



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Lugli Rivero, Zoraide; Vivas, Eleonora
Trastornos de alimentación y control personal de la conducta 9
Salud Pública de México, vol. 43, núm. 1, enero-febr, 2001
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643104>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System
Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal
Non-profit academic project, developed under the open access initiative

Trastornos de alimentación y control personal de la conducta

Zoraide Lugli-Rivero, M. en Psic.,⁽¹⁾ Eleonora Vivas, Ph. D. en Psic.⁽²⁾

Lugli-Rivero Z, Vivas E.
Trastornos de alimentación
y control personal de la conducta.
Salud Publica Mex 2001;43:9-16.

El texto completo en inglés de este artículo está
disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Lugli-Rivero Z, Vivas E.
Eating disorders
and personal behavioral control.
Salud Publica Mex 2001;43:9-16.

The English version of this paper
is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Explorar el control personal de la conducta en sus tres aspectos: control objetivo, control subjetivo y creencias de control en mujeres con trastornos alimentarios, en riesgo de padecer trastornos alimentarios y normales. **Material y métodos.** Es un estudio transversal que se llevó a cabo en Caracas, Venezuela, en 1997. Se trabajó con una muestra de 87 mujeres, 21 con trastornos alimentarios subclínicos, 33 en riesgo y 33 normales. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Test de actitudes hacia la alimentación, Entrevista diagnóstica internacional compuesta, Inventario de autocontrol, Inventario de autoeficacia percibida para el autocontrol de la conducta e Inventario de *locus* de control. Los datos fueron analizados mediante el análisis de varianza y para las comparaciones *post hoc* se utilizó la prueba Student-Neuman-Keuls. **Resultados.** Se encontró que las personas con trastornos alimentarios presentan dificultad en la emisión de conductas de autocontrol, menor sentimiento de eficacia personal para autorregular la conducta y mayor creencia en el control de otros poderosos sobre sus actos y consecuencias. **Conclusiones.** Los resultados encontrados constituyen una primera aproximación para entender el papel que juega la variable psicológica "control personal de la conducta" como factor protector o de riesgo en el desarrollo de la anorexia o bulimia nerviosa. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: control personal; anorexia nerviosa; bulimia; Venezuela

Abstract

Objective. To explore the three components of personal behavioral control: Objective control, subjective control and control beliefs among normal women, women at risk of anorexia or bulimia and women with sub-clinical eating disorders. **Material and methods.** In 1997, a cross-sectional study was conducted in Caracas, Venezuela. The study population consisted of 87 women: 21 with sub-clinical eating disorders, 33 at risk of having an eating disorder, and 33 normal women. Measurement instruments used were: Eating Attitude Test, Composite International Diagnostic Interview, Self-control Inventory, Inventory for Perceived Self-efficacy for Self-control, and the *Locus* of Control Inventory. Data analysis consisted of analysis of variance, and *post hoc* comparisons were done with the Student-Neuman-Keuls test. **Results.** Women with sub-clinical eating disorders were found to have difficulty for behavior self-control, lower self-efficacy to regulate their behavior, and beliefs of control by powerful others over their behavior and its consequences. **Conclusions.** The results from this study are a first attempt to understand the role of the psychological variable "personal control of behavior", as a protective or risk factor for developing sub-clinical anorexia or bulimia. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: personal control; anorexia nervosa; bulimia; Venezuela

Este trabajo fue financiado por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

(1) Hospital Ortopédico Infantil, Caracas, Venezuela.

(2) Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

Fecha de recibido: 25 de febrero de 2000 • Fecha de aprobado: 22 de agosto de 2000
Solicitud de sobretiros: Dra. Eleonora Vivas. Departamento de Ciencias y Tecnología del Comportamiento,
Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Baruta, Caracas 1080-A, Venezuela.
Correo electrónico: vivas@usb.ve

Las investigaciones en el área de control no establecen claramente cuál es el contenido del constructo, lo que dificulta, así, el esclarecimiento del papel que éste juega tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa. Por ejemplo, algunas investigaciones en el área utilizan términos tales como “inefectividad”,¹ “sensación de control”,² “locus de control”,³ “autocontrol”⁴ y “control”,⁵ entre otros. La falta de acuerdo entre investigadores en relación con el concepto de control apunta hacia los planteamientos de Steptoe⁶ y Syme⁷ sobre la posibilidad de estar abordando diferentes aspectos de una misma variable denominada “control”.

Debido a la disparidad de criterios utilizados se encuentran resultados opuestos en las diferentes investigaciones. Por ejemplo, Garfinkel, Brown y Darby⁸ sostienen que especialmente las anoréxicas son personas que demuestran una autodisciplina considerable. Al contrario, las bulímicas experimentan sentimientos de ineffectividad y una constante fluctuación entre el autocontrol y la pérdida de control.¹ Por otra parte, para Sandbek⁵ tanto las anoréxicas como las bulímicas experimentan un sentimiento desesperado de estar fuera de control. En otro estudio, Shapiro, Blinder, Hagman y Pituck² encontraron que las pacientes con trastornos alimentarios presentaban percepción baja de autocontrol y sensación de estar fuera de control en dominios tales como comer, manejo de estrés, relaciones con otras personas significativas y la manera como se sienten respecto a ellas mismas. Los autores concluyen en la necesidad de establecer mayor precisión en el constructo de autocontrol, así como también determinar la naturaleza del perfil de control experimentado por estas pacientes. Sin embargo, los resultados presentados en el estudio de León, Lucas, Colligan, Ferdinande y Kamp⁴ demuestran que no se encontraron diferencias significativas entre los dos subtipos de anorexia al ser comparadas en las habilidades de autocontrol. Se evidencia, al analizar los diferentes resultados, que no existe una conclusión respecto a la percepción de autocontrol en este tipo de personas.

La falta de claridad en el área de autocontrol se ha encontrado también respecto al *locus* de control. Se ha determinado que existe un *locus* de control interno en pacientes anoréxicas y un incremento de la externalidad relacionado con la edad.¹ Por otro lado, se estableció que las pacientes anoréxicas presentaban un *locus* de control interno, mientras que aquellas anoréxicas con episodios bulímicos tendían a presentar una mayor externalidad.³ Contrariamente, otra investigación no encontró diferencias significativas relativas a esta variable en pacientes con trastornos alimenta-

rios.⁹ Como se puede observar, es evidente la discrepancia de los estudios, los cuales no presentan un panorama claro sobre el papel del *locus* de control en este tipo de trastorno.

Finalmente, en relación con el control subjetivo o percibido, Schneider, O’Leary y Agras¹⁰ abordan el concepto de autoeficacia percibida desde el punto de vista terapéutico y precisan que como objetivo de intervención facilita el proceso de recuperación de las pacientes con bulimia nerviosa. Al establecer la importancia de la autoeficacia percibida en los programas de intervención, se deriva la relevancia de este constructo en la enfermedad y, por tanto, se hace evidente la necesidad de realizar estudios dirigidos a establecer el papel de la autoeficacia percibida en el desarrollo y mantenimiento no sólo de la bulimia sino también de la anorexia nerviosa.

En conclusión, el tema del control que, como plantea Waller,¹¹ es un elemento fundamental en los trastornos de la alimentación, puede constituir un punto importante para ayudar a esclarecer el panorama de la anorexia y la bulimia nerviosa. El control personal de la conducta implica varias facetas de gran importancia a la hora de evaluar este constructo; tanto las destrezas conductuales y cognitivas como también las creencias y pensamientos relacionados con el control se deben tomar en cuenta, siguiendo así la formulación planteada por Steptoe.⁶ Las investigaciones en el área de los trastornos de alimentación de alguna manera han evaluado estos aspectos, no obstante, ninguna de ellas ha realizado un abordaje integrador.

El presente estudio plantea el control bajo una conceptualización más completa e integradora, como es la definida por el mismo Steptoe.⁶ Este planteamiento incluye tres aspectos relacionados, pero no idénticos, que conforman un agregado denominado control personal, a saber: el control objetivo sobre las contingencias ambientales, el control subjetivo o percibido y las creencias o necesidad de control.⁶ El primer aspecto se refiere al control conductual ejercido por el individuo sobre su ambiente, el cual en el presente trabajo se identifica como autocontrol. El segundo aspecto, denominado control subjetivo o percibido, se refiere a la percepción de control que tiene el individuo sobre los eventos o reacciones emocionales, y en este estudio ha sido asimilado al concepto de autoeficacia. Finalmente, el tercer aspecto se refiere a las creencias o necesidad de control del individuo y en este trabajo se identifica como *locus* de control.

Si bien hasta el momento no se ha especificado cómo se presenta la relación entre estos tres tipos de control, se podría hipotetizar que el peso de cada uno dependería del tipo de conducta de que se trate y en el

caso que nos ocupa, de los trastornos alimentarios. Esto implica que podría haber predominio de alguno de los componentes de manera diferencial y específica a la conducta. Igualmente, se considera que los tres tipos de control podrían variar simultáneamente, sin embargo, queda por determinar la dirección de la relación.

En consecuencia, desde una perspectiva amplia e integradora, el objetivo de la presente investigación fue explorar cómo se manifiesta el control de la conducta⁶ y sus características en personas normales, personas en riesgo de desarrollar un trastorno de alimentación y personas que ya tienen dichas enfermedades. Se estudiaron los tres aspectos del control personal: control objetivo (autocontrol), control subjetivo (autoeficacia percibida para el autocontrol de la conducta) y creencias de control (*locus* de control).

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal, realizado en Caracas, Venezuela, en 1997. Se trabajó con una muestra intencional de 87 participantes del sexo femenino con edades entre los 16 y 44 años. La muestra estuvo dividida en tres grupos:

1. Trastornos alimentarios: 21 participantes, con diagnóstico psiquiátrico previo de anorexia o bulimia nerviosa, quienes asistían a terapia. A su vez, estas participantes debían tener un puntaje superior a 30 en el Test de actitudes alimentarias (Eating Attitude Test -EAT-)¹² y diagnóstico corroborado por las respuestas proporcionadas a la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI, por sus siglas en inglés).¹³ No obstante, al analizar sus respuestas se encontró que ellas manifestaban sólo tres y cuatro de las características consideradas como criterios diagnósticos según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés)¹⁴ para la anorexia o la bulimia nerviosa, respectivamente. En consecuencia, a pesar de haber sido diagnosticadas como anoréxicas o bulímicas por un especialista en el área este grupo fue clasificado por las autoras como "subclínico", tal como ha sido denominado en investigaciones previas.^{15,16}

Para obtener los grupos de riesgo y normal se aplicaron las pruebas a 216 estudiantes universitarias de sexo femenino y se seleccionaron aquellas que cumplían con los requisitos:

2. Riesgo: 33 participantes, con un puntaje superior a 20 en el EAT y la ausencia de respuestas indica-

tivas de un trastorno de alimentación proporcionadas a la CIDI.

3. Normal: 33 participantes, con un puntaje inferior a 10 en el EAT y la ausencia de respuestas indicativas de un trastorno de alimentación proporcionadas a la CIDI.

La evaluación se realizó con los siguientes instrumentos:

- *Test de actitudes hacia la alimentación*: es un cuestionario destinado a evaluar las conductas y preocupaciones relacionadas significativamente con la ingesta alimentaria, el peso y el ejercicio.^{12,17} Contiene 40 ítems contestados en una escala tipo Likert de seis puntos, cuyas alternativas de respuesta van de "nunca" a "siempre". Un puntaje total por encima de 30 indica la presencia de conductas y actitudes sugestivas de un trastorno de alimentación. En Venezuela, Andrade¹⁸ calculó la confiabilidad del EAT en una muestra de 104 estudiantes universitarias, encontró un valor significativo de $r = 0.81$. Un nuevo análisis de confiabilidad con 378 sujetos obtuvo exactamente el mismo valor.*
- *Entrevista diagnóstica internacional compuesta*: es una entrevista estandarizada para la evaluación de los trastornos.¹³ Fue diseñada a partir de los criterios establecidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)¹⁹ y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)¹⁴ con la finalidad de proporcionar un instrumento objetivo para la evaluación y el diagnóstico clínico. En esta investigación se utilizó el apartado relativo a los trastornos de alimentación, con la asesoría de una especialista en el área. Se realizó una adaptación de la entrevista a partir de la versión infantil y la de adultos del CIDI.
- *Inventario de autocontrol (control objetivo)*: está destinado a evaluar las habilidades de autocontrol. Fue construido y validado para la presente investigación sobre la base de un modelo integrador de autocontrol,²⁰ considerando los planteamientos propuestos por Kanfer y Karoly,²¹ Kanfer y Gaeleli-Buys²² y Bandura.²³ La validez de contenido fue evaluada por ocho expertos en el área, quienes valoraron la conceptualización teórica y determinaron si las dimensiones y sus respectivos in-

* Vivas E, Lugli-Rivero Z. Prevalencia de trastornos alimentarios en una muestra de estudiantes universitarios: un estudio exploratorio. Documento no publicado.

dicadores representaban adecuadamente la fase del proceso que se intentaba evaluar. Además, determinaron si los ítemes redactados para cada dimensión eran coherentes con los indicadores establecidos en la conceptualización teórica. Finalmente, evaluaron la redacción tanto de las instrucciones como de los ítemes.

De 67 ítemes iniciales, se seleccionaron 37 que resultaron ser los más representativos de las dimensiones establecidas según la opinión de los expertos. Por último, sobre la base de análisis estadísticos, se seleccionaron 16 ítemes que conformaron la versión final del instrumento. Los ítemes son contestados en una escala tipo Likert de cuatro puntos, cuyas alternativas de respuesta van de “nunca” a “siempre”, donde a mayor puntaje tenemos mayor habilidad para el autocontrol de la conducta. Se calculó la confiabilidad y validez en una muestra de 465 estudiantes universitarios entre 16 y 23 años de edad (264 del sexo masculino y 201 del femenino). Se encontró un α de Cronbach de 0.82, indicativo de una fuerte relación entre los ítemes.

Se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para evaluar la validez del constructo. Se estableció el criterio de extracción de los factores sobre la base de aquellos autovalores mayores a 1. Para la interpretación de los factores sólo se consideraron aquellas cargas de los ítemes mayores a 0.32.²⁴ Se encontraron cuatro factores que explican 54.3% de la varianza total y que mantienen coherencia con el modelo teórico propuesto. El factor 1 se denominó “auto-monitoreo y autoevaluación” debido a que contiene todos los ítemes diseñados para evaluar estas fases del proceso de autocontrol. Explica 28.3% de la varianza total.

El factor 2 se denominó “autorreforzamiento” e implica aquellos ítemes relacionados con el reforzamiento necesario para estimular y mantener el proceso de cambio, así como la recompensa por los logros obtenidos. El factor explica 10.3% de la varianza total.

El factor 3 se denominó “intención de cambio” y hace referencia a cogniciones relacionadas con el “darse cuenta” de la existencia de una conducta problema así como del beneficio de cambiar y establecer nuevos comportamientos; explica 8.6% de la varianza total. Este factor se asemeja a la fase establecida por Kanfer,²² denominada “autorregulación anticipatoria”, la cual se describe como un proceso motivacional, previo al autocontrol, donde se percibe que hay un problema y se establecen metas y se evalúan alternativas de cambio.

El factor 4 se denominó “control por medio de actividades incompatibles” y hace referencia a la ejecución

de actividades que impiden la emisión de la conducta que se desea cambiar. Este factor explica 7.2% de la varianza total.

También se evaluó la validez del constructo al correlacionarlo con la escala I-E de Levenson,²⁵ con lo que se obtuvieron coeficientes de 0.29 ($p=0.001$) para la escala “interno”; -0.10 ($p=0.019$), para “otros poderosos”, y -0.12 ($p=0.009$), para “azar”, lo que señala que a mayor autocontrol mayor creencia por parte del sujeto de que tiene control sobre su conducta y menor creencia en el control por parte del azar y otros poderosos.

- *Inventario de autoeficacia percibida para el autocontrol de la conducta (control subjetivo)*: está destinado a evaluar la percepción de autoeficacia en el autocontrol de la conducta. Fue construido y validado para la presente investigación sobre la base de un modelo integrador del proceso de autocontrol,²⁰ que consideró los planteamientos propuestos por Kanfer y Karoly,²¹ Kanfer y Gaeliks-Buys²² y Bandura.²³ La validez de contenido fue evaluada por ocho expertos en el área, quienes valoraron la conceptualización teórica y determinaron si las dimensiones y sus respectivos indicadores representaban adecuadamente la fase del proceso que se intentaba evaluar. Además, determinaron si los ítemes redactados para cada dimensión eran coherentes con los indicadores establecidos en la conceptualización teórica. Finalmente, evaluaron la redacción tanto de las instrucciones como de los ítemes.

De 65 ítemes iniciales, se seleccionaron 32 que resultaron ser los más representativos de las dimensiones establecidas según la opinión de los expertos. Asimismo, sobre la base de análisis estadísticos, se seleccionaron 14 ítemes que conformaron la versión final del instrumento. Los ítemes contestados en una escala tipo Likert de cuatro puntos, cuyas alternativas de respuesta van de “nunca” a “siempre”, donde a mayor puntaje mayor percepción de autoeficacia para llevar a cabo el autocontrol. Se calculó la confiabilidad y validez en una muestra de 483 estudiantes universitarios entre 16 y 23 años de edad (280 del sexo masculino y 203 del sexo femenino). Se encontró un α de Cronbach de 0.87, indicativo de una fuerte relación entre los ítemes.

Se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para evaluar la validez del constructo. Se estableció el criterio de extracción de los factores sobre la base de aquellos autovalores mayores a 1. Para la interpretación de los factores sólo se con-

sideraron aquellas cargas de los ítemes mayores a 0.32.²⁴ Se encontraron dos factores que explican 53.3% de la varianza total y que mantienen coherencia con el modelo teórico propuesto. El factor 1 se denominó “autoeficacia para la planificación y ejecución del cambio conductual” y hace referencia a las expectativas de autoeficacia para realizar las etapas previas al autocontrol cuando el sujeto plantea el deseo de cambiar una conducta y planificar la mejor manera de llevar a cabo el proceso, así como de las etapas del autocontrol cuando el sujeto ejecuta distintas estrategias para alcanzar el cambio deseado, tales como actividades de automonitoreo, de autoevaluación y de control ambiental.

El factor 2 se denominó “autoeficacia para la automotivación” y corresponde a los ítemes relacionados con las expectativas de autoeficacia para generar autoafirmaciones, autoinstrucciones y autorreforzamiento, estrategias que se considera permiten al sujeto estimular y mantener su proceso de cambio.

- *Escala I-E, versión abreviada (creencias de control):* permite medir el grado en el cual el sujeto percibe los eventos de su vida como consecuencia de sus actos, bajo el control de otros poderosos o como consecuencia del azar.²⁵ Se validó una versión abreviada de 15 ítemes compuesta por tres subescalas correspondientes a los factores: interno (I), otros poderosos (OP) y azar (A). Los ítemes son contestados en una escala tipo Likert de cuatro puntos cuyas alternativas de respuesta van de “nunca” a “siempre”. Se calculó la confiabilidad y validez en una muestra de 279 estudiantes universitarios entre 16 y 23 años de edad (168 del sexo masculino y 111 del femenino). Se encontró un α de Cronbach de 0.89 para “otros poderosos”, 0.66 para “azar” y 0.65 para “interno”, indicativo de una fuerte relación entre los ítemes que constituyen cada subescala. Se realizó un análisis de componentes principales para evaluar la validez del constructo, se encontraron tres factores representativos de las subescalas establecidas por Levenson²⁵ que explican 51.1% de la varianza total.

Peso y estadímetro: las participantes de los tres grupos fueron medidas y pesadas en balanza con estadímetro debidamente calibradas.

Se contactaron las participantes del grupo de trastornos alimentarios por medio de diferentes terapeutas especialistas en el área. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos a las pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Paralelamente, se aplicaron los instrumentos a una muestra de 216 estudiantes universitarias. Sobre la base del puntaje obtenido en el EAT y a las respuestas proporcionadas en el CIDI se seleccionaron las participantes clasificadas como “normales” (EAT menor a 20 puntos) y las participantes clasificadas como de “riesgo para el desarrollo de un trastorno de alimentación” (EAT mayor a 20 puntos).

Una vez clasificados los grupos se procedió a realizar el análisis estadístico de los datos y el análisis de los resultados obtenidos.

Se realizó un análisis comparativo utilizando el estadístico paramétrico Anova de una vía. Se hicieron comparaciones *post hoc* utilizando el Student-Neuman-Keuls para determinar entre cuáles grupos se encontraron las diferencias.

Resultados

El cuadro I presenta las medias para los grupos en cada una de las variables exploradas: edad, índice de masa corporal, autocontrol, autoeficacia percibida para el control de la conducta y *locus* de control, así como las diferencias significativas encontradas.

No se encontraron diferencias significativas relativas a la edad entre los grupos. Los resultados concuerdan con lo esperado por cuanto se buscó controlar esta variable con el fin de poder realizar las comparaciones con mayor pertinencia. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el índice de masa corporal.

Tal y como se observa en el cuadro I se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en relación con el control objetivo: $F(2,87) = 3.81$; $p = 0.025$. Al realizar las comparaciones *post hoc* con la prueba estadística Student-Neuman-Keuls se encontró que los grupos normal y de riesgo presentaron mayor control objetivo que el grupo de trastornos alimentarios.

También se evidenciaron diferencias significativas relativas al control subjetivo o percibido entre los grupos: $F(2,87) = 5.33$; $p = 0.006$. Al realizar las comparaciones *post hoc* con la prueba estadística Student-Neuman-Keuls se encontró que los grupos normal y de riesgo se diferenciaron significativamente del grupo con trastornos alimentarios, presentando los primeros mayor control subjetivo o percibido.

No se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos relativas a las creencias de control, las medidas en las escalas “interno” y “azar” de *locus* de control. No obstante, se encontraron diferencias significativas en “otros poderosos”: $F(2,87) = 3.28$; $p = 0.042$, donde los grupos normal y de riesgo presentaron

Cuadro I
MEDIA DE LAS VARIABLES EXPLORADAS Y COMPARACIONES ENTRE GRUPOS (ANOVA).
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR, CARACAS, VENEZUELA, 1997

Variables	Media						Significancia
	Normal n= 33		Riesgo n= 33		TA n= 24		
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Edad	21.18	4.61	21.27	4.71	22.00	7.10	NS
Índice de masa corporal	20.65	2.28	21.44	2.27	20.43	3.62	NS
Autocontrol	33.48	5.85	33.06	6.07	29.17	7.02	.025
Autoeficacia percibida	30.00	5.52	31.18	7.02	25.42	8.03	.006
Interno	11.97	1.93	11.70	1.99	10.83	2.16	NS
Otros poderosos	3.33	1.91	3.58	2.26	4.92	3.16	.042
Azar	4.82	2.32	4.67	2.51	5.88	2.59	NS

TA: trastornos alimentarios

NS: no significativo

menor creencia en el poder de otros poderosos al ser comparados con el grupo de trastornos alimentarios.

Discusión

Los resultados señalan que las participantes normales se asemejan a las que se consideran como "en riesgo" en los tres componentes del control personal de la conducta. Tienen un alto control objetivo, el que se manifiesta mediante conductas que evidencian el control de su propia conducta; tienen también un alto control percibido, considerándose capaces de regular su conducta adecuadamente y, finalmente, estiman que el control está en sus manos más que en las manos de otros organismos o personas externas.

Se encontró que el grupo de mujeres con trastornos alimentarios subclínico se diferencia de manera significativa de los otros dos grupos. Las mujeres con trastornos alimentarios (TA) se caracterizan por tener un menor control objetivo manifestando conductas no conducentes a lograr un óptimo control de sus actos. Poseen, igualmente, menor control subjetivo, lo que les dificulta el logro del control por no tener la confianza en sus propias habilidades. Adicionalmente, tienen la creencia de que el control es ejercido más por parte de otros poderosos que por sí mismas.

Como se puede observar, los resultados plantean diferencias en la manera como se manifiesta el control personal de la conducta en aquellas pacientes con TA subclínicos. Déficit en las habilidades para el control objetivo y subjetivo, así como una creencia de que otros mantienen el control de los eventos y sus consecuencias podría explicar, en parte, la razón por la cual al-

gunas personas desarrollan un trastorno alimentario pero otras no.

Las pacientes tanto anoréxicas como bulímicas se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la silueta. Estas pacientes juzgan su valor personal casi exclusivamente en términos de su silueta y peso, lo que trae como resultado la generación de pensamientos reiterativos sobre estos aspectos y la emisión de conductas dirigidas a evitar la ganancia de peso y alcanzar la silueta ideal "delgada".²⁶ Varias conductas para el control del peso se presentan en la anorexia y la bulimia nerviosa, tales como las dietas extremas, los vómitos autoinducidos, el uso de laxantes y diuréticos y la práctica excesiva de ejercicios físicos. En la anorexia nerviosa el resultado final es la pérdida de peso hasta niveles inferiores a lo esperado para la edad y la talla. En la bulimia nerviosa la constante fluctuación entre los frecuentes episodios de sobreingesta y los episodios de inanición mantiene a estas pacientes en un peso normal o por encima de lo esperado para su edad y estatura.²⁶

Lo anterior deja ver las dificultades que presentan estas participantes para ejercer el autocontrol adecuadamente, encontrándose siempre en los extremos: la pérdida de control (episodios de sobreingesta) o el excesivo control (episodios de inanición). Por otro lado, no resulta extraño encontrar sentimientos de ineffectividad para planificar y llevar a cabo las estrategias de autocontrol. Ya que las percepciones de autoeficacia juegan un papel fundamental para la acción,²⁷ la baja percepción de autoeficacia encontrada en estas participantes de alguna manera facilita la pérdida o el exceso de control que intentan ejercer para

mantener el peso ideal y alcanzar la figura socialmente aceptada para la mujer. Finalmente, no sería raro encontrar que estas mujeres pensarán que los profesionales que han estado relacionados con su problemática del peso, la alimentación y la imagen corporal pueden ejercer mejor control que ellas para el logro de su meta: una figura ideal.

Tomando en cuenta que no existen investigaciones previas que aborden el concepto de control personal de la conducta desde un punto de vista integral como el propuesto en la presente investigación, los resultados encontrados pueden considerarse como una aproximación inicial a la comprensión del papel que juega esta variable en los trastornos alimentarios. Por otra parte, es una limitante el tipo de muestra utilizada, en primer lugar, por tratarse de una muestra subclínica y, en segundo lugar, por el número reducido de sujetos utilizados en cada grupo. Por ello, se considera pertinente replicar el estudio en muestras con mayor número de sujetos, en diferentes países y en lo posible utilizar una muestra integrada por anoréxicas o bulímicas que presenten todas las características para ser diagnosticadas como tales.

Este último punto sería ideal, no obstante resulta difícil encontrar pacientes enfermas sin recibir tratamiento que puedan manifestar todas las características establecidas por el DSM-IV. En el país son pocas las mujeres que llegan a hospitalizarse por un cuadro grave de anorexia o bulimia nerviosa. Generalmente son abordadas con terapias de tipo ambulatorio, en consecuencia, su captación se puede realizar una vez que inicia el tratamiento psiquiátrico y, por ende, es de esperarse que parte de su sintomatología esté siendo atacada.

La muestra de mujeres que aceptaron participar en este estudio estaban iniciando su terapia y, aun así, no manifestaban todas las características de los trastornos, especialmente aquellas relacionadas con el estado físico. Por lo tanto, es importante reflexionar en relación con los criterios que deben tomarse en cuenta para el diagnóstico de la anorexia o la bulimia nerviosa. ¿Realmente deben excluirse de la clasificación a aquellas mujeres que a pesar de no tener un peso por debajo de 85% del esperado o no presentar amenorrea, manifiestan todas las otras características de corte más psicológico cuando estas últimas determinan en gran medida que las mujeres lleguen a un estado de salud más grave que atenta contra su vida? En consecuencia, se considera de importancia valorar a los grupos denominados subclínicos, ya que de ellos se puede hacer una detección precoz y preventiva del desarrollo de una sintomatología más severa.

En otro orden de ideas, resulta interesante notar que las personas clasificadas en riesgo, por presentar una alta tasa de conductas y actitudes sugestivas de un trastorno de alimentación, muestran un patrón de control personal de conducta semejante a las personas clasificadas como normales. Estas personas tienen las destrezas objetivas y subjetivas para controlar su conducta, además de caracterizarse por tener menores creencias en el poder de otros poderosos en su vida. Se podría hipotetizar que tener estas habilidades y creencias les permite mantenerse en un nivel de control que les impide desarrollar toda la sintomatología típica de la anorexia o la bulimia. Permanecen preocupadas por el peso y la silueta, pero se logran controlar de forma tal que alcanzan su ideal sin caer en la enfermedad.

En conclusión, se podría plantear que el control personal de la conducta parece intervenir de forma protectora al evitar que algunas personas con conductas sugestivas de un trastorno de alimentación lleguen a presentar una sintomatología más severa del trastorno. Esta hipótesis debe ser corroborada por estudios posteriores de tipo prospectivo, que permitan el seguimiento de la muestra clasificada como de "riesgo" y observar su comportamiento tomando en cuenta las destrezas de control conductual que presentan.

Los resultados también muestran la tendencia de la existencia de una relación asimétrica entre los diferentes componentes del control, planteándose diferentes grados o pesos de cada componente, al igual que una direccionalidad diferente entre ellos. Este es un aspecto que requiere de mayor investigación. Se deben realizar estudios dirigidos a explorar el papel de la interacción de estas variables de control personal de la conducta en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

Referencias

1. Hood J, Moore TE, Garner DM. Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1982;50:3-13.
2. Shapiro DH, Blinder BJ, Hagman J, Pituck S. A psychological "sense of control" profile of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychol Rep* 1993;73:531-541.
3. Strober M. The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiologic factors. *Int J Eat Disord* 1981;1:28-43.
4. León GR, Lucas AR, Colligan RC, Ferdinand de RJ, Kamp J. Sexual, body image, and personality attitudes in anorexia nervosa. *J Abnorm Child Psychol* 1985;13:245-258.
5. Sandbek TJ. *The deadly diet*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc, 1993.
6. Steptoe A. The significance of personal control in health and disease. En: Steptoe A, Appels A., ed. *Stress, personal control and health*. Bruselas: John Wiley & Sons, 1989.

7. Syme SL. Control and health: A personal perspective. En: Steptoe A, Appels A, ed. Stress, personal control and health. Bruselas: John Wiley & Sons. 1989.
8. Garfinkel OE, Brown CM, Darby P.L. The psychoendocrinology of anorexia nervosa. *Int J Mental Health* 1981;9:162-193.
9. King M. Locus of control in women with eating pathology. *Psychol Med* 1989;19:183-187.
10. Schneider JA, O'Leary A, Agras S. The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia: A preliminary examination. *Behav Res Ther* 1987;25:429-432.
11. Waller G. Perceived control in eating disorders: Relationship with reported sexual abuse. *Int J Eat Disord* 1998;23:213-216.
12. Garner D, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test: And index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-279.
13. Organización Mundial de la Salud. Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI). Manual de entrevistas. Versión modular 1.1;1993.
14. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
15. Thelen MH, Farmer J, McLaughlin-Mann L, Pruitt J. Bulimia and interpersonal relationships: A longitudinal study. *J Counsel Psychol*. 1990;37: 85-90.
16. Yager J, Rorty M, Rossotto R. Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating disordered control subjects. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:86-94.
17. Raich RM. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide, 1994.
18. Andrade L. Aproximación a un modelo estructural de los factores etiopatogénicos de la anorexia nerviosa (tesis de maestría). Caracas: Universidad Simón Bolívar, 1995.
19. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades x Revisión. (CIE-10). Washington, D.C.: OMS/OPS, 1995.
20. Lugli Z. Trastornos alimentarios y control personal de la conducta (tesis de maestría). Caracas: Universidad Simón Bolívar, 1997.
21. Kanfer FH, Karoly FH. Self management and behavior change. Nueva York: Pergamon Press, 1982.
22. Kanfer FH, Gaelik-Buys L. Self-management methods. En: Kanfer FH, Goldstein AP, comp. Helping people change. Nueva York: Pergamon Press, 1991: 305-360.
23. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organ Behav Hum Decis Proc* 1991;50:248-287.
24. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Nueva York: Harper & Row, Publishers, 1983.
25. Levenson H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol* 1973;41:397-404.
26. Fairburn CG, Cooper PJ. Eating disorders. En: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. comp. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Medical Publication, 1989: 277-314.
27. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.