

TCA Y APEGO



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS

**EL APEGO EN POBLACIÓN JOVEN
FEMENINA CON TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA**

ALUMNO/A: ELENA RAMOS DELGADO

Director de TFM: ALBA MORENO ENCINAS



Madrid

RESUMEN

La cantidad de mujeres jóvenes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ha aumentado considerablemente en los últimos años. Los factores que pueden influir en el desarrollo de un TCA son significativamente diversos, sin embargo, muchos autores resaltan la importancia de eventos y conceptos relacionados con la edad temprana y, por tanto, el apego. Teniendo en cuenta que los estudios evidencian un mayor número de casos en la población femenina y joven, el objetivo de esta revisión es analizar trabajos publicados sobre la relación entre el apego y los TCA, determinando si existe una relación significativa entre estas variables. Para ello, se ha realizado una revisión sistemática de 6 estudios seleccionados tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. Una vez analizados se ha observado como los resultados obtenidos afirmaban la existencia de una relación significativa entre el apego y los TCA, además de una relación significativa entre los estilos de apego y los TCA.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Apego, Estilo de apego, población joven femenina.

ABSTRACT

In recent years, the number of young women with Eating Disorders (ED) has significantly increased. The factors that can influence the development of an ED are significantly diverse; however, many authors emphasize the importance of events and concepts related to early age and, therefore, attachment. Since many studies have shown a higher number of cases in the young female population, the aim of this review is to analyze published works on the relationship between attachment and ED, to determine if there is a significant relationship between these variables. To achieve this, a systematic review of 6 selected studies was conducted following the application of inclusion and exclusion criteria. Upon analysis, it was observed that the results obtained confirmed the existence of a significant relationship between attachment and ED, as well as a significant relationship between attachment styles and ED.

Key words: Eating Disorders, Attachment, Attachment styles, young female population.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
· TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	3
<i>Definición</i>	3
<i>Los TCA más frecuentes en la población joven</i>	3
<i>Factores de riesgo para un TCA</i>	7
· TEORÍA DEL APEGO	10
<i>Definición</i>	10
<i>John Bowlby</i>	10
<i>Mary Ainsworth</i>	12
<i>Estilos de Apego Infantil</i>	12
<i>El apego en la población adolescente y en la población adulta</i>	14
<i>Instrumentos de evaluación del apego</i>	18
· RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL APEGO	20
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	25
MÉTODO	25
· ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	25
· CODIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS	29
RESULTADOS	31
· CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS Y DE LA MUESTRA	31
· RELACIÓN ENTRE EL APEGO Y LOS TCA EN POBLACIÓN JOVEN FEMENINA	32
· RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE APEGO Y LOS TCA EN POBLACIÓN JOVEN FEMENINA	35
· LIMITACIONES	39
· CONCLUSIÓN	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

INTRODUCCIÓN

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Definición

En primer lugar, es preciso comprender los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Según Hilker et al. (2019), los TCA:

Son enfermedades mentales graves que se relacionan con una conducta alterada respecto a los hábitos alimentarios, lo que se traduce en comportamientos que van desde comer de manera descontrolada hasta la falta de ingesta de comida. Afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes y en su aparición influyen principalmente factores biológicos y de personalidad. (s.f.)

De primera mano, se señala la importancia y gravedad de este tipo de trastornos con una mayor prevalencia en la población adolescente y femenina.

Los TCA más frecuentes en la población joven

Según López y Treasure (2011), la OMS ha ubicado los TCA “entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican” (p. 86). De este modo, señalan aquellos que más se manifiestan en esta etapa evolutiva: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y, el más diagnosticado, Trastorno Alimentario No Especificado (TCANE), aquellos TCA que no cumplen los criterios de las otras categorías.

No obstante, se considera necesario remarcar que en el DSM-5 los TCANE han pasado a denominarse “Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado” e indican el criterio específico que falta para cumplir con los criterios diagnósticos del resto de categorías. (Vázquez et al., 2015)

A continuación, para tener una idea más clara de lo que conlleva padecer tales enfermedades, en la Tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos según el DSM-5 de estos Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Tabla 1

Criterios diagnósticos según el DSM-5 de los TCAs más frecuentes en adolescentes

BULIMIA NERVIOSA (BN)
<p>A. Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p> <p><u>Especificar si:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– En <i>remisión parcial</i>: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.– En <i>remisión total</i>: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. <p><u>Especificar la gravedad actual</u>: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <ul style="list-style-type: none">– <i>Leve</i>: promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana– <i>Moderado</i>: promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.– <i>Grave</i>: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.– <i>Extremo</i>: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

- (F50.01) *Tipo restrictivo*: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- (F50.02) *Tipo con atracones/purgas*: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

- En *remisión parcial*: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
- En *remisión total*: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- *Leve*: IMC 17 kg/m²
- *Moderado*: IMC 16-16,99 kg/m²
- *Grave*: IMC 15-15,99 kg/m²
- *Extremo*: IMC < 15 kg/m²

OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia de baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno de atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. Trastorno por purgas: comportamientos de purgativas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones
5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertar del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluso el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.

Nota. Adaptado de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, por American Psychological Association [APA], 2014, Editorial Médica Panamericana.

Factores de riesgo para un TCA

En el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos se observa una “interacción compleja de factores, incluyendo genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales” (National Library of Medicine [NIH], s.f.), lo cual conlleva un deterioro significativo del bienestar y la calidad de vida de las personas que los padecen.

Vargas (2013) expone las distintas categorías de factores de riesgo que influyen en el desarrollo de un TCA. A continuación, se presentan las más relevantes para el análisis del trabajo presente:

- *Factores biológicos*: predisposición genética, presencia de psicopatología previa o como efecto secundario de la desnutrición.
- *Factores psicológicos*: tipos de personalidad o rasgos, desórdenes de la imagen y concepto corporales, sensación de ineffectividad y falta de autonomía, baja autoestima y un alto nivel de autoexigencia.
- *Factores familiares*: rigidez, sobreprotección y alto nivel de exigencia.
- *Factores socioculturales*: el imperativo de la delgadez, la normatividad de los roles de género, experiencias de abuso sexual y conflictos en el entorno familiar. (p. 476)

Más aun, en su estudio se destaca la población joven y femenina: “Los datos epidemiológicos sobre TCA fundamentan una mayor vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a padecerlos, particularmente en la adolescencia o la adultez temprana” (p. 476), fijando la incidencia máxima entre los 15-25 años. Esto puede deberse a que en este rango de edad se den más conductas alimentarias inadecuadas, haya mayor insatisfacción corporal e incluso mayor influencia del ideal de belleza que propagan los medios de comunicación: “Nos enfrentamos a ideales que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional” (p. 476).

Es más, Lacambra et al. (2023) afirman la influencia de los medios de comunicación (en concreto la televisión y las redes sociales), que promueven estereotipos y hábitos de vida centrados en la delgadez como “éxito”.

Por otro lado, según López y Treasure (2011), algunos de los factores que más influyen son:

La insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren. (p.86)

Más aun, estos autores también destacan el estudio de Westen y Harnden-Fisher (2001) cuyos resultados presentan un predominio de tres tipos de personalidad en una muestra de personas con TCA, lo cual indicaría que la personalidad es un factor de riesgo:

1. Personalidad de *alto funcionamiento, autocrítica, perfeccionista* que tiende a sentir ansiedad y culpa. La mayor parte padecen de **Bulimia Nerviosa**.
2. Personalidad que *sobre-controla* o *restringe* sus necesidades, emociones, relaciones, autoconocimiento y sexualidad (entre otras cosas). Se presentan decaídos, ansiosos y con mucha vergüenza. Mayoritariamente son personas con **Anorexia Nerviosa** de tipo restrictivo.
3. Personalidad que se caracteriza por una *desregulación emocional e impulsividad*. Suele encontrarse antecedentes de abuso sexual en este grupo, de forma que los síntomas de trastornos alimentario les sirven para modular la intensidad del afecto. Generalmente son del tipo **bulímico**.

Finalmente, Vargas (2013) indica algunas características demográficas junto a la población con mayor riesgo: “sexo, edad, ser hijo único, familia monoparental, muerte de algún progenitor... atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de TCA o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia” (p.476).

A continuación, en la Tabla 2 se presentan los distintos factores de riesgo para desarrollar un TCA comentados anteriormente en modo de resumen.

Tabla 2

Lista de factores de riesgo para el desarrollo de un TCA

FACTORES DE RIESGO	
– Ser mujer	– Baja autoestima
– Ser joven (15-25 años)	– Historial de acoso
– Familia exigente, rígida o sobreprotectora	– Ser hijo único
– Personalidad autocrítica y perfeccionista	– Falta de autonomía
– Personalidad sobre-controladora y restrictiva	– Familia monoparental
– Personalidad impulsiva y emocionalmente desregulada	– Antecedentes familiares de TCA
– Influencia de los medios de comunicación / de familiares	– Antecedentes de obesidad infantil
– Ser atleta / modelo / deportista	– Antecedentes de depresión y alexitimia
	– Muerte de algún progenitor
	– Historia de abuso sexual o maltrato
	– Excesiva preocupación por la imagen corporal

Nota. Esta tabla enlista los factores de riesgo comentados previamente a partir de los estudios de López y Treasure (2011), Lacambra, et al. (2023) y Vargas (2013).

Teoría del Apego

Definición

Esencialmente, la Teoría del Apego explica como el vínculo afectivo entre un bebé y su cuidador principal influye en el desarrollo de su adultez y de sus relaciones interpersonales. Persano (2006) define el apego como: “un vínculo afectivo que une una persona a otra, específica, claramente preferida y diferenciada, vivida como más fuerte y protectora y que las mantiene unidas a lo largo del tiempo” (p.25), representando “la búsqueda de proximidad por parte del niño” (p. 26).

En cuanto a las aportaciones que han hecho los distintos autores respecto a la Teoría del Apego, resaltan como precursores John Bowlby, quien desarrolló la teoría, y Mary Ainsworth, la cual fue su discípula y continuadora de su obra.

John Bowlby

Por un lado, Bowlby comprende el apego como una necesidad biológica y adaptativa, en la cual esta búsqueda de proximidad por parte del bebé es innata y tiene como función satisfacer sus necesidades. Desde esta perspectiva, al nacer, el ser humano depende de la madre o la figura que desempeñe el rol de alimentarle: “los infantes nacen con un conjunto de conductas constitucionales que mantienen a los padres cercanos a ellos y los protege de posibles daños” (Persano, 2006, p.25).

Sin embargo, según Persano (2006), esta nutrición no implica solamente la alimentación, ya que la figura “nos sostiene en brazos, nos acuna y nos mece” (p.25). Es más, la define como “un fenómeno muy complejo de incorporación y asimilación de nutrientes y experiencias emocionales y de contacto en forma compartida” (p.25). De esta forma, se crea un vínculo entre el bebé y la figura de apego, la cual se convierte en su fuente de protección y de seguridad.

Adicionalmente, Bowlby afirmaba la presencia de cuatro sistemas de conductas relacionadas entre sí (Oliva, 2004):

1. El sistema de conductas de apego: conductas cuya función se basa en mantener la proximidad y el contacto con la figura de apego. Se activan cuando hay distancia o se perciben señales de amenaza (sonrisas, llanto, etcétera).
2. El sistema de exploración: conductas mediante las cuales el bebé explora el mundo a su alrededor. Disminuyen cuando se activan las conductas de apego.
3. El sistema de miedo a los extraños: cuando se activa, disminuyen las conductas exploratorias y aumentan las de apego.
4. El sistema afiliativo: interés por aproximarse e interactuar con otros.

En definitiva, Bowlby señala la importancia tanto de las primeras etapas de vida, como del vínculo entre el bebé y su figura de apego, ambas esenciales para el desarrollo de una persona: “La confianza en la figura de apego es la base de una personalidad estable y segura” (Jiménez, 2023).

Más aun, Aguilar (2019) confirma lo descubierto por Bowlby:

La Teoría del Apego expone la idea de que repetidas interacciones positivas con figuras de apego configuran la percepción de seguridad en el mundo orientada hacia el sí mismo y hacia los demás. Esta sensación de seguridad proveería la confianza de merecer el amor de otras personas, y de que los otros significativos estarán para proveer apoyo y refugio cuando se necesite, llevando, en consecuencia, a la consolidación de relaciones interpersonales íntimas y nutricias. (p. 34)

Resumidamente, el apego evidencia la influencia de las experiencias relacionales tempranas sobre el autoestima de una persona y su funcionamiento interpersonal.

Mary Ainsworth

Por otro lado, Mary Ainsworth subrayó que “el sistema de apego (innato y biológicamente dirigido) es modificable” (Psicólogos Infantiles Madrid, s.f.). Es más, a través de un experimento llamado “*La Situación Extraña*”, examinó las conductas de apego y exploración en niños bajo situaciones de alto estrés. Esta situación consistía en que una madre y su hijo entraran juntos en una sala de juego. Después, entraba una persona desconocida que se ponía a jugar con el niño y la madre salía de la habitación dejando al niño solo con la desconocida. Más tarde la madre volvía, pero al rato volvía a salir esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo (Oliva, 2004):

Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias. (p.66)

Estilos de Apego Infantil

Tras observar las diferentes interacciones y comportamientos de los niños, Ainsworth determinó tres categorías distintas conocidas como los estilos de apego (Oliva, 2004):

1. *Apego seguro*: niños cuyas madres se mostraban sensibles, disponibles y responsivas cuando las necesitaban. Lloran poco en casa y confían en sus madres, viéndolas como una base de seguridad y protección, por lo que ante su presencia en el experimento exploran su alrededor. A su vez, sus reacciones ante la ausencia y el retorno de sus madres indicaban la necesidad de su proximidad.

2. *Apego inseguro-ambivalente*: niños con madres que respondían de manera inconsistente (a veces afectuosas y sensibles, otras frías y crueles), por lo que no confían en la disponibilidad de estas para satisfacer sus necesidades. En el experimento, estos niños se veían tan angustiados por donde se encontraban sus madres que difícilmente exploraban su alrededor. Sin embargo, curiosamente cuando sus madres salían de la habitación se les veía afectados, pero cuando estas volvían a ellos se les notaba ambivalentes. Por otra parte, se destaca el comportamiento de la madre cuando el niño intenta explorar, la cual interviene e interfiere con la acción, aumentando la dependencia y falta de autonomía del niño. Según Oliva (2004), esto último es considerado por algunos autores (Cassidy y Berlin, 1994) como una estrategia consciente o inconsciente de la madre para asegurar la cercanía del niño y utilizarle como figura de apego, aumentando su dependencia y así su petición de atención.

3. *Apego evitativo*: niños con madres que habían sido parcialmente insensibles y rechazantes ante sus necesidades. Según Ainsworth este grupo de niños no confiaba en el apoyo de sus madres y se mostraban indiferentes, independientes y defensivos: “intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones” (p.67). Por un lado, exploraban su alrededor sin utilizar a su madre como base segura, muy independientes. Por otro lado, el que sus madres salieran de la habitación no parecía afectarles y cuando estas volvían las evitaban. Sin embargo, pese a no haber una respuesta emocional visible, Ainsworth sospechó “que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas”. (p.67)

Más tarde, Main y Solomon añadieron una cuarta categoría (Servicio de Psicología Clínica del Desarrollo [PSISE], s.f.):

4. *Apego desorganizado*: niños que experimentan una mezcla de sentimientos contradictorios hacia su figura de apego, oscilando entre la búsqueda de proximidad y la evitación, lo cual se origina tanto por situaciones claras de abuso o maltrato que les producen temor, como por tener interacciones con su figura de apego mostrándose esta emocionalmente perturbada o distante.

El apego en la población adolescente y en la población adulta

Teniendo en cuenta el enfoque de este trabajo, se considera imprescindible tomar en consideración los distintos hallazgos sobre el apego en la población joven, periodo que según la OMS se encuentra: “entre los 15 y 24 años” (Serapio, 2006, p.12). Atendiendo a que, según Rubio (2021), dentro de ese rango de edad se encuentra la adolescencia media (15-17 años) y la adolescencia tardía (18-21 años), primero se van a presentar diversos hallazgos sobre el apego en la población adolescente.

Según Oliva (2011), los adolescentes con un apego inseguro son los que encuentran más dificultades a la hora de gestionarse emocionalmente. Es más, señala que la diferencia entre los adolescentes con apego seguro y los adolescentes con apego inseguro se encuentra en: “su capacidad para percibir, etiquetar, expresar y regular sus emociones” (p. 60). En concreto, los adolescentes con apego seguro manifiestan estrategias de afrontamiento más apropiadas ante los retos de su etapa evolutiva, un mayor nivel de autoestima y una gestión emocional más adecuada, sobre todo en situaciones de estrés. Mientras tanto, gran parte de los adolescentes con un apego inseguro presentan “una alta prevalencia de ansiedad, depresión y estrés” (p. 61), además de una visión de sí mismos bastante más negativa.

Adicionalmente, los adolescentes con apego inseguro suelen tener muchos más problemas de conducta (adicción, delitos) cuando viven en un entorno negativo y de riesgo. Lo cual, se ha visto reafirmado por Romero (s.f.): “un clima familiar conflictivo, la ausencia de afecto y aceptación, las pautas de comunicación negativas o la ausencia de esta, así como una preocupación familiar excesiva y/o despreocupación, pueden dar lugar a que el adolescente se inicie en conductas de riesgo” (último párrafo).

En definitiva, Horno (2014) respalda estas ideas señalando como se manifiesta cada estilo de apego en la adolescencia:

- Adolescentes con apego seguro: mayor sensación de valía y seguridad, y mayor facilidad para conectar emocionalmente tanto consigo mismos, como con los demás.
- Adolescentes con apego inseguro-ambivalente: mayor inseguridad y celos en sus relaciones afectivas, y más dificultad a la hora de autorregularse emocionalmente.
- Adolescentes con apego evitativo: mayor independencia y dificultad estableciendo relaciones afectivas, evitan el compromiso emocional.
- Adolescentes con apego desorganizado: su vivencia del apego les provoca “conductas caóticas, que no siguen un patrón regular que permita a las personas implicadas en la relación establecer y anticipar la conducta del otro” (p. 24). Es decir, tienen un comportamiento vincular que les obstaculiza el establecer relaciones afectivas e íntimas estables, y está relacionado con experiencias de disociación.

Por otro lado, el apego en adultos suele asociarse a las relaciones de pareja y se encuentran las mismas tendencias en la mayoría de los estudios:

Tabla 3

Características de los estilos de apego adulto

<i>ESTILO DE APEGO</i>	<i>Características</i>
APEGO SEGURO	<ul style="list-style-type: none">- Capacidad de tener relaciones saludables- Desarrollo de confianza en los demás- Autonomía, autoestima y confianza en sí mismo
APEGO INSEGURO AMBIVALENTE	<ul style="list-style-type: none">- Miedo al abandono o a la soledad- Dependencia emocional- Necesidad de validación constante
APEGO EVITATIVO	<ul style="list-style-type: none">- Rechazo hacia el compromiso- Incomodidad en relaciones íntimas- Dificultad para expresar y validar emociones

Nota. Esta tabla resume las características de cada estilo de apego. Adaptado de *Tipos de apego adulto*, por Centro de tratamiento de trastornos alimentarios Madrid [CITEMA] (2022)

En cuanto a los adultos con un apego desorganizado, Alcanda (2022) señala que predomina el miedo al rechazo y a quedarse solos, la inestabilidad emocional (escasa regulación emocional), comportamiento contradictorio, ansiedad persistente, dificultad a la hora de confiar en los demás e incluso características de los dos tipos de apego ambivalente. En resumen, las personas con este tipo de apego suelen presentar un comportamiento impredecible y contradictorio, oscilando entre mostrarse distantes a muy apegados, lo cual confunde a los demás.

Sin embargo, otros autores investigan la relación entre el apego y la salud de un individuo. Por ejemplo, Mónaco et al. (2021) estudiaron el papel de la regulación emocional como mediadora de la relación entre el estilo de apego y el nivel de bienestar subjetivo en población adulta. En dicho estudio, los resultados confirmaron que los adultos con un apego inseguro presentan más dificultades para regular sus emociones y un nivel de bienestar subjetivo significativamente más bajo. Es decir, se afirma que el apego no influye directamente en el bienestar de un individuo, sino a través de la regulación emocional: las personas con un apego inseguro tienen niveles más elevados de ansiedad de vinculación y peores estrategias de regulación emocional, lo cual los lleva a sentir un nivel de satisfacción vital más bajo y mayor dificultad para vivir experiencias emocionales positivas.

Según estos autores, “La juventud es un momento evolutivo en el que las personas comienzan a desarrollar las habilidades y competencias propias de la adultez, siendo una etapa especialmente susceptible al incremento del estrés y la reducción del bienestar” (p. 25), lo cual puede dar lugar a conductas alimentarias inadecuadas como manejo del estrés.

Por otro lado, Quiroga (2018) revisa las últimas aportaciones sobre los trastornos asociados al apego, ya que según las investigaciones más recientes: el *apego inseguro-ambivalente* se ha visto relacionado con **TCA**s, **síntomas depresivos** y el **trastorno límite e histriónico**, y el *apego evitativo* se ha visto relacionado con los **trastornos esquizoides y psicopáticos de la personalidad**. Sin embargo, el trabajo de Tasca et al. (2017) asocia tanto el apego inseguro como el evitativo a los TCA. En concreto, estas investigaciones destacan el papel de la inseguridad del apego como un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA.

En definitiva, los dos estilos de apego inseguro y evitativo son los que más se suelen ver relacionados con el desarrollo y mantenimiento de trastornos mentales.

Instrumentos de evaluación del apego

Inicialmente, según Balabian et al. (2014), los métodos de evaluación del apego en la infancia eran observacionales, destacando el experimento de “La Situación Extraña” (Strange Situation–SS) de Ainsworth, mencionado anteriormente. Con el tiempo, se fueron desarrollando otros métodos de evaluación, sin embargo, las diferencias en la comprensión y evaluación del concepto del apego provocó controversia.

Algunos autores, como Álvarez-Segura y Lacasa (2021, p. 42), explican esta controversia como consecuencia de la división entre dos métodos:

- Los *métodos categoriales*: asignan categorías de apego. En los niños evalúan la conducta de apego, y en edades más avanzadas evalúan las respuestas verbales en entrevistas o juegos semiestructurados con los que se obtiene información del MOI (Modelo Operante Interno: esquemas o mapas internos que cada persona construye acerca de si misma y los demás). Destacan por poner a la persona bajo una situación que les provoca un nivel de estrés moderado para activar el sistema de apego.
- Los *métodos dimensionales*: las respuestas sirven para obtener una puntuación en unas escalas de apego determinadas. Este grupo incluye cuestionarios de apego en los que se pregunta acerca de valoraciones y recuerdos de las relaciones de apego, sin activar el sistema de apego.

Aparte, el apego se considera un concepto complejo, como una experiencia subjetiva que determina un patrón predominante en la persona y se asume que permanece en la edad adulta, sin embargo, según Álvarez-Segura y Lacasa (2021): “hallazgos más recientes indican que este patrón dominante está matizado por cualidades de más de un prototipo” (p.42).

En cuanto a los métodos en sí, estos autores señalan que los análisis taxométricos realizados recientemente han indicado que las diferencias entre los estilos de apego son más dimensionales que categoriales. Es decir, que el apego se distribuye en dos dimensiones: evitación y ansiedad. Sin embargo, el enfoque dimensional también presenta algunas desventajas como la dificultad a la hora de interpretar los resultados clínicos, lo cual implica una pérdida de información más específica y detallada.

Por un lado, “en la infancia media y la adolescencia todavía no existen medidas establecidas como gold-standard” (Álvarez-Segura y Lacasa, 2021, p. 43). Es decir, instrumentos de evaluación que diagnostican una enfermedad con la máxima fiabilidad. Por lo cual mencionan aquellos instrumentos más reconocidos por su calidad psicométrica, ampliamente utilizados y validados en español, entre ellos, el Inventory of Parent and Peer Attachment o Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) de Armsden y Greenberg (1987). Este instrumento se diseñó específicamente para adolescentes con 12 a 19 años y evalúa las relaciones de estos con sus padres y compañeros, en concreto si los ven como fuentes de seguridad.

Por otro lado, González (2021) divide en tres tipos los instrumentos de evaluación del apego en adultos más utilizados:

- *Instrumentos observacionales*: como el Attachment Q-Set (AQS) de Waters y Deane (1985) o el Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE) de Goldberg et al. (2003), ambos basados en el experimento de la “Situación Extraña”. Estos instrumentos se basan en la observación directa del comportamiento y de las interacciones entre individuos, permitiendo obtener información objetiva acerca de las dinámicas y patrones de apego en situaciones específicas.

- *Entrevistas*: la Adult Attachment Interview (AAI) de Main et al. (1985) es la más utilizada y fue el primer instrumento elaborado para medir el apego adulto analizando “las características de las representaciones que tienen los adultos de sus experiencias en la infancia y de sus relaciones parentales” (p. 29). Las entrevistas permiten una exploración más profunda y contextualizada de la experiencia de apego de los individuos, sin embargo, pueden verse influidas por factores como la subjetividad del sujeto o del propio evaluador en la interpretación de las respuestas.
- *Cuestionarios de autoinforme*: como el IPPA (mencionado anteriormente), el Multi Item Measure of Adult Romantic Attachment (MIMARA) de Brennan y Shaver (1995), o el Psychosis Attachment Measure (PAM) de Berry, et al. (2006). Estos instrumentos suelen mostrar una consistencia interna adecuada, siendo los ítems dentro de los cuestionarios coherentes en cuanto al concepto de apego. Sin embargo, su fiabilidad también puede verse afectada por factores como la sinceridad de las respuestas o la comprensión de los ítems.

Relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Apego

Diversos estudios relacionan el apego con la alimentación. Persano (2006) defiende la importancia de la alimentación en las primeras etapas de la vida, y la influencia del proceso de nutrición sobre las relaciones que se establecen entre los bebés y sus padres. Más aun, Balluerka et al. (2011) refuerzan la idea de que los estilos de apego “juegan un importante papel tanto en el desarrollo normal del individuo, como en la aparición y mantenimiento de la psicopatología” (p.487). Estos últimos hablan de diversos estudios (Muris, Meesters y van der Berg, 2003; Nishikawa, Sundbom y Hägglöf, 2010; Ronnlund y Karlsson, 2006; Scott Brown y Wright, 2003) que afirman que: “los adolescentes con apego seguro presentan una

menor cantidad de síntomas internalizantes (depresión, ansiedad, somatización, etc.) y externalizantes (problemas de conducta, hiperactividad, etc.), que los adolescentes con apego inseguro” (p.487).

En concreto, señalan como el grupo de adolescentes con *apego inseguro ansioso-ambivalente* suelen presentar más síntomas internalizantes, mientras que el grupo de adolescentes con *apego inseguro ansioso-evitativo* presenta más síntomas externalizantes. Paralelamente, Vargas (2013) “señala que las personas con un TCA tienen mayor incidencia de trastornos afectivos, con mayor prevalencia de depresión mayor.” (p.476)

Asimismo, Aguilar (2019) subraya la importancia de la relación con la figura de apego en la infancia, sobre la salud de una persona: “las interacciones tempranas profundamente traumáticas caracterizadas por negligencia, abuso, pérdida de la seguridad afectiva, abandono, entre otras, afectan de manera importante el desarrollo sano de la persona” (p.34). En concreto, estas interacciones tempranas a las que se refiere podrían relacionarse con la descripción del estilo de *apego desorganizado* de Main y Solomon.

En suma, como se puede observar, los Trastornos de la Conducta Alimentaria abarcan un gran abanico de factores tanto psicológicos, como físicos y del entorno. Existen variables que influyen en su desarrollo y mantenimiento (autoestima, predisposición genética, aprendizaje y ambiente familiar, etcétera.), sin embargo, también destacan la cantidad de efectos que estos trastornos pueden tener sobre las personas que los padecen (depresión, ansiedad, deterioro de las relaciones interpersonales, problemas de salud como la desnutrición o las defensas bajas, etcétera.). Teniendo en cuenta la diversidad de todos estos factores junto a la influencia del apego sobre el desarrollo y la salud de una persona, la existencia de una relación entre el apego y los TCA no es incompatible.

JUSTIFICACIÓN

Principalmente, esta revisión se realiza ante la creciente prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, especialmente en la población joven. Según Vargas (2013), para la OMS los TCA representan actualmente “el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona” (p. 475), indicando también que su tratamiento no es ni simple ni rápido y que pueden llegar a convertirse en enfermedades crónicas.

Por otro lado, en la búsqueda de literatura el apego y los TCA se han visto relacionados y como señalan Prieto et al. (2020): “Abordar los factores de riesgo que pueden estar relacionados con la alimentación familiar y que podrían ser desencadenantes de un TCA es clave como prevención” (p. 1221). Es más, para prevenir la cronicidad López y Treasure (2011) subrayan la importancia de realizar el diagnóstico en los tres primeros años de este tipo de trastornos, ya que supone un mejor pronóstico: “Muchas veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio (3-5)” (p.86). Estas autoras también afirman la gravedad de este tipo de trastornos porque suelen implicar comorbilidades psiquiátricas, las cuales “pueden llegar a afectar el normal desarrollo psicosocial de los adolescentes en esta etapa crítica del desarrollo” y por lo tanto “es de suma importancia su atención y tratamiento temprano” (p.90).

A continuación, en la Tabla 4 se presentan, según López y Treasure (2011), los trastornos psiquiátricos y otros factores más frecuentemente ligados con los TCA, en concreto, con la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN).

Tabla 4

Trastornos psiquiátricos y otros factores más frecuentemente ligados con la AN y BN

Trastornos de la Conducta Alimentaria	TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTEMENTE LIGADOS	OTROS FACTORES FRECUENTEMENTE LIGADOS
Anorexia Nerviosa (AN)	<ul style="list-style-type: none"> · Depresión · Trastornos De Ansiedad : <ul style="list-style-type: none"> – Obsesivo–Compulsivos (muchas veces la preceden) · en <i>adolescente</i> algunos desórdenes del desarrollo : <ul style="list-style-type: none"> – Síndromes del Espectro Autista 	<ul style="list-style-type: none"> · Conductas impulsivas: <ul style="list-style-type: none"> – autoagresiones – abuso de sustancias
Bulimia Nerviosa (BN)	<p>En las <i>adolescentes</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Trastornos del Estado De Ánimo · Trastornos de Ansiedad · Síndrome por Déficit Atencional con Hiperactividad · Trastorno Obsesivo–Compulsivo · Trastorno de Personalidad Límite 	<ul style="list-style-type: none"> · Conductas impulsivas · Baja autoestima · Autoagresiones · Intentos de suicidio <p>* <i>BN tipo purgativa</i>: conductas adictivas</p>

Nota. Adaptado de López y Treasure (2011, p.91).

Aunque ya se ha comentado la creciente incidencia de este tipo de trastornos en la población joven, López y Treasure (2011) exponen lo vulnerable que es la población adolescente ante su falta de conciencia de enfermedad, por lo que no buscan ayuda. Adicionalmente, estos autores afirman que los adolescentes en sí son más propensos a padecer TCA al encontrarse en una etapa crítica para el desarrollo cerebral. En concreto, esta fase llena de cambios implica que los adolescentes sean más susceptibles a la hora de desarrollar estos trastornos y, a su vez, explica como las consecuencias de padecer este tipo de trastornos (principalmente la pérdida de peso) afectan gravemente el cerebro, “limitando las fortalezas psicológicas y las estrategias que se requieren para la recuperación. Así se forma un círculo vicioso, ya que el órgano central para la recuperación está dañado” (p.94).

En pocas palabras, la población adolescente se encuentra en una etapa de desarrollo que aumenta su vulnerabilidad alarmantemente y estos trastornos implican una afectación grave tanto psicológica como física. A su vez, cuanto más tiempo transcurra sin tratamiento, la gravedad y las secuelas de la enfermedad incrementaran, mientras que la recuperación será más compleja (López y Treasure, 2011). Además, Vargas (2013) afirma que “los TCA generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana” (p. 475), dado que durante estas etapas se producen una serie de cambios físicos, emocionales y sociales significativos, los cuales, combinados con factores familiares, culturales y sociales, pueden contribuir al desarrollo de los TCA.

Por otra parte, la población femenina se ve mayoritariamente afectada por este tipo de trastornos, según Gandarillas et al. (2003):

Los estudios epidemiológicos de prevalencia de población de riesgo basados en cuestionarios dan cifras en torno al 0,9%-3% para varones y 7,3%-18% para mujeres, pero los tres estudios de prevalencia de casos de TCA dan cifras más rigurosas de la situación en España. (p.29)

En concreto, Morandé et al. (1999), obtuvieron unas tasas de prevalencia de TCA que afirmaban esta diferencia entre los géneros:

- En AN: 0,9% en hombres y 4,7% en mujeres
- En BN: 0,4% en hombres y 0,7% en mujeres
- En TCANE: 0,5% en hombres y 2,8% en mujeres

Por todo esto, esta revisión se ha enfocado en la población joven femenina (en concreto entre los 15 y 24 años), con la intención de estudiar cómo puede influir el apego en el desarrollo de estos trastornos en una población que, como diversos autores afirman, es más vulnerable.

OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo es llevar a cabo un estudio sistemático que analice la relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Apego en la población joven femenina. Para lograr este propósito, se han aclarado los diversos conceptos y factores influyentes, además de haber establecido objetivos específicos que permitirán abordar de manera detallada esta temática.

En primer lugar, se pretende comprobar si existe una relación significativa entre el Apego y los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población joven femenina.

En segundo lugar, también se plantea identificar si existe una relación significativa entre los Estilos de apego y los Trastornos de la Conducta Alimentaria en esta población. De esta manera, si se encuentra una correlación entre el Apego y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, este objetivo nos permitirá profundizar en cuanto a cómo influye el Estilo de apego en el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Por último, se procurará determinar cuáles son los instrumentos de evaluación más utilizados para medir el Apego y los Estilos de apego en la investigación.

MÉTODO

Estrategia de búsqueda

Para alcanzar los objetivos de este trabajo, se realizó una búsqueda (desde el 15 de diciembre de 2022, hasta el 1 de mayo de 2023) de los estudios publicados en cinco bases de datos bibliográficas: *PubMed*, *PsycInfo*, *Psychology & Behavioral Sciences Collection (P&BSC)* y *MEDLINE Complete*.

A continuación, en la Tabla 5 se recogen la ecuación y los términos de búsqueda adaptados a cada base de datos.

Tabla 5*Ecuaciones utilizadas para la búsqueda en bases de datos*

Base de datos	N	Ecuación de búsqueda
PubMed	7	("attachment" [MeSH] OR "attachment styles") AND ("eating disorders" [MeSH] OR "bulimia" OR "anorexia")
PsycInfo	20	(DE "Attachment" OR " Attachment styles") AND (DE "Eating Disorder" OR "Bulimia" OR DE "Anorexia")
Psychology and Behavioral Sciences Collection	4	(DE "Attachment" OR "Attachment styles*") AND (DE "Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR DE "Anorexia")
Psicodoc	3	(DE "Attachment" OR "Attachment styles*") AND (DE "Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR DE "Anorexia")
Medline COMPLETE	22	(DE "Attachment" OR "Attachment styles") AND (DE "Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR DE "Anorexia")

Crterios de elegibilidad y selección de artículos

Tras realizar la primera búsqueda con las palabras clave en cada base de datos, se seleccionaron un total de 58 publicaciones. Posteriormente, se rechazaron los duplicados, se realizó una lectura de los Abstracts, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, y tras una lectura del texto completo se escogieron los 6 artículos restantes. A continuación, se representan los criterios de inclusión y de exclusión en la Tabla 6 y el proceso de selección en un diagrama de flujo en la Tabla 7.

Tabla 6*Criterios de inclusión y exclusión*

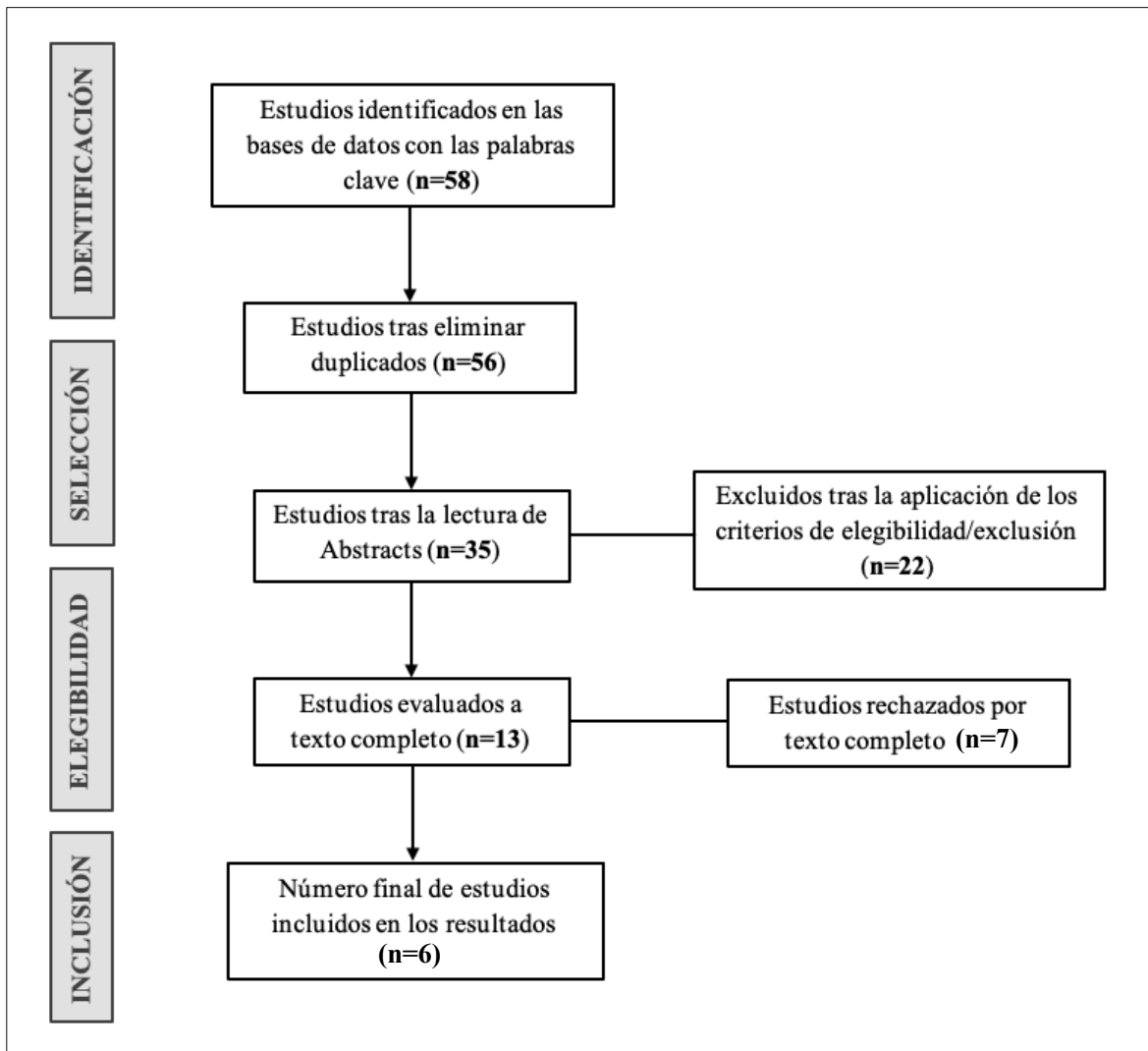
De Inclusión	De Exclusión
<ul style="list-style-type: none">– Estudios cuantitativos.– Muestra solo de mujeres entre los 15 y 24 años.– Variables (tipo de apego y TCA) medidas con instrumentos de evaluación válidos.– Estudios escritos en español o en inglés.	<ul style="list-style-type: none">– Estudios cualitativos.– Muestra con hombres o fuera del rango de edad establecido.– Variables medidas con instrumentos de evaluación no validados.– Publicaciones en otros idiomas diferentes del inglés y español.

Tras afirmar la mayoría de los autores que la población femenina es la más afectada por este tipo de trastornos y que la incidencia máxima de pacientes con TCAs se encuentra entre los 15-25 años, se considera crucial establecer como criterio el que sean estudios con una muestra solo de mujeres con una edad media entre los 15 y 24 años. Este rango de edad se ha seleccionado al ser en el que se encuentra la población joven según la OMS. (Véase apartado de Justificación). Además, cada día se realizan más investigaciones enfocadas en la adolescencia debido a la creciente prevalencia de trastornos mentales durante esta etapa vital y la vulnerabilidad de esta población.

Asimismo, los criterios que descartan estudios cualitativos o en los que solo se utilizan instrumentos de evaluación cualitativos, se emplean con la intención de que los resultados de esta revisión tengan más validez, ya que el apego es una variable complicada a la hora de ser medida y algunos instrumentos de evaluación presentan un nivel más bajo de fiabilidad.

Tabla 7

Diagrama de flujo



Como se puede observar, el número final de estudios incluidos en esta revisión se ha visto reducido considerablemente en el proceso de selección. Esto se debe a la importancia que se les ha otorgado a los criterios de exclusión, especialmente a aquellos que exigen una muestra compuesta por mujeres con una edad media entre los 15 y 24 años, ya que la mayoría de las investigaciones recogidas en las bases de datos resultaron tener una muestra mixta.

Por otro lado, otro factor que ha contribuido a la selección de tan pocos estudios es que un gran número de las investigaciones medían variables relacionadas con el apego, en lugar de abordar directamente el concepto en sí mismo. Es decir, en lugar de analizar específicamente el apego, sus dimensiones y los estilos, se han realizado estudios con aspectos vinculados al concepto, como la dependencia afectiva o la calidad de las relaciones interpersonales. Estos estudios proporcionan información valiosa sobre otros factores relacionados con el apego que pueden influir en el desarrollo de un trastorno, sin embargo, se ha considerado esencial que las investigaciones seleccionadas estén focalizadas y especificadas en el estudio del apego como variable fundamental.

Codificación de los Estudios

Una vez concluida la selección de estudios, se plasmó el contenido de estos en una tabla de Excel (Tabla 8) con el fin de sintetizar la información relevante en los siguientes apartados:

- Autores y año de publicación.
- Tipo de estudio.
- Muestra y características (edad media de los participantes).
- Instrumentos de medida empleados.

Seguidamente, también se plasmó a modo de resumen en otras dos tablas (Tabla 9 y Tabla 10) los resultados de cada estudio acerca de:

- La existencia y dirección de una relación significativa entre el Apego y los TCAs.
- La existencia y dirección de una relación significativa entre un Estilo de apego en concreto y los TCAs.

Tabla 8

Características de los estudios

<i>Estudio</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Muestra</i>	<i>Medida</i>
Kenny y Hart (1992)	Ex post facto: diseño retrospectivo con grupo cuasi control	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Grupo de 68 mujeres hospitalizadas y diagnosticadas con TCAs</u> (edad media = 22.2) <ul style="list-style-type: none"> - 74% con BN - 13% con AN - 13% con anorexia y bulimia · <u>Grupo control: 162 universitarias</u> (edad media = 18,47) 	<ul style="list-style-type: none"> · PAQ · 5 escalas del EDI · MCSDS
Orzolek-Kronner (2002)	Ex post facto: diseño retrospectivo con grupo cuasi control	<ul style="list-style-type: none"> · 3 grupos de adolescentes (edad media = 16.5): <ul style="list-style-type: none"> - <u>44 con TCAs</u>: Anorexia (20), Bulimia (13) y con síntomas de Anorexia y Bulimia (11) - <u>28 de control clínico</u>: Depression (21), Ansiedad (3) y Abuso de sustancias (1) - <u>36 de control no clínico</u> 	<ul style="list-style-type: none"> · IPPA · PAQ · PSS · EAT-26 (version abreviada) · Demographic Questionnaire of Categorical Variables
Hochdorf et al. (2005)	Ex post facto: diseño retrospectivo con grupo cuasi control	<ul style="list-style-type: none"> · Grupo de <u>34 pacientes con AN</u> (edad media = 22.3) · Grupo de <u>34 pacientes con BN</u> (edad media = 21) · <u>Grupo control de 37</u> (edad media = 21.9) 	<ul style="list-style-type: none"> · BDI · MASS · AAS
Troisi et al. (2005)	Ex post facto: diseño retrospectivo con grupo cuasi control	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Grupo de 78 mujeres con TCAs</u> (edad media = 24.5) <ul style="list-style-type: none"> - 13 con AN de tipo restrictivo - 6 con AN con atracones/purgas - 29 con BN de tipo purgante - 2 con BN de tipo no purgante - 29 con TANE · <u>Grupo de control 64</u> (edad media = 23) 	<ul style="list-style-type: none"> · SCID-I/P · SASI · ASQ
Zachrisson y Kulbotten (2006)	Ex post facto: diseño retrospectivo simple	<ul style="list-style-type: none"> · Grupo de <u>20 pacientes diagnosticadas con AN</u> (edad media = 22,9) 	<ul style="list-style-type: none"> · AAI · EDI-2 (2ª Edición) · SCL-90
Forsén Mantilla et al. (2019)	Ex post facto: diseño retrospectivo con grupo único	<ul style="list-style-type: none"> · <u>148 Mujeres</u> (edad media = 20.5) <ul style="list-style-type: none"> - 37% (n = 54) con AN - 22% (n = 33) con BN - 41% (n = 61) con TANE 	<ul style="list-style-type: none"> · SASB · ASQ · EDEC · SEDI

Nota. PAQ = Parental Attachment Questionnaire, EDI = Eating Disorder Inventory, MCSDS = Marlowe Crowne Social Desirability Scale, IPPA = Inventory of Parent and Peer Attachment, ASQ = Attachment Style Questionnaire, PSS = Proximity-Seeking Scale, EAT-26 = Eating Attitudes Test, BDI = Beck Depression Inventory, MASS = Multi-Attitude Suicidal Tendency Scale, AAS = Adult Attachment Scale, · SCID-I/P= Structured Clinical Interview for DSM-IV, SASI = The Separation Anxiety Symptom Inventory, AAI = Adult Attachment Interview, SCL-90 = Symptom Check List-90, SASB = Structural Analysis of Social Behaviour, EDEC = Eating Disorder Examination Questionnaire, SEDI = Structured Eating Disorder Interview.

RESULTADOS

Características metodológicas y de la muestra

Todos los estudios incluidos en la presente revisión son cuantitativos, en concreto, estudios ex post facto de diseño retrospectivo. En este tipo de estudios se definen los grupos de estudio según los valores de la variable dependiente (TCA), habiendo ya ocurrido la variable independiente (Apego) y no pudiendo modificarla, solo analizar si correlaciona con la variable dependiente. Los diseños de estos estudios se diferencian por su muestra:

- Cuatro de los estudios son de *grupo cuasi control* (Kenny y Hart, 1992; Orzolek-Kronner, 2002; Hochdorf et al., 2005; Troisi et al., 2005): estudios con un grupo de sujetos que no posee la variable dependiente (control) y otro grupo de sujetos que si la posee (casos). Dentro de ellos, destaca el estudio de Orzolek-Kronner (2002), que se diferencia al tener dos grupos control, uno clínico y otro no clínico.
- Uno es diseño *simple* (Zachrisson y Kulbotten, 2006): estudio con una muestra de un solo grupo, en el que la variable dependiente adopta un solo valor (TCA) y sin grupo de control.
- Uno es de *grupo único* (Forsén Mantilla et al., 2019): estudio similar al anterior al ser un solo grupo sin grupo de control, pero se diferencia al tener una muestra amplia de sujetos con diversos valores de la variable dependiente (grupo de mujeres con BN, AN y TANE). Mientras que los otros dos diseños permiten analizar si la variable independiente influye en la variable dependiente, este permite analizar qué valor/valores de la variable independiente (Apego) influye más en la variable dependiente.

Relación entre el apego y los TCA en población joven femenina

Atendiendo al objetivo principal de esta revisión, se analiza la existencia de una correlación entre el apego y los Trastornos de la Conducta Alimentaria en todos los estudios.

En primer lugar, la investigación de Kenny y Hart (1992) estudia la relación entre la sintomatología de TCA y el apego en un grupo de mujeres universitarias y un grupo clínico. El objetivo que persiguen los autores es examinar cómo la relación entre padres e hijas puede influir en el desarrollo de trastornos alimentarios, específicamente en la preocupación por el peso, los sentimientos de ineficacia y el comportamiento bulímico. Los resultados indican que las mujeres universitarias tienen niveles más altos de apego seguro hacia sus padres y niveles más bajos de preocupación por la dieta y el peso, sentimientos de ineficacia y comportamiento bulímico en comparación con las mujeres con trastornos alimentarios. De este modo, el estudio afirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el apego y los TCA.

En una línea de investigación similar, Orzolek-Kronner (2002) estudia la relación entre la teoría del apego, los comportamientos de búsqueda de proximidad y el desarrollo de trastornos alimentarios. Para ello en su muestra de mujeres adolescentes incluye tres grupos diferentes: el grupo de casos con TCA (Anorexia, Bulimia y con síntomas de ambos), el grupo de control clínico (mujeres con Depresión, Ansiedad y Abuso de sustancias) y el grupo de control no clínico, en el que los participantes no tenían un diagnóstico clínico de TCA o cualquier otro trastorno psicológico. Sus resultados arrojan una dirección similar a la de Kenny y Hart (1992), puesto que aquellos individuos del grupo clínico, con TCA, muestran una calidad de apego menor que aquellos individuos del grupo no clínico, los cuales no padecían de un TCA. En relación con los comportamientos de búsqueda de proximidad, el

estudio encontró que el grupo con TCA reportó un mayor número de dichos comportamientos hacia sus padres en comparación con el otro grupo clínico. De esta manera, el estudio afirma una relación estadísticamente significativa entre el apego, los comportamientos de búsqueda de proximidad y el desarrollo de trastornos de la alimentación.

Por su parte, Hochdorf et al. (2005) estudian los estilos de apego y las tendencias suicidas en pacientes con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en comparación con un grupo de control, sin TCA. Los resultados del estudio indican que tanto los pacientes con anorexia como bulimia tienen una mayor prevalencia de estilos de apego evitativo e inseguro, así como una mayor tendencia suicida en comparación con el grupo de control. También, este estudio sugiere que existe una relación estadísticamente significativa entre el apego y los trastornos alimentarios.

En otra perspectiva, Troisi et al. (2005) estudian la relación entre los estilos de apego en mujeres con TCA y la ansiedad por separación temprana, con el objetivo de determinar si las mujeres con trastornos alimentarios tienen una frecuencia más alta que el resto a la hora de presentar síntomas de ansiedad por separación y una mayor prevalencia de estilos de apego inseguros en edad adulta, en comparación con mujeres sanas. Los resultados indican que las mujeres con TCA presentaron síntomas más graves de ansiedad por separación durante la infancia y obtuvieron puntuaciones más altas en estilos de apego inseguro. Así, este estudio sugiere una relación estadísticamente significativa entre el apego y los TCA.

Aparte, Zachrisson y Kulbotten (2006) pretenden investigar la asociación entre el apego, la psicopatología de los trastornos alimentarios y la sintomatología psiquiátrica en pacientes con Anorexia Nerviosa. A diferencia del resto de los estudios, este no encontró una relación estadísticamente significativa entre el apego y los TCA.

Por último, el trabajo de Forsén Mantilla et al. (2019) evalúa las asociaciones entre aspectos de la relación de pacientes con trastornos alimentarios y los comportamientos de apego. El objetivo principal de estos autores era comprender cómo los procesos de apego pueden influir en la relación del paciente con su TCA y cómo esto puede afectar a la resistencia al tratamiento y la ambivalencia hacia el cambio. En sus resultados se encontró que los procesos de apego están asociados con la forma en que los pacientes con TCA se relacionan con su trastorno. Estos hallazgos sugieren que los procesos de apego pueden influir en la forma en que los pacientes se relacionan con su TCA y pueden ayudar a explicar la resistencia al tratamiento y la ambivalencia hacia el cambio, de forma que afirma una relación estadísticamente significativa entre el apego y los TCA.

A continuación, en la Tabla 9, se pueden observar los resultados de cada estudio acerca de la existencia y dirección de una relación estadísticamente significativa entre el Apego y los TCA.

Tabla 9

Relación entre el Apego y los TCA en mujeres jóvenes

ESTUDIOS	<i>Relación significativa</i>
<i>Kenny y Hart (1992)</i>	+
<i>Orzolek-Kronner (2002)</i>	+
<i>Hochdorf et al. (2005)</i>	+
	+
<i>Troisi et al. (2005)</i>	+
<i>Zachrisson y Kulbotten (2006)</i>	NULO
<i>Forsén Mantilla et al. (2019)</i>	+

Relación entre el estilo de apego y los TCA en población joven femenina

En primer lugar, en los resultados del estudio de Kenny y Hart (1992) las mujeres universitarias con niveles más altos de apego seguro presentaban niveles más bajos de preocupación por el peso y la dieta, comportamiento bulímico y sentimientos de ineficacia. En concreto, afirman que un apego seguro, caracterizado por relaciones afectivamente positivas, promover la autonomía y la búsqueda de consuelo en momentos de estrés, se asocia a una menor presencia de síntomas de TCA. Por lo tanto, se indica que un estilo de apego seguro tiene una estadísticamente significativa e inversa con los TCA. Esto implica que tener una relación segura y positiva con los padres puede ser un factor de protección contra el desarrollo de TCA.

Por otro lado, en el estudio de Orzolek-Kronner (2002) ya se comentó como las adolescentes con TCA mostraban niveles más altos de comportamientos de búsqueda de proximidad hacia sus madres en comparación con el grupo clínico de comparación. En definitiva, se afirma que puede haber una asociación entre los TCA y los patrones de apego inseguro ya que las adolescentes con TCA presentaron más comportamientos de patrones de apego inseguro en comparación con los grupos clínicos y no clínicos. Sin embargo, no se especifica si esta asociación es estadísticamente significativa.

Más aun, los resultados de Hochdorf et al. (2005) si afirman la existencia de dos relaciones significativas. Por un lado, se asoció el estilo de apego inseguro a los TCA. En concreto, se encontró relevante que los pacientes con TCA con un estilo de apego inseguro o evitativo se asociaban a una mayor atracción hacia comportamientos suicidas y mayor atracción hacia la muerte. Por otro lado, los autores concretan que el desarrollo de un estilo de apego seguro sería más que beneficiosos con el tratamiento de los TCA y la reducción de

los comportamientos suicidas, ya que se encontró una relación estadísticamente significativa e inversa entre el apego seguro y los TCA. Así, se sugiere que los estilos de apego y las tendencias suicidas pueden ser factores importantes a la hora de considerar en la evaluación y el tratamiento de los trastornos alimentarios.

El trabajo de Troisi et al. (2005) tampoco presenta discrepancias en lo anteriormente expuesto, dado que, gracias a las puntuaciones del ASQ, se observó que aquellas mujeres con TCA tenían una mayor prevalencia de estilos de apego inseguros en comparación con mujeres sanas pertenecientes al grupo de control. De esta forma, se señala una vez más la relación estadísticamente significativa y positiva entre el apego inseguro y los TCA, de forma se sugiere que este estilo de apego puede predisponer a una persona a desarrollar un TCA.

Por su lado, el estudio de Zachrisson y Kulbotten (2006) menciona la existencia de informes previos que respaldan la alta frecuencia de apego inseguro en pacientes con anorexia nerviosa. Sin embargo, también señala que el papel del apego puede estar más relacionado con la forma en que los pacientes manejan la angustia después del trastorno alimentario, en lugar de estar directamente relacionado con el trastorno en sí. Por lo tanto, aunque puede haber una asociación entre el estilo de apego inseguro y los trastornos alimentarios, no se menciona explícitamente si esta relación es estadísticamente significativa.

Finalmente, en los resultados del estudio de Forsén Mantilla et al. (2019) se encontró que los procesos de apego están asociados con la forma en que los pacientes con trastornos alimentarios se relacionan con su trastorno. Asimismo, este estudio también afirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el estilo de apego inseguro y los TCA, de tal modo que los individuos con un apego inseguro presentan una mayor

probabilidad a la hora de desarrollar y mantener un TCA. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos hallazgos se aplican al menos en algunos casos y no necesariamente a todos los pacientes con trastornos alimentarios.

A continuación, en la Tabla 10, se pueden observar los resultados de cada estudio acerca de la existencia y dirección de una relación significativa entre el Estilo de Apego y los TCA.

Tabla 10

Relación entre el Estilo de Apego y los TCA en mujeres jóvenes

<i>ESTUDIO</i>	<i>TCA</i>	<i>ESTILO DE APEGO</i>	<i>RELACIÓN SIGNIFICATIVA</i>
Kenny y Hart (1992)	<ul style="list-style-type: none"> · Bulimia Nerviosa (BN) · Anorexia Nerviosa (AN) · Combinación de Anorexia y Bulimia 	Seguro	-
Orzolek-Kronner (2002)	<ul style="list-style-type: none"> · Anorexia · Bulimia 	Inseguro-ambivalente	No especifica
Hochdorf et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> · Anorexia nerviosa (AN) · Bulimia nerviosa (BN) 	Inseguro-ambivalente	+
		Seguro	-
Troisi et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> · AN de tipo restrictivo · AN de tipo con atracones/purgas · BN de tipo purgante · BN de tipo no purgante · Trastorno Alimentario No Especificado (TANE) 	Inseguro-ambivalente	+
Zachrisson y Kulbotten (2006)	<ul style="list-style-type: none"> · Anorexia nerviosa (AN) 	Inseguro-ambivalente	No especifica
Forsén Mantilla et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> · Anorexia nerviosa (AN) · Bulimia nerviosa (BN) · Trastorno Alimentario No Especificado (TANE) 	Inseguro-ambivalente	+

DISCUSIÓN

La finalidad del presente trabajo era llevar a cabo un estudio sistemático que analizase la relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Apego en la población joven femenina. En concreto, se pretendía comprobar si en esta población existe una relación significativa entre el Apego, los Estilos de apego y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En cuanto a la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el Apego y los TCA, cinco de los seis estudios seleccionados y analizados la confirman.

Por otro lado, en cuanto al segundo objetivo específico, también se corrobora la existencia de una relación estadísticamente significativa entre un Estilo de apego y los TCA en todos los estudios excepto en los de Zachrisson y Kulbotten (2006) y Orzolek-Kronner (2002). Sin embargo, incluso en esos casos, se observa una asociación leve entre el Apego y los TCA, lo cual indica que comparten algún tipo de asociación en todas las investigaciones incluidas en la presente revisión, aunque la fuerza de esta relación varíe según cada estudio. En concreto, en los estudios se asocia mayoritariamente el apego inseguro-ambivalente con los TCA, de forma que se reconoce que este estilo de apego puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Una explicación que sugieren los estudios es que las personas con este estilo de apego suelen tener dificultades para manejar el estrés y las emociones negativas, lo cual puede llevar a factores como una baja autoestima o influir en la forma en que se relacionan con los demás y buscan satisfacer sus necesidades emocionales. En el contexto de los TCA, estos trastornos pueden ser utilizados como una forma de distraer la atención de las preocupaciones relacionadas con el apego y enfocarse en metas más externas y alcanzables, como la imagen corporal.

Respecto al último objetivo, pese a que en el apartado de Introducción se han mencionado algunos de los instrumentos de evaluación del apego más utilizados y en los Resultados se ha realizado un análisis de todos y cada uno de los instrumentos utilizados por los diferentes autores en sus respectivos estudios, señalando lo que miden y cómo son utilizados, en los resultados de esta revisión solo se han visto repetidos dos instrumentos: el Parental Attachment Questionnaire (**PAQ**) y el Attachment Style Questionnaire (**ASQ**).

Esto puede deberse a que las muestras tenían una edad media distinta en cada estudio y en la población joven femenina se mezclan distintos grupos de edades y etapas vitales (adolescencia media, adolescencia tardía y juventud). Por otro lado, también destaca la gran cantidad de cuestionarios empleados en los estudios analizados. Esto resulta interesante ya que, los cuestionarios son métodos dimensionales de evaluación, los cuales, como se mencionó en apartados anteriores, se ha demostrado que reflejan las diferencias entre los estilos de apego mejor que los métodos categoriales.

Limitaciones

En el desarrollo de esta revisión y para futuras investigaciones, es importante reconocer y tener en consideración las limitaciones existentes.

Por un lado, estas pueden encontrarse en los estudios analizados, ya que los diferentes enfoques metodológicos pueden haber afectado tanto a la validez como a la generalización de los resultados aquí presentados con relación a los estilos de apego y los TCA. En primer lugar, es relevante considerar el caso de Zachrisson y Kulbotten (2006), en el que una de las principales limitaciones sería el pequeño tamaño de la muestra, lo cual puede limitar la generalización de sus resultados. Además, este mismo estudio está centrado en pacientes con anorexia en Dinamarca, lo cual puede dificultar de nuevo la generalización de los resultados

en otras poblaciones y culturas. Finalmente, el estudio se basó en datos auto reportados y entrevistas retrospectivas, lo cual puede haber inducido a la hora de introducir sesgos o errores en la recolección de los datos. En el trabajo de Kenny y Hart (1992) nos encontramos ante un caso similar ya que los resultados están basados en datos auto reportados. Además, la muestra en el estudio de Troisi et al. (2005) tampoco es lo suficientemente grande como para poder asegurar el generalizar sus resultados a otras poblaciones. Finalmente, en el estudio de Forsén Mantilla et al. (2019) también se encuentran diferentes limitaciones, como puede ser la transversalidad del estudio, de tal modo que no se podría determinar si los patrones observados son continuaciones de patrones establecidos en el tiempo, como es el caso de la variable TCA. Asimismo, en varios de los presentes estudios se ha utilizado como parte de la muestra población ingresada en hospitales, lo cual puede intervenir a la hora de generalizar los resultados en otras poblaciones, dado que no se presentan las mismas condiciones y experiencias en aquellos individuos que no están ingresados. Por todo esto, una manera efectiva de seguir trabajando y estudiando la relación entre los estilos de apego y los TCA es seguir estudiando la relación entre estas variables. Una manera de establecer una generalización real sería aplicando el mismo tipo de estudios aquí analizados en diferentes poblaciones, culturas y grupos.

Por otro lado, en el contexto de este trabajo, también se identificaron ciertas limitaciones y se proponen recomendaciones para futuras investigaciones en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Apego. En primer lugar, se reconoce que existen Trastornos de la Conducta Alimentaria que no fueron abordados en este trabajo, lo cual constituye una limitación. Por lo tanto, se recomienda incluir estudios sobre estos trastornos en futuras investigaciones, con el fin de obtener una visión más completa y exhaustiva del panorama de los trastornos de la conducta alimentaria.

Más aun, durante la búsqueda de estudios y la selección de la literatura, se encontró una gran cantidad de información relevante que vincula el apego y los trastornos de la conducta alimentaria con el trauma. Esta observación destaca la importancia de considerar la relación entre estas variables en futuras investigaciones. Dado que muchos eventos traumáticos ocurren en la infancia y con los cuidadores primarios, el apego desorganizado puede ser un factor relevante en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Por lo tanto, se sugiere estudiar la relación entre el apego, los trastornos de la conducta alimentaria y el trauma, con el objetivo de ampliar nuestra comprensión de estas interacciones.

Del mismo modo, también se encontraron estudios significativos que no se incluyeron porque la muestra incluía a hombres o individuos de otras edades fuera del rango establecido. Por ello, resultaría de gran interés para futuras investigaciones enfocarse en otras poblaciones que hasta ahora no han sido ampliamente exploradas en relación con este tema.

Por otra parte, sería interesante para futuras investigaciones estudiar la relación entre el apego, la lactancia y los TCA, con el objetivo de comprender el impacto específico de la lactancia materna y otros aspectos relacionados con la alimentación en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. Esta sugerencia surge tras haber encontrado información sobre la importancia de la lactancia materna en la formación del apego y en el desarrollo emocional del bebé:

Cada vez que el bebé toma el pecho su madre segrega prolactina y oxitocina. La prolactina, además de ser la responsable de la producción de leche, hace que la madre esté más pendiente de su hijo. Y la oxitocina, que hace que la leche salga del pecho y que la madre sienta amor hacia su hijo. (Torras, 2020, Sección de Lactancia materna y apego seguro)

Además, otros estudios sugieren que la lactancia durante el primer año de vida puede ser un factor de protección frente al sobrepeso, el cual es en sí un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA (Iron-Segev et al., 2013).

En resumen, se recomienda abordar estas limitaciones en futuras investigaciones además de considerar la relación entre el apego, los trastornos de la conducta alimentaria y el trauma, el cual con el fin de obtener una comprensión más completa y holística de estos trastornos. Estas investigaciones adicionales serán fundamentales para mejorar la evaluación y el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el futuro.

Conclusión

En definitiva, además de señalar la vulnerabilidad de la población joven y femenina, esta investigación aporta resultados significativos respecto a la importancia del Apego y como este puede convertirse tanto en un factor de riesgo como de protección frente a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Esta revisión es relevante ya que arroja luz sobre factores que pueden predisponer e influir de manera considerable tanto en el desarrollo y mantenimiento, como en el tratamiento de trastornos mentales. En último lugar, se comparte la conclusión de los estudios revisados en cuanto a la necesidad de promover la investigación y consideración de estas variables en la evaluación y tratamiento de estos trastornos.

Para finalizar, me gustaría concluir con las sabias palabras del psicólogo Rafael Guerrero: “un apego seguro es la mejor herencia que le podemos dejar a nuestros hijos” (Romero, s.f.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcanda, B. (23 de junio de 2022). *Los 4 tipos de apego y sus características: ¿Cómo afectan a las relaciones adultas?* Mundo Psicólogos. Recuperado el 10 de junio de 2023 de <https://www.mundopsicologos.com/articulos/los-4-tipos-de-apego-y-sus-caracteristicas-como-afectan-a-las-relaciones-adultas>
- Alvarez, M. y Lacasa, F. (2022). Evaluación del vínculo de apego en la infancia y adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 41-58. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a5>
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aguilar, M. (2019). Intervenciones psicoterapéuticas basadas en la teoría del apego. *Revista Cúpula*, 33(1), 33-53. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v33n1/art03.pdf>
- Balabanian, C., Lemos, V. y Vargas, J. (2014). Estudio psicométrico del Cuestionario de Apego Parental de Kenny en adolescentes argentinos. *Acta psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(4), 227-235. <https://doi.org/11336/33703>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718925022>
- Centro de tratamiento de trastornos alimentarios Madrid. (4 de mayo de 2022). *Tipos de apego adulto*. <https://www.citema.es/tipos-de-apego-adulto/>

- Forsén Mantilla, E., Clinton, D. y Birgegård, A. (2019). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *Psychology and Psychotherapy*, 92(3), 379–393. <https://doi.org/10.1111/papt.12184>
- Fuentes, J., Herrero-Martín, G., Montes-Martínez, M. A. y Jáuregui-Lobera, I. (2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1221-1244. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3955>
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, P. E. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, 85. Madrid: Instituto de Salud Pública. Recuperado de: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia_tca_en_mujeres_adolescentes.pdf
- González, M. (2021). *Apego y trastornos mentales graves* [Tesis doctoral]. Universidad del País Vasco, Bilbao. https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/55212/TESIS_GONZALEZ%20de%20ARTAZA_LAVESA_MAIDER.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hilker, I., Caballero, M. y Flamarique, I. (14 de enero del 2019). *¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?* Clínic Barcelona. [https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria#:~:text=Los%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria%20\(TCA\)%20son%20enfermedades%20mentales,falta%20de%20ingesta%20de%20comida](https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria#:~:text=Los%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria%20(TCA)%20son%20enfermedades%20mentales,falta%20de%20ingesta%20de%20comida)

- Hochdorf, Z., Latzer, Y., Canetti, L. y Bachar, E. (2005). Attachment Styles and Attraction to Death: Diversities Among Eating Disorder Patients. *The American Journal of Family Therapy*, 33(3), 237-252. <https://doi.org/10.1080/01926180590952418>
- Horno, P. (2014). Apego y adolescencia: Narrándose en el espejo de los otros. *Adolescere*, 2(3), 19-28. <https://www.adolescere.es/apego-y-adolescencia-narrandose-en-el-espejo-de-los-otros/>
- Iron-Segev, S., Peterson, K. E., Gillman, M. W., Williams, C. M., Austin, S. B. y Field, A. E. (2013). Associations of breastfeeding with bulimic behaviors and eating disorders among adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 834–840. <https://doi.org/10.1002/eat.22165>
- Jiménez, G. (1 de marzo de 2023). *Estilo de apego inseguro y maltrato infantil, ¿cómo se relacionan?* La Mente es Maravillosa. Recuperado el 10 de abril de 2023 de <https://lamenteesmaravillosa.com/estilo-apego-inseguro-maltrato-infantil-como-se-relacionan/>
- Kenny, M. E. y Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 521–526. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.4.521>
- Lacambra, R., Rosado, M., López, M. C. y Genzor, C. (2023). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-adolescentes/>

- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Manzanero, A. L. y Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: Exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19-25.
<https://doi.org/10.4321/S1135-76062012000100003>
- Marrone, M. (2018). La teoría del apego y el psicodrama. *Revista Clínica Contemporánea* 2(9), 1-9. <https://doi.org/10.5093/cc2018a9>
- Mónaco, E., de la Barrera, U. y Montoya-Castilla, I. (2021). La influencia del apego sobre el bienestar en la juventud: el rol mediador de la regulación emocional. *Anales de Psicología*, 37(1), 21–27. <https://doi.org/10.6018/analesps.345421>
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 212–219.
[https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00025-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00025-1)
- National Library of Medicine (NIH). (s.f.). *Eating disorders*. MedlinePlus. Recuperado el 17 de marzo de 2023 de <https://medlineplus.gov/eatingdisorders.html>
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 65-81.
https://www.researchgate.net/publication/257921423_Estado_actual_de_la_teor%C3%ADa_d_el_apego
- Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55-65.
<https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030766005.pdf>

- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(6), 421–435. <https://doi.org/10.1023/A:1021141612634>
- Persano, H. (2018). La Teoría del Apego. En H. Lorenzo Persano (Ed.), *El Mundo de la Salud Mental en la Práctica Clínica* (pp.157-177). Akadia Editorial. https://www.researchgate.net/publication/338825868_La_Teoria_del_Apego
- Persano, H. (2006). La importancia de la teoría de apego en la nutrición infantil. *Diaeta*, 24(114), 24-34. https://www.researchgate.net/publication/340634924_La_importancia_de_la_teoría_de_apego_en_la_nutricion_infantil
- Prats, A. (6 de abril de 2023). *Apego evitativo y apego ansioso ¿Dos opuestos que se atraen?* AEPSIS (Asociación Española de Psicología Sanitaria). Recuperado el 10 de Abril de 2023 de <https://www.aepsis.com/apego-evitativo-y-apego-ansioso-dos-opuestos-que-se-atraen/>
- Quiroga, P. (9-20 de abril de 2018). *Trastornos asociados al apego, últimas aportaciones* [Conferencia]. Interpsiquis XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Recuperado de [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-4-pon5\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-4-pon5[1].pdf)
- Romero, V. (s.f.). *La importancia del apego en la adolescencia y el riesgo de adicción*. Fundación Instituto Spiral. <https://fispiral.com.es/importancia-del-apego-en-la-adolescencia/>
- Rubio, A. M. (24 de agosto de 2021). *La etapa de la adolescencia*. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). <https://sepeap.org/wp-content/uploads/2022/02/Articulo-Adolescente.pdf>

- Serapio, A. (2006). Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista de Estudios de Juventud: Adolescencia y comportamiento de género*, 73, 11-23. <https://www.injuve.es/sites/default/files/revista73completa.pdf>
- Servicio de Psicología Clínica del Desarrollo. (s.f.). *La teoría del apego*. [https://psisemadrid.org/teoria-del-apego/#:~:text=Siguiendo%20el%20paradigma%20te%C3%B3rico%20de,cuidador es%20\(Grossman%2C%201995\).](https://psisemadrid.org/teoria-del-apego/#:~:text=Siguiendo%20el%20paradigma%20te%C3%B3rico%20de,cuidador es%20(Grossman%2C%201995).)
- Torras, E. (2020). *Lactancia materna, contacto y apego*. Alba Lactancia Materna. <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-contacto-y-apego/>
- Troisi, A., Massaroni, P. y Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *The British Psychological Society*, 44(1), 89–97. <https://doi.org/10.1348/014466504x20053>
- Vargas, M. J. (2013) Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Vázquez, R., Aguilar, X., Ocampo, M. T. y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108–120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- Zachrisson, H. D. y Kulbotten, G. R. (2006). Attachment in anorexia nervosa: An exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(4), 163–170. <https://doi.org/10.1007/BF03327567>