O de cómo mirarlos sin convertirlos en un problema. *Congreso ser adolescente hoy*, FAD, Madrid. Recuperado de: http://www.fad.es/sala_lectura/CSAH_P.pdf
- García, F. (2001). Modelo ecológico/modelo integral de intervención en atención temprana. *XI reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias. Real patronato sobre discapacidad*. España.
- García, J., Musitu, G. & Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18 (3), 551-556.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del auto concepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud*, 12(3), 289-304
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Herrero, J. & Gracia, E., (2004). Predicting Social Integration in the Community Among College Students. *Journal of Community Psychology*, 32 (6), 707-720.
- Jiménez, T. (2006). *Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales*. Tesis para presentar grado doctoral.





- Universitat de Valencia. Facultat de Psicologia. España. Disponible en http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_terebel.pdf
- Jiménez, T., Murgui, S. & Musitu, G. (2005). Validez discriminante de la dimensión de Relaciones de la escala "Clima Social Familiar" de Moos. *Universidad de Valencia*.
- Kantor, J. R. (1971). *The aim and progress of psychology and other sciences: a selection of papers*. Chicago: Principia Press.
- Lora-Cortez, C. & Saucedo-Molina, T. (2006) Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (3), 60-67.
- Mead, G. (1934). *Mind, Self, and Society: From the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Musitu, G. & Allatt, P., (1994). *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., Jiménez, T. & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Revista Salud Pública de México*, 49, 3-10.
- Raich, R. (2001). *Imagen Corporal conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1997). *Psicología General*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 365-382.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, 2 (8), 149 -161.
- Sánchez-Sosa, J. C. (2007). *Insatisfacción de imagen corporal e índice de masa corporal en relación con conducta alimentaria de riesgo*. Tesis para obtener el grado de maestría en ciencias. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sánchez-Sosa, J. C., Téllez, A. & Villarreal-González (2010). Bioética en la Investigación en Psicología de la Salud. En Cantú, P. (Editor). *Evaluación bioética de la investigación en salud*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Saucedo-Molina, T. & Gomez-Perezmitre G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista psiquiatria Facultad de Medicina Universidad de Barcelona*, 31 (2), 69-74.
- Sepúlveda, A., León, J. & Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la





- imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clinica y Salud*, 15 (1), 55-74.
- Sepúlveda, A., Botella, J. & León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta análisis. *Psicothema*, 13 (1), 7-16.
- Ubeda, M. I., Rico, E., Martínez, R., Gandia, A., Chorro, F. & Diez, J. (2003). El adolescente y su imagen corporal. Factores ocultos de confusión diagnóstica. *Revista pediátrica de atención primaria*, 5 (20), 583-587.







CAPÍTULO 6

UN MODELO EXPLICATIVO DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Con la finalidad de contrastar empíricamente el modelo teórico (MCPDA) expuesto a lo largo de este libro, en el plano metodológico y teniendo como objetivo la especificación y contrastación de un modelo explicativo de la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados, se emplea la técnica de modelamiento de ecuaciones estructurales, la cual nos permite proponer estructuras causales entre las variables, la cuales pueden ser tanto observadas como latentes (Bentler, 1989).

Las variables latentes son construcciones o elaboraciones teóricas acerca de procesos o eventos que no son observables, sino que deben inferirse a través de la presencia de objetos, eventos o acciones. Sin embargo, el considerar que las variables latentes no son observables a simple vista no presupone aceptar la noción mentalista clásica de que estos constructos sean entidades internas transespaciales (Kantor, 1969).

Desde esta perspectiva las variables latentes se definen operacionalmente en términos de comportamientos que deben representarlas (Corral, 1995). Por lo que el abordaje metateórico empleado en la redefinición de los conceptos resulta igualmente compatible





con la técnica estadística empleada en el análisis de los datos.

Así, el interés de este trabajo se centra en conocer cómo es que diversos contextos (familia, escuela y comunidad) mediados por una serie de variables personales (psicosociales), influyen en la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados. Es decir, consideramos que estas variables psicológicas actúan directamente en la conducta alimentaria de riesgo y a la vez como mediadoras en la relación entre los diversos contextos y dicha conducta desadaptativa de la población estudiada.

Precisamente, el modelo explicativo de Musitu parte de una concepción interactiva psicosocial en la que la interacción de factores contextuales (familia, escuela y comunidad) y factores personales, explican tanto el adecuado ajuste psicosocial como la implicación en conductas problemáticas del adolescente.

Como consideración última cabe señalar por qué se decidió adoptar una postura interconductual como marco metateórico del presente trabajo.

En primer lugar, se parte de la consideración de un principio fundamental, la ciencia que establece que ninguna explicación es acabada y/o perfecta. Este principio Popperiano de la falsación en donde las teorías son aceptadas provisionalmente hasta no ser refutadas, es lo que da sentido a la investigación científica. La ciencia no se puede dar el lujo de explicaciones acabadas y perfectas como es el caso de la religión o el Psicoanálisis.

El avance científico se da a través del análisis y la argumentación no solamente en el terreno teórico sino que también es necesario recurrir al análisis lógico-epistemológico e inclusive considerar argumentos desde una perspectiva que identifique la dimensión individual (Padilla, 2006). La aprobación o descalificación por convalidación pública y no por argumento de las diversas propuestas





teóricas o metateóricas en Psicología, pone el riesgo el que nuestra disciplina se convierta en una ciencia de consenso.

Como hemos venido explicando ya en anteriores puntos y con el objetivo de esclarecer el marco metateórico y teórico-conceptual del estudio, resulta pertinente señalar de nueva cuenta que, la presente investigación parte de una perspectiva de campo interconductual que considera a las variables psicosociales como eventos prístinos (Kantor, 1971) y no como eventos mediadores de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos).

Aun y cuando muchos de los conceptos empleados provienen de teorías mentalistas que inclusive han acuñado escalas propias que asumen que a través de éstas se mide un atributo interno, no representa un atenuante o un criterio válido en contra de la postura metateórica que sustenta el presente trabajo que parte de la cancelación de interpretaciones subjetivas-internalistas.

Sin embargo, los autores del presente trabajo saben que el asumir un planteamiento metateórico interconductual (aun y cuando se ha argumentado su pertinencia) en una comunidad de orientación mentalista conlleva el riesgo de ser descalificada en lugar de contra argumentada.

El modelo propuesto presenta un buen ajuste a los datos en siete de los ocho índices de ajuste considerados: los indicadores prácticos de bondad de ajuste de Joreskog, comparativo de Bentler, delta de Bollen así como el índice normado de Bentler-Bonnet y el índice no normado de ajuste de Bentler-Bonnet (GFI=.916, CFI=.926 y Δ =.927, NFI=.902, NNFI=.915), son mayores a .90. En un nivel de ajuste adecuado aparecen: el índice ajustado de Joreskog, (AGFI=.894) el error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind ligeramente mayor a .05 (RMSEA=.056). El valor de chi-cuadrada (χ^2 (238)= 884.079; p =.000) resultó no ser signi-



ficativa, cabe mencionar que el valor de χ^2 es atribuible al tamaño grande de la muestra. (Ver tabla 1).

TABLA 1
Bondad de ajuste del modelo explicativo
de conducta alimentaria de riesgo

Índices de ajuste	Valores		Modelo Explicativo
	No Adecuado	Adecuado	
Chi-cuadrado del modelo (χ^2)	$p < .01$	$p \geq .05$.000
Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	$> .099$	$\leq .05$.056
Índice de bondad de ajuste de Joreskog (GFI)	$< .85$	$\geq .95$.916
Índice de bondad ajustado de Joreskog (AGFI)	$< .80$	$\geq .90$.894
Índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (NFI)	$< .80$	$\geq .90$.902
Índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett (NNFI)	$< .85$	$\geq .95$.915
Índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI)	$< .85$	$\geq .95$.926
Índice de Ajuste de Incremento o Δ de Bollen (IFI)	$< .80$	$\geq .90$.927

En la figura 1 se especifica el modelo estructural, el cual cuenta con un 69.70% de la varianza explicada de conducta alimentaria de riesgo. En relación a la formación de las variables latentes, se determina que los factores utilizados en la ecuación se forman coherentemente al constatar que los pesos factoriales de las variables observadas de cada factor son superiores a .200.

Los resultados confirman una influencia indirecta de las varia-



bles contextuales de familia, escuela y comunidad. Asimismo, las variables psicosociales muestran efectos directos con la variable dependiente. En cuanto a las relaciones entre las variables encontramos que, la variable exógena Apoyo Social Comunitario (ASC) no tiene un efecto directo con la Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR), pero sí efectos indirectos significativos; el primero de ellos se da a través de su influencia directa y positiva con el Funcionamiento Familiar (FF) ($\beta=.41$), que también reporta un doble efecto indirecto significativo sobre la VD pues guarda una relación directa y positiva con la Autoestima ($\beta=.22$) que a su vez incide directa, negativa y significativamente con conducta depresiva ($\beta= -.20$) y con la VD ($\beta= -.11$).

El otro efecto indirecto significativo de FF se observa a través de un efecto directo y negativo con conducta depresiva ($\beta=-.34$) la cual a su vez presenta efectos significativos y positivos directos ($\beta=.14$) e indirectos con CAR.

El efecto indirecto de la conducta depresiva se da a través de su relación directa y positiva con la Insatisfacción de Imagen Corporal (IIC) ($\beta=.44$), que a su vez es la variable psicosocial que mejor predice la variable dependiente ($\beta=.77$).

En otras palabras, esta trayectoria de efectos directos e indirectos sobre la conducta alimentaria de riesgo que involucra la variable comunitaria, la familiar y las variables psicosociales de conducta depresiva, autoestima e insatisfacción de imagen corporal, indica que cuando los individuos reportan una adecuada integración comunitaria esto se relaciona con niveles positivos de funcionamiento familiar.

Por su parte, observamos cómo el FF juega un doble papel (riesgo y protección) ya que niveles negativos de FF repercuten en el desarrollo de conducta depresiva, la cual, influida por una pobre





autoestima, propicia en los adolescentes una insatisfacción en su imagen corporal.

Esta combinación de conducta depresiva e insatisfacción de imagen corporal en los adolescentes son factores de riesgo que tienen una incidencia directa con la conducta alimentaria de riesgo. Sin embargo, un adecuado funcionamiento familiar propicia las condiciones para que el adolescente desarrolle una elevada autoestima que además de ser un factor protector de la conducta depresiva, se instaura como factor protector de la conducta alimentaria de riesgo.

En otro análisis de trayectoria de efectos indirectos y directos que implica la interacción de los tres niveles reportados en el marco teórico, parte con el segundo efecto indirecto significativo de ASC con CAR mediante la relación directa y positiva con el Ajuste Escolar ($\beta=.71$) el cual, a su vez, también reporta una relación indirecta significativa con CAR a través del efecto positivo y directo con la autoestima ($\beta=.61$) y las relaciones significativas indirectas y directas de Autoestima que ya han sido señaladas con anterioridad.

En un sentido práctico, el modelo ajustado a los datos, muestra que los adolescentes que reportan una aceptable relación comunitaria tendrán más probabilidades de obtener un ajuste escolar satisfactorio. Asimismo un ajuste escolar positivo servirá como factor protector indirecto de CAR ya que la condición de ajuste propiciará que los jóvenes desarrollen niveles óptimos de autoestima, la cual como mencionamos antes, es un factor protector de conducta alimentaria de riesgo.

La tercera trayectoria muestra el efecto indirecto significativo de la variable ASC con CAR a través de la influencia directa y positiva de ASC con el apoyo de amigos ($\beta=.41$) que guarda también un efecto indirecto con la variable dependiente al incidir directamente de forma positiva y significativa en la autoestima ($\beta=.22$) misma





que tiene un efecto directo negativo con la conducta alimentaria de riesgo.

Respecto al análisis de trayectoria de la variable apoyo de amigos, el modelo especificado señala un efecto directo sobre la conducta alimentaria de riesgo. El modelo ajustado a los datos reporta que este parámetro no es significativo ($p=.093$). Asimismo, el modelo hipotético señala también un efecto directo entre Autoestima y la insatisfacción de imagen corporal, el cual tampoco es significativo ($p=-.716$). Ver figura 1.



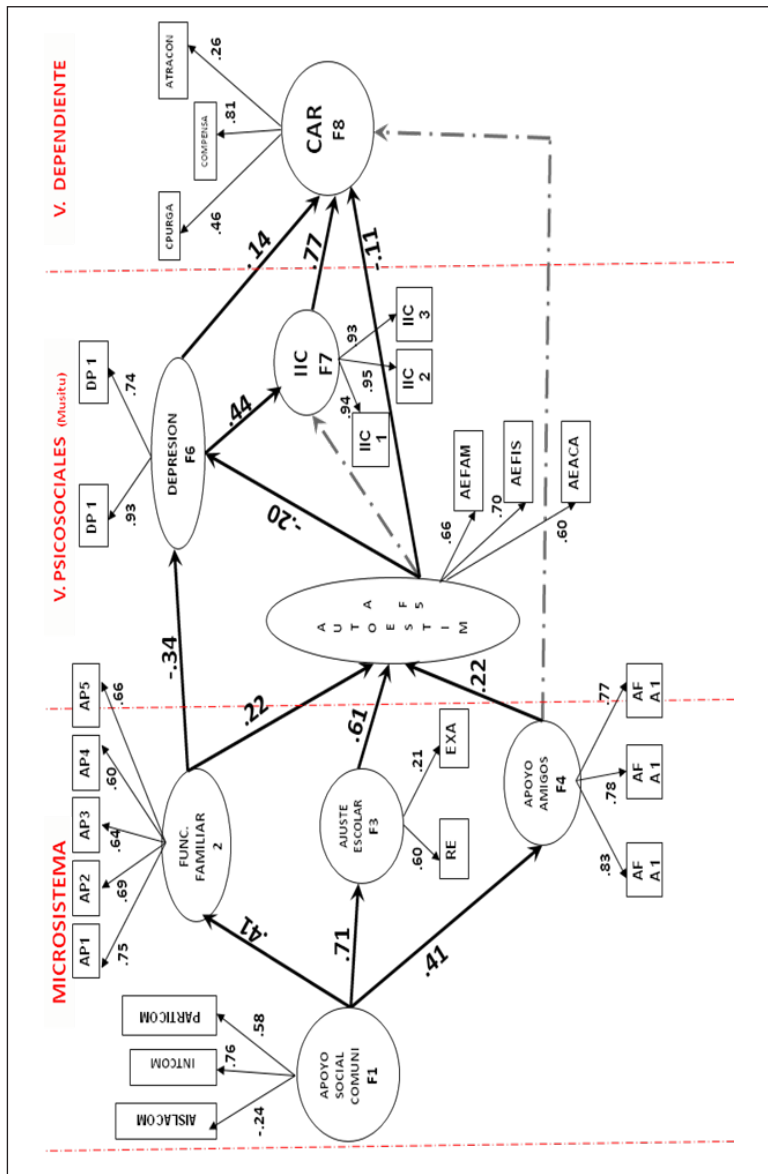


Figura 1. Modelo Explicativo de Conducta Alimentaria de Riesgo.



En primer lugar, es preciso aclarar que la concepción teórica que sustenta esta tesis no hace referencia a la Teoría de la Conducta (Ribes & López, 1984) entiéndase que con esto, no descartamos la pertinencia del análisis de los desórdenes alimenticios a partir de dicha teoría, sino que más bien no podemos pasar por alto que tanto la estructura conceptual como metodológica empleada en el presente trabajo no es compatible con los planteamientos de dicha teoría.

Tampoco se ha pretendido recurrir a la práctica cada vez más común en nuestra disciplina de emplear una ensalada conceptual de diversas corrientes teóricas en Psicología como marco teórico de referencia, que han conducido a un eclecticismo confuso en nuestra disciplina dando lugar al desarrollo de una Psicología de Consumo o Psicología Chatarra (Sánchez-Sosa, Téllez & Villarreal-González, 2010) en la que se sustituye el criterio de pertinencia (investigación teóricamente fundamentada y técnicas terapéuticas emanadas de teorías científicas) por el de abundancia (hibridación ecléctica de posturas teóricas y la utilización indiscriminada de técnicas y pseudotécnicas en la práctica profesional) (Zarzosa, 1991).

Así, el presente estudio se centró en especificar y estimar un modelo explicativo de la conducta alimentaria de riesgo en donde se reemplazaron los hábitos categoriales de la Psicología dualista (mentalismo) para abordar el factor psicológico desde un marco contextual-personal bajo una perspectiva de campo que considera el factor psicológico como un evento prístino. Bajo esta premisa, se adopta una estructura explicativa de carácter ecológico (Bronfenbrenner) y Psicosocial (Musitu).

En cuanto a las variables psicosociales, el modelo ajustado a los datos confirma lo reportado en diversos estudios (Musitu, Jiménez, & Murgui, 2007; Martínez-Antón, Buelga, & Cava, 2007; Cava,





Musitu & Murgui, 2006; Musitu & Herrero, 2003; Musitu & Cava, 2003; Cava & Musitu, 2001; Cava, Musitu & Vera, 2000) en cuanto al papel mediador que juega la autoestima en la explicación de diversos problemas de conducta.

El modelo contrastado, refiere, cómo la autoestima está directamente influenciada por la interacción del individuo con su contexto inmediato (Microsistema) [familiar ($\beta=.22$), escolar ($\beta=.61$) y apoyo de amigos ($\beta=.22$)]. Mediando la relación de las variables contextuales a través de la relación directa negativa y significativa que la autoestima tiene con la conducta depresiva ($\beta=-.20$) y con la variable dependiente ($\beta=-.11$), así como una relación indirecta con la insatisfacción de imagen corporal a través de la conducta depresiva. Cohn en el 2006 desarrolla un modelo estructural en donde la autoestima tiene también un papel mediador al recibir la influencia directa del apoyo parental y apoyo percibido, las normas de apariencia, la influencia social y la asertividad. Sin embargo, a diferencia del modelo aquí expuesto, la autoestima no tiene un efecto directo sobre el estado dietético, sino que se encuentra mediado por la relación directa con insatisfacción de imagen corporal.

La trayectoria especificada y confirmada empíricamente de la variable conducta depresiva, reporta también efectos que aportan elementos explicativos que no habían sido señalados con anterioridad, ya que si bien es, que diversos autores han señalado que existe una relación entre depresión y diversos desórdenes alimenticios, no se especifican ni direccionalidad, ni el tipo de efecto o relación (Nolen et al, 2007; Chapur & Marian 1999; Measelle et al, 2006).

Los efectos indirectos del funcionamiento familiar y la autoestima sobre la insatisfacción de imagen corporal, así como con la variable dependiente, mediados por el efecto directo y significativo de la depresión con IIC ($\beta=.44$) y CAR ($\beta=.14$) pone de manifiesto una red





interactiva que no se había planteado en los modelos revisados, ya que en el análisis de ecuaciones estructurales, presentado por Gómez-Peresmitre et al (2008), en la que se analiza la influencia de la depresión sobre dieta restrictiva y conducta bulímica reporta sólo efectos indirectos con los desórdenes alimenticios a través del estrés.

Respecto a la influencia de la insatisfacción de imagen corporal, no se puede mencionar un aporte original, ya que la influencia de esta variable es multicitada (Sánchez-Sosa, 2007; Ballester et al, 2002; Benedito et al, 2003; Espina, et al, 2001, Johnson & Wardle, 2005; De Berardis et al., 2007) además de ser una variable que incide directamente sobre los problemas alimenticios en todas los modelos explicativos consultados (Williamson, et al 1995; Cohn, 2006; Hund, 2008; Gómez-Peresmitre et al,2008).

Finalmente, se considera que también se presenta un aporte en cuanto a varianza explicada, como en tamaño de la muestra, así como en el número de indicadores con buen ajuste en relación a los modelos estructurales referidos en antecedentes (ver tabla 2).

En resumen, podemos concluir que el modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo, se ajusta bien a los datos, es compatible con el modelo explicativo psicosocial de Musitu, puesto que integra una estructura contextual ecológica que presenta una relación indirecta y significativa del contexto familiar y escolar sobre la variable dependiente, así como una relación causal significativa de las variables psicosociales con la conducta alimentaria de riesgo. Sin embargo, se considera que la mayor aportación de la presente investigación y quizá el punto más álgido de la misma, sea el que no se contemplan a las variables psicosociales como eventos mediadores de procesos causales de naturaleza interna o psicopatológica (psíquicos o cognitivos) debido a que el replanteamiento meta teórico de campo de la Psicología Social que aquí se señala, considera



TABLA 2
Análisis comparativo del modelo estimado con otros modelos estructurales

Índice de ajuste	Modelo actual	Williamson (1995)	Saucedo (2004)	Cohn (2006)	Hund (2008)	Gómez (2008)
N	1285	98	497	301	160	196
Varianza Explicada		no reporta	no reporta	66%	no reporta	26%
Chi-cuadrado del modelo	.000	no reporta	.100	.01	2.60	.665
Indicador Poblacional basado en la no centralidad (RMSEA)	.056	no reporta	.04	.001	.049	.000
Indicadores Prácticos Comparativos para una sola muestra						
Índice de bondas de ajuste de Joreskog (GFI)	.916	.912	no reporta	no reporta	.95	no reporta
Índice de bondas ajustado de ajuste de Joreskog (AGFI)	.894	.907	no reporta	no reporta	no reporta	.96
Índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (NFI)	.902	no reporta	.999	.810	no reporta	.96
Índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett (NNFI)	.915	no reporta	no reporta	no reporta	.980	no reporta
Índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI)	.926	.911	no reporta	no reporta	.980	no reporta
Delta de Bollen ()	.927	no reporta	no reporta	no reporta	no reporta	no reporta



que lo psicológico y/o sus supuestos procesos (emoción, aprendizaje, percepción etc.), no es algo que le sucede a un organismo o que sucede en el organismo; en vez de esto, se considera que cualquier cambio conductual es un cambio en el campo total (Kantor, 1971).



REFERENCIAS

- Ballester, D., de Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C. & Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia. *Universidad de Girona, (Depto. de Psicología)*. Recuperado de http://www3.udg.edu/gabinetr/recull3002/200203/20020316/satisfaccion_corporal.pdf
- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C. & Baños, R. (2003) Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría Facultad de Psicología. Universidad de Valencia*, 58(3), 268-72
- Bentler, P. (1989). *EQS. Structural Equations Program Manual*. Los Ángeles: BMPD Statistical Software Inc.
- Cava, M. & Musitu, G. (2000). Evaluation o fan intervention programme for the empowerment of self-esteem. *Psychology in Spain*, 4 (1), 55-63.
- Cava, M., Musitu, G. & Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18 (3), 367-373.
- Cava, M., Musitu, G. & Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, (17), 151-162.
- Chapur, P. & Marian, L. (1999). Depresión y alexitimia en trastornos de la conducta alimentaria. *Alcmeon*, 4 (1), 22-29
- Cohn, M. (2006). *A proposed model of dieting and nondieting in college women*. (Tesis doctoral, Colorado State university). Disponible en la base de datos ProQuest Dissertations and Theses.
- Corral-Verdugo, V. (1995). Modelos de variables latentes para la investigación conductual. *Acta Comportamentalia*. 3 (2), 171-190.
- De Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Giannetti, P. Ceci, A., et al. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors*, 8 (3), 296-304.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa, I., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13 (4), 533-538.
- Gómez Peresmitré, G., Pineda, G. & Oviedo, L. (2008). Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios. *Psicología y Salud*, 18 (1), 45-55.
- Hund, A. (2008). *Structural model of association between child abuse and disordered eating: extension of the coping with trauma model*. (Tesis doctoral. University of Illinois). USA. Disponible en la base de datos ProQuest Dissertations and Theses.



- Johnson, F. & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 114 (1), 119-125.
- Kantor, J. (1969). *The scientific evolution of Psychology*. Vol. II. Granville: The Principia Press.
- Kantor, J. R. (1971). *The Aim and Progress of Psychology and other Sciences: A Selection Of Papers*. Chicago: Principia Press.
- Martínez-Antón, M., Buelga, S. & Cava, M. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología Universitat de Barcelona*, 38 (2), 293-303.
- Measelle, J., Stice, E. & Hogansen, J. (2006). Developmental Trajectories of Co-Occurring Depressive, Eating, Antisocial, and Substance Abuse Problems in Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 524-538.
- Musitu, G. & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Musitu, G. & Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 13 (1).
- Musitu, G., Jiménez, T., I. & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Revista Salud Pública de México*, 49, 3-10.
- Nolen, S., Stice, E., Wade, E. & Bohon, C. (2007). Reciprocal Relations Between Rumination and Bulimic, Substance Abuse, and Depressive Symptoms in Female Adolescents. *Journal-of-Abnormal-Psychology*, 116 (1), 198-207.
- Padilla, M. (2006). *Entrenamiento de competencias de investigación en estudiantes de educación media y superior*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Sánchez-Sosa, J. C. (2007). *Insatisfacción de imagen corporal e índice de masa corporal en relación con conducta alimentaria de riesgo*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.
- Sánchez-Sosa, J. Téllez, A. & Villarreal-González, M. (2010). Bioética en la investigación en psicología de la salud. En Cantú, P. (Ed.), *Evaluación bioética de la investigación en salud (25-44)*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Williamson, D., Netemeyer, R., Jackman, L., Anderson, D., Funsch, C. & Rabalais, J. (1995). Structural equation modeling of risk factors for the development of eating disorders in female athletes. *International journal of eating disorders*, 17(4), 387-393.
- Zarzosa, L. (1991). Problemas del eclecticismo. Un caso. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1), 25-36.







Los autores

JUAN CARLOS SÁNCHEZ SOSA: Es Doctor en filosofía con especialidad en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se desempeña como profesor-investigador y coordinador del Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UANL. Es Sub-coordinador de la Unidad de Psicología de la Salud del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDCS) de la misma Universidad. Forma parte del Comité Técnico de Acreditación del Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES). Editor asociado de las revistas *Enseñanza e Investigación en Psicología* del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) y editor adjunto de la *Revista Mexicana de Psicología Social y de la Salud* del Consorcio de Universidades Mexicanas (CUMex). Autor de artículos científicos, libros y capítulos de libros sobre conducta alimentaria, consumo de drogas legales e ilegales y conducta violenta escolar. Sus LGAC son Desórdenes Alimenticios, Adicciones y Violencia Escolar. En cuanto a redes de colaboración, actualmente trabaja con investigadores de la Universidad Pablo de Olvide de Sevilla y la Universidad de Valencia en diversos proyectos.

MARÍA ELENA VILLARREAL GONZÁLEZ: Doctora por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Es Profesora-investigadora de la Facultad de





Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde 1997. Responsable del área de Adicciones en la Unidad de Psicología de la Salud del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDCS) de la misma Universidad. Participó en el 2008 como Coordinadora del Programa Nacional: “Limpiemos México”, llevado a cabo en Monterrey, N. L., y su área metropolitana. Actualmente es Secretario Técnico del Comité de Educación del Consejo Estatal Contra las Adicciones en el estado de Nuevo León. Ha participado como Evaluadora Nacional del Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología (CA-CNEIP). Es autora de diversos artículos, libros y capítulos de libros sobre consumo de drogas, conducta violenta escolar, suicidio y conducta alimentaria. Sus LGAC son Adicciones, Violencia Escolar y Desórdenes Alimenticios. Mantiene colaboración con investigadores de la Universidad Pablo de Olavide y la Universidad de Valencia con quienes participa en diversos proyectos.

GONZALO MUSITU OCHOA: Doctor en Psicología por la Universidad de Valencia, España. Es director del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España. Autor de numerosos artículos científicos y libros publicados tanto en el ámbito nacional como internacional. Ha dirigido más de treinta tesis doctorales en diversos países. Ha participado como catedrático e investigador invitado en Universidades de Portugal, Italia, México, Colombia, Holanda y Reino Unido.





ÍNDICE

CAPÍTULO 1

EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Evolución del concepto de salud	9
Problemas de la psicología contemporánea	10
Un análisis de la relación psicología y salud	15
Referencias	18

CAPÍTULO 2

MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Modelos explicativos de desórdenes alimenticios	
relacionados con infrapeso	22
El modelo psicoanalítico	23
Modelos cognitivo afectivos	24
Modelos multideterminados	26
Modelo multidimensional de la anorexia	27
Modelo bioconductual de la anorexia	28
Modelos ecológicos	29
Modelos estructurales de los desórdenes alimenticios	34





CAPÍTULO 1

EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Evolución del concepto de salud	9
Problemas de la psicología contemporánea	10
Un análisis de la relación psicología y salud	15
Referencias	18

CAPÍTULO 2

MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Modelos explicativos de desórdenes alimenticios	
relacionados con infrapeso	22
El modelo psicoanalítico	23
Modelos cognitivo afectivos	24
Modelos multideterminados	26
Modelo multidimensional de la anorexia	27
Modelo bioconductual de la anorexia	28
Modelos ecológicos	29
Modelos estructurales de los desórdenes alimenticios	34
Hacia un modelo de campo psicosocial	
de los desórdenes alimenticios	40
Referencias	43

CAPÍTULO 3

LA PERSPECTIVA DE CAMPO EN PSICOLOGÍA COMO MARCO METATEÓRICO

Teoría de campo de la Gestalt	53
Teoría de campo interconductual	56
Referencias	61

CAPÍTULO 4

EL CONTEXTO COMO FACTOR DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO





La adolescencia y su contexto	63
Cambios biológicos del adolescente	69
La adolescencia y su entorno social	71
La familia como influencia contextual.....	72
La adolescencia y el contexto escolar	76
Referencias	82

CAPÍTULO 5

EL FACTOR PSICOLÓGICO EN LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS

La imagen corporal y los desórdenes alimenticios.....	89
La autoestima y los desórdenes alimenticios	93
Las emociones y los desórdenes alimenticios	96
Referencias	98

CAPÍTULO 6

UN MODELO EXPLICATIVO DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Referencias	116
-------------------	-----

LOS AUTORES	119
-------------------	-----







Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial. de Juan Carlos Sánchez Sosa, María Elena Villarreal González y Gonzalo Musitu Ochoa, se terminó de imprimir en julio del 2010, en los talleres de la Imprenta Universitaria. El cuidado de la obra estuvo a cargo de Francisco Javier Galván Castillo y el autor. En su edición se utilizaron tipos NewBaskerville de 30, 24, 20, 18, 14, 12, 11, 10, 9 y 8 puntos. Formato electrónico y diseño gráfico por Francisco Javier Galván Castillo.





