



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DOCTORADO INDIVIDUO, FAMILIA Y SOCIEDAD:
UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR

TESIS DOCTORAL:

**EL ESTILO DE APEGO Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE
LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN MUJERES EN LA EDAD ADULTA
TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19**

Autora: María Paz Cardín García
Director: Dr. Juan Pedro Núñez Partido

MADRID
5 de Octubre de 2022

Tabla de Contenidos

1. Resumen.....	4
2. El Apego, necesidad básica del desarrollo.....	9
2.1. Estabilidad del Apego.....	11
2.2. El Apego y su medida: Categorías vs. Dimensiones.....	19
2.3. Apego Adulto	32
2.4. Apego y Regulación Emocional.....	37
2.5. Apego y Psicopatología evolutiva o del desarrollo	45
2.6. Apego, Regulación emocional y Psicopatología.....	55
3. Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCA.....	57
3.1. Comorbilidad del TCA.....	67
3.2. TCA y Regulación Emocional.....	71
4. El Apego y los Trastornos Conducta Alimentaria, TCA.....	80
4.1. TCA y el Apego Inseguro Evitativo.....	82
4.2. TCA y el Apego Inseguro Ansioso.....	83
4.3. TCA y el Trauma en el Apego.....	85
5. Estudio.....	89
6. Hipótesis.....	92
7. Método.....	93
7.1. Participantes.....	93
7.2. Instrumentos	95
Medidas de evaluación del Apego.....	95
Medidas de evaluación de los TCA.....	97
Medidas de evaluación de la Regulación Emocional.....	100
Medidas de evaluación de la Ansiedad.....	106
Medidas de evaluación de la Comorbilidad.....	109
Selección final de instrumentos de evaluación.....	111

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

7.3. Análisis Estadístico.....	116
8. Resultados.....	118
8.1. Comparación de variables sociodemográficas según grupo de estudio.....	118
8.2. Cálculo de la fiabilidad de las escalas y subescalas en la muestra.....	120
8.3. Descriptivos de las escalas y subescalas.....	121
8.4 Correlación entre valor de TCA y las escalas y subescalas de estudio.....	126
8.5 Diferencias de medias entre los grupos de estudio.....	129
8.6. Comparación mediante Chi cuadrado entre los grupos de estudio en apego.....	132
8.7. Regresión lineal múltiple para pronosticar la puntuación del EAT-26.....	134
8.8. Regresión logística binaria para pronosticar la pertenencia a los grupos TCA y control.....	136
9. Discusión.....	139
10. Conclusiones y limitaciones.....	168
11. Referencias	179
12. Apéndices:	
Apéndice 1: Criterios y Tablas de evaluación de los instrumentos de medida para la realización del trabajo experimental de la tesis doctoral.....	251
Apéndice 2: Tablas estadísticas.....	283
13. Anexo 1: Batería de Cuestionarios.....	289

1. Resumen

La presente investigación ha tenido por objeto la realización de un estudio de tipo correlacional en una muestra española de mujeres sobre los trastornos no clínicos de la conducta alimentaria (TCA) en la edad adulta, y su posible relación con la seguridad en el apego. El interés por la influencia del apego en el desarrollo de TCA, es relevante teniendo en cuenta que el ser humano tiene una necesidad básica afectiva y que ésta puede estar influyendo en los patrones de alimentación mediante una función compensatoria de los déficits en el desarrollo del apego seguro. Asimismo, se estudia el papel de la ansiedad y la regulación emocional como variables moduladoras que influyen en los estados emocionales y, por tanto, en los patrones de alimentación, así como de la comorbilidad con otros trastornos.

La novedad del presente estudio radica en que los estudios de investigación se han centrado mayoritariamente en población adolescente y en muestra clínica. A nivel sanitario resulta apremiante la sensibilización hacia los trastornos subclínicos de conducta alimentaria en población general adulta y femenina, ya que se estima que su incidencia es cada vez mayor, especialmente a partir del Covid-19, pero al quedarse sin diagnóstico también se quedan sin tratamiento y sin visibilización. Esta necesidad se ve agravada porque poseen una alta cronicidad, desvelándose clínicamente de forma secundaria a otras dolencias dada su alta comorbilidad (Galmiche et al., 2019; Hart et al., 2011; Hudson et al., 2007; Kitsantas et al., 2003; Micali et al., 2017; Plaza, 2010; Villamarín et al., 2021). La presente investigación ha comprendido el análisis de los TCA en relación con el apego, la regulación emocional, la

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

ansiedad y posibles comorbilidades con objeto de aportar luz al tema a partir de una mirada de transversalidad y de una comprensión evolutiva del apego como factor constitutivo temprano de aspectos básicos del individuo.

En el presente estudio se han recogido los datos pertenecientes a un total de 206 mujeres españolas adultas, todas ellas con edad superior a los 18 años, y en el periodo comprendido entre septiembre del 2020 y febrero del 2021, es decir, dentro del periodo pandémico del Covid-19 y posterior al confinamiento. Dichos datos han sido obtenidos de forma telemática a partir de los 5 instrumentos que comprende el presente estudio, a través de los cuestionarios autoaplicados: **Cuestionario de Apego Adulto (CAA)** validado para población española (Melero y Cantero, 2008) y el **Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26)** validado para población española por et al. (2002). Adicionalmente, se explora la importancia de otras variables que pudieran estar modulando de alguna manera la relación entre el apego y los síntomas de TCA como la regulación emocional y la ansiedad por ser variables transdiagnósticas subyacentes y comunes a diferentes diagnósticos. Y de ahí que también tengamos en cuenta la presencia de otros síntomas psicopatológicos debido a la comorbilidad habitual en los TCA con otro tipo de diagnóstico. Se examinarán dichas variables a partir de los cuestionarios autoaplicados: Cuestionario de regulación emocional **Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)** de Salovey et al. (1995), validado para población española por Fernández-Berrocal et al. (2004); **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**, validado para población española por Sanz et al. (2011); y el cuestionario de comorbilidad, **Symptom Assessment-45, SA-45**, validado para población española por Sandín et al. (2008).

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Con las puntuaciones obtenidas de cada variable hemos analizado si hay y en qué medida relación entre el apego inseguro y las dificultades de regulación emocional y el desarrollo de trastornos en la conducta alimentaria en la vida adulta (TCA). Hemos controlado el efecto de la ansiedad en esta relación y obtenido también indicios de comorbilidad.

Los resultados obtenidos confirman la presencia de un grupo de mujeres de población general con síntomas de TCA significativamente superior al grupo sin rasgos de TCA, las cuales muestran también, un apego inseguro, ansiedad, y comorbilidad significativamente mayor. La regulación emocional, en los subfactores de claridad y reparación emocional han mostrado niveles superiores en el grupo sin TCA y en relación a la atención emocional, sobresalen los bajos índices en toda la muestra. Los contrastes muestran que la comorbilidad, la atención emocional y el apego inseguro hostil son los mejores predictores de la presencia de TCA, siendo éste último mejor predictor de la presencia de TCA que la ansiedad y, debido a un posible efecto traumático del Covid-19 mejor predictor de la presencia de TCA que el resto de los apegos inseguros.

Palabras clave: mujeres adultas, apego adulto, trastorno de la conducta alimentaria, regulación emocional, ansiedad, comorbilidad, Covid-19.

Abstract

The aim of this research is to explore and analyze the relationship between eating disorders and adult attachment in a total sample of 206 women over 18 years of age between September 2020 and February 2021, that is, in the Covid-19 period and immediately after confinement. The correlations studied for attachment-related eating disorders additionally examine emotional regulation, anxiety and comorbidities that will shed light on the relationships between them and to what extent there is a relationship between insecure attachment and emotional regulation difficulties and the development of eating disorders in adulthood. We will control the effect of anxiety on this relationship and also obtain indications of comorbidity. The data was obtained telematically from the 5 instruments included in this study. The Questionnaire for the Assessment of Adult Attachment (CAA) validated for spanish population (Melero and Cantero, 2008) will be used to assess the attachment; the Eating Attitudes Test (EAT-26) for the screening of eating disorders cases in the general population, validated for spanish population by Gandarillas et al. (2002); Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24), validated for spanish population by Fernández-Berrocal et al. (2004); Beck Anxiety Inventory (BAI), validated for spanish population by Sanz et al. (2011); and Symptom Assessment-45, SA-45, validated for spanish population by Sandín et al. (2008).

The results obtained confirm the presence of a group of women from the general population with symptoms of ED significantly higher than the group without ED traits, who also show significantly higher levels of insecure attachment, anxiety, and comorbidity.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Emotional regulation, in the subfactors of emotional clarity and emotional repair have shown higher levels in the group without ED, and in relation to emotional attention, low indexes stand out in the whole sample. The contrasts show that comorbidity, emotional attention and hostile insecure attachment are the best predictors of the presence of ED, the latter being a better predictor of the presence of ED than anxiety and, due to a possible traumatic effect of Covid-19, a better predictor of the presence of ED than the rest of the insecure attachments.

Keywords: adult women, adult attachment, eating disorders, emotional regulation, anxiety, comorbidity, Covid-19.

2. El Apego, necesidad básica del desarrollo

La Teoría del apego es una de las teorías de referencia en el estudio de la afectividad humana (Bowlby, 1969). Esta teoría supone la aportación más sobresaliente que explica la posibilidad de desarrollo y regulación de los afectos en el crecimiento infantil aportando una explicación a conductas relacionales entre el niño/a y la madre o cuidador principal que serán esenciales en el devenir de posteriores formas de afecto adulto (Ainsworth et al., 1978). En particular, la teoría del apego se ha afanado en plantear un modelo del desarrollo vital que no sólo tiene un impacto para la infancia, sino que también afecta al funcionamiento adulto (Tasca y Balfour, 2014).

De acuerdo con la teoría del apego, los individuos están biológicamente predispuestos a formar lazos afectivos y durante la infancia a mantener la proximidad con las figuras de apego. El apego constituye desde el nacimiento una necesidad primaria elemental con el fin de promover y asegurar la seguridad básica y para la supervivencia frente a situaciones de amenazas o peligro (Bowlby, 1969). Así el apego es el vínculo afectivo, resultado del instinto que se activa de forma innata para encontrar protección, ayuda y consuelo en momentos de ansiedad, dolor o desconcierto (Kuipers et al., 2016). El adecuado funcionamiento de la diada madre-hijo/a permite al niño/a recibir el apoyo emocional suficiente que le ayude a regular estados internos de excitación. Por el contrario, un apego disfuncional expone al niño/a a niveles excesivos y desajustados de estrés que alteran y perturban a la larga el equilibrio neurofisiológico crítico en la autorregulación emocional (Spangler y Grossman, 1993). Las interacciones repetidas con la figura de apego quedan codificadas en el sistema de memoria implícito, y el niño/a comienza a formar modelos de trabajo interno de sí mismo, de la figura

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

de apego y de la relación entre los dos, que posteriormente se generalizan a otras relaciones (Bowlby, 1973). Desde los postulados de Ainsworth et al. (1978), se entiende que el vínculo afectivo que establece una persona es la expresión de los modelos mentales de relación formados como consecuencia de las experiencias primarias con las figuras de apego.

El desarrollo de estos lazos afectivos se considera un fenómeno universal presente en todos los seres humanos de forma innata, en el que, sin embargo, se encuentran diferencias individuales en la cualidad de los mismos, tanto en la infancia como en la edad adulta derivadas de las particulares interacciones en la diada madre-hijo/a (Jones et al., 2018). Décadas de investigación sugieren que estas diferencias individuales en los estilos de apego son claves predictivas del devenir en el desarrollo (Cassidy y Shaver, 2016).

La teoría del apego, asume un sistema innato universal de activación psicobiológica que motiva al ser humano a lo largo de su ciclo vital al acercamiento a personas significativas como medida para regular estados emocionales alterados en momentos de estrés o necesidad así como para activar experiencias placenteras que regulan los estados internos neurovegetativos.

El estilo de apego seguro se relaciona con representaciones internas positivas, pero con la especificidad de acceso a emociones y memorias tanto positivas como negativas sobre las relaciones, lo que conlleva a un nivel de distorsión de la experiencia real reducido (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). Sin embargo, el estilo de apego inseguro se relaciona tanto con representaciones internas tanto positivas como negativas, pero de forma más rígida que encubren estados de evitación o ansiedad respectivamente y mayor nivel de distorsión.

2.1. Estabilidad del Apego

Uno de los pilares en el estudio del apego es el que concierne a la estabilidad de estas diferencias individuales a lo largo del tiempo. La teoría del apego tradicionalmente sugiere que las diferencias individuales son relativamente estables y que devienen resistentes al cambio a medida que el desarrollo avanza (Bowlby, 1980).

En los primeros estudios realizados en estabilidad del apego se encontraron altos índices de estabilidad (Waters, 1978), pero que algunos de los más recientes estudios han cuestionado. En parte las diferencias encontradas se atribuyen a cambios sociales acaecidos en las últimas décadas, los cuales pudieran estar afectando la estabilidad en el apego, como pueden ser el aumento de divorcios y las reestructuraciones familiares (González y Viitanen, 2009), al igual que las diferencias metodológicas en los estudios a lo largo del tiempo, como los estudios realizados en apegos de riesgo, característicos de los estudios de las últimas décadas. Más recientemente, la situación pandémica del Covid-19 ha puesto a la población mundial en una situación de vulnerabilidad y desprotección extrema ante la amenaza a la propia vida, que conjuntamente con las medidas de confinamiento y aislamiento social han podido ejercer un efecto negativo en la estabilidad en el apego (Velayos y Sánchez Ruiz, 2020).

La estabilidad en el apego presenta una relevancia extraordinaria al ser estimado un predictor de ajustes posteriores (Ainsworth y Bowlby, 1991; Crittenden, 2000; Solomon y George, 2008). Las experiencias infantiles son consideradas cruciales en la construcción de

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

modelos de trabajo internos duraderos que permiten la organización de nuevas experiencias a partir de las previas, aportando sentido y continuidad, y determinando la forma en la que las sucesivas experiencias de apego son percibidas y conceptualizadas (Lewis et al., 2000). Los modelos de trabajo internos actúan como patrones básicos que organizan y filtran las futuras experiencias vitales.

Ainsworth (1969) y Main (1990) hicieron una distinción que se ha visto confirmada desde entonces en los estudios de investigación en la que resaltan la diferencia entre el apego seguro y el inseguro. A partir del apego inseguro, se realizó una división ulterior en dos modalidades; evitativo y ansioso. Posteriormente, Main y Solomon resaltan la existencia de una cuarta forma de apego relacionada con el trauma que engloba a los apegos desorganizados (Main et al., 1986). Estas categorías que distinguen entre apego seguro e inseguro han demostrado su estabilidad desde la infancia a la edad adulta en algunos estudios longitudinales recientes (Pinquart et al., 2013). En su estudio longitudinal Jones et al. (2018) revisan la estabilidad del apego durante la adolescencia de la misma manera que en la edad adulta. La etapa adolescente se considera que es un período de grandes cambios sociales y de roles con la creación de nuevas relaciones (Allen y Tan, 2016; Wrzus et al., 2013). Esta plasticidad de la adolescencia hace que el estilo de apego pueda ser más susceptible de ser modificado. Sin embargo, y a la vista de los resultados de Jones et al. (2018) se ha observado que a medida que los adolescentes se desarrollan y entran en la edad adulta, el estilo de apego deja de ser cambiante y se mantiene más estable que en la adolescencia. La progresión en el desarrollo convierte a los estilos de apego progresivamente más estables, ya que cuando una configuración del desarrollo toma forma, la probabilidad de desviaciones va decreciendo a

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

medida que pasa el tiempo, cristalizando el estilo de apego y decreciendo las posibilidades de alteraciones del mismo (Pinquart et al., 2013; Waddington, 1957).

Estudios recientes que examinan dicha estabilidad del apego a lo largo de la vida permiten extrapolar la teoría del apego a la vida y al funcionamiento de la salud mental en el adulto (Dozier et al., 2008; Fraley, 2002; Fraley y Brumbaugh, 2004; Pinquart et al., 2013). Esta consistencia del apego a lo largo de la vida se considera que viene dada porque las interacciones durante la infancia se codifican en los sistemas de memoria implícita convirtiéndose en modelos internos de apego estables (Mikulincer y Shaver, 2007).

A pesar de encontrar una mayor evidencia en la estabilidad del apego en la mayoría de los estudios, existe controversia en los resultados empíricos de algunos estudios, planteando alternativas que defienden la posibilidad de que las representaciones mentales sobre el apego se vayan diluyendo a lo largo del tiempo, a medida que el individuo genera nuevas representaciones a partir de experiencias relacionales posteriores. En esta perspectiva la predicción de un estilo de apego adulto a partir del apego infantil se cuestiona (Lewis, 1997).

Davila et al. (1997); Pinquart et al. (2013), sugieren que la inestabilidad en el apego afecta fundamentalmente a estilos de apegos inseguros que muestran menor nivel de seguridad y por tanto de estabilidad. Este aspecto presenta una gran importancia en la que se verifica recurrentemente, mayor consistencia en el apego seguro que en el inseguro a lo largo del tiempo.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

En el estudio de la estabilidad del apego encontramos dos modelos teóricos diferentes sobre la evolución del estilo de apego; la perspectiva *revisiónista* y la de *prototipo*. El modelo de prototipo apoya una visión más clásica en la que se asume que representaciones tempranas del apego se van consolidando a lo largo del tiempo. Dicho modelo pretende explicar cómo el desarrollo del apego se entiende como una forma adaptativa específica en la que el ser humano se desarrolla progresivamente desde el inicio. Sin embargo, el modelo *revisiónista* defiende que las representaciones mentales sobre el apego pueden irse debilitando a lo largo del tiempo a medida que el individuo genera nuevas representaciones a partir de experiencias relacionales posteriores, especialmente teniendo en cuenta que la infancia y la adolescencia son periodos de gran plasticidad, crecimiento y cambio. Así dichos autores ponen de relevancia que los cambios que se producen en los patrones de apego no son solo posibles sino comunes. La noción de modelos de trabajo internos tienen en cuenta que la experiencia y la memoria son capaces de ser reelaboradas como resaltan Pinquart et al. (2013). Algunos estudios observan cómo los cambios en el ambiente de la crianza, como el divorcio, pueden suscitar cambios en los modelos de trabajo internos y por tanto en el estilo de apego (Lewis et al., 2000).

Toman especial significación los cambios en el estilo de apego que se puedan producir cuando en el desarrollo general del niño/a, las necesidades básicas de éste/a no quedan cubiertas por las respuestas parentales o de las figuras de apego, repercutiendo negativamente en el estilo de apego (Early Child Care Research Network { NICHD }, 2001).

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Crowell y Treboux (1995) resaltan la relación entre la seguridad del apego infantil reevaluada en adolescencia tardía y en la edad adulta encontrando una correspondencia del 75% en la estabilidad de los apegos. El estudio del apego en niños realizado por Waters (1978) y reevaluado 20 años más tarde (Waters et al., 2000) encontró una correspondencia del 70% de seguridad/inseguridad en el apego y un 64% de correspondencia para tres clasificaciones descritas por Ainsworth. La pérdida de estabilidad en las clasificaciones de apego entre niños y adultos, se ha relacionado con factores vitales estresantes, clásicamente como la muerte de uno de los padres, una enfermedad que amenazaba la vida del sujeto o del padre o la madre y el divorcio.

Pinquart et al. (2013), en su meta-análisis que integra 127 trabajos de investigación sobre la estabilidad del apego desde la infancia hasta la edad adulta de 29 años ($n=21.072$) ha encontrado un coeficiente de $r = ,39$ de estabilidad, reflejando éste una estabilidad media en el apego. Sin embargo, no se encontró estabilidad en el apego en intervalos de tiempo superiores a 15 años, observándose mayores coeficientes de estabilidad cuanto menor era el intervalo de tiempo. La mayoría de los estudios test-retest reflejan que la estabilidad decrece según el periodo evaluado aumenta (NICHD, 2001; Lewis et al., 2000; Teti et al., 1996). Algunos autores atribuyen estos resultados a aspectos metodológicos. El test-retest que mide el estilo de apego tiene la desventaja que parece reducir la correlación de las medidas de apego presumiblemente debido a la sensibilización al procedimiento (Solomon y George, 2008). Adicionalmente, otros cambios en el estilo de apego se pueden producir por la forma de evaluación llevada a cabo basada en la observación del apego en períodos tempranos del desarrollo, donde no hay acceso a otra forma de registro y, posteriormente cuando los

individuos describen su historia de apego, mediante el relato de emociones y pensamientos posibles en niño/as de mayor edad, adolescentes o adultos (Allen, 2008). Los resultados arrojan que la estabilidad en el apego a largo plazo es más probable después de la adolescencia cuando se pueden aplicar instrumentos representacionales a través de respuestas verbales. La estabilidad en el apego que se ha visto afectada por los instrumentos de evaluación, encuentra mayores niveles de correlación en estudios que utilizan instrumentos de medida representacional en vez de conductual, o en aquellos en los que hay un cambio de los instrumentos conductuales a los representacionales en las evaluaciones test-retest (Pinquart et al., 2013).

Así mismo, se encontró que en la infancia el apego seguro en situaciones de riesgo es menos propenso a mantener dicha seguridad, mientras que niño/as con apego inseguro en situaciones de riesgo son más proclives a mantener el apego inseguro. En el metaanálisis de Pinquart et al. (2013), se ha podido observar una elevada probabilidad de cambio de un apego seguro a otro inseguro en niño/as en riesgo social (pobreza, maltrato, depresión materna, alcoholismo parental o divorcio de los padres, enfermedad crónica o discapacidad). Los factores de riesgo suponen un desencadenante que precipita un cambio desde un estilo de apego seguro a otro inseguro.

Fraley (2002) realizó un metaanálisis de 23 trabajos de investigación revisando el estilo de apego desde los 12 meses con evaluaciones posteriores en intervalos desde 1 mes hasta 21 años, encontrando una estabilidad media $r = ,39$ que decrecía según los intervalos de tiempo aumentan, con $r = 1,0$ en retests de 1 mes hasta $r = ,27$ con intervalos entre 5 y 21

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

años. Dicho estudio pone en evidencia niveles mayores de estabilidad en grupos en menor riesgo ($r = ,48$), que en grupos de alto riesgo ($r = ,27$).

La estabilidad observada para niños/as mayores de 6 años oscila entre $r = ,53$ y $r = ,55$, comparable con la correlación media de estabilidad en el apego adulto $r = ,54$ (Fraley y Brumbaugh, 2004).

Los resultados obtenidos del estudio realizado por Yárnoz-Yaben (1989), sobre la adaptación al castellano del cuestionario de Hazan y Shaver (1987) reflejan la existencia de patrones consistentes de apego en la edad adulta con respecto a la infancia en relación a la percepción retrospectiva de la figura materna, así como a los vínculos actuales adultos y expectativas relacionales.

Con respecto al impacto que la pandemia de Covid-19 ha supuesto en la estabilidad del apego de la población está todavía por determinarse, sin embargo, los estudios parecen confirmar que el impacto emocional y psicológico en la población no ha sido leve generando una realidad sin precedentes cuyos efectos a largo plazo son todavía desconocidos (Ramírez-Ortiz et al., 2020). La situación pandémica desencadenada por el Covid-19 ha supuesto una exposición a una vulnerabilidad extrema para la población mundial ante la potencial amenaza a la propia vida y pérdidas de seres queridos, que se ha visto exacerbada por el temor al contacto interpersonal derivado del potencial efecto contagioso que éste supone, a lo que se le sumó las también extremas medidas de confinamiento y aislamiento social. Todo ello, pudiendo contribuir a una amenaza del sistema de apego y desafiando al mecanismo que de forma innata se activaría para protegernos. La necesidad de mantener

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

distanciamiento físico, dentro y fuera del domicilio, incluso en el contexto familiar ha puesto en jaque las relaciones de apego (Velayos y Sánchez Ruiz, 2020). Hace más de 100 años, Menniger (1919), ya expuso el impacto psicológico de la gripe española de 1918 con sus posteriores condiciones psiquiátricas.

Castellini et al. (2022) en un estudio sobre una muestra de mujeres destaca como factores de riesgo, la edad temprana y el trauma infantil, así como el estilo previo de apego inseguro que resultarían en factores pronósticos negativos permanentes. Resaltan especialmente los estudios realizados en este periodo pandémico sobre las dificultades de los apegos inseguros ante el estrés derivado de la pandemia como factor de riesgo para la salud mental (Ferrajão, 2022; Vowels et al., 2022), en donde, la exposición a acontecimientos traumáticos como los vividos en el Covid-19 puede provocar cambios en las orientaciones de apego, los cuales a su vez pueden generar cuadros más complejos de TEPT (Ferrajão, 2022).

Concluimos que los estilos de apego tienden a ser relativamente estables a lo largo de la vida, si bien pueden verse alterados por acontecimientos vitales significativos que modifiquen los modelos internos previos (Waters et al., 2000). Recordamos que la inestabilidad en el apego afecta especialmente a los apegos inseguros según se ha encontrado recurrentemente en la investigación con mayor consistencia en el apego seguro que en el inseguro a lo largo del tiempo (Davila et al., 1997; Piquart et al., 2013).

2.2. El Apego y su medida: Categorías vs. Dimensiones

A lo largo del desarrollo de la teoría del apego en relación al apego adulto, se han generado fundamentalmente dos corrientes de investigación que, partiendo de los principios postulados por Bowlby han originado instrumentos de evaluación diferentes (Shaver et al., 2000). La primera línea de investigación tiene su origen en psicólogos clínicos y del desarrollo y cuyo principal instrumento de medida son las entrevistas como la **Adult Attachment Interview, AAI**, (George et al., 1985), que fue la primera herramienta de evaluación del apego adulto. La segunda corriente de investigación tiene su anclaje en la psicología social que indaga sobre las relaciones amorosas y de pareja, desarrollando varios cuestionarios y escalas de autoinforme para evaluar el apego en adultos, como se muestra en la Tabla 1 (Yarnoz-Yaben y Comino, 2011).

Tabla 1
Corrientes de investigación sobre el apego adulto e instrumentos de evaluación

	Modelo Representacional	Modelo Comportamental
Origen	psicología clínica y del desarrollo	psicología social
Fundamento básico	modelo interno del actual adulto a partir de la retrospectiva del vínculo infantil	relaciones significativas actuales y de pareja
Instrumentos de evaluación	Entrevistas	Cuestionarios autoinforme
Convergencias	<ul style="list-style-type: none"> - ambas líneas de investigación se basan en la teoría del apego propuesta por Bowlby y Ainsworth - ambas consideran las diferencias individuales - clasificación que se fundamenta en la tipología de apego infantil 	
Divergencias	<ul style="list-style-type: none"> - Diferente estructura subyacente: categorial vs. dimensional 	

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

	<ul style="list-style-type: none"> - Diferente sistema de codificación: La AAI puede incluir también una cuarta categoría de pérdidas y traumas no resueltos (U), la codificación dimensional de Bartholomew incluye una cuarta categoría, temerosa, no extrapolable en el AAI. - Diferentes dominios: familia; relaciones de pares o románticas. 	
Tipo de muestra	<ul style="list-style-type: none"> - población clínica - tamaño de la muestra pequeña 	<ul style="list-style-type: none"> - población general y clínica - tamaño de la muestra grande
Modelo	<p>Categorial ABC de Ainsworth (1969) tripartito en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Seguro</i> - <i>Evitativo</i> - <i>Preocupado</i> <p>Adult Attachment Interview, AAI (George et al., 1985)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Seguro-autónomo</i> (F) - <i>Inseguro-desvalorizador</i> (Ds) - <i>Inseguro-preocupado</i> (E) - <i>No resuelto</i> (U) 	<p>Categorial y Dimensional propuesta inicial de Bartholomew y Horowitz (1991) con adicional asignación categorial de 4 tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Seguro</i> - <i>Huidizo alejado</i> - <i>Preocupado</i> - <i>Huidizo Temeroso</i> <p>Posteriormente, Fraley et al. (2000) designaron las dimensiones subyacentes: evitación y ansiedad. de 4 tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Seguro</i> (baja ansiedad y evitación), - <i>Desvalorizador-evitativo</i> (baja ansiedad, alta evitación), - <i>Preocupado</i> (alta ansiedad, baja evitación) - <i>Temeroso-evitativo</i> (alta ansiedad y alta evitación)
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - utilidad para muestras pequeñas - mayor simplicidad estadística - mayor complejidad teórica 	<ul style="list-style-type: none"> - utilidad para muestras grandes - mayor información individualizada en los análisis estadísticos
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> - estrecha estereotipificación de los casos - categorización descriptiva - mayor dificultad en la codificación con necesidad de jueces expertos - altos costes 	<ul style="list-style-type: none"> - pérdida de información individual accesible sólo a partir de entrevista personal, pero de baja utilidad estadística - reducidos costes - menor tiempo de ejecución de cuestionarios

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Principales Instrumentos	Adult Attachment Interview, AAI (George et al., 1985) Adult Style Interview, ASI (Bifulco et al., 1998)	Adult Attachment Scale, AAS (Collins y Read, 1990) Relationship Questionnaire, RQ Bartholomew y Horowitz, (1991) Experiences in Close Relationships, ECR (Brennan et al., 1998)
Instrumentos validados población española		Experiences in Close Relationships (Spanish version), ECR-S (Alonso-Arbiol et al., 2007) Cuestionario de Apego Adulto, CAA (Melero y Cantero, 2008) Cuestionario para la evaluación del apego versión reducida, CaMir-R (Balluerka et al., 2011) Vinculatest (Abuín, 2018)

Adaptado de: Bartholomew y Shaver (1998); Martínez y Santelices (2005); Yarnoz-Yaben y Comino (2011)

Estas dos corrientes de investigación del apego que se han desarrollado una al margen de la otra, a pesar de estar asentadas sobre los mismos principios fundacionales teóricos basados en las tipologías propuestas por Ainsworth, han generado una discrepancia en la forma de evaluar el apego, la primera más inclinada al uso de entrevistas como la AAI y la segunda más centrada en el uso de cuestionarios como el CRP (Cuestionario de Experiencia en las Relaciones de Pareja de Brennan et al., 1998). Esta diferencia ha generado categorías y dimensiones del apego distintas, aun midiendo constructos similares desde el enfoque psicodinámico (Shaver y Mikulincer, 2002). Si bien, algunos autores como Waters et al. (2002) constatan que las correlaciones encontradas entre ambos tipos de instrumentos son moderadas.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Ambas corrientes han señalado correlaciones significativas entre los estilos de apego infantiles y adultos, así como en la construcción del tipo de relaciones de pareja. Sin embargo, contemplan constructos y sistemas de clasificación diferentes que se debe tener en cuenta, ya que parcialmente indagan sobre aspectos diferentes. El AAI evalúa las dimensiones de la representación mental que el actual adulto mantiene sobre su infancia, al igual que también se examina el estilo de apego que el sujeto mantiene en su propia investidura adulta. En cuanto a las mediciones del apego de tipo categorial proveniente de la psicología social, estos modelos llevan una mirada hacia aspectos vinculados al apego en el contexto de pareja que, si bien parecen estar anclados en modelos mentales construidos desde la infancia, podrían igualmente estar condicionados por aspectos tan diferentes como el atractivo sexual o social y no tanto con el apego estrictamente (Shaver et al., 2000).

Las diferencias en la clasificación de los tipos de apegos a partir de dos tradiciones o líneas de investigación, basadas en los modelos representacional y comportamental del apego con sistemas de clasificación categoriales o dimensionales, pone en evidencia la falta de unicidad del constructo del apego en el ámbito teórico y de investigación (ver Tabla 1). Dichas discrepancias afectan en el ámbito de investigación al método de evaluación y la clasificación utilizada. Específicamente, los instrumentos de evaluación categoriales reproducen la forma de medida del modelo categorial ABC de Ainsworth: seguro, evitativo, ambivalente. Por otro lado, los sistemas de medida de orden dimensional consideran medidas continuas en el estilo de apego, alineadas a lo largo de un continuo de dos dimensiones conceptuales entre “modelo de sí mismo” y “modelo del otro” y más recientemente entre

“ansiedad” y “evitación”, correspondiendo la ansiedad al modelo de sí mismo, relacionado con el miedo experimentado en el contacto íntimo con otros y la evitación correspondiente al modelo de los otros, tocante a las relaciones de cercanía y dependencia experimentada con respecto a otros (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

A pesar de las diferencias entre ambos tipos de instrumentos de evaluación existen puntos de solapamiento en aspectos fundamentales ya que los modelos internos de apego emergen de la historia personal en relación a las figuras significativas de apego. Finalmente, las categorías obtenidas por ambos instrumentos de evaluación son coherentes con las tradicionalmente propuestas por Ainsworth et al. (1978). Los aspectos fundamentales en ambos tipos de instrumentos son la seguridad interna, las estrategias de regulación emocional y la capacidad de depender del cuidado del otro en momentos de necesidad (Shaver et al., 2000).

Buchheim et al. (2002), exponen que los instrumentos basados en el modelo representacional son medidas que tienen el interés de medir aspectos inconscientes del modelo relacional interno, mientras que los modelos comportamentales recogen estados más superficiales y conscientes que se expresan en las relaciones interpersonales. Otras investigaciones aportan evidencias de que ambos modelos están relacionados en algunos aspectos (Mikulincer y Shaver, 2007). Cabe resaltar la naturaleza inconsciente de aspectos del apego construidos de forma procedimental. Tanto la naturaleza de los modelos de representación que una persona construye, como la forma en la que el comportamiento de apego se organiza, se consideran el resultado de experiencias que tienen lugar desde el inicio de la vida y se repiten de forma continuada y cotidiana durante la infancia y la adolescencia,

que el apego vivido, se vuelve tan arraigado que llega a funcionar de forma automática y fuera de la conciencia (Bowlby, 1980). Esto pone de relieve la importancia del estudio de aspectos vinculares que no necesariamente son percibidos, ni registrados de forma consciente, por lo que los instrumentos de medida deben tener en cuenta la codificación de la vivencia sin atender exclusivamente a la memoria consciente y explícita y valoración personal, sino que incluya la vivencias que emergen de forma automática. Investigadores del apego mantienen que las medidas de autoinforme de apego fracasan en considerar la posibilidad de que haya aspectos de las pautas de apego que sean inaccesibles a la conciencia consciente y, por lo tanto, no puedan evaluarse mediante métodos de autoinforme. Las medidas de autoinforme recogen vivencias conscientes y por tanto, con alta probabilidad de desacierto sobre uno mismo. El AAI, por su naturaleza al ser una entrevista distingue aspectos defensivos en el apego, a saber, negación, represión, autosuficiencia compulsiva y desestimación de las necesidades de apego, frente a la vigilancia y la sensibilización, siempre realizados por un profesional entrenado. Estas diferencias no son necesariamente reconocidas por las personas que las exhiben por lo que se esperaría una asociación moderada entre la entrevista y las medidas de autoinforme (Bartholomew y Shaver, 1998).

Sin embargo, los análisis de los distintos instrumentos de evaluación del apego revelan la existencia de las dos dimensiones subyacentes a la mayoría de las medidas de apego: ansiedad y evitación, también referidas como “ansiedad de separación” y la “búsqueda de proximidad”. A partir de las dos dimensiones de ansiedad (ante la intimidad) y evitación (de las relaciones) se construye un sistema categorial de 4 tipos: Seguro (baja ansiedad y evitación), Desvalorizador (baja ansiedad, alta evitación), Preocupado (alta ansiedad, baja

evitación) y Temeroso (alta ansiedad y alta evitación) propuesto por Brennan et al. (1998) y basado en el modelo de Bartholomew y Horowitz (1991) (ver Tabla 1). La evaluación en base a las dimensiones de ansiedad y evitación está considerada más fiable que la categorial, mediante la posterior adscripción a uno de los cuatro estilos de apego (Alonso-Arbiol et al., 2007; Lacasa, y Muela, 2014; Yarnoz-Yaben y Comino, 2011). Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn (2009) señala en el más amplio estudio realizado sobre el apego en población general y clínica, que las medidas continuas de las dimensiones de apego permiten estudiar la complejidad de los fenómenos clínicos más exhaustivamente que las medidas basadas en categorías. Las escalas dimensionales tienen la capacidad de crear un espacio multidimensional en el que muchos más sujetos pueden posicionarse adecuadamente en contraposición con un sistema categórico.

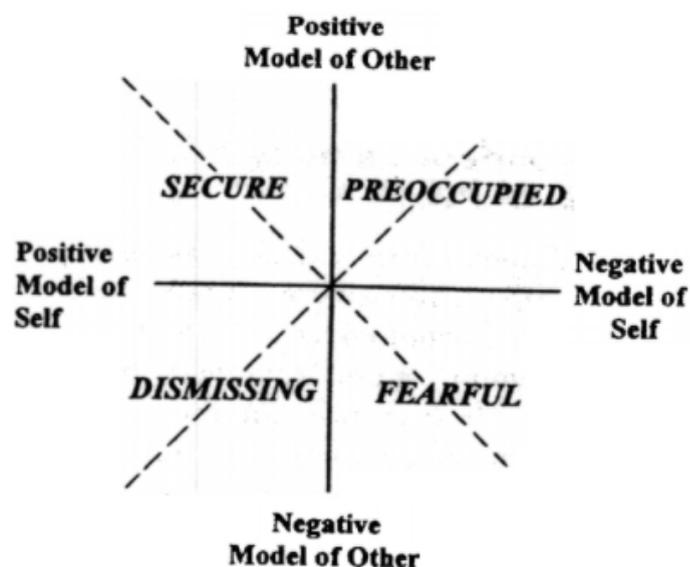
Algunos autores han sugerido la dificultad que presenta la evaluación del estilo de apego a partir de una medida única y transversal con el fin de categorizar a un adulto, obviando los diversos factores que intervienen en el estado mental en el apego. Martínez y Santelices (2005) subrayan que la seguridad, las formas de manejar la ansiedad, así como la capacidad para establecer una intimidad en las relaciones son producto de una larga historia de interacciones con las figuras de apego, no encontrándose una equivalencia en todos los aspectos, entre su estado mental acerca del apego y su estilo en las relaciones. Esta línea de pensamiento defiende que el estilo de apego no se presenta como un rasgo evidente en todas las relaciones, sino que existen distintos modelos internos o patrones de relación que son evocados dependiendo de cada relación en particular, por tanto, la seguridad o inseguridad de esa relación es reevaluada constantemente en cada contexto relacional (Kobak, 1999; Stein et

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

al., 2002). Por lo que la evocación de un estado mental pudiera estar conectada al estilo de relación construida individualmente con cada otro significativo (Allen et al., 2001).

La propuesta categorial inicial tripartita basada en la observación infantil no desveló directamente en el sistema categorial los aspectos subyacentes de *ansiedad* (modelo de sí mismo) y *evitación* (modelo de los otros) que sí quedan recogidos en el modelo dimensional. La propuesta dimensional del apego se adapta a la necesidad propuesta por Bowlby en la que en el sistema de apego el modelo operativo interno del niño debe crear un modelo de las figuras de apego (en el adulto un modelo del otro) y de sí mismo. Una combinación de estas dos variables ha dado lugar al modelo de Bartolomew y Horowitz (1991), que se muestra en la Figura 1.

Figura 1
Modelo de apego adulto de Bartolomew y Horowitz



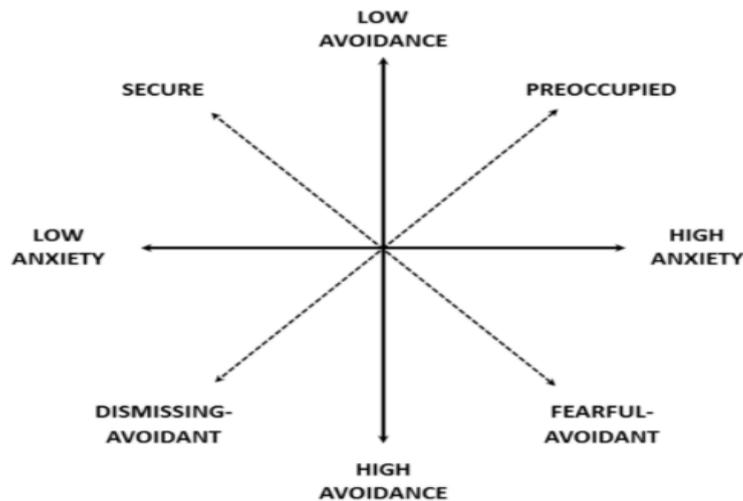
Fuente: Bartolomew y Horowitz (1991)

Por otro lado, la Figura 2 muestra las variaciones continuas que contempla el modelo dimensional con respecto a la *ansiedad* y la *evitación* en el apego. La combinación de estas dimensiones da lugar a los prototipos teóricos enfatizados en los modelos categóricos (Brennan et al., 1998; Fraley y Shaver, 2000).

Actualmente, dicho modelo está reconocido por la comunidad científica que trabaja en el campo del apego adulto en donde se consideran que los diferentes estilos y prototipos de apego están alineados a lo largo de un continuo de dos dimensiones, es decir, combinaciones lineales de estas dos dimensiones. El mayor nivel de conocimiento en las distintas variaciones de estas variables permite preservar las diferencias individuales (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

Las dos dimensiones de ansiedad y evitación señaladas por Brennan et al. (1998) son ortogonales y se correlacionan con las variables dimensionales también de Bartholomew y Horowitz (1991). La evitación corresponde a la dimensión *modelo del otro* y la ansiedad corresponde a la dimensión de *modelo de sí mismo* de Bartholomew y Horowitz (1991). Juntas, estas dos dimensiones definen las cuatro categorías de apego, de tal forma que, los adultos preocupados y temerosos presentan mayores niveles de ansiedad que los adultos seguros y despectivos, los adultos despectivos y temerosos presentan mayores niveles de estrategias de evitación que los adultos seguros y preocupados. Adicionalmente, se han encontrado individuos con tendencias bajas en evitación sostienen relaciones duraderas, mientras que personas con altos niveles de evitación son menos propensas a mantener relaciones duraderas (Alonso-Arbiol et al., 2007).

Figura 2
 Dimensiones continuas de la ansiedad y la evitación en el apego



Fuente: Fraley et al., 2015

Cabe señalar que el modelo dimensional a partir de las variables de ansiedad y evitación también coincide con las variables subyacentes de la mirada transversal de la psicopatología a partir de factores transdiagnósticos propuesto por los modelos evolutivos, que pretende abordar la comprensión de las patologías desde aspectos que subyacen y son comunes a las mismas, explícitamente ambas variables son consideradas en la base del modelo psicopatología evolutiva y que desvelan patrones subyacentes y comunes a diferentes diagnósticos (Forbes et al., 2016).

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

En resumen, el apego de los adultos se conceptualizó originalmente como un modelo categórico de estilos distintos, que fue sustituido gradualmente a finales de los 90 por un modelo continuo/dimensional del apego tanto en el modelo representacional como en el comportamental. Este cambio fue impulsado por las primeras investigaciones taxométricas que sugerían que las personas varían continuamente (y no categóricamente) en cuanto a la seguridad (Fraley y Waller, 1998), (ver Tabla 2).

El enfoque dimensional comparado con el enfoque categórico ha demostrado conceptualizar y medir mejor las diferencias individuales en los estilos de apego de los adultos. El análisis de las diferencias individuales en los estilos de apego de los adultos se distribuye continuamente, no sólo a nivel de las representaciones de los vínculos globales, sino también en el contexto de relaciones específicas (Tabla 2). La propuesta del modelo dimensional sobre los estilos de apego considera a estos como regiones en un espacio bidimensional y no tanto como tipología (Fraley et al., 2015).

Tabla 2
Principales aspectos distintivos del Modelo Categorical y Dimensional

	Modelos Categóricos	Modelos Dimensionales
Principales aspectos distintivos de los instrumentos de evaluación de los modelos Categorical y Dimensional	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución discreta de las diferencias individuales en los estilos de apego adultos - Estereotipización con pérdida de las diferencias individuales - Simplificación teórica - Inclusión ulterior del cuarto tipo de apego “no resuelto” - Mayor sencillez estadística - Menores costes - Baja variabilidad del tipo de muestra - Economía en la comunicación científica - Menor utilidad en el ámbito clínico 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución continua de las diferencias individuales en los estilos de apego adultos - Arroja mayor compresión de las dinámicas entre las variables psicológicas subyacentes - Inclusión originaria de cuarta categoría dimensional del apego “temeroso-evitativo” o “desorganizado” más presente en psicopatología y población de riesgo - Mayor fiabilidad del instrumento - Mayores costes y complejidad estadística - Facilidad actual de acceso de la muestra vía telemática - Variabilidad del tipo de muestra con acceso a muestreo aleatorio de población más variada en contraposición con grupos específicos más constreñidos en investigaciones previas - Mayor flexibilidad en estudios correlacionales y de regresión múltiple - Pérdida de propiedades emergentes que surgen de la combinación entre dimensiones - Mayor dificultad en la codificación por jueces expertos - Mayor utilidad para la práctica clínica

Adaptado de: Bartholomew y Shaver (1998); Martínez y Santelices (2005); Yarnoz-Yaben y Comino (2011)

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Los investigadores del apego mantienen en la actualidad un consenso en el uso de instrumentos basados en dimensiones sobre aquellos basados en la adscripción del modelo categorial, considerando la conveniencia de la evaluación del apego en base a las dimensiones de ansiedad y evitación que aportan mayores niveles de fiabilidad (Alonso-Arbiol et al., 2007; Balluerka et al., 2011; Bartholomew y Horowitz, 1991; Bartholomew y Shaver, 1998; Crowell y Treboux, 1995; Fraley et al., 2015; Melero y Cantero, 2008; Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

La consideración de variables continuas tiene profundas consecuencias en contextos clínicos o aplicados, en la realización de evaluaciones precisas con implicaciones para determinar un diagnóstico, tratamiento y trayectorias de evolución. De hecho, los cambios generados a partir de tratamientos encaminados a producir una mejora en los vínculos afectivos, producen transformaciones graduales reales, difíciles de detectar a partir de modelos categóricos. El modelo dimensional puede incluir toda una riqueza y complejidad de la cual los modelos categóricos carecen (Fraley et al., 2015).

La evolución de la investigación ha ido sufriendo una transformación desde sus inicios con instrumentos de medidas basados en entrevistas personalizadas, focalizadas en la construcción de modelos internos retrospectivos de la infancia que buscaban la constatación de sistemas de apego, a instrumentos de medida con cuestionarios que permitan el acceso de información de amplios sectores de población donde se ha desplazado parcialmente el interés desde la constatación de la existencia de los apegos y su estabilidad en la edad adulta, al estudio de los mismos en sociedades rápidamente cambiantes en sus estructuras familiares y

sociales con mayores niveles de inestabilidad en los núcleos de crecimiento que ponen en peligro la seguridad en el apego. Dicha inestabilidad supone un mayor riesgo en los modelos internos de uno mismo y de los otros.

2.3. Apego Adulto

Hazan y Shaver (1987) pioneros del estudio del apego adulto, ampliaron los estudios sobre la clasificación de los tipos de apego infantil y destacaron que el estilo de apego adulto también se ve afectado por su historial de vínculos afectivos previos.

Conforme las personas avanzan hacia la edad adulta, la capacidad relacional es esencial para la formación de vínculos duraderos, el ejercicio de la parentalidad adecuada, y el desempeño social y laboral en la medida que capacita para colaborar junto con otras personas e integrarse, de manera productiva en la sociedad (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

Los autores Bartholomew y Horowitz (1991) propusieron una categorización de los estilos de apego en adultos (Figura 3), que a diferencia del postulado original tripartito, los autores consideran los modelos de uno mismo y del otro como independientes, lo que ha permitido una categorización cuatripartita del apego. En este modelo, los estilos seguros y preocupados (ansioso-ambivalente) permanecieron, mientras que se identificaron dos tipos distintos de apego evitativo. Estos nuevos estilos de apego se llamaban temerosos y

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

rechazantes. Las personas temerosas evitan la intimidad debido al miedo al rechazo, mientras que la persona rechazante evita la intimidad debido al deseo de independencia.

Figura 3
Modelo de clasificación del apego de Bartholomew

(+) ----- Percepción del Self ----- (-) (-) ----- Ansiedad ----- (+)	
<i>Seguro</i> Intimidad y confianza básica	<i>Preocupado</i> Sentimientos de inadecuación personal, búsqueda de aprobación y valoración, confianza ciega.
<i>Evitativo</i> Escepticismo sobre las relaciones, deseo de invulnerabilidad, falta de empatía y desconfianza distante.	<i>Temeroso</i> Miedo al rechazo, contacto impersonal. Desconfianza temerosa.

Fuente: Bartholomew y Horowitz (1991)

Este modelo de apego de cuatro categorías se basa en la idea de que cada individuo tiene una visión positiva o negativa de sí mismo (digno de amor y apoyo o no) y una visión positiva o negativa de los demás (confiable y disponible o no confiable y rechazante), cuya combinación da lugar a los cuatro estilos de apego (Elgin y Pritchard 2006). Por tanto, siguiendo el Modelo de Bartholomew y Horowitz (1991) se considera:

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

- Estilo de *apego seguro* comprende a aquellos individuos que tienen una visión positiva de sí mismos y de los demás. Las personas seguras se caracterizan por un sentido internalizado de autoestima y comodidad con la intimidad en las relaciones cercanas.
- Estilo de *apego rechazante* comprende a aquellas personas con una visión positiva de sí mismos y una visión negativa de los demás. Se caracterizan por evitar la cercanía con los demás debido a las expectativas negativas. Mantienen su alto sentido de autoestima al negar el valor de las relaciones cercanas y acentúan la importancia de la independencia.
- Estilo de *apego preocupado* se da en aquellos con una visión negativa de sí mismos y una visión positiva de los demás. Estas personas tienen un sentido profundo de “ser indigno”, pero tienen una visión positiva de los demás, lo que hace que busquen una cercanía excesiva, que a menudo los hace vulnerables a la angustia emocional cuando no se satisfacen sus necesidades.
- Estilo de *apego temeroso* deriva de una visión negativa de uno mismo y de los demás. Las personas que caen en esta categoría se caracterizan por una sensación de “ser indigno”, combinada con la expectativa de que los demás les rechazarán. Desean relaciones íntimas con otros, pero a menudo evitan las relaciones para protegerse del rechazo anticipado.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Los individuos que poseen un apego seguro se caracterizan por tener una mayor habilidad para regular sus afectos de forma adaptativa, pudiendo mantener una respuesta flexible de acercamiento o distanciamiento ante estresantes interpersonales (Fuendeling, 1998). El apego seguro se expresa en que dichos individuos pueden mantener relaciones de intimidad, sentir y tener muestras de amor y apoyo hacia otras personas sin necesidad de sentirse invadidos, ansiosos o despreciativos (Mallinckrodt, 2000).

La primera dimensión que refiere este modelo es la ansiedad, se informa de estados en los que las personas se muestran hipervigilantes en temas relacionados con el apego. Altos niveles de ansiedad se encuentran en personas preocupadas sobre la responsividad de los demás, mientras que personas que se encuentran en el extremo opuesto que no presentan ningún o muy bajo nivel de activación, no consideran las relaciones como constituyentes vitales importantes. La segunda dimensión, la evitación, informa las estrategias utilizadas de búsqueda de proximidad o evitación para regular las conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con el apego. En el extremo superior de este constructo encontramos la tendencia a obviar los vínculos afectivos, mientras que en el extremo inferior encontramos la tendencia opuesta que permite la apertura afectiva desde una base segura de confianza (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

El meta-análisis realizado por Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn (2009) sobre una muestra total de 10.000 adultos consistente en muestras clínicas y no clínicas, aportó unos resultados en la muestra no clínica con un apego seguro del 58%, un 23% de apego evitativo, un 19% de apego ansioso y un 18% adicional codificado de toda la muestra no

clínica como apego relacionado con pérdida no resuelta o trauma. Mientras que en la muestra clínica el 27% presentó un apego seguro, el 37% apego evitativo, el 37% apego ansioso y el 43% codificado como apego relacionado con pérdida no resuelta o trauma, esta última categoría de apego no resuelto es considerada por los autores como crucial en el desarrollo de desórdenes disociativos y trastorno de estrés postraumático. Esto ha puesto de manifiesto la elevada presencia de apego inseguro en la muestra clínica, un apego inseguro muy superior especialmente que aumenta en el estilo de apego desorganizado que incluía sujetos con trastorno por estrés postraumático, trastornos de personalidad límite y trastornos depresivos. Resalta igualmente las altas tasas de apego no resuelto o trauma en la muestra no clínica de casi un 20% y en la muestra clínica de un 43%. Sin embargo, como contrapunto sobresale en la muestra no clínica una distribución algo superior en el apego seguro (58%) con respecto al total del apego inseguro.

La idea central en la teoría del apego propuesta por Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980), contempla que los apegos adultos tienen sus raíces en las experiencias de la infancia con figuras de apego significativas, a partir de las cuales, los caminos del desarrollo por donde los niños transitan hacia la vida adulta, son dirigidos hacia o lejos de la seguridad del apego por eventos tales como la pérdida de figuras significativas de apego, el maltrato o el abandono. De tal forma que, a medida que una persona se mueve por estos “caminos de desarrollo” son posibles cada vez más diferencias, en un continuo pero ramificado árbol de experiencias de apego, comenzando en la infancia y desarrollándose a lo largo del curso de la vida.

2.4. Apego y Regulación Emocional

La teoría del apego postula la búsqueda de la proximidad hacia la figura de apego como la estrategia que permite la regulación de los estados internos y cuyo objetivo último es la consecución de una sensación de seguridad y protección (Bowlby, 1980). Bowlby defiende que a lo largo de toda la vida, los seres humanos tienen una predisposición innata a establecer lazos emocionales que habilitan a alcanzar estados de seguridad con los que regular la angustia. Al inicio de la vida, la calidad percibida de la interacción entre el niño/a y figura de apego, tiende a convertirse en un sistema representacional interno en el que el niño/a incluye tanto la representación mental de la relación con las figuras de apego como la representación mental de sí mismo (Balluerka et al., 2011). Se piensa que se internaliza el modelo de trabajo para lidiar con la angustia, y que éste forma la base para la regulación del afecto (Fonagy y Target, 2007).

Desde el nacimiento, los niños/as van desarrollando una amplia gama de habilidades motoras, cognitivas y de comunicación con el desarrollo del lenguaje, así como la habilidad de experimentar, expresar y modular diferentes emociones y sentimientos. Por tanto, el estilo de apego refleja una estrategia para organizar y regular las emociones y las cogniciones sobre uno mismo y los otros (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). Este desarrollo progresivo en las primeras etapas de vida está embebido en una matriz afectiva, antes que se produzca el desarrollo motor, cognitivo y la aparición del lenguaje, y es en esa matriz donde se encuentra el potencial del desarrollo humano. El intercambio afectivo que se produce al inicio de la vida es considerado la base de los

sistemas relaciones posteriores necesarios que permitirán el correcto devenir de la capacidad de comprender y sintonizar con los estados mentales y afectivos de otros seres humanos con los que interactuar y utilizar como fuente de enriquecimiento (Lyons-Ruth, 2008).

Se pueden describir diferentes estrategias de regulación emocional en función del estilo de apego del individuo (Gross, 2001; 2008; Shaver y Mikulincer, 2002). En el estilo de apego seguro se encuentran estrategias de regulación del afecto que se organizan en torno a creencias positivas sobre sí mismo y los demás (Bartolomew y Horowitz, 1991). En cambio, cuando no se constituye un sentimiento básico de seguridad, característico de un apego seguro, se suelen formar representaciones negativas sobre uno mismo o/y del mundo, lo que hace que se desarrollen estrategias de regulación del afecto distintas a la búsqueda de proximidad, llamadas estrategias secundarias de apego (Mikulincer et al., 2003).

Main (1990) y Kobak et al. (1993) conceptualizan los patrones básicos de apego para adultos en términos de estrategias de control. De acuerdo con estos autores la *estrategia primaria* se refiere a una activación flexible del sistema de apego, esto es, los eventos alarmantes provocan la activación del sistema, mientras que la proximidad o disponibilidad de una figura de apego los desactiva, permitiendo solo entonces, que el sistema de exploración se active. Sin embargo, si se espera que la figura de apego no esté disponible, la estrategia principal puede ser reemplazada por una *estrategia secundaria*, la cual consiste en desactivar el sistema de apego, desviando la atención de la figura de

apego o aumentando las manifestaciones de aflicción. El cuarto estilo de apego, conocido como desorganizado (Main y Solomon, 1986) se considera que refleja estrategias de control inconsistentes, que evidencian la incapacidad de haber creado una respuesta de apego coherente y estable.

El modelo de Shaver y Mikulincer (2002) explica dos tipos de estrategias de regulación afectiva basadas en la desactivación e hiperactivación emocional, como respuestas defensivas que surgen cuando la necesidad básica de apego seguro no es posible. Mikulincer et al. (2003), hacen referencia a que los estilos de apego ansioso y evitativo tienen como característica principal el fracaso de la búsqueda de seguridad, manteniéndose la angustia, por tanto, las estrategias de regulación de afecto son las estrategias de desactivación o hiperactivación.

El modelo de regulación emocional de Gross (2001) distingue las estrategias centradas en los antecedentes y las centradas en la respuesta. Las primeras tienden a producirse antes de que la emoción se haya activado y tienen por objeto transformar las tendencias de respuesta; ello conlleva una reevaluación cognitiva que implica la reinterpretación de un evento para cambiar su impacto emocional. Las segundas, ocurren tras la activación emocional, y en este caso se modifica la expresión conductual de la emoción mediante la supresión expresiva e inhibición activa de la conducta emocional-expresiva (Gross y John, 2003).

Los individuos seguros activan la búsqueda de apoyo en situaciones altamente estresantes y con elevada angustia, lo cual les permite reducir y aliviar el impacto de la emoción negativa (Larose et al., 1999; Ognibene y Collins, 1998; Wallace y Vaux, 1993; Becker, 1973). Este tipo de estrategia habilita la experimentación de emociones negativas sin sentirse inundados por ellas, por lo que mantienen la proximidad y expresión de sus sentimientos (Mikulincer y Orbach, 1995; Mikulincer y Shaver, 2003; Shaver y Hazan, 1993). Las personas con vínculos seguros han aprendido que el reconocimiento y la exhibición de angustia provocan respuestas positivas del entorno y la búsqueda de apoyo de los demás es un medio efectivo para hacerlas frente. Esto va unido a una autopercepción de eficacia sobre la propia capacidad de autorregulación de las emociones negativas (Shaver y Mikulincer, 2007).

Recientemente, Winterheld (2016) llevó a cabo un estudio con el fin de probar si el estilo de apego podía predecir las estrategias de regulación afectiva (reevaluación cognitiva, supresión expresiva, expresividad de las emociones negativas). Concluyendo que los individuos con un estilo de apego seguro tienen un mayor uso de reevaluación cognitiva y baja inhibición expresiva, por tanto, suelen experimentar y enfrentar la angustia.

Las personas evitativas tienden a minimizar las experiencias emocionales negativas, evitan buscar apoyo de los demás y niegan las necesidades relacionadas con los apegos (Cassidy y Kobak, 1988; Fraley y Shaver, 1997; Mikulincer y Shaver, 2003). Mantienen estrategias de desactivación, que consisten en intentar distanciarse de la figura

de apego, evitar la interdependencia, esforzarse por la autosuficiencia y el control, suprimir los pensamientos angustiosos y reprimir los recuerdos dolorosos (Shaver y Mikulincer, 2007). La estrategia se caracteriza por mantener el material angustiante fuera del campo de la conciencia y la memoria desde el principio (Fraley et al., 2000). La inhibición expresiva puede ser una forma de reducir situaciones angustiosas y por ello, las personas evitativas mantienen una apariencia tranquila ante conflictos, lo que les puede ayudar a mantener el control y la distancia psicológica con los demás (Bartholomew y Allison, 2006). Las personas con apegos evitativos relativizan la importancia de los apegos, minimizan el mundo emocional de la experiencia con otros y muestran dificultades a la hora de expresarlas, e incluso apreciar dicha capacidad en otros (Fuendeling, 1998; Mallinckrodt, 2000). En resumen, las personas evitativas llevan a cabo una mayor inhibición expresiva, en especial cuando perciben conductas negativas en los otros (Winterheld, 2016).

Las personas con un estilo de apego ansioso muestran estrategias de hiperactivación (Cassidy y Kobak, 1988; Shaver y Mikulincer, 2002). Este tipo de estrategias, al contrario de las que mantienen las personas evitativas, se caracterizan por la tendencia a reducir la distancia con el vínculo afectivo y conseguir su apoyo y protección gracias a las respuestas de aferramiento y control (Shaver y Mikulincer, 2002). Elgin y Pritchard (2006) describen como aquellos con un estilo de apego ansioso ambivalente desean relaciones cercanas porque temen no ser amados, creando relaciones de dependencia fácilmente para disminuir sus miedos. Además, el individuo ansioso tiene mayor facilidad para acceder a recuerdos dolorosos pudiendo vincular automáticamente

unos con otros; se enfoca mucho en su propia angustia y expresa sus sentimientos negativos con el fin de recibir apoyo y atención por parte de los que le rodean (Kobak y Sceery, 1988; Mikulincer y Shaver, 2003). Las personas muy ansiosas se muestran extremadamente angustiadas durante un conflicto, están hipervigilantes a los signos negativos, independientemente de que su figura de apego les muestre o no apoyo (Campbell et al., 2005). En el estudio de Winterheld (2016) se encontró que las personas con un estilo de apego ansioso tienden a tener una mayor expresividad emocional negativa, pero cuando perciben a los otros como evitativos, aumentan la inhibición expresiva. El estilo de apego ansioso priorizará el mantenimiento del vínculo adaptándose a las necesidades de los otros como forma de protección por encima de la satisfacción de las necesidades propias de intensidad en la intimidad que le caracterizan y que le ayudan a regularse. Con ello, suprimirá la intensidad emocional siempre que el entorno lo requiera en contra del estilo habitual de apego en el que tiende a intensificar sus emociones (Remen et al., 2002). En definitiva, aquellas personas con apego ansioso tienden a estar extremadamente preocupados en sus relaciones afectivas especialmente en aquellos momentos que se sientan en riesgo de abandono, con un sistema afectivo hiperactivo que anticipa y magnifica situaciones de dolor y pérdida (Fuendeling, 1998; Mallinckrodt, 2000).

Los individuos temerosos/desorganizados presentan objetivos de seguridad conflictivos porque desean y temen a la vez la cercanía emocional, es decir, puntúan alto en las dimensiones de ansiedad y evitación (Bartholomew y Horowitz, 1991). En el estudio de Winterheld (2016) se encontró que las estrategias de regulación emocional en

personas con apegos temerosos y desorganizados son muy similares a las de los patrones de estilo seguro y evitativo, variando de forma oscilante. Cuando perciben actitudes negativas, tienden a mostrar una alta inhibición emocional expresiva, prácticamente de la misma manera que las personas con estilo evitativo; en cambio, cuando perciben al otro de manera cercana y positiva, muestran proximidad y expresión emocional, aunque en menor medida que las personas seguras. Esto viene a explicar la idea de que las personas con estilo desorganizado no tienen establecido un sistema de apego estable, relacionado con patrones de apego incoherentes e impredecibles. El apego desorganizado está considerado como un estilo de apego relacionado con experiencias adversas de trauma o pérdida en relación a figura de apego, vinculado especialmente al abuso y negligencia, y asociado a síntomas de estrés postraumático con presencia de estados disociativos (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Main y Hesse, 1990).

En definitiva, se pone de manifiesto que el estilo de apego seguro se caracteriza por niveles bajos tanto de evitación en la búsqueda de apoyo en los demás, como bajos niveles de ansiedad que se generan en la dependencia con otros significativos, ya que existe una convicción interna de capacidad en poderse apoyar en recursos propios.

Pierrehumbert et al. (2002) realizaron un estudio sobre la desregulación emocional presente en dos trastornos considerados por los autores que comparten mecanismos adictivos, entre la dependencia a sustancias y los trastornos alimenticios, este último relacionado con la adicción a las endorfinas. Sin embargo, aunque dicho modelo adictivo no ha podido ser respaldado por unos planteamientos sólidos en cuanto a la evidencia común de los mecanismos de recompensa involucrados (Stern et al., 1992), parece que sí

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

comparten un problema de regulación emocional de base y alteraciones en las relaciones de apego, encontrándose modelos de apego familiares con experiencias de inestabilidad familiar, falta de apoyo parental y experiencias traumáticas (Pierrehumbert et al., 2002). Dicho estudio comprende una muestra en la que participaron 249 sujetos con una distribución de 86 en el grupo de control y 163 grupo experimental que cumplían los criterios de DSM, de los cuales, 113 presentaban adicción a sustancias psicoactivas con poliabusos y 50 con trastornos clínicos de alimentación. Los resultados obtenidos arrojaron que ambos grupos experimentales presentaban mayores índices de estrategias secundarias de apego, con estrategias menos equilibradas y dificultades en la regulación emocional, mientras que el grupo control presentó mayores estrategias primarias de apego. Específicamente en el grupo de dependencia de sustancias se encontró que los niveles estrategias específicas de desactivación del apego eran más elevados, mientras que en el caso de trastornos de la conducta alimentaria las estrategias de hiperactivación del apego eran superiores, mostrando así cada grupo experimental unas estrategias específicas en los patrones de estrategias secundarias. Sin embargo, y confirmando lo que otros estudios han puesto de manifiesto, el grupo control correspondiente a población sana, con apego seguro, presentó mayores niveles de estrategias primarias para la regulación emocional.

Yáñez-Yaben (1989) en el trabajo de investigación de adaptación al castellano del cuestionario de Hazan y Shaver (1987) examinó las diferencias en el estilo de apego asociadas con variaciones de la expresión emocional y la regulación de la emoción en

personas adultas las cuales se evocan automáticamente y de forma diferenciada para cada estilo de apego.

2.5. Apego y Psicopatología evolutiva o del desarrollo

El informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2012) ha señalado la necesidad de encontrar nuevas formas de entender los orígenes de la psicopatología para poder combatir mejor sus repercusiones. La prevención de trastornos mentales presenta una importancia crucial en la promoción de la salud mental, estimando la Organización Mundial de la Salud que un 50% de los trastornos mentales en adultos comienzan antes de los 14 años de edad (WHO, 2013). Por su lado, *The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group* (2012) expone que la edad de aparición del 70% de los trastornos mentales en su conjunto es previa a los 25 años de edad, mientras que la mayor parte de los trastornos físicos comienzan a tener las mayores cifras de morbilidad a partir de los 45 años de edad. En este sentido, se plantea la importancia de la ontogenia en el desarrollo de la psicopatología en relación a los estilos de apego que tienen lugar durante las primeras etapas del ciclo vital, las cuales suponen un aspecto crucial en el devenir del desarrollo y en el equilibrio psicobiológico del individuo.

El actual auge de investigación dirigido al estudio de la psicopatología desde una perspectiva evolutiva corresponde a un modelo teórico que es referido como psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo (Cicchetti y Cohen, 1995a, 1995b; Cicchetti y Rogosch, 2002). En él se consideran los procesos del desarrollo

subyacentes formativos del individuo y la compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales.

El modelo médico dominante ha basado el estudio de la enfermedad a partir de factores patógenos fundamentalmente de carácter endógeno, (p. ej., ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.). Con la aparición del modelo evolutivo se da un giro que fundamenta el desarrollo de la enfermedad en un marco que entiende los trastornos basados en la interacción de factores de diátesis-estrés que tienen unas características de vulnerabilidad que son desencadenadas por estresores ambientales (Forbes et al., 2016; Ormel et al., 2013).

Un análisis de cómo se va estructurando la organización de los sistemas biológicos y psicológicos a partir de experiencias tempranas es crucial para comprender las diferencias interpersonales en la manera de responder al estrés a lo largo del desarrollo. De igual forma, se requiere comprender cómo se instalan los recursos de protección ante la adversidad. Los cambios significativos en el equilibrio entre los agentes que promueven la vulnerabilidad y el riesgo y aquellos agentes de protección, se consideran tienen el poder de alterar la dirección de las trayectorias evolutivas. La psicopatología evolutiva tiene por objeto identificar los desencadenantes así como las variables que pueden producir variaciones en el transcurso vital.

Zachrisson y Skårderud (2010) destacan que la actual teoría del apego va más allá de posicionamientos sectoriales e integra ideas de diferentes corrientes psicoterapéuticas (psicoanalíticas, cognitivas o sistémicas) permitiendo un sustrato común de diálogo y

comprensión, lo que ha proporcionado su enriquecimiento y desarrollo. De esta misma forma, la inclusión del apego en las distintas disciplinas pone de manifiesto la importancia que ésta tiene sobre la salud como un elemento transversal y básico en el desarrollo del ser humano y de las posibles desviaciones en psicopatología.

Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980) propuso con su modelo del apego basado en el desarrollo humano una clara conexión con la psicopatología anclada en el desarrollo que deriva de la relación primogénita infantil, constituyente de las primeras experiencias emocionales de naturaleza relacional y responsables de la formación de representaciones y estrategias en el procesamiento del pensamiento, la percepción y las emociones. En este sentido, el apego es una llave en el desarrollo básico del individuo, en el cual, aspectos relacionados con el devenir de éste, por la falta de cuidados, pérdida o abuso son agentes que promueven la vulnerabilidad y el riesgo hacia la psicopatología.

Numerosas investigaciones posteriores a las primeras afirmaciones de Bowlby ofrecen conclusiones sólidas sobre la relación entre el estilo de apego y el desarrollo de psicopatología (Dozier et al., 2008).

El comienzo de los estudios sobre el apego y la psicopatología están unidos a cuadros depresivos y diversos estudios longitudinales han puesto de manifiesto la relación entre el apego infantil y la psicopatología en la edad adulta (Carlson, 1998; Grossmann et al., 2005; Lyons-Ruth, 2008; Sroufe, 2005). Estudios longitudinales revelan una mayor probabilidad de psicopatología adulta en aquellos con apego inseguro y algunos investigadores han encontrado una correlación significativa entre los apegos

desorganizados y los síntomas disociativos en la edad adulta (Sroufe, 2005). Dichos estudios de carácter longitudinal revelan que el apego inseguro y la desorganización en la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en el adulto (Dozier et al., 2008).

Conradi et al. (2018) aportan en un estudio longitudinal de 7 años de duración la correlación entre el estilo de apego y la depresión de larga duración sobre una muestra clínica adulta (n=103) en atención primaria. Los resultados arrojaron que los estilos de apego evitativo y ansioso se correlacionan con mayor gravedad con la depresión. El estilo seguro predijo menor gravedad de la depresión y mayores intervalos sin síntomas a lo largo de los 7 años.

Kwon et al. (2017) encontraron que la muestra clínica con depresión presentaba mayores niveles de apego inseguro y mayor disfuncionalidad relacional en comparación con el grupo control sano. En dicho trabajo se estudió el posible aspecto mediador entre ambas encontrando un nivel elevado de necesidad de refuerzo en la depresión mayor pero no en la remitente.

Cook et al. (2016) en un interesante estudio sobre la inestabilidad en el apego y la depresión relacionada con la transición de la adolescencia a la edad adulta, reportaron unos resultados sobre adolescentes con un estilo inicial seguro de apego (n=346), unos menores índices de depresión en la edad adulta, que aquellos con apego inicial inseguro (n=195), que modificaron su estilo de apego de inseguro a seguro, o que se mantuvieron la inseguridad en el apego, o en aquellos que se modificó de seguro a inseguro. Lo

interesante de este estudio fue la observación de que en los grupos donde se modificó el apego de la adolescencia a la edad adulta los síntomas depresivos tenían una remisión más rápida que en los grupos de apego estable.

Dozier et al. (2008) señalan una mayor prevalencia de apego inseguro en grupos clínicos que en los no clínicos. Los patrones inseguros se consideran que se desarrollan con el fin de mantener un sentimiento básico de seguridad y confort, cuando las figuras de apego son experimentadas como inseguras.

Todos los estilos de apego inseguros; ansioso, evitativo y desorganizado se han relacionado con índices más altos de psicopatología y deterioro funcional (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009). Los autores que examinaron más de 200 estudios experimentales con una muestra total de más de 10.000 sujetos, encontraron que los trastornos internalizantes, como los trastornos de personalidad, presentaban un apego ansioso o desorganizado. Mientras que los trastornos externalizantes, como los trastornos de conducta o de personalidad antisocial, presentaban un estilo de apego mayoritariamente evitativo pero también desorganizado. La sintomatología depresiva se vió asociada con inseguridad pero no con trauma, mientras que los adultos con trastorno de estrés postraumático presentaban un estilo de apego mayoritariamente desorganizado.

La sintomatología que acompaña a los distintos trastornos relacionada con los estilos de apego se ha explicado sobre procesos internalizantes *versus* externalizantes, de tal forma que el estilo de apego preocupado, centrado en los propios sentimientos y pensamientos, con una percepción de las experiencias más ansiógenas y mayores

necesidades de apego, se ha relacionado con trastornos internalizantes como la depresión, la ansiedad y trastorno límite de personalidad. En el otro extremo, se encuentran el estilo de apego evitativo, caracterizado por rehuir y evitar estados internos de distrés y que se ha visto relacionado con problemáticas externalizantes del estrés vinculados con conductas interpersonales de hostilidad, al igual que, pero en menor medida con patologías como la depresión (Dozier et al., 2008). En consistencia estos resultados Sroufe (2005), sugieren que se requiere elaborar diferencias sistemáticas en las dimensiones internalizantes-externalizantes en grupos diagnosticados con depresión, y que esto pudiera explicar diferencias en el estilo de apego.

El apego inseguro, tanto el preocupado como el evitativo se ha visto relacionado con mayores índices de depresión en la adolescencia (Duggal et al., 2001). En dicho estudio de carácter longitudinal sobre una muestra de niño/as y adolescentes en situación de riesgo (n=168) encontraron niveles altos de depresión (32% de la muestra), observándose que la inseguridad correlacionan con la depresión y el estrés maternal, y la ausencia de apoyo parental, lo cual evidencia el impacto que el entorno de apego primario tiene en el desarrollo de la depresión infantil y juvenil.

Bandelow et al. (2004) informaron en su estudio mayores niveles de experiencias traumáticas en pacientes que en controles. La muestra clínica reportó un mayor índice de trastornos psiquiátricos en el entorno familiar con especial alcance en los trastornos de ansiedad, depresión y suicidios.

Por último, el trastorno de personalidad límite, TLP, se ha considerado relacionado con el trauma y asociado fuertemente a la inseguridad en el apego. Hill et al. (2011) en dos estudios llevados a cabo en muestra de mujeres adultas (n=58) en el primero y en el segundo (n=138) sobre una muestra psiquiátrica adulta, se observó en ambos estudios que las disfunciones en las relaciones amorosas adultas, los apegos inseguros, y la asociación entre el apego y la disfunción en las relaciones amorosas estaba estadísticamente mediada por los síntomas de TLP.

Los estudios de prevalencia en psicopatología observan altas tasas de comorbilidad, que tienden a situarse en torno al 50%. Los estudios epidemiológicos a gran escala ponen en evidencia que habitualmente se da una coexistencia de dos o más categorías diagnósticas del DSM en la misma persona (Kessler et al., 1994), encontrándose cada vez con mayor frecuencia casos en los que se cumplen los criterios de tres, cuatro o más trastornos mentales (Newman et al., 1998). Caspi et al. (2014) exponen en su estudio la “regla del 50%” la cual pone de manifiesto que el 50% de los casos que presentan diagnóstico de algún trastorno psicopatológico cumplen los criterios para un segundo, y que la mitad de los que cumplen un criterio para un segundo, cumplen también los criterios de 3 trastornos; con una minoría significativa que cumple los criterios para cuatro trastornos (Kessler et al., 2005; Newman et al., 1998). Estos niveles de comorbilidad están muy por encima de aquellos que podrían considerarse como independientes entre sí (Boyd et al., 1984). La clasificación categorial impide además, el estudio de las dinámicas patológicas relacionales, de continuidad y cambio que sí se contemplan y que forman un fundamento en la psicopatología del desarrollo (Kessler et

al., 2011; Rutter y Sroufe, 2000; Sroufe y Rutter, 1984). Existe cada vez un mayor consenso de que el sistema de diagnóstico categorial se separa de la naturaleza y el desarrollo de la psicopatología y que puede ser redefinido a través de indicadores transversales a diferentes diagnósticos (Carragher et al., 2015; Goldberg, 2015; Krueger, 1999; Krueger y Piasecki, 2002; Watson, 2005).

Basados en el cuerpo de investigación que avala una mirada transversal subyacente a los diagnósticos se han definido tres procesos centrales en psicopatología, a saber, trastornos Internalizantes, trastornos Externalizantes y Trastornos del pensamiento. Los trastornos analizados desde esta perspectiva de gran relevancia en el desarrollo recogen ampliamente las formas más comunes de psicopatología presentes en la población (Forbes et al., 2016).

Parece especialmente relevante dirigir la atención a los factores transdiagnósticos como es la regulación del estrés, propuesto por los modelos evolutivos, superando así el análisis específico de trastornos concretos que sustentan una visión nosológica estrecha y posiblemente obsoleta (Caspi et al., 2014). Dicha comprensión permitirá entender los factores de instauración y mantenimiento de dichas alteraciones y con ello facilitar un tratamiento más adecuado en psicopatología (Tortella-Feliu et al., 2016).

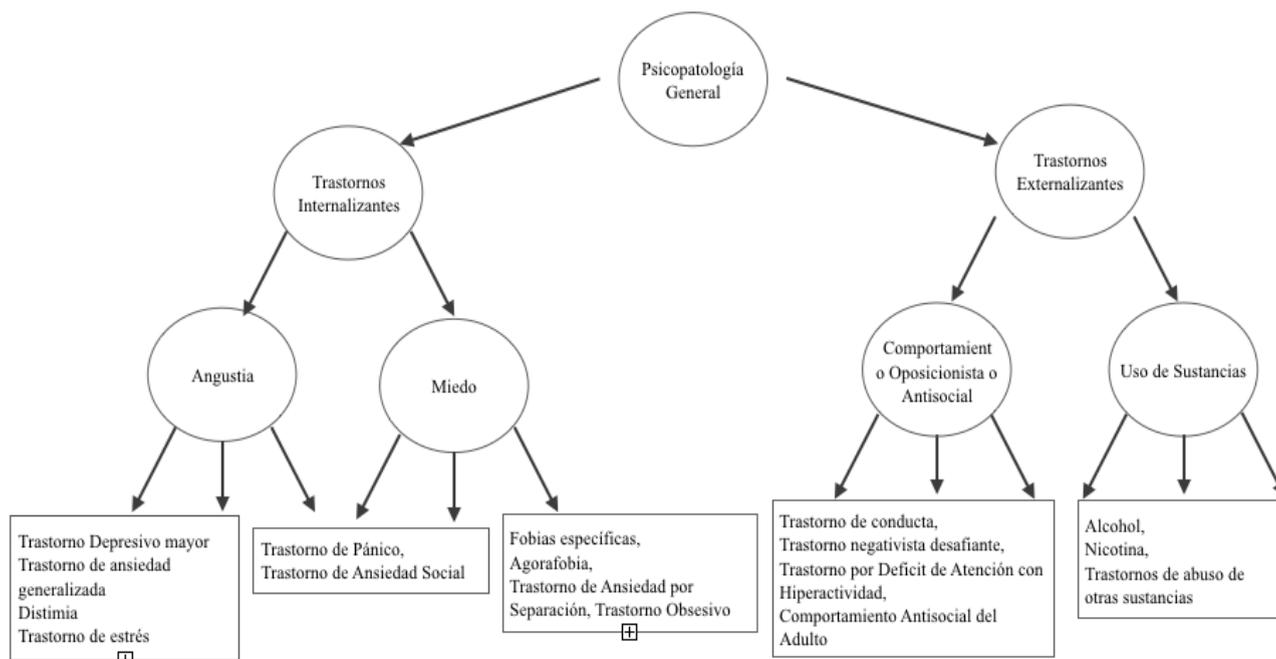
La alta comorbilidad en psicopatología es entendida cada vez con mayor aceptación por el cuerpo teórico como la covariación existente en las características subyacentes y comunes a varios trastornos; esto es, lo que parece plantear que, diferentes diagnósticos comparten facetas de una misma dimensión (Lemos Giráldez, 2003). Esto

pone en cuestionamiento la organización categorial de la psicopatología en el DSM o CIE y plantea organizar los trastornos atendiendo a una estructura jerárquica. Krueger y Piasecki, (2002) han propuesto un modelo jerárquico etiológico con dos grandes dimensiones de la psicopatología: la internalizante y la externalizante, cada una de las cuales se puede manifestar en distintas expresiones psicopatológicas.

La propuesta inicial de Achenbach y Edelbrock (1978, 1984) puso de manifiesto los patrones subyacentes y comunes a diferentes diagnósticos en internalizantes y externalizantes. Otros estudios le han seguido (Krueger et al., 1998; Wolf et al., 1988). Se identifica como trastornos internalizantes aquellas patologías caracterizadas por un prominente distrés y afecto negativo, considerándose preponderantemente la depresión y todas las formas de ansiedad. Los trastornos externalizantes se fundamentan en una desinhibición y descontrol de la conducta, destacan el uso de sustancias y el comportamiento antisocial (Forbes et al., 2016).

La Figura 4, representa el modelo básico que propone la psicopatología evolutiva, que comprende un sistema estructurado cuya cúspide representa el nivel superior general de psicopatología, presente en cualquier individuo independientemente de su edad o origen y que se caracteriza por presentar un afecto negativo (Caspi et al., 2014; Laceulle et al., 2015; Lahey et al., 2011; Tackett et al., 2013).

Figura 4
Modelo de psicopatología evolutiva



Fuente: Forbes et al. (2016)

Un modelo de desarrollo compatible con las observaciones científicas sobre psicopatología como la tendencia a múltiples trastornos que va más allá de criterios diagnósticos discretos de enfermedades mentales, permite una comprensión de la psicopatología a lo largo del ciclo vital, aportando una visión procesual de los síndromes que actualmente queda dividida entre la infancia y edad adulta y permitiendo un sistema de diagnóstico que presenta una mayor coherencia en los rasgos etiológicos y psicopatológicos latentes subyacentes, más que en estructuras correlacionales de síntomas aparentes, así como una comprensión de su evolución a lo largo del ciclo vital (Forbes, et

al., 2016). Un modelo transdiagnóstico similar ha sido presentado por Ein-Dor y Doron's (2015).

2.6. Apego, Regulación emocional y Psicopatología

Ein-Dor y Doron's (2015) apoyan un modelo transdiagnóstico en los efectos del apego y la disposición a desarrollar psicopatología diferenciando éste entre desórdenes internalizantes (trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, depresión, trastorno de pánico, fobia social), y trastornos externalizantes (abuso de sustancias, trastorno antisocial de la conducta) (Krueger y Markon, 2006).

El cuerpo de investigación pone de manifiesto que altos niveles de inseguridad en el apego están relacionados con una mayor vulnerabilidad ante el desarrollo de trastornos mentales. Encontramos estudios específicos de trastornos de ansiedad, pánico y fobia social (Schimmenti y Bifulco, 2015); trauma sin resolver en relación con el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático, TEPT descrito como estados internos de hiperactivación con conductas de inhibición y evitación (Kobak et al., 2004); depresión (Catanzaro y Wei, 2010; Ehring et al., 2010; Joormann y Gotlib, 2010) con apegos ansiosos mediados por la dependencia y la autocrítica; en trastornos obsesivos compulsivos (Ein-Dor et al., 2016), el amplio consenso entre la desregulación del afecto y los trastornos de personalidad (Crawford et al., 2007; Ebner-Priemer et al., 2007; Meyer y Pilkonis, 2005) y específicamente también con trastornos de la conducta alimentaria (Illing et al., 2011; Tasca, 2018) que se describen más adelante en detalle.

El metaanálisis de Aldao et al. (2010) que recoge 114 estudios observa cómo las dificultades de regulación emocional se vinculan con una mayor presencia de psicopatología, específicamente, la depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y abuso de sustancias.

Sin embargo, las dificultades en la regulación del afecto no es una característica exclusiva de los TCA sino que es un factor de riesgo transdiagnóstico y no específico de ninguno como resaltan Svaldi et al. (2012). Por ello, la teoría del apego presenta una dificultad al explicar los mecanismos específicos por los que la inseguridad en el apego puede conducir a múltiples trastornos, lo que se ha llamado el *fenómeno de la multifinalidad* en el que un mismo mecanismo de vulnerabilidad pueden dar lugar a trastornos diferentes, o el *fenómeno equifinalidad* que implica que se pueda desarrollar un mismo trastorno a partir de mecanismos diferentes (Egeland et al., 1996; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011), con ello haciendo depender el desarrollo de una patología en la dinámica de interacciones mutuas entre factores de vulnerabilidad y de protección que se produzcan en la historia del desarrollo personal. Ante esta complejidad se requiere un modelo transdiagnóstico que de cuenta de los mecanismos involucrados en la evolución de las inseguridades en el apego (Ein-Dor et al., 2016).

Las dificultades de regulación emocional suponen así el elemento común encontrado en estudios de investigación en diversos trastornos de carácter afectivo (Campbell-Sills et al., 2006; Kring y Sloan, 2010). Por ello, los estudios realizados en las últimas décadas han encaminado sus esfuerzos en descifrar cómo la desregulación del

afecto se encuentra en el corazón del desencadenamiento y mantenimiento de diversos trastornos psicopatológicos (Kring y Sloan, 2010).

Cabe resaltar como afirma Pierrehumbert et al. (2002) que es la capacidad de regulación de la emoción y no solo la vivencia en sí de una experiencia traumática la que desempeña un rol específico en la expresión de trastornos psicopatológicos.

3. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

La problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCA, ha asistido a un incremento significativo con una mayor incidencia y prevalencia social que en décadas anteriores, debido a lo cual ha pasado a estar en el punto de mira de los servicios de la salud y por los grupos de investigación como un grupo de trastornos en constante crecimiento (Galmiche et al., 2019; Kitsantas et al., 2003; Micali et al., 2017; Plaza, 2010; Villamarín et al., 2021). Santomauro et al. (2021) advierten que a pesar de que solo la anorexia nerviosa, AN y la bulimia nerviosa BN son los únicos TCA incluidos en el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019), son más prevalentes el trastorno por atracón, TA y trastornos de conducta alimentaria específico, TCAE estimándose que son cuatro veces más comunes de lo que se creía, destacando que la prevalencia de AN y BN constituyen tan solo son la “punta del iceberg” de los trastornos alimentarios. Santomauro et al. (2021) señalaron un número de casos de TCA a nivel mundial en 2019 no incluidos

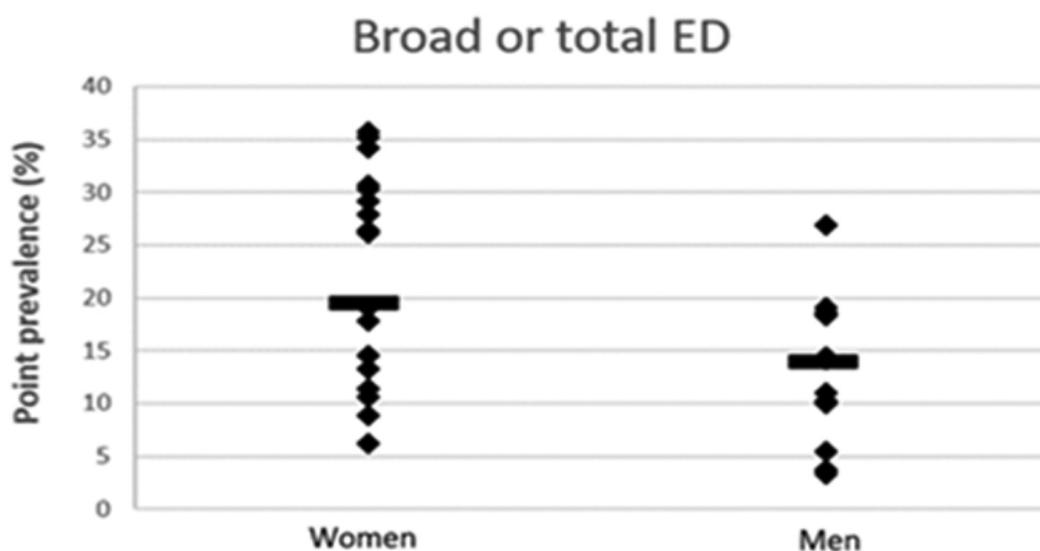
en el *Global Burden of Disease Study*, GBD (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019) de 41,9 millones (95% UI 27,9-59,0), de los cuales, 17,3 millones (11,3-24,9) de personas padecerían trastorno por atracón, y 24,6 millones (14,7-39,7) de personas TCAE.

Galmiche et al. (2019) indican claramente un aumento de la prevalencia de los TCAs en los últimos años. Las estimaciones precisas de incidencia varían, pero tienden a oscilar entre aproximadamente 3% y 10% para las mujeres de 15-29 años de edad (Polivy y Herman, 2002), siendo las primeras manifestaciones de los trastornos alimentarios en la adolescencia y al inicio de la edad adulta (Hoek y van Hoeken, 2003). Durante la segunda mitad del siglo veinte, la prevalencia de los TCA aumentó drásticamente (Voderholzer et al., 2012).

Galmiche et al. (2019) en una revisión a nivel mundial, que recoge 121 trabajos de investigación, encontraron una prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos alimentarios del 8,4% (3,3-18,6%) para las mujeres y del 2,2% (0,8-6,5%) para los hombres, con unas medias ponderadas (rangos) de la prevalencia puntual del 8,8% (0,9-10,0%) en adultos y del 5,7% (0,2-15,0%) en adolescentes. Adicionalmente, se analizaron 27 artículos que estudiaban la prevalencia puntual de los TCA en sentido amplio sin un diagnóstico preciso del DSM o del CIE. Las medias ponderadas (rangos) de la prevalencia puntual de los TCA totales fueron del 19,4% (6,5-35,9%) para las mujeres y del 13,8% (3,4-27,1%) para los hombres (Figura 5), con una media ponderada

de la prevalencia puntual en la población general estudiada a partir de amplias categorías de TCA del 17%.

Figura 5
Prevalencia de los TCA totales para mujeres y hombres



Fuente: Galmiche et al. (2019)

Stice y Bulik (2012) estiman que:

- Entre 0,9%-2,0% de las mujeres y 0,1-0,3% de los hombres van a desarrollar anorexia nerviosa, AN.
- La anorexia nerviosa, AN subclínica ocurre en 1,1-3,0% en la población femenina adolescente.
- Entre 1,1%-4,6% de mujeres y 0.1%-0.5% de los hombres van a desarrollar bulimia nerviosa, BN.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

- La bulimia nerviosa, BN subclínica ocurre en el 2,0-5,4% de la población femenina adolescente.
- Entre 0,2%-3,5% de las mujeres y 0,9%-2,0% de los hombres van a desarrollar el trastorno por atracón, TA.
- El trastorno por atracón, TA subclínico ocurre en 1,6% de la población femenina adolescente.

De acuerdo con el estudio de Hudson et al. (2007) realizado sobre una muestra de 8.282 personas, se encontró AN, BN y TA en 0,9%, 1,5%, y 3,5% respectivamente entre las mujeres, y 0,3% 0,5%, y 2,0% entre los hombres. Asimismo, se observó que estos 3 desórdenes alimentarios son comórbidos con otras patologías. Se estima que un 6,15% de las mujeres presentan un diagnóstico de TCA y que un 7% adicional mantienen cuadros subclínicos, frente a un 2,0% de los varones presentan un diagnóstico TCA, no encontrándose estimaciones subclínicas en varones.

En cuanto al TCA y los grupos de edad, Micali et al. (2017) realizaron un estudio sobre 5.658 mujeres para investigar la prevalencia de los trastornos alimentarios a lo largo de 12 meses entre mujeres de mediana edad (en la cuarta y quinta década de la vida) en él se resalta la escasa en investigación de los TCA en esta etapa, en donde se pronostica que una proporción significativa de mujeres sufrirá un TCA, de las cuales sólo una reducida parte acudirá a atención sanitaria. Dicho estudio desvela que los TCA activos son comunes en la mediana edad, tanto por la aparición de nuevos trastornos como por los crónicos. La literatura académica proporciona evidencia limitada de casos

de TCA para los mayores de 40 años (Bueno et al. 2014). Debido a esta falta de datos disponibles, las tasas de incidencia publicadas por Ward et al. (2019) a los 39 años de edad se aplicó la prevalencia de vida a los 39 años de edad y grupos de mayor edad, así se estimó que la prevalencia vitalicia global de los TCA era del 8,60% entre las mujeres. Se estima que a nivel mundial, el 13% de las mujeres mayores de 50 años experimentan comportamientos alimentarios desordenados (Aziz et al., 2017).

Se estima que la prevalencia mundial de los trastornos alimentarios aumentó del 3,4% al 7,8% entre 2000 y 2018. Los estudios más recientes confirman que los TCA son altamente prevalentes en todo el mundo, especialmente en las mujeres. Este aumento pone de manifiesto un verdadero reto para la salud pública y la asistencia sanitaria (Galmiche et al., 2019).

Por otro lado, un metaanálisis realizado por Arcelus et al. (2011) que comprende la inclusión de 36 estudios determina que los trastornos alimentarios afectan al menos al 9% de la población mundial. A pesar de su alta incidencia, y de que su prevalencia es cada vez mayor, así como de la preocupación social y mediática, se considera que gran parte no llegan a diagnosticarse, ni a ser motivo de consulta clínica (Plaza, 2010).

Hudson et al. (2007) en su estudio hallaron que menos de la mitad de los individuos con bulimia nerviosa, BN o trastorno por atracón, TA habían buscado alguna vez tratamiento para su trastorno alimentario, aunque la mayoría de los individuos con los 3 trastornos (AN, BN, TA) habían recibido tratamiento en algún momento de su vida por

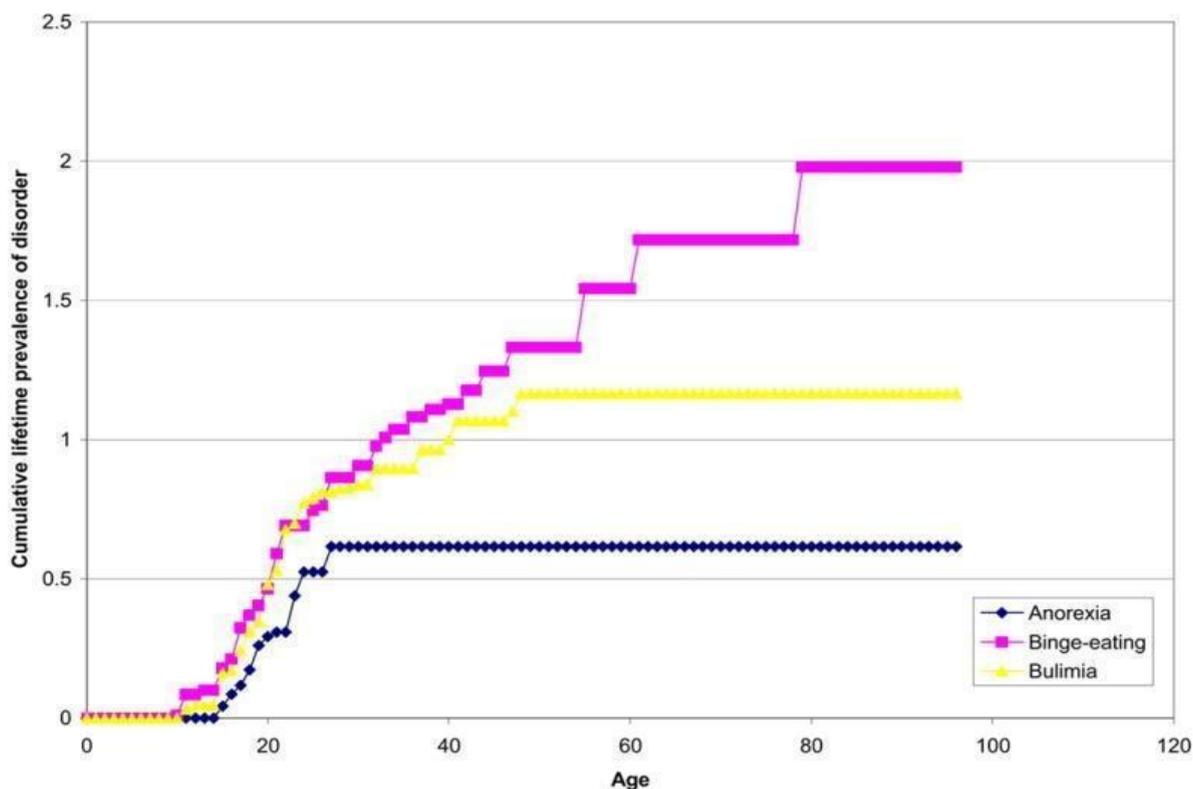
algún problema emocional. Este hallazgo, junto con la observación de que los sanitarios a menudo no reconocen la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Johnson et al 2001), destaca la importancia de preguntar a los pacientes sobre los problemas alimentarios incluso cuando no incluyen dichos problemas entre sus quejas.

En un estudio realizado en 2007 en una muestra de 9.282 estadounidenses sobre una serie de problemas de salud mental, incluidos los trastornos alimentarios. Los resultados, publicados en *Biological Psychiatry*, revelaron que el trastorno por atracón es más de tres veces más común que la anorexia y la bulimia juntas a lo largo de su vida (Hudson et al. 2007).

A pesar de que el trastorno más prevalente a lo largo de la vida es el trastorno por atracón, TA, sin embargo, las investigaciones estiman que tan solo el 28,4% de las personas que padecen actualmente trastorno por atracón, TA reciben tratamiento para ello (Westerberg y Waitz, 2013).

El estudio de Hudson et al. (2007) resalta los mayores índices de trastorno por atracón, TA, sobre la AN y BN, con tendencias en aumento a lo largo de la vida como muestra la Figura 6. De acuerdo con dicho estudio de Hudson et al. (2007) se calcula que 20 millones de mujeres y 10 millones de hombres en los EEUU tienen un trastorno de la conducta alimentaria clínicamente significativo en algún momento de sus vidas y que 21 millones de mujeres presentan cuadros subclínicos en comparación con 6 millones de varones.

Figura 6
Prevalencia de AN, BN, TA



Fuente: Hudson et al. (2007)

Villamarín et al. (2021) hacen una revisión del estado de los TCA publicado en el Infocop revista editada por el Consejo General de la Psicología de España en el que se resalta que el ya incremento registrado en los últimos años de TCA se ha visto disparado vertiginosamente a raíz del Covid-19 tanto a nivel mundial como en España. Los autores señalan que la pandemia ha dejado un impacto en la salud mental de la población que ha supuesto un incremento en la prevalencia de los TCA y generado riesgos mayores para las personas ya diagnosticadas. Dicha situación ha despertado el interés científico y la preocupación social.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

González-Sanguino et al. (2020) y Villamarín et al. (2021) resaltan el impacto que el Covid-19 en el bienestar psicológico y la salud mental de la población en general y, específicamente, entre los más vulnerables las personas con problemas de salud mental. Cobra especial relevancia como consecuencia del Covid-19 las problemáticas relacionadas con los trastornos alimentarios (Fernández-Aranda, 2020; Weissman et al. 2020).

Termorshuizen et al. (2020) en su estudio con más de 1000 individuos sobre una muestra norteamericana (N=511) y otra holandesa (N=510), evaluaron el impacto inicial de los efectos del Covid-19 en personas con trastornos alimentarios a partir de autoinformes que revelaron aumentos en las afecciones en su salud mental y física a partir del impacto desde la pandemia.

Ammar et al. (2020) con treinta y cinco organizaciones de investigación de Europa, África del Norte, Asia Occidental y América promovieron la encuesta en inglés, alemán, francés, árabe, español, portugués y esloveno. Las preguntas se presentaron en un formato diferencial, con preguntas relacionadas con las respuestas "antes" y "durante" las condiciones de confinamiento. Resultados: Se incluyeron en el análisis 1047 respuestas (54% mujeres) de Asia (36%), África (40%), Europa (21%) y otros (3%). Los resultados indicaron un efecto negativo del confinamiento sobre los hábitos alimenticios con dietas poco saludables.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Fernández-Aranda et al. (2020), en un estudio piloto realizado en la Unidad de Urgencias del Departamento de Psiquiatría, en el Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona, España), estudiaron el impacto de las dos primeras semanas de confinamiento por el Covid-19 en pacientes con TCA. Los autores destacan la importancia de las relaciones humanas y el detrimento en la salud que el aislamiento ha causado la situación social del Covid-19 los cuales a menudo son síntomas centrales en patologías mentales como el TCA pero olvidadas.

En el estudio Baenas et al. (2020) en la Unidad del Departamento de Psiquiatría de un Hospital Universitario de España con 74 participantes con TCA, 19 AN, 12 BN, 10 BED y 33 Otros Trastornos Alimentarios Especificados (TCAE), se observó un empeoramiento de los síntomas de TCA y de la psicopatología general (ansiedad y depresión), durante el confinamiento derivado del Covid-19.

Noordenbos et al. (2002) presentan los resultados de un estudio de 41 pacientes con un trastorno alimentario (TCA) crónico de diez años o más en donde la edad media de la muestra fue de 34 años. En este estudio se encontró que la duración media del TCA era de 15,2 años. Este dato confirma la alta cronicidad y resistencia de estos cuadros ante el tratamiento.

Deloitte Access Economics (2020) señala que las previsiones futuras y tendencias demográficas sugieren que el número de casos de TCA aumentará un 4,9% en EEUU

para el 2029-30, si bien se espera una disminución de porcentaje de la prevalencia de los TCA en proporción de la población total.

Los trastornos alimentarios están aumentando en todo el mundo dada la globalización que lleva a cambios culturales globales. Según la Asociación Nacional de Trastornos Alimentarios, hasta 70 millones de personas sufren trastornos alimentarios en el mundo (Jackson, 2015). Todo ello pone de relieve la trascendencia de emprender medidas orientadas a la prevención y detección temprana de los trastornos de la alimentación y la mejora del acceso a tratamientos.

Es de gran relevancia destacar la alta presencia de TCA sin tratamiento ya que la mayor parte de la población con TCA nunca busca un tratamiento y no poseen por tanto un diagnóstico como tal (Hart et al., 2011). Esto dificulta la elaboración de estadísticas reales sobre la población afectada de estos trastornos, quedando la mayoría de ellos sin atención sanitaria.

Hoek et al. (1995) realizaron un estudio epidemiológico en Holanda para determinar la incidencia en la AN y BN en pacientes en atención primaria evaluando (N = 151.781) lo que supuso 1% de la población del país, encontrando una incidencia anual de 8,1 casos de AN y 11,5 de BN por cada 100.000 personas. El estudio arrojó unos interesantes resultados en cuanto distribución geográfica encontrando los niveles más bajos de BN en zonas rurales y más altos en las ciudades más grandes. Sin embargo, estas diferencias no fueron observadas para AN.

3.1. Comorbilidad del TCA

Los trastornos alimentarios amenazan la salud física y mental de un número alarmante de personas en la actualidad (Elgin y Pritchard 2006). Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) conllevan múltiples complicaciones psiquiátricas y somáticas, lo que hace de ellos un importante problema de salud pública (Galmiche et al., 2019). Los TCA se asocian con la depresión, la ansiedad, el consumo y/o abuso de sustancias y con trastornos de la personalidad (WHO, 2020). Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos graves asociados con altos niveles de morbilidad (Kessler et al., 2013), mortalidad (Chesney et al., 2014), y un deterioro social, psicológico y físico (Micali et al., 2017).

En consonancia con el creciente consenso de la investigación y la clínica, Dozier et al. (2008) en su revisión sobre la psicopatología y el apego señalan como los estudios realizados muestran que los TCA presentan una alta comorbilidad especialmente con trastornos del estado de ánimo y trastornos de personalidad. Adicionalmente, resaltan la importancia arrojada en los estudios sobre el hecho de que la depresión está escasamente asociada a los estilos de apego seguros. Dichos índices de comorbilidad en el TCA y la depresión se elevan hasta un 75% (Mitchell y Pyle, 1985).

El amplio estudio epidemiológico de Hudson et al. (2007) realizado sobre una muestra de 8.282 personas, se observó que los tres desórdenes alimentarios, AN, BN y TA, eran comórbidos con casi todas las patologías de estado de ánimo, ansiedad y abuso

de sustancias, una vez controladas las variables de edad, sexo y origen étnico, con un 89% de odds ratio para la asociación de la comorbilidad en los TCA. Los odds ratios encontrados para la BN fueron consistentemente mayores, seguidos de TA y menor para la AN. Ningún tipo de los trastornos examinados mostró una mayor comorbilidad con los TCA que los demás.

El estudio epidemiológico de Udo y Grilo (2019) realizado sobre una amplia muestra de población norteamericana 36.309 sujetos desvela la alta comorbilidad de estas patologías.

Los TCA tienen asociada una mortalidad superior a la de cualquier otro trastorno mental, la más altas de todos los trastornos psiquiátricos, en donde el suicidio se sitúa como la segunda causa de muerte (Rodríguez-López et al., 2021). Los trastornos alimentarios tienen la mayor tasa de mortalidad de todas las enfermedades mentales (Smink et al., 2012). Los trastornos alimentarios son cada vez más frecuentes en los adultos mayores y las investigaciones han demostrado una mortalidad relacionada del 21% (Aziz et al., 2017). Se calcula que cada año 3,3 millones de años de vida sana se pierden en todo el mundo a causa de los trastornos alimentarios. A diferencia de otros trastornos mentales, la anorexia y la bulimia nerviosas han aumentado los años vividos con discapacidad, AVD. A pesar de los avances en el tratamiento, las tasas de mortalidad de la anorexia y la bulimia nerviosas siguen manteniéndose muy elevadas (Van Hoeken y Hoek, 2020). Las personas con TCA tienen tasas de mortalidad significativamente más

elevadas que el resto de la población, especialmente en la anorexia nerviosa (Crow et al., 2009).

La pandemia se considera haya podido precipitar el desarrollo de conductas de TCA al igual que exacerbar las patologías previamente existentes.

La gravedad de los TCA se ha visto gravemente afectada por el Covid-19 que ha suscitado una alarma en salud pública. El estudio de Haripersad et al. (2021) señalan la alta incidencia y hospitalización que desde la erupción del Covid-19 se ha registrado en Australia, donde observaron un incremento del 104% (IC del 95%: +56% a +166%, $p < 0,001$) en los niños con anorexia nerviosa (AN) que requieren ingreso hospitalario en comparación con los años anteriores.

Touyz et al. (2020) señalan la importancia de la ansiedad y síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático en los TCA agravados por el Covid-19 con secuelas psiquiátricas adversas con efectos adversos duraderos. McCabe y Vincent (2003) encontraron que la depresión y la ansiedad eran predictores significativos de los trastornos alimentarios entre chicas adolescentes.

Una reciente revisión sistemática realizada por Devoe et al. (2022) a partir de 53 estudios que incluía 36.485 sujetos con TCA, tuvo como objetivo sintetizar el impacto de la pandemia de Covid-19. De ello se pudo apreciar, que las personas con TCA han experimentado un deterioro de los síntomas relacionados con el TCA, mayor aislamiento

y aumento de los ingresos hospitalarios debido al menor acceso a la atención y el tratamiento, adicionalmente el deterioro derivado a los cambios en la rutina y la pérdida de estructura, la influencia negativa de los medios de comunicación y el aislamiento social como consecuencia de la pandemia.

Varios estudios en Asia informan de una mayor prevalencia de trastornos de estrés postraumático (TEPT) después de la Covid-19 en la población general (Liu et al., 2020; Wang et al., 2020). Así, la reciente situación pandémica ha reavivado los estudios sobre el trauma en donde el apego inseguro se asocia con un mayor riesgo de desarrollar TEPT influenciado por la disponibilidad o la falta de apoyo social (Marshall y Frazier 2019), en donde se considera que las relaciones interpersonales en la vida adulta desempeñan un papel protector contra el desarrollo de la morbilidad psicológica. Adicionalmente a las consecuencias de la pandemia del Covid-19, el confinamiento ha supuesto también un notable impacto psicológico ocasionando desórdenes psicoafectivos (Ramírez-Ortiz et al., 2020) y la aparición y agravamiento de problemas de salud mental (Wang et al., 2020). Por su parte, Ramírez-Ortiz et al. (2020) resaltan cómo las personas expuestas a aislamiento social son más vulnerables frente a las complicaciones psiquiátricas.

En el metaanálisis realizado en 2022 por Khraisat et al. que ha incluido un tamaño de muestra de 3.056 personas, la prevalencia conjunta de pacientes con TCA que experimentaron un empeoramiento de los síntomas durante la pandemia fue del 57% (IC del 95%: 36% -76%), la ansiedad fue del 64% (IC 95%: 39%-78%) y la depresión fue del 55% (IC 95%: 12%-87%). Dicho estudio proporciona evidencias que apoyan un aumento

en la prevalencia de trastornos de salud mental entre los pacientes de TCA durante la pandemia de Covid-19.

Rodgers et al. (2020) argumentan que la actual pandemia de Covid-19 ha creado una situación en todo el mundo con un aumento del riesgo de padecer TCA al igual que ha disminuido los factores de protección e impedido la necesaria atención que requieren estas patologías.

Ante la acuciante situación Touyz et al. (2020) y Rodgers et al. (2020) han hecho un llamamiento a la comunidad internacional con el fin de promover la investigación en este ámbito y aunar los esfuerzos de forma colaborativa en aras de desvelar los aspectos relevantes de los TCA, teniendo en cuenta que las investigaciones ante diferentes entornos culturales permiten esclarecer el alcance de la pandemia en los TCA (Micali et al., 2017; Pearson et al., 2017; Weissman y Rosselli, 2017).

3.2. TCA y Regulación Emocional

Con respecto a los TCA, la investigación empírica inicial realizada ha estado enfocada en factores cognitivos y en cómo estos contribuyen al mantenimiento de dichas patologías (Lee y Shafran, 2004).

Adicionalmente, una parte de la investigación empírica ha querido poner luz a aspectos más básicos, organizativos del individuo, como son los estados relacionados con la regulación del estrés y el afecto, fundamentales en el desarrollo y formación de la personalidad, y como nos enseñan las investigaciones, también cruciales en la psicopatología. Sroufe y Waters (1977) han defendido que el estilo de apego es un *constructo organizativo*, es decir, que a partir del sentimiento apego primario, el individuo organiza sus pensamientos y acciones. Así, el objetivo perseguido por el individuo a través del sistema de apego es alcanzar un sentimiento básico de seguridad. Esta capacidad organizativa que permite el apego en cuanto a la consecución de una seguridad básica tanto física como psíquica se da, tanto cuando la figura de apego primaria ejerce una protección adecuada, como cuando no la ofrece, manteniendo el individuo un sentimiento de ser querido y protegido aunque éste discrepe con la realidad (Zachrisson y Skårderud, 2010).

Los resultados de investigaciones actuales proponen que la ingesta de alimentos inhibida o desinhibida puede funcionar como una estrategia reguladora de las emociones ante la ausencia de estrategias más adecuadas (Fox y Power, 2009; Haynos y Fruzzetti, 2011; Leehr et al., 2015; Macht, 2008; Naumann et al., 2014).

Las dificultades en la regulación de las emociones se han identificado como un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de numerosas formas de psicopatología entre ellas, los trastornos alimentarios (Svaldi et al., 2012).

Diferentes estudios (Heatherton y Baumeister, 1991; Stice et al., 2001) explican las conductas alimentarias desordenadas como comportamientos que intentan regular o escapar del sentimiento negativo. De tal forma, la regulación inadecuada de las emociones se puede llegar a considerar un factor de mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Brockmeyer et al., 2014; Cooper et al., 2014; Davies et al., 2012; Harrison et al., 2009; Lavender et al., 2014; Southward et al., 2014). Los resultados de investigaciones en la actualidad, proponen que la ingesta de alimentos inhibida o desinhibida puede funcionar como una estrategia reguladora de las emociones ante la ausencia de estrategias más adecuadas (Fox y Power, 2009; Haynos y Fruzzetti, 2011; Leehr et al., 2015; Macht, 2008; Naumann et al., 2014).

El estudio de Pierrehumbert et al. (2002) compara los procesos de regulación emocional en adolescentes y adultos jóvenes (de 15 a 25 años) con dependencia de sustancias y trastornos de la alimentación, obteniendo en el caso de los pacientes con trastornos alimentarios una correlación de ambas estrategias secundarias con un mayor uso de estrategias de regulación de la emoción que sugieren una mayor excitación emocional (bajos índices de estrategia primaria y altos índices de hiperactivación).

Overton et al. (2005) investigaron los vínculos entre la experiencia emocional, los sistemas de creencias esquemáticos y los temas psicológicos asociados con TCA, obteniendo que las mujeres con TCA tienen una mayor puntuación en todos los esquemas desadaptativos (lo que sugiere altos niveles de angustia), en comparación al grupo control. El análisis de los datos reveló que los síntomas de AN tienen un patrón diferente de relaciones con las emociones que los asociados con los síntomas de BN, lo que sugiere

que tal vez haya una diferencia en el funcionamiento emocional de los pacientes con síntomas principalmente anoréxicos o bulímicos. El estudio de Overton et al. (2005), trae a la luz un aspecto singular del TCA que tiene que ver con las dificultades en regular los estados emocionales tanto positivos como negativos, con una mayor frecuencia de experiencia emocionales tanto positivas como negativas que los controles. Específicamente, se encontró que el grupo experimental de TCA correlacionaba con mayores niveles de emociones positivas más que negativas, con niveles más bajos de ira que los controles y con mayores niveles de angustia e iguales de miedo. Este mayor nivel de inhibición emocional negativa mostrada en TCA y mayor positiva es sugerida por los autores como una forma de manipulación de la experiencia que puede estar en el sustrato de la dinámica de los TCA como factor de mantenimiento.

Bulimia, BN y Trastorno por Atracón, TA. Heatherton y Baumeister (1991), han sugerido que algunos síntomas de la BN son un intento directo de controlar la angustia emocional. Apple (1999) afirma que frecuentemente asociados con estos problemas interpersonales hay déficits en la regulación del afecto. Los hallazgos de Waller et al. (2000), mostraron que la inhibición emocional era mejor predictor de la frecuencia de atracones que la falta de control de impulsos o la creencia de fracaso ante los logros, mientras que las creencias defectuosas sobre sí mismo y la vergüenza predecían la frecuencia de los vómitos.

McManus y Waller (1995) realizaron un análisis funcional de los atracones, sugiriendo que los comportamientos bulímicos tienen más probabilidades de cumplir la función de regular los estados afectivos inmediatos que de regular una predisposición

más global a una emoción. Es decir, el atracón compulsivo es una estrategia que proporciona tranquilidad a la persona durante un periodo corto de tiempo, y le impide aprender medios más adaptativos para regular las emociones angustiantes. Posteriormente, Milligan y Waller (2000) encontraron que las actitudes y comportamientos bulímicos parecen reducir los estados de ira inmediatos, particularmente cuando el individuo tiene una fuerte tendencia a evitar la expresión de ira.

En la literatura se ha formulado la hipótesis de que las personas con trastornos alimentarios son vulnerables a comer en exceso de manera emocional porque carecen de estrategias adaptativas para regular las emociones, incluida la capacidad de identificar claramente y adaptarse de manera eficaz a los estados emocionales (Sim y Zeman, 2006). Este estilo de comer es considerado un comportamiento desadaptativo llamado *alimentación emocional*, que es una respuesta que implica la ingesta alimenticia como medio para compensar estados emocionales. Investigaciones sugieren que quienes presentan este tipo de alimentación pueden ser personas que luchan con el exceso de peso, tienen un TCA diagnosticado o presentan desórdenes en las conductas alimentarias (Goossens et al., 2009). La *alimentación emocional*, ha sido relacionada en estudios tanto con la ansiedad como la depresión (Goossens et al., 2009). La *alimentación emocional* se correlaciona positivamente con la severidad de los atracones (Ricca et al., 2009).

El objetivo del estudio de Gianini et al. (2014) fue determinar si las dificultades de regulación de las emociones contribuyeron significativamente a una alimentación emocional excesiva y al trastorno alimenticio. Los resultados que se obtuvieron indican

que las dificultades en la regulación de las emociones se asocian con la alimentación emocional y la patología en general. Por tanto, aunque los resultados del estudio de Gianini et al. (2014) se encontraron en una muestra clínica de individuos con trastorno por atracón; también se pueden encontrar datos similares en poblaciones no clínicas (Burns et al., 2012; Evers et al., 2010; Sulkowski et al., 2011; Whiteside et al., 2007).

En conclusión, parece que los trabajos empíricos señalan a los atracones como formas de regular los estados afectivos, evitar los estados emocionales negativos, con una mayor inhibición emocional como indicador predominante en los TA y BN (Overton et al., 2005)

Anorexia, AN. Actualmente, los procesos psicológicos asociados con la AN siguen siendo poco conocidos aun cuando han sido los TCA más estudiados debido a que dicho trastorno puede suponer un grave riesgo para la vida de los afectados. En los últimos años se han intentado desarrollar nuevos modelos para comprender su fenomenología.

El trabajo de Vitousek y Ewald (1993) ya señaló la importancia de prestar atención a los factores positivos del bienestar inducido por sentimientos de éxito y control generados por la pérdida de peso en estos pacientes. Esto quiere decir que las personas con anorexia pueden combatir sus estados emocionales negativos secundarios (ira y tristeza) por exceso de regulación en la restricción alimentaria, lo cual les permite suprimir las emociones primarias subyacentes indeseables como el miedo. Siguiendo esta línea, Overton et al. (2005) proponen que las experiencias emocionales placenteras más

frecuentes entre las personas con AN están ligadas a la restricción alimentaria que son a la vez una consecuencia y un poderoso reforzador de sus actitudes y conductas del trastorno alimentario.

Más adelante, Haynos y Fruzzetti (2011), propusieron un modelo que postula el papel central de los déficits de regulación de las emociones. Explican que las personas con AN experimentan dificultades en identificar, comprender y modular las emociones, y por ello, las emociones son vividas como algo angustioso e inmanejable. La consecuencia de estas sensaciones mediante una ingesta alterada con el fin de regular su estado afectivo reduciendo el sentimiento negativo y/o aumentando el positivo. Por lo tanto, el modelo propone que las condiciones alteradas de la ingesta se mantienen a través del refuerzo asociado con variaciones momentáneas en los estados emocionales.

Conservando esta hipótesis, los estudios han encontrado que las personas con AN tienen más dificultades en la regulación de las emociones que los controles sanos y las dificultades en dicha regulación son similares a las encontradas en individuos con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de la personalidad (Brockmeyer et al., 2012; Engel et al., 2013; Harrison et al., 2009; Svaldi et al., 2012).

Los estudios que contemplan el registro de estados afectivos tanto positivo, negativo como pérdida de control en AN, parecen señalar que los cambios en el afecto negativo son anteriores a la alimentación restrictiva, lo que puede explicar que estos comportamientos puedan estar ejerciendo una función compensatoria que permita eludir

experiencias emocionales aversivas al mismo tiempo que supone un factor crucial en el mantenimiento del trastorno (Engel et al., 2013).

Haynos et al. (2015) examinaron en una muestra clínica, con altos niveles de déficit de peso y alto nivel de deterioro físico, las asociaciones entre la regulación de la emoción, la ansiedad y la gravedad de los síntomas del trastorno alimentario en AN. Los hallazgos indican que los problemas de regulación de las emociones no son secundarios a la ansiedad. Esto parece indicar que la regulación de la ansiedad y de la emoción, tienen una relación independiente con los síntomas del trastorno y el deterioro clínico durante la fase aguda de la enfermedad. Además, Haynos et al. explican que las teorías que postulan la importancia de la regulación de la emoción (Haynos y Fruzzetti, 2011), así como las que enfatizan la ansiedad (Steinglass et al., 2011; Strober, 2004), durante las etapas agudas de AN son probablemente válidas, pero pueden estar identificando dos procesos diferentes asociados con la expresión de síntomas entre personas con bajo peso con AN. Por ello, para algunos la AN y la regulación emocional puede estar más asociada con el trastorno y el deterioro, mientras para otros, los niveles altos y constantes de ansiedad pueden estar asociados con el trastorno.

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado, TAE y Trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado, TANE. En relación con las categorías “Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado” y “Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado” del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), existen escasos

datos sobre la importancia de la regulación emocional. Thomas et al. (2009), llevaron a cabo un estudio sobre los TCA con todas las categorías del DSM-IV y destacaron que las personas con un diagnóstico “otro especificado/no especificado” no mantienen diferencias de aquellos con un diagnóstico completo de TCA en la patología alimentaria, gravedad clínica o psicopatología general. Posteriormente, se han encontrado correlaciones positivas entre las medidas de las dificultades de regulación de la emoción y la gravedad de TCA (Svaldi et al., 2012; Lavender et al., 2014), al igual que la presencia del afecto negativo se incrementa en los momentos previos a pérdida de control en la ingesta y purgas. Encontrando que el afecto negativo decrece también después de la ocurrencia de estas conductas (Engel et al., 2013). Por lo tanto, la evidencia sugiere que las dificultades de regulación de emociones pueden ser igual de relevantes para cualquier categoría de TCA.

El estudio de Wolz et al. (2015) sobre muestra clínica adulta española (n=134), que presentaba AN, BN, TA, TAE, TANE, comparada con grupo control sano, exploró las dificultades de regulación emocional en los TCA y su relación a los trastornos de personalidad y la severidad de los síntomas, encontrando que las mayores dificultades de la regulación emocional fueron en la clasificación de TCA “otro especificado/no especificado” junto a la de Bulimia Nerviosa, sin diferir entre sí.

Estos resultados arrojan unas conclusiones consistentes en la investigación en la que se señala que el diagnóstico “otro especificado/no especificado”, no difiere en severidad clínica con cualquiera de los diagnósticos que sí cumplen los criterios de los trastornos específicos (Wolz et al., 2015).

4. El Apego y los Trastornos Conducta Alimentaria

En las últimas dos décadas resalta el incremento de investigación que estudia el apego como factor etiológico en el desarrollo de los TCA (Abbate-Daga et al., 2010; Amianto et al., 2011; Gander et al., 2015; Illing et al., 2011; O’Kearney, 1996; Tasca, 2018; Tasca y Balfour, 2014; Tasca et al., 2009; Troisi et al., 2006; Ward et al., 2000). Resaltan algunos estudios que señalan que de los diferentes factores que influyen en el desarrollo del TCA (biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales), el estilo de apego es considerado uno de los más cruciales en la etiología de estos trastornos (Salcuni et al., 2017). Así, las relaciones disfuncionales en el apego durante la infancia son consideradas cruciales en la predisposición, el desencadenamiento y el mantenimiento de los TCA que presentan de forma característica una dificultad de regulación emocional, baja autoestima, depresión y sufrimiento por no alcanzar el peso ideal, acompañados de otros desórdenes psicosomáticos (Tasca, 2018).

En la mayoría de los modelos teóricos prevalentes en psicología sobre TCA se considera que los síntomas de los TCA son mantenidos fundamentalmente por aspectos cognitivos acerca del peso, la figura y la restricción alimenticia (Fairburn, 2008). Los modelos cognitivos conductuales informan fundamentalmente de cogniciones y conductas en relación a los desórdenes alimenticios, pero tradicionalmente han ignorado el impacto de la regulación del afecto y la importancia que imprimen las relaciones humanas sobre el desarrollo de estos trastornos (Tasca, 2018).

Dado que la mayoría de los estudios y el cuerpo teórico resaltan la importancia del estilo de apego como origen de los modelos internos sobre uno mismo así como la base de la construcción de los mapas internos sobre el mundo, se ha identificado que la teoría del apego tiene una utilidad crucial en las distintas áreas del funcionamiento psicológico y se ha encontrado su conexión con el desarrollo de trastornos psicológicos, de tal forma que la inseguridad en el apego puede afectar profundamente el desarrollo de patologías y el tratamiento de las mismas (Ward et al., 2000).

El apego influye en el tipo de relaciones que se constituyen, incluso aquellas relacionadas con la comida (Tasca et al., 2011). Así, Ward et al. (2000) vincula la comida y el apego como experiencias inherentes e inevitables a la vida.

Varios estudios resaltan la elevada prevalencia del apego inseguro en los trastornos de conducta alimentaria aportando unos índices que oscilan entre el 70% y el 100% (Kuipers y Bekker 2012; Lunn et al., 2012; Ramacciotti et al., 2001; Ringer y Crittenden, 2007).

En los primeros estudios (Becker et al., 1987) ponen ya de manifiesto la relación entre los estilos de apego y los trastornos alimentarios. En dicho estudio sobre una muestra de 547 mujeres universitarias encontraron que las participantes con patrones de alimentación bulímica puntuaron significativamente más alto en apego inseguro que las mujeres sin trastornos alimentarios.

La revisión y meta-análisis sobre apego en trastornos de la conducta alimentaria realizado por Caglar-Nazali et al. (2014) obtuvo unos resultados comparando una muestra clínica con la muestra no-clínica de control, resultando que aquellos con trastornos alimenticios poseían un apego inseguro y con un tamaño de efecto de ($d = 1,31$).

4.1. TCA y el Apego Inseguro Evitativo

Ringer y Crittenden (2007) destacan que muy pocos individuos con TCA presentan un estilo de apego seguro. La seguridad en el apego fomenta la seguridad personal y supone un sistema de prevención contra estados innecesarios de estrés y ansiedad (Tasca et al., 2011). Estos autores refieren que los estilos de apego evitativos son más comunes en pacientes con restricción alimentaria como en la anorexia nerviosa. Es interesante remarcar que la relación de estos pacientes con estilo de apego evitativo caracterizada por experiencias de privación emocional, no sólo eluden el contacto emocional sino también la nutrición a través de la comida estableciéndose una forma de privación generalizada de lo que proviene del entorno como forma de nutrición básica.

Latzer et al. (2002) administraron la Escala de apego para adultos a pacientes anoréxicos y bulímicos descubriendo que el estilo de apego más predominante entre los pacientes era el estilo evitativo, mientras que el estilo de apego seguro era el más predominante entre las mujeres control y en general, se observó que los pacientes con

trastornos alimentarios eran menos seguros, más evasivos y más ansiosos que el grupo de control.

Zachrisson y Skarderud (2010) en su revisión de trabajos empíricos que contempla una muestra total de 233 sujetos con diagnóstico de TCA y en la que se observa una mayor prevalencia de apego inseguro en los trastornos alimentarios encontraron adicionalmente que, el estilo de apego preocupado era más prevalente en BN, mientras que el apego evitativo/rechazante era más común en la forma restrictiva de AN.

También se encuentran varios estudios que muestran una incidencia mayor de apego evitativo en comparación con el apego ansioso tanto en la AN, BN y trastorno por atracones (Barone y Guiducci, 2009; Latzer et al., 2002; Ramacciotti et al., 2001).

4.2. TCA y el Apego Inseguro Ansioso

En el estilo de apego ansioso los altos niveles de ansiedad que se generan en las relaciones de apego incrementan los riesgos de TCA severos con síntomas de bulimia y atracón. La hiperactivación en el apego puede ocasionar niveles muy altos de reactividad e hiperactivación, y la comida puede ser usada como un intento de sobrellevar la ansiedad. Esto puede estar en la raíz de los intentos compensatorios que comprenden los ciclos de atracón y purga compensatoria característicos de estos cuadros (Tasca y Balfour, 2014; Tasca et al., 2011).

Salzman (1997) encontraron mayor frecuencia de trastornos alimentarios entre mujeres con apego ansioso-ambivalente que en el resto de los estilos de apego, mostrando que los estilos de apego preocupados y seguros fueron los factores discriminantes en la predicción de la pertenencia o no a los grupos de trastorno alimentario.

Suldo y Sandberg (2000) realizaron un estudio sobre una muestra de 169 mujeres universitarias mediante un análisis de regresión lineal múltiple multivariable examinando los cuatro estilos de apego (seguro, preocupado, temeroso, evitativo). Los resultados indicaron que los puntajes de apego preocupados-ansiosos se correlacionaron positivamente con la sintomatología del trastorno alimentario. Estos resultados son consistentes con otros estudios (Friedberg y Lyddon, 1996; Salzman, 1997), pero resaltan también estudios donde esta consistencia no ha podido ser constatada (Cole-Detke y Kobak, 1996).

Armstrong y Roth (1989) compararon 27 pacientes con trastorno alimentario con dos grupos de control a partir de la Prueba de Ansiedad de Separación de Hansburg, un instrumento de medida proyectiva de apego y separación adulta. Los resultados del estudio arrojaron una mayor dificultad de separación y ansiedad de apego en el grupo de trastornos alimentarios, con un 96% de los participantes con trastornos alimentarios con apego ansioso.

4.3. TCA y el Trauma en el Apego

Varios estudios confirman una correlación positiva de los apegos temerosos que se caracterizan por una visión negativa de uno mismo y de los demás y la bulimia (Brennan y Shaver, 1995; Friedberg y Lyddon, 1996; Suldo y Sandberg, 2000). Sin embargo, la combinación de una visión negativa de uno mismo y una visión negativa de otros es la más consistente de una alimentación desordenada relacionada con el apego temeroso, menos consistente en el estilo de apego preocupado o evitativo (Cole-Detke y Kobak, 1996).

En el reciente estudio de Pace et al. (2017), se examinó el estilo de apego de 50 mujeres pacientes ambulatorias con diagnóstico de TCA comparadas con 50 mujeres del grupo control. En dicho estudio se investigó adicionalmente las diferencias en apego entre las mujeres con TCA con y sin diagnóstico de TLP. Los resultados arrojaron una mayor presencia de apegos desorganizados en el grupo clínico experimental comparado con el grupo control. Adicionalmente las pacientes con ambos, TCA y TLP, presentaban niveles más elevados de agresión y pérdidas no resueltas que aquellas que solo mostraban diagnóstico de TCA.

En el meta-análisis de Molendijk et al. (2017) que examinó 13.059 individuos con TCA, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la exposición a cualquier tipo de abuso en la infancia (abuso emocional, físico, sexual) y la aparición de todos los tipos de TCA. La prevalencia de trauma en la infancia fue mayor para los TCA en relación con los controles sanos y los controles psiquiátricos con mayores (1)

presencia de comorbilidades, (2) índices de suicidio, (3) edad más temprana de inicio de TCA, (4) trastornos más grave de TCA, y (5) tener una mayor frecuencia de atracones y purgas en comparación con los individuos con TCA sin ningún tipo de abuso infantil. Los autores concluyeron que el abuso infantil, independientemente del tipo, se asocia con (1) la presencia de todos los tipos de TCA y (2) con mayores parámetros de gravedad de TCA por acumulación de traumas.

En el estudio epidemiológico en Estados Unidos (Afifi et al., 2017) con una muestra de 36.000 adultos todos los tipos de abuso infantil se asociaron con AN, BN y TA . La mayoría de los individuos con un TCA tenían historias de algún tipo de maltrato infantil (AN: 62,4%; BN: 65,6%; TA: 73,6%).

Adicionalmente, Tasca et al. (2013) examinaron en una muestra clínica de pacientes con TCA el historial de trauma y abuso y el estilo de apego encontrando que el 72,8% informaron de al menos un incidente relacionado con abuso físico, sexual o emocional, negligencia, bullying o pérdida de la figura de apego y que el 53,5% informaron de al menos un incidente de abuso físico o sexual. Los autores encontraron que la vivencia de experiencias traumáticas correlacionaba significativamente con la presencia de TCA.

Estudios sobre muestras aleatorias no clínicas que no buscaban tratamiento, mostraron tasas de prevalencia significativamente más altas de eventos traumáticos a lo largo de la vida en individuos con TCA en comparación con aquellos sin TCA (Afifi et

al., 2017; Brewerton, 2018). También se encontró que la prevalencia de TEPT a lo largo de la vida era significativamente mayor en los individuos con TCA (Hudson et al., 2007).

Cuando se incluye el TEPT subumbral o parcial (pPTSD), las tasas de TEPT tanto en el en individuos con síntomas bulímicos, la presencia de BN aumenta aún más (Brewerton, 2018; Mitchell et al., 2012).

En el "TEPT complejo" (TEPT-C) se refiere a una condición múltiple caracterizada por traumas interpersonales prolongados y repetidos, que generalmente comienzan en la infancia y continúan a lo largo del desarrollo (trauma complejo), y se caracterizan por una sensación de falta de poder, falta de control y falta de escape efectivo (Herman, 1992). El trauma relacionado con TCA con respecto al TEPT-C presenta mayor gravedad y está relacionado con otras condiciones clínicas, entre otras, el deterioro de la regulación del afecto, y el apego desorganizado (Brewerton, 2018).

Bateman y Fonagy (2012) afirman que la problemática del apego en la infancia o el trauma surgido a *posteriori* podría ser un elemento perturbador en el desarrollo de mecanismos de mentalización, lo cual puede estar causado por déficits a la hora de regular los afectos. Más concretamente, el trastorno por atracones, las purgas y las restricciones alimenticias podrían ser formas de bajos o excesivos niveles de control en la regulación del afecto (Candelori y Ciocca, 1998; Stice y Fairburn, 2003).

La presencia de una inseguridad en el estilo de apego y falta de mentalización en la emergencia de TCA se ha puesto de manifiesto tanto en estudios de investigación

como como en revisiones teóricas (Kuipers y Bekker, 2012; Kuipers et al., 2016; Zachrisson y Skårderud, 2010). La inseguridad en el apego ha demostrado ser más común en pacientes que presentan anorexia nervosa, AN, bulimia nervosa, BN, trastorno alimenticio no especificado, TANE, que los grupos control sin TCA (Kuipers y Bekker, 2012 ; Kuipers et al., 2016; Ward et al., 2000). La baja capacidad para mentalizar podría incluso ser una característica específica de los TCA especialmente de la AN, encontrándose resultados más comprometedores para la AN comparados con los otros grupos de patología psiquiátricas y grupos no-clínicos (Fonagy et al., 1996; Ward et al., 2001).

La teoría del apego es una forma de ayudar a comprender la etiología, pero hay muchos otros factores que pueden contribuir a una alimentación desordenada. Para las mujeres, el apego seguro se asocia negativamente con trastornos de alimentación y el apego temeroso se ha asociado positivamente. Estos hallazgos sugieren que las mujeres que temen el rechazo pueden correr más riesgo de padecer un trastorno alimentario.

Los modelos internos de regulación afectiva que se codifican a partir de las interacciones con las personas significativas durante la infancia en los sistemas de memoria implícita se convierten en modelos internos de apego estables constituyendo las bases fundamentales y consistentes a partir de los cuales los individuos interactúan con el mundo (Amini et al., 1996). Son estas funciones establecidas en la infancia en relación a los esquemas internos de regulación del afecto las que tienen profundas implicaciones en los trastornos de la conducta alimentaria (Tasca y Balfour, 2014).

5. Estudio

El interés de este estudio viene generado por la gran cantidad de TCA que quedan sin diagnosticar y por tanto sin tratamiento, especialmente en población mayoritariamente femenina y adulta (Hart et al., 2011) con una ratio de mujeres 4,2 superior a los hombres en la prevalencia de cualquier TCA a lo largo de la vida (Quian et al., 2013). Los datos de prevalencia de los TCAs en los últimos años indican claramente un aumento del 3,4% al 7,8% entre 2000 y 2018 (Galmiche et al., 2019; Kitsantas et al., 2003) con prevalencias que oscilan en la población para las mujeres del 8,4% (3,3-18,6%) de TCA a lo largo de la vida, y un 19,4% (6,5-35,9%) en la población general estudiada a partir de amplias categorías de TCA (Galmiche et al., 2019), y con previsiones futuras que apuntan a un continuo aumento (Deloitte Access Economics, 2020). Esta prevalencia subclínica del TCA dificulta conocer la gravedad de la misma. La literatura académica proporciona evidencia limitada de casos de TCA para los mayores de 40 años (Bueno et al. 2014).

Solo la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa han sido incluidos en el Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019), aunque el trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios o de la alimentación especificados son los más prevalentes en la población. Se estima que tan solo el 28,4% de las personas que padecen trastorno por atracón, TA reciben tratamiento (Westerberg y Waitz, 2013).

Cartagena y Marcos (2021) y Kessler et al. (2013), informan de la gravedad de

los síntomas, cronicidad, comorbilidad y mortalidad de los TCA, esta última, que presenta la mayor tasa de mortalidad de todas las enfermedades mentales (Smink et al., 2012), siendo el suicidio la segunda causa de muerte después de las complicaciones médicas en los TCA (Chesney et al., 2014; Rodríguez-López et al., 2021). Los TCA van tomando cada vez mayor presencia en poblaciones adultas y se estima una mortalidad relacionada a estos del 21% (Aziz et al., 2017).

En este estudio se busca, a través de autoinformes, analizar los estilos de apego, la regulación emocional, ansiedad y comorbilidad que se encuentran en población general femenina adulta y que puedan ayudar a una mejor comprensión y un acercamiento a la incidencia y prevalencia actual de las mujeres adultas con rasgos de TCA subclínico. Así mismo, el interés del presente estudio viene motivado por la cronicidad de dichos cuadros que si bien se diagnostican mayoritariamente en la adolescencia (Hoek y van Hoeken, 2003), se mantienen previsiblemente en formas subclínicas en la edad adulta, causando un gran malestar así como un deterioro del funcionamiento social, laboral y familiar. A pesar de su profusión, sin embargo, dichos cuadros no son sujeto de consulta médica o sanitaria, siendo identificados de forma secundaria por el clínico a partir de otras patologías.

Desde una mirada evolutiva con consideración de factores transversales a los diagnósticos se ha considerado idóneo incluir las variables de apego y regulación emocional, factores comunes al devenir y desarrollo del equilibrio psicobiológico del individuo y que comparten una base en el desarrollo de la ontogenia de la psicopatología

en relación a los estilos de apego que emergen desde los inicios de la vida y que delatan la necesidad básica afectiva humana. La ansiedad y la comorbilidad como variables medibles de psicopatología que se conforman a partir de desviaciones en el desarrollo. La ansiedad al ser una variable transversal a un gran número de trastornos psicopatológicos y una dimensión importante en la conceptualización de los estilos de apego, nos permite introducirla como variable control para determinar su efecto ya que ésta pudiera solaparse con el apego inseguro. Por su lado, la comorbilidad es una variable importante asociada a los TCA, y resulta crucial distinguirla de otros diagnósticos.

6. Hipótesis

H1. Esperamos encontrar diferencias significativas en los rasgos de TCA entre los dos grupos de comparación (con / sin rasgos de TCA).

H2. Esperamos encontrar un apego inseguro significativamente mayor en el grupo con rasgos de TCA en comparación con el grupo sin rasgos de TCA. Así mismo, en el grupo con rasgos de TCA esperamos encontrar mayores niveles de ansiedad, menor regulación emocional (atención emocional, claridad emocional y reparación emocional) y mayores índices de comorbilidad en todas sus dimensiones que el grupo sin rasgos de TCA.

H3. Esperamos encontrar que el apego inseguro sea el que aporte mayor varianza a la presencia de TCA y que lo haga en mayor medida que la regulación emocional, la comorbilidad y la ansiedad.

H4. Esperamos encontrar que el apego temeroso-hostil sea mejor predictor de la presencia de TCA que el resto de los apegos inseguros, debido al posible efecto traumático de la pandemia por Covid-19 en nuestra muestra de estudio.

7. Método

7.1. Participantes

El presente estudio contempla una muestra total de 206 mujeres en edad adulta (mayores de 18 años).

Los datos socio-demográficos que se contemplan en el estudio a partir de la muestra se encuentran en el Anexo 2. El rango de edades (todas ellas mayores de edad) ha sido entre 22 y 78 años, con una media de 46,38 años y encontrándose el 50% de la muestra en el rango de edad de 41-55 años. El 95,1% (N=196) tienen nacionalidad española, con un 65,1% (N=132) residentes en la Comunidad de Madrid. El nivel de estudios de grado, licenciatura o superior es de 87,1 % (N=142), encontrándose el 77,3% (126) de la muestra casada o en pareja de hecho y un 68,1% (111) con 1 hijo o más. Todas las mujeres del presente estudio han declarado haber colaborado voluntaria y anónimamente.

La inclusión sólo de mujeres se debe al incremento encontrado de TCA tanto en investigación como en clínica en población mayoritariamente femenina y derivado de la alta cronicidad y prevalencia de estos desórdenes que quedan sin diagnosticar (Hudson et al., 2007).

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

La presente investigación plantea un estudio correlacional, donde la selección de los casos se realiza mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia y/o de bola de nieve a través de un cuestionario online para mujeres mayores de 18 años. La encuesta es auto administrada de forma telemática de los instrumentos que comprende el presente estudio.

Los criterios de inclusión para el grupo de estudio:

- Ser mujer,
- Encontrarse dentro del rango de edad adulta (mayores de 18 años),
- Responder afirmativamente al consentimiento informado,
- Completar de manera íntegra la batería de cuestionarios.

En el presente estudio se lleva a cabo la comparación de dos grupos; un grupo formado por mujeres mayores de edad con rasgos de TCA y un grupo control también de mujeres mayores de edad sin rasgos de TCA. La inclusión en cada grupo se realiza a partir de los resultados obtenidos en el cuestionario sobre TCA en el *Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación, Eating Attitudes Test (EAT-26)*. La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems que componen el cuestionario, con escala Likert de 6 puntos (Siempre, Muy a menudo, A menudo, Algunas veces, Raramente y Nunca), y que puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Una puntuación por

encima del punto de corte de 20 supone un indicio de TCA. La GPCTCA (2009) nos indica que existe heterogeneidad entre los investigadores a la hora de establecer el punto de corte que permitan diferenciar la población ‘con riesgo’ de la que no lo tiene

7.2. Instrumentos

Medidas de evaluación del Apego

Una vez revisados los cuestionarios existentes sobre el apego adulto validados para población española (ver Tabla 1 - Apéndice 1), se examinó los valores psicométricos que confirman la validez y fiabilidad de los tests, aspecto necesario que asegura que un instrumento mide lo que quiere medir en dicha población y que lo mide de forma correcta. Adicionalmente, se han considerado aspectos teóricos en la selección final del cuestionario que resulten apropiados con el enfoque del presente trabajo. Así, teniendo como cuestionarios de referencia en población adulta para la medición del apego el CAMIR y CAA, ambos con propiedades psicométricas similares en fiabilidad (CAMIR α de Cronbach ,60-,85) y (CAA; α de Cronbach ,68-,86) y una validez en sus escalas correctas en ambos instrumentos (CAMIR) y (CAA). La varianza explicada del Camir es superior a la varianza del CAA, 52,97% y 40% respectivamente, dicha discrepancia podría estar basada en que el Camir considera solo tres tipos de apego mientras que el CAA incorpora también el desorganizado aportando mayor información, al incluir más dimensiones por lo que diferencia más y, por tanto, deja fuera los casos que no encajan (menos varianza explicada). La edad de la muestra del CAA es 18 a 57 años en

comparación con el Camir de 13 a 19, siendo el CAA más representativa de muestra adulta que el Camir, considerado más apropiado para población adolescente. Desde el punto teórico ambos estudios consideran aspectos dimensionales del apego, adscribiendo dichas representaciones en estilos de apego diferenciados en categorías. En el Camir se consideran únicamente los 3 tipos iniciales de apego (seguro, preocupado y evitativo) y sin embargo, en el CAA se incluye el estilo de apego desorganizado vinculado al trauma no resuelto y más significativo de poblaciones clínicas y por tanto, con presencia de psicopatologías. Este aspecto, dada la escasa diferenciación estadística y teórica junto con la edad de la muestra poblacional ha sido el criterio discriminante de selección del CAA sobre el Camir, el cual contempla los cuatro estilos de apego que recogen en mayor grado las diversidades de apego existentes en la población (seguro, evitativo, preocupado y temeroso) siguiendo los criterios propuestos por Bartholomew y Horowitz (1991). El CAA recoge 4 escalas (1. expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones; 2. autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad; 3. baja autoestima y necesidad de aprobación y miedo al rechazo 4. resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad) factores obtenidos que representan dimensiones donde los sujetos se sitúan en un continuo, ofreciendo una visión más precisa del apego que la clasificación categórica, pero posteriormente procede a la elaboración de clusters con el objetivo de obtener agrupación que habilita su análisis estadístico. Los clusters de dos y cuatro conglomerados elaborados a partir de las dimensiones permiten distinguir y clasificar primero, entre sujetos seguros e inseguros, y segundo, en los cuatro tipos de apego a partir de una combinación de las escalas de acuerdo a los criterios teóricos que refieren dichas cuatro categorías.

En cuanto a “Experience in Close Relationships-S” (ECR-S), cuya versión original (ECR, Brennan et al., 1998) validada y adaptada a población española por Alonso-Arbiol et al. (2007) donde se han observado las dos dimensiones básicas en población española en la comprensión y estudio de los estilos afectivos de ansiedad y evitación. Se ha seleccionado la CAA porque considera las cuatro escalas subyacentes a estas dimensiones que permiten un estudio más minucioso y comparativo con la teoría y la investigación, ya que diferencian cualitativamente unos estilos afectivos de otros. Las cuatro escalas del “Cuestionario de Apego Adulto” representan dimensiones o continuos en los que los sujetos pueden puntuar en distintos grados (Melero y Cantero, 2008).

Medidas de evaluación de TCA

Bolaños Ríos (2013) desde el Instituto de Ciencias de la Conducta de Sevilla, realiza una revisión de los instrumentos de evaluación desarrollados para evaluar los trastornos de la conducta alimentaria. Diéguez y Álvarez (2013), desde el Hospital Príncipe de Asturias de Madrid presentan una Guía en el proceso asistencial del TCA a partir del cual hacen un inventario de los diferentes instrumentos de medida relevantes en el proceso de detección del TCA.

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, GPCTCA (2009), recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA. Se sugiere utilizar para la

detección de TCA en general a partir de los 11 años, el SCOFF, aunque se prefiere con el objetivo de discriminar AN y BN de población normal el uso del EAT, cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA.

De acuerdo con las necesidades del presente estudio de investigación se han descartado los siguientes cuestionarios por estar dirigidos a patologías específicas de TCA (BITE, Test de Edimburgo, de Henderson y Freeman, 1987) y BULIT - Test de bulimia Bulimia de Smith y Thelen, 1984, (FCQ-T, FCQ-S, Food Craving Questionnaire-Trait y Food Craving Questionnaire-State de Cepeda-Benito et al., 2000), (FCI-SP, Food Craving Inventory de Jáuregui et al., 2010), cuestionarios autoaplicados para bulimia; (ABOS, Escala de Observación de Conducta Anoréxica, de Vandereycken, 1992); ACTA - Actitud frente al cambio en los TCA de Beato Fernández y Rodríguez Cano, 2003, indicado para evaluar el proceso terapéutico, EDE-Q - Cuestionario examen de trastornos de la conducta alimentaria Eating Disorders Examination-questionnaire de Fairburn y Beglin, 1994, del cual no se dispone de validación en población española.

Se seleccionaron los cuestionarios de cribado de TCA, con buenas propiedades psicométricas y con implicación clínica y que examine un amplio espectro de la TCA: EAT-26, EAT-40, SCOFF y EDI-2.

Siguiendo las recomendaciones de la GPCTCA (2009) se solicitará a los participantes de las muestras el peso en kg y talla en cm, con el fin de determinar el IMC ($IMC = \text{peso kg}/\text{talla m}^2$), con el fin de analizar estos índices en la muestra experimental

y control. Se considera que si el IMC es >25 se considera sobrepeso-obesidad; si está entre 25-18,5 se considera normal, y si es $<18,5$ se considera desnutrición (bajo peso). La CIE-10 establece como pauta diagnóstica para un AN un $IMC < 17,5$. Para las personas con BN se puede encontrar un peso normal o incluso un sobrepeso ligero (GPCTCA, 2009).

El interés que presenta la exploración de TCA en población general viene generado por los bajos índices de solicitud de tratamiento junto con altos índices de prevalencia de estos trastornos que como señala la GPCTCA (2009) sumado al hecho de que la mayoría de los estudios sobre la incidencia de los TCA se centran en presentar datos de los servicios de salud, por lo que resulta difícil establecer la prevalencia/incidencia en la población general (Portela de Santana et al., 2012). Los bajos índices de solicitud de tratamiento de los TCA se asocian a la ausencia de conciencia de enfermedad (GPCTCA, 2009). La GPCTCA resalta la importancia de la prevención primaria como objetivo para limitar la incidencia de los TCA, mediante el estudio de las causas y la exposición a factores de riesgo y el aumento de la resistencia de los individuos a los mismos, evaluando su impacto sobre el riesgo de enfermar en el individuo y en la población.

Una vez revisados los cuestionarios existentes sobre TCA validados para población española (ver Tabla 2 - Apéndice 1), se examinó los valores psicométricos que confirman la validez y fiabilidad de los test, aspecto necesario que asegura que un instrumento mide lo que quiere medir en dicha población y que lo mide de forma

correcta. El EAT-26 resulta un instrumento adecuado con el objetivo de discriminar TCA de población normal, cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA.

Medidas de evaluación de Regulación Emocional

Cabello et al. (2006) con el fin de realizar una integración teórica de diferentes medidas de regulación emocional analizan la relación empírica existente entre tres instrumentos más utilizados de evaluación de la regulación emocional emocional:

- Inteligencia Emocional Percibida, Trait Meta-Mood Scale (TMMS)
- Estrategias de Supresión Emocional y Reevaluación Cognitiva, Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)
- Afrontamiento Emocional (EAC)

Dichos instrumentos de evaluación corresponden a las tres de las principales teorías en el estudio de la regulación emocional que sostienen planteamientos diferentes:

- modelo de Inteligencia Emocional (IE) de Mayer y Salovey (1997),
- modelo de Afrontamiento de Stanton et al. (2000) y
- modelo de Regulación del Afecto de Gross y John (2003).

Sin embargo, y a pesar de pertenecer a diferentes modelos teóricos, los resultados del estudio comparativo de las 3 diferentes instrumentos arrojaron que en la práctica evalúan el mismo tipo de estrategias de manejo emocional (Cabello et al., 2006).

El modelo teórico IE de Mayer y Salovey (1997) es el planteamiento con mayor apoyo empírico (Mayer et al., 2000). La escala de meta-estado de ánimo por rasgos es un cuestionario de autoinforme que evalúa la inteligencia emocional percibida. El término "inteligencia emocional" o "autoeficacia emocional rasgo", se refiere a una constelación de autopercepciones y disposiciones relacionadas con las emociones autopercebidas y disposiciones relacionadas con las emociones (Petrides et al., 2010).

Dicho modelo considera la IE sustentada en la capacidad de percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada, y la destreza para regular y modificar el estado de ánimo propio o el de los demás. La regulación emocional es considerada como una de las dimensiones fundamentales y entendida como la habilidad para manejar las emociones propias y ajenas, moderando las negativas e intensificando las positivas sin reprimir ni exagerar aquello que pretenden transmitir. La RE integra todos los demás componentes de la IE (Mayer y Salovey, 1997).

Fernández-Berrocal et al. (2004) en la adaptación española han señalado la existencia y relevancia que ejerce la regulación emocional en la salud mental y física encontrado una elevada atención a los sentimientos y altas puntuaciones en sintomatología ansiosa y depresiva, así como bajas puntuaciones en atención emocional con mayores limitaciones en las actividades cotidianas, funcionamiento social y salud

mental. Los tres subfactores de la escala correlacionan en la dirección esperada con variables criterio como depresión, rumiación y satisfacción vital.

El modelo teórico de Afrontamiento de Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg (2000), basado en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984). La escala EAC, Escala de Afrontamiento Emocional, tiene dos factores:

- el procesamiento emocional, referido al propósito activo por conocer, explorar los significados y llegar a comprender las emociones.
- la expresión emocional, referida a los intentos activos por expresar, de modo verbal y no verbal una experiencia emocional (Stanton et al., 2002).

El modelo teórico de Regulación del Afecto de Gross y John (2003), en el que se hace una distinción entre la RE de otras formas de regulación del afecto como el afrontamiento y las defensas psicológicas. Este modelo se centra en las estrategias de regulación emocional en función del momento en el que se ponen en funcionamiento dentro del proceso emocional. Gross (1999) postula que la RE puede darse antes o después de la generación de la emoción, así la RE puede tener una focalización antecedente o de respuesta de la emoción. El cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) incluye estas dos dimensiones: la *reevaluación cognitiva* en el que se da un cambio cognitivo de forma previa para que modifique el impacto emocional, y la *supresión emocional* que implica una inhibición de la expresión emocional de forma posterior que la respuesta emocional ha sido generada. La *reevaluación cognitiva* permite

a la persona anticipar las consecuencias de una situación dada como forma de RE. Las personas que sin embargo tienden a tener estrategias de *supresión emocional* ejercen un control cognitivo y conductual que se expresa a nivel conductual. Los estudios llevados a cabo subrayan el rol fundamental de las estrategias de anticipación en la RE que permiten un mayor bienestar personal y social. Con el fin de analizar de forma diferencial las consecuencias y las estrategias habitualmente usadas Gross y John (2003) desarrollaron el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ).

La comparativa entre los modelos de Gross y John (2003) y Stanton, et al. (2002) es importante, ya que proponen un acercamiento diferente al proceso emocional. El modelo de Afrontamiento propone regular una emoción provocada por un evento concreto, mientras que los modelos centrados en la regulación del afecto hacen referencia a la regulación del estado de ánimo, lo que implica estados internos más duraderos, aunque menos intensos sin un referente claro (Cabello et. al, 2006).

El TMMS contempla los procesos emocionales que van desde la atención, comprensión y posterior regulación de los estados emocionales mientras que la EAC, escala de afrontamiento tiene en cuenta diferentes estrategias emocionales.

En este sentido, el TMMS-24 contempla tres subfactores de los procesos emocionales que incluyen la atención de los propios sentimientos, la claridad emocional y la posterior regulación de los estados emocionales. El estudio de los subfactores de la RE apoya la secuencia funcional en tres fases de la competencia de la gestión emocional

evaluada por el TMMS-24 (Cabello et al., 2006; Palmer et al., 2003; Salguero et al., 2010).

Estos procesos se consideran organizados jerárquicamente. La percepción se comprende como el proceso más básico, mientras que la gestión de las emociones se sitúa en el nivel más alto y complejo. Por lo tanto, la capacidad de regular las emociones se construye sobre la base de procesos de nivel inferior. Así, se postuló que la Atención emocional se correspondía con la primera etapa del procesamiento de las emociones y se consideraba una condición previa necesaria para los procesos de los componentes de nivel superior. Existen pruebas de que estos componentes son separables, secuenciales y jerárquicos (Schmitz & Schmitz, 2012).

La supresión emocional (ERQ) y expresión emocional (EAC) resultan ser los polos opuestos de una misma dimensión. Una elevada asociación existente entre el factor reparación emocional (TMMS) y reevaluación cognitiva (ERQ), sugiriendo que la primera es una estrategia más amplia que engloba la segunda (Cabello et. al, 2006).

Gómez Pérez y Calleja Bello (2017) elaboraron una revisión psicométrica de las escalas de medición de la regulación emocional en español y encontraron que de las 34 escalas encontradas, las mejor puntuadas en español fueron las adaptaciones de la DERS, ERQ y CERQ, siendo las principales estrategias de regulación emocional que medían la mayoría de los instrumentos de evaluación, aquellas que medían estrategias cognitivas para la RE. Dichos autores mencionan que el componente cultural en la regulación emocional es muy fuerte y que ello puede estar ocasionando diferencias en las

interpretaciones de los ítems ya que la calidad psicométrica de las escalas originales anglosajonas son mayores que las de las adaptaciones.

La DERS por su lado mide la regulación disfuncional o desadaptativa. En este sentido, la escala DERS permite medir diferentes aspectos de la regulación desadaptativa, aspectos considerados clínicamente relevantes (Gratz y Roemer, 2004).

Según Calkins y Leerkes (2011), la regulación emocional es un hito del desarrollo que va emergiendo progresivamente, encontrando que en la infancia todavía se está en proceso de formación, lo cual requiere necesariamente de procesos de correulación con otros significativos.

De acuerdo con las necesidades del presente estudio de investigación se han descartado los siguientes cuestionarios por estar dirigidos a adolescentes (DERS, 2014), por estar dirigidos al ámbito de la empresa (EROS, IEMSS), por revisar aspectos únicamente cognitivos (CERQ), por indagar sobre aspectos parciales de la RE (CREI). Se seleccionaron los cuestionarios de mayor impacto en la investigación de RE en adultos, con buenas propiedades psicométricas y con implicación clínica y que examine un amplio espectro de la RE: DERS, TMMS-24, EAC, ERQ.

Una vez revisados los cuestionarios existentes sobre la regulación emocional validados para población española (Tabla 3- Apéndice 1), se examinó los valores psicométricos que confirman la validez y fiabilidad de los test, aspecto necesario que asegura que un instrumento mide lo que quiere medir en dicha población y que lo mide

de forma correcta. A partir de los instrumentos disponibles se eligió el TMMS-24 (Fernández-Berrocal et al., 2004) que es el cuestionario de medición de la regulación emocional basado en el planteamiento con mayor apoyo empírico (Mayer et al., 2000) y dado que estudios comparativos de diferentes instrumentos arrojaron que en la práctica evalúan el mismo tipo de estrategias de manejo emocional (Cabello et al., 2006) se ha considerado el más conveniente.

Medidas de evaluación de la Ansiedad

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, GPCTA (2008), señala que en nuestro contexto los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20% (Martín Pérez et al., 2003).

Los datos del Eurobarómetro aportan para España una prevalencia estimada en cualquier trastorno mental del 17,6%, más alta en mujeres (20,8%) que en varones (14,2%), de los cuales el trastorno más frecuente encontrado es el de ansiedad, seguido por la depresión (The European Opinion Research Group, 2003). La prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en mujeres duplica a la de los hombres (Haro et al., 2006). Ello hace idóneo su estudio e inclusión en el presente trabajo de investigación dada la alta prevalencia encontrada en mujeres.

Sin embargo, existe una constatación de un infradiagnóstico de los trastornos de ansiedad (Latorre Postigo et al., 2012).

Se ha detectado una temprana edad de inicio en los trastornos de ansiedad. Esto parece indicar que personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad, pudieran presentar un mayor riesgo de desarrollar otro trastorno posterior. Esta elevada incidencia a edades tempranas resulta un aspecto importante para el presente estudio ya que se asienta sobre los cimientos del desarrollo humano.

Una vez revisados los cuestionarios existentes sobre la TA validados para población española (Tabla 4 - Apéndice 1), se examinó los valores psicométricos que confirman la validez y fiabilidad de los tests, aspecto necesario que asegura que un instrumento mide lo que quiere medir en dicha población y que lo mide de forma correcta.

La versión en español de la escala HARS, validada para población española por Lobo et al. (2002), presenta buenas propiedades psicométricas, similares a las de las escalas originales, por lo que resulta apropiada para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica en España (Lobo et al., 2002). El desistimiento en la elección de este instrumento a pesar de los adecuados valores psicométricos y el más reducido número de ítems, deriva en que ésta ha sido diseñada como escala hetero aplicada y por lo tanto ha de ser administrada por un clínico.

El ASQ-15, Cuestionario de Screening de Ansiedad (Wittchen y Boyer, 1998) ha sido descartado al no estar validado a la población española, encontrándose únicamente adaptado a nuestro entorno por Bobes et al., (2002).

Piotrowski y Gallant (2009) identifican al BAI como el instrumento de evaluación de la ansiedad más utilizado en la investigación psicológica, por encima del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970) previamente el instrumento más difundido.

En cuanto a la discriminación entre los dos instrumentos más difundidos el BAI y el STAI, reside en el grado en que el BAI refleja conductas (cognitivas, emocionales, motoras o fisiológicas) anormales o patológicas de ansiedad, adecuadas para distinguir la ansiedad clínica. En concreto, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la crisis de angustia o ataque de pánico, muestra que existen importantes diferencias entre el BAI y el STAI, que éste último no permite (Sanz, 2014).

Además, en el STAI las medidas de ansiedad están muy correlacionadas o son indistinguibles de las de la depresión, mientras que el BAI muestra menos nivel de contaminación con respecto a el contenido depresivo (Sanz et al. 2011; Sanz et al. 2012; Sanz, 2014).

El BAI debido a su especificidad para medir la ansiedad clínicamente relevante, su menor solapamiento con la depresión y sus excelentes propiedades psicométricas se considera el más adecuado para el presente estudio. El BAI es más relevante que el STAI-R en relación a la crisis de angustia según el DSM-IV, cuyos ítems cubren un 78.6% de los síntomas frente a 7.1% del STAI-R, así mismo, cubre el 100% de los ítems que evalúan síntomas del TAG, frente a 30% del STAI-R (Sanz, 2014).

Medidas de evaluación de la Comorbilidad

La prevalencia y el alcance del fenómeno de la comorbilidad ha tomado cada vez más relevancia. En el Annual Review of Psychology hace hincapié en este aspecto resaltando la comorbilidad como un fenómeno de gran importancia clínica (Krueger y Markon, 2006).

Una vez revisados los cuestionarios existentes sobre la comorbilidad validados para población española (Tabla 5 - Apéndice 1), se examinó los valores psicométricos que confirman la validez y fiabilidad de los test, aspecto necesario que asegura que un instrumento mide aquello que se pretende medir en dicha población y que lo mide de forma correcta.

El SCL-90 y SCL-90-R presentan ciertos problemas que dificultan su utilización y reducen su utilidad en investigación dado el elevado número de ítems y solapamiento de los mismos. Igualmente, presentan una alta correlación entre las nueve escalas, baja

validez discriminante, inestabilidad de estructura, falta de validez factorial y desequilibrio de las escalas en el número de ítems (Sandín et al., 2008).

La validación de la versión española del nuevo cuestionario SA-45 (*Symptom Assessment-45*; Davison et al., 1997) realizada por Sandín et al. (2008) es una forma abreviada del SCL-90 (tiene sólo la mitad de los síntomas de aquél), sino que además presenta las siguientes mejoras: (1) iguala las 9 escalas a un mismo número de ítems, (2) maximiza la posibilidad de que las escalas posean similar fiabilidad y validez, (3) evita (o minimiza) el solapamiento entre las distintas escalas, (4) minimiza las correlaciones entre las escalas, y (5) favorece la utilidad y uso del cuestionario. El SA-45 presenta sobre el SCL-90-R las ventajas de ser más breve y posiblemente más discriminativo (puesto que es mayor la consistencia de las dimensiones). El cuestionario evalúa las mismas dimensiones que el SCL-90: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo. Siendo un cuestionario con la pertinente validez psicométrica, ofrece un número menor de ítems. Por ello, y por el menor número de ítems (45) dada la larga batería que implica el presente estudio se ha seleccionado el SA-45 para detectar la posible comorbilidad en las sujetos evaluadas.

Selección final de instrumentos de evaluación

La Figura 7 muestra el listado de instrumentos de evaluación seleccionados para el presente estudio y el nº total de ítems.

Figura 7. Listado de Instrumentos de evaluación seleccionados

LISTADO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN SELECCIONADOS:

- 1.** Cuestionario de Apego Adulto (**CAA**), Melero y Cantero (2008)
- 2.** Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (**EAT-26**), Gandarillas et al. (2002).
- 3.** Escala de evaluación de la regulación emocional:
Trait Meta-Mood Scale-24 (**TMMS-24**), Fernández-Berrocal et al. (2004).
- 4.** Inventario de Ansiedad de Beck (**BAI**), Sanz et al. (2011).
- 5.** Cuestionario de evaluación de la comorbilidad:
Symptom Assessment-45 (**SA-45**), Sandín et al. (2008).

SUMA TOTAL DE ÍTEMS: 156 ÍTEMS

CAA (40) + EAT-26 (26) + TMMS (24) + BAI (21) + SA-45 (45)

Descripción de los Instrumentos seleccionados

Los instrumentos utilizados para la elaboración del presente estudio se administraron de forma telemática a través de la confección de una encuesta online que contempla los 156 ítems mencionados de los cinco cuestionarios elegidos para medir los Trastornos de Conducta Alimentaria, Apego, Regulación Emocional, Ansiedad y Comorbilidad, que debían ser contestados únicamente para mujeres mayores de 18 años. La encuesta que comprende el presente estudio es por tanto auto administrada de forma telemática. A continuación se especifican los detalles de los cuestionarios utilizados:

Cuestionario de Apego Adulto (CAA) validado para población española (Melero y Cantero, 2008) que mide *representaciones* del apego según modelo de Bartholomew y Horowitz (1991). El cuestionario consta de 40 ítems con escala Likert de 6 puntos (1= Completamente en desacuerdo, 6 = Completamente de acuerdo). El CAA comprende 4 escalas que representan dimensiones o continuos en los que los sujetos pueden puntuar en distintos grados. Los índices de consistencia interna de las 4 escalas que evalúan el estilo de apego son a) “Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo” con un α de Cronbach de ,86; b) “Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad”, α de Cronbach de ,80; c) “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones”, α de Cronbach de ,77; y d) “Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad”, α de Cronbach de ,68. A partir de la combinación de las puntuaciones en las escalas se establecen las tipologías del estilo de apego de los sujetos. Las escalas permiten

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

determinar las representaciones de los cuatro estilos de apego; seguro, alejado, preocupado y temeroso hostil. Este cuestionario que mide las representaciones del apego es una prueba que tiene buenas propiedades psicométricas. Los índices de consistencia interna de las 4 escalas (α de Cronbach): ,68-,86. Los 40 ítems agrupados en 4 factores explican un 40% de la varianza total.

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación, Eating Attitudes Test (EAT-26) de Garner, et al. (1982) y validado para población española por Gandarillas et al. (2002), versión reducida a partir de análisis factorial del EAT-40. Este cuestionario cuenta con 26 ítems con escala Likert de 6 puntos (1= Siempre, 6 = Nunca), presenta 3 subescalas: 1.dieta, 2.bulimia y 3.preocupación por comer y control oral. Es un cuestionario de cribado útil para diferenciar los casos de TCA de población normal. Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%, VPP (Valor predictivo positivo) del 23%, VPN (Valor predictivo negativo) del 99% y porcentaje de bien clasificados del 92%. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20.

Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) de Salovey et al. (1995), validado para población española por Fernández-Berrocal et al. (2004). Costa de 24 ítems con escala Likert de 5 puntos (1= Nada de acuerdo, 6 = Totalmente de acuerdo) que examina 3 subescalas: 1. Atención a los propios sentimientos 2. Claridad emocional: 3. Reparación de las emociones con una consistencia interna: α de Cronbach ,86 para atención ,87 para claridad y ,82 para reparación. La fiabilidad test-retest 4 semanas después es en la atención de ,60, en la claridad: ,70 y en la reparación: ,83.

Las subescalas del TMMS-24 en 1. Atención a los propios sentimientos puede puntuar: a. presta poca atención, b. adecuada atención y c. debe mejorar, que en nuestro estudio hemos denominado a modo de unificación y simplificación: 1. Atención emocional a. baja, b. adecuada y c. excesiva. Las subescalas de Claridad y Reparación emocional, que pueden puntuar: a. debe mejorar, b. adecuada, c. excelente y en nuestro estudio a modo de unificación y simplificación, hemos denominado a. baja, b. adecuada, y c. excelente.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), de Aaron et al. (1988), y validado para población española por Sanz et al. (2011), consta de 21 ítems tipo likert con 3 puntos de corte, que permiten calificar el nivel de ansiedad como mínima, leve, moderada o grave. Presenta un α de Cronbach de fiabilidad de consistencia interna en pacientes con trastornos psicológicos, adultos de población general y los estudiantes universitarios fueron, respectivamente ,90 ,91 y ,88, lo que supone unos resultados excelentes (Prieto y

Muñiz, 2000). Validez diagnóstica para detectar TA: sensibilidad y especificidad >70%; valores predictivos positivo y negativo > 50%; kappa >,40.

Cuestionario para la comorbilidad, **Symptom Assessment-45, (SA-45)**, de Davison et al. (1997) y validado para población española por Sandín et al. (2008). El cuestionario consta de 45 ítems tipo Likert de 6 puntos (1= Nada en absoluto, 6 = Mucho o extremadamente) consta de 9 escalas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo) de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90, siendo una versión reducida de éste. La fiabilidad (consistencia interna) alfa de Cronbach para cada una de las escalas del cuestionario son la mayoría, $\alpha > 0,80$, validez convergente y discriminante adecuadas. Los 9 factores explicaban el 60,3% de la varianza total (% superior al obtenido por estudios SCL-90).

La estrategia de selección de los instrumentos mencionados y utilizados en el presente estudio y sus características específicas, al igual que sus propiedades psicométricas quedan recogidas en el Apéndice 1. Evaluación de los instrumentos de medida para la realización del trabajo experimental del plan de investigación de tesis doctoral.

7.3. Análisis Estadísticos

Los datos se analizan con el programa estadístico SPSS-25. Se realiza un análisis de fiabilidad de las escalas y subescalas calculando el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach. Se describen las variables cuantitativas con los estadísticos descriptivos mínimo, máximo, media y desviación típica, mediana y rango intercuartílico calculando los cuartiles 1 y 3. Las variables cualitativas se describen en frecuencias y porcentajes. Se estudian las correlaciones entre variables cuantitativas con el coeficiente de correlación de Pearson. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se calcula el coeficiente Chi-cuadrado. Las diferencias entre el grupo control y el grupo TCA se estudian con la prueba t de Student para muestras independientes. En cuanto al supuesto de normalidad, la muestra de población general del presente trabajo (N=206) no presenta una distribución simétrica, como cabe esperar para población general, en tanto existe lógicamente una mayoría de personas con menores niveles de TCA y menos población con niveles altos de TCA. Dicho problema de la distribución simétrica para la normalidad se ve salvado en la medida que el tamaño de los grupos (Grupo con TCA=43 y Grupo Control=163) aun no siendo semejantes lógicamente para población general con rasgos de TCA, sí tienen ambos un tamaño lo suficientemente grande como para ser considerado adecuado, según los criterios estadísticos en investigación (Pardo et al., 2009). Con referencia a este supuesto de normalidad los autores mencionados nos dicen “Por lo que se refiere al supuesto de normalidad, su incumplimiento no acarrea consecuencias relevantes sobre las conclusiones del contraste, si los tamaños muestrales son razonablemente grandes” (p. 315), y precisan, “con tamaños muestrales por encima de

40, la prueba T puede utilizarse incluso aunque la distribución de los datos sea fuertemente asimétrica” (p. 262).¹

Se hace un análisis de regresión lineal y logística para determinar si el estilo de apego, la ansiedad, la regulación emocional y la comorbilidad son variables predictoras de la presencia de TCA y cuales lo hacen de mejor manera. A continuación se evalúa la predictibilidad de pertenencia a los grupos TCA y control. Cabe destacar que en dichos análisis se evaluaron los supuestos de distribución normalidad y homocedasticidad. Se consideran significativos los resultados con p-valores $< ,05$.

¹ Pardo, A., Ruiz, M.A. y San Martín, R. (2009). *Análisis de Datos en ciencias sociales y de la salud I*. Editorial Síntesis.

8. Resultados

8.1. Comparación de variables sociodemográficas según el grupo de estudio

En la Tabla 3 se presentan las variables de la muestra en peso, altura, comparación de medias y las variables sociodemográficas más relevantes por grupos de estudio, evaluando si hay diferencias significativas entre los grupos. Dicho análisis muestra diferencias significativas en el peso ($t(204)=3,95$, $p<,001$) con valores medios superiores en el grupo TCA.

En el grupo TCA se encuentra un porcentaje significativamente inferior de mujeres con estudios universitarios ($\text{Chi-cuadrado}(1)=4,18$, $p=,04$, $C=,14^2$), con una relación estable de más de un año ($\text{Chi-cuadrado}(1)=4,98$, $p=,026$, $C=,15$), y que tengan hijos ($\text{Chi-cuadrado}(1)=8,36$, $p=,004$, $C=,20$). No encontramos diferencias significativas en los dos grupos de estudio en la edad, altura, en el porcentaje de mujeres con IMC normal y ocupadas en trabajo y estudio fuera de casa.

² C, coeficiente de contingencia entre las variables analizadas

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Tabla 3

Diferencias entre los grupos de estudio en las variables sociodemográficas

Variables	Control (N=163)		TCA (N=43)		T(204)	p	95% IC	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica			Inf	Sup.
Edad	46,71	11,10	45,14	14,93	,762	,447	-2,49	5,62
Peso	62,89	10,08	72,17	22,82	-3,95	<,001	-13,92	4,66
Altura	164,33	6,25	165,73	5,24	-1,35	,178	-3,27	,46
	Control		TCA		Chi- cuadrado	p	C	
	N	%	N	%				
IMC normal								
No	48	29,4%	19	44,2%	3,37	,066	,127	
Sí	115	70,6%	24	55,8%				
Estudios universitarios								
No	21	12,9%	11	25,6%	4,18	,041	,141	
Sí	142	87,1%	32	74,4%				
Relación de más de un año								
No	37	22,7%	17	39,5%	4,99	,026	,154	
Sí	126	77,3%	26	60,5%				
Hijos								
No	52	31,9%	24	55,8%	8,36	,004	,197	
Sí	111	68,1%	19	44,2%				
Ocupación fuera hogar								
No	23	14,1%	10	23,3%	2,12	,146	,101	
Sí	140	85,9%	33	76,7%				

8.2. Cálculo de la fiabilidad de las escalas y subescalas en la muestra

La fiabilidad estimada con la muestra de 206 mujeres a partir del coeficiente de consistencia interna α de Cronbach (Tabla 4), tiene valores muy altos en todas las escalas con valores comprendidos entre ,895 y ,964. Para las subescalas tenemos valores entre ,680 y ,940 consideradas adecuadas al ser en su mayoría superiores a ,80 (excepto para el psicoticismo). Por ello, se comprueba una buena consistencia interna de los ítems de los test analizados con las escalas y subescalas.

Tabla 4
Coeficientes de consistencia interna en la muestra de 206 mujeres para las escalas y subescalas del estudio

Escalas subescalas	Elementos	α de Cronbach
EAT-26	26	,895
TMMS-24	24	
atención	8	,917
claridad	8	,940
reparación	8	,884
BAI	21	,911
SA-45	45	,964
depresión	5	,899
hostilidad	5	,821
sensibilidad interpersonal	5	,911
somatización	5	,778
ansiedad	5	,871
psicoticismo	5	,680
obsesión-compulsión	5	,826
ansiedad fóbica	5	,859
ideación paranoide	5	,765

8.3. Descriptivos de las escalas y subescalas

En la Tabla 5 se describen las variables cuantitativas con los estadísticos descriptivos mínimo, máximo, media y desviación típica, mediana y rango intercuartílico calculando los cuartiles 1 y 3.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Tabla 5

Estadísticos de las puntuaciones totales de las escalas y subescalas

Puntuación escala	N	Mínimo	Máximo	Media	Dt	Mediana	Q1	Q3
EAT-26	206	0	56	11,26	11,34	7	3	16
TMMS-24								
atención	206	10	40	25,78	7,42	25	20	31
claridad	206	8	40	26,94	7,17	27	22	32
reparación	206	10	40	27,91	6,40	28	23	32
BAI	206	0	46	13,14	10,76	11	5	19
SA-45	206	0	122	33,63	28,80	23	12	48
depresión	206	0	20	5,18	4,99	4	2	8
hostilidad	206	0	19	2,50	3,34	1	0	4
sensibilidad interpersonal	206	0	19	4,56	4,95	3	0	8
somatización	206	0	16	4,31	4,05	3	1	7
ansiedad	206	0	20	5,00	4,54	4	1	7
psicoticismo	206	0	12	1,46	2,39	0	0	2
obsesión-compulsión	206	0	17	4,94	4,27	4	2	7
ansiedad fóbica	206	0	20	2,22	3,73	0	0	3
ideación paranoide	206	0	17	3,48	3,46	2	1	5

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

En la Tabla 6 se presentan la clasificación de las escalas y subescalas en frecuencias y porcentaje de EAT-26 (Grupo con TCA y Grupo Control), de CAA (Seguro e Inseguro) y dentro del Apego Inseguro (Preocupado, Alejado y Temeroso-Hostil), de TMMS-24 (Atención emocional, Claridad emocional y Reparación emocional), con sus categorías (Escasa, Adecuada y Excesiva) en Atención emocional y (Escasa, Adecuada y Excelente) en Claridad y Reparación emocional, y por último el BAI, con su subescala (Baja, Moderada, Alta).

Los resultados que se muestran indican que en el EAT-26, 43 mujeres constituyen el grupo de TCA, lo que representa un 20,87% de la muestra ($M=29,86$, $Dt=9,61$), y 163 mujeres el grupo control, lo que supone un 79,13% de la muestra ($M=6,35$, $Dt=4,77$). Los resultados obtenidos en la muestra presentan niveles significativamente superiores de TCA ($N=206$, $p=,001$), a partir de la prueba binomial con respecto a los presentados en los estudios de investigación previos para población general, en donde se barajan unas tasas de incidencia de 6,15% de mujeres con un diagnóstico de TCA y un 7% adicional de cuadros subclínicos, lo que supone una estimación de un 13,15% de presencia de TCA en la población (Hudson et al., 2007; Stice y Bulik, 2012).

En cuanto a los resultados obtenidos del test de apego CAA se encontró que del total de la muestra (206), el 50% ($N=103$) presentaron apego seguro y el otro 50% ($N=103$) apego inseguro. Estos resultados muestran unos niveles de apego inseguro ligeramente superiores a los barajados para la población española. En la validación realizada por Melero y Cantero (2008) de evaluación de apego adulto, se encontró un

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

53,26% de los participantes clasificados como seguros y un 46,74% como inseguros. Sin embargo, esta desviación entre la muestra del presente estudio y la muestra de referencia no implica diferencias significativas a partir de la prueba binomial ($N=206$, $p=,193$).

La distribución de apego inseguro en el presente estudio reveló la siguiente distribución: 52,43% ($N=54$) *apego inseguro alejado*, 22,33% ($N=23$) *apego inseguro preocupado*, 25,24% ($N=26$) *apego inseguro hostil*. Dichos resultados presentan una desviación significativa ($\text{Chi-cuadrado}(2)=9,10$, $p=,011$), con los valores teóricos que se aportan en Melero y Cantero (2008), que comprende el estudio de validación para población española del cuestionario de apego adulto CAA, en donde se encontró una distribución del estilo de apego inseguro de un 41,51% como *apego inseguro alejado*, un 36,48% como *apego inseguro preocupado*, el 22,01% *apego inseguro temeroso hostil*.

Con respecto a los resultados obtenidos a partir del TMMS-24, en sus 3 dimensiones: *Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional*, se encontraron los mayores valores de cada subescala en *Atención emocional*, un 45,6% ($N=94$) de la muestra exhibió una escasa atención emocional; en *Claridad emocional* un 53,4% ($N=110$) puntuaron una claridad emocional adecuada; en *Reparación emocional* un 59,7% de la muestra ($N=123$) puntuaron una adecuada *Reparación emocional*.

En los resultados obtenidos a partir del BAI, resalta la baja ansiedad mostrada en un 79,6% ($N=164$) de la muestra, mientras que el 16% ($N=33$) presentó una ansiedad moderada y sólo un 4,4% ($N=9$) una ansiedad alta.

Tabla 6

Clasificación de la muestra en las categorías de las escalas y subescalas del EAT-26, CAA, TMMS-24 y BAI

Escalas subescalas	N	%
EAT-26		
Control	163	79,1%
TCA	43	20,9%
CAA		
Seguro	103	50%
Inseguro	103	50%
Preocupado	23	11,2%
Alejado	54	26,2%
Temeroso-hostil	26	12,6%
TMMS-24		
Atención emocional		
Escasa	94	45,6%
Adecuada	86	41,7%
Excesiva	26	12,6%
Claridad emocional		
Escasa	66	32%
Adecuada	110	53,4%
Excelente	30	14,6%
Reparación emocional		

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

	Escasa	53	25,7%
	Adecuada	123	59,7%
	Excelente	30	14,6%
BAI			
	Baja	164	79,6%
	Moderada	33	16%
	Alta	9	4,4%

8.4. Correlación entre valor de TCA y las escalas y subescalas de estudio

En la Tabla 7 se muestran las correlaciones entre el EAT-26 y el TMMS-24, el BAI y el SA-45 y sus respectivas subescalas. Se han encontrado correlaciones significativas con todas las escalas y subescalas excepto con la de *Atención emocional* ($r=,046$, $p=,515$) del TMMS-24.

En cuanto a las tendencias dentro de las escalas claridad y reparación emocional del TMMS-24, ambas subescalas muestran una tendencia negativa con relación al EAT-26, lo que nos indica que según el valor del EAT-26 aumenta, la claridad y la reparación disminuyen, siendo ambos supuestos coherentes con la tendencia esperada.

En lo que a la comorbilidad se refiere examinada a partir del SA-45, la correlación es positiva en la escala y todas las subescalas lo que indica que la comorbilidad aumenta según aumenta la puntuación en el EAT-26, lo que también supone una tendencia esperada dada la alta comorbilidad que presentan los TCA, aunque también podría indicar cierto solapamiento entre dichas medidas.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Tabla 7
Coefficientes de Correlación lineal de Pearson entre EAT-26 y las escalas y subescalas

Escalas Subescalas	EAT-26	
	r	p
BAI	,423	<,001
TMMS-24		
atención emocional	,046	,515
claridad emocional	-,159	,022
reparación emocional	-,172	,013
SA-45	,452	<,001
depresión	,450	<,001
hostilidad	,204	,003
sensibilidad interpersonal	,478	<,001
somatización	,273	<,001
ansiedad	,359	<,001
psicoticismo	,382	<,001
obsesión-compulsión	,371	<,001
ansiedad fóbica	,310	<,001
ideación paranoide	,384	<,001

8.5. Diferencias de medias entre los grupos de estudio.

A partir de los datos de la Tabla 8, vemos que existen diferencias significativas a partir de la prueba t de Student en las puntuaciones medias, con valores significativamente superiores en el grupo TCA comparado con el grupo control para la escala del BAI ($t(50,23)=-4,43$, $p<,001$). En los resultados resalta la diferencia entre medias estadísticamente significativas de los niveles de ansiedad registrados a partir del BAI, con una media de 11,04 ($Dt=8,54$) para el grupo control y 21,09 ($Dt=14,23$) para el grupo con TCA (IC de la diferencia de medias al 95%: -14,61 a -5,49), muy superior en este último, lo cual corrobora la expectativa teórica de encontrar mayor ansiedad en el grupo con TCA.

En la Tabla 8 vemos que existen igualmente diferencias significativas a partir de la prueba t de Student en las puntuaciones medias entre los grupos de estudio, con valores significativamente superiores en el grupo TCA para la escala SA-45 ($t(50,07)=-4,81$, $p<,001$), y todas sus subescalas, con una media de 27,59 ($Dt=22,44$) para el grupo control y 56,53 ($Dt=37,78$) para el grupo con TCA (IC de la diferencia de medias al 95%: -41,04 a -16,85), superior en este último, lo cual corrobora la expectativa de encontrar mayor comorbilidad en el grupo con TCA. Todas las dimensiones de comorbilidad que contempla el test muestran medias significativamente superiores en el grupo TCA.

Con respecto a los resultados obtenidos a partir del SA-45, la validación de la versión española realizada por Sandín et al. (2008) arroja una media total 36,9 (Dt=26,3), La media obtenida en la presente muestra es de 33,63 (Dt=28,80), ligeramente inferior al valor teórico, no siendo la diferencia entre ambas medias anteriormente mencionadas significativa ($t(205)=-1,63$, $p=,105$). En las distribuciones por grupos, en la escala total del SA-45, encontramos una diferencia significativa entre grupos ($p<,001$) en donde el grupo con TCA presenta una media de 56,53 (Dt=37,77), frente a la media del grupo control 27,59 (Dt=22,44), lo que pone de manifiesto unos mayores índices de comorbilidad del grupo TCA, como cabía esperar. Estas tendencias de mayores niveles de comorbilidad en las 9 subescalas se confirman igualmente, lo que representa mayores niveles de depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, psicoticismo, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica e ideación paranoide en el grupo con TCA.

En el TMMS-24, se han encontrado diferencias significativas en las medias de la subescala de *Reparación emocional* ($t(57,45)=1,97$, $p=,039$). Adicionalmente, tenemos valores significativamente inferiores para el grupo con TCA en la subescala de *Reparación emocional* ($t(204)=-2,22$, $p=,027$), como cabía esperar, encontramos menor nivel de reparación emocional en el grupo con TCA. Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en *Atención emocional* ($t(62,14)=-1,07$, $p=,233$) y *Claridad emocional* ($t(58,77)=1,80$, $p=,114$).

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Tabla 8
Prueba t de Student para la comparación de medias entre los grupos de estudio

Variables	Control N=163		TCA N=43		t	gl	p
	Media	Dt	Media	Dt			
TMMS-24							
atención emocional	25,48	7,28	26,91	7,90	-1,07	62,14	,233
claridad emocional	27,45	6,85	25,02	8,10	1,80	58,77	,114
reparación emocional	28,42	6,03	26,00	7,42	1,97	57,45	,039
BAI	11,04	8,54	21,09	14,23	-4,43	50,23	<,001
SA-45	27,59	22,44	56,53	37,78	-4,81	50,07	<,001
depresión	4,15	4,13	9,12	5,99	-5,13	52,97	<,001
hostilidad	2,12	3,15	3,91	3,67	-2,92	59,33	,041
sensibilidad interpersonal	3,44	3,75	8,79	6,49	-5,18	49,63	<,001
somatización	3,85	3,76	6,02	4,66	-2,82	57,21	,010
ansiedad	4,23	3,85	7,91	5,71	-3,99	52,47	<,001
psicoticismo	,99	1,73	3,23	3,52	-4,06	47,47	<,001

obsesión-compulsión	4,23	3,50	7,60	5,68	-3,71	50,72	<,001
ansiedad fóbica	1,68	2,99	4,26	5,31	-3,06	49,22	<,001
ideación paranoide	2,89	2,80	5,70	4,68	-3,76	50,18	<,001

8.6. Comparación mediante Chi cuadrado entre los grupos de estudio en apego

En la Tabla 9, se presenta la comparación entre los grupos de estudio según su clasificación en las variables de apego.

La distribución del apego en sus clasificaciones arroja una proporción de apego inseguro en el grupo TCA del 83,7%, (N=36) significativamente superior que el del grupo control del 41,1% (N=67), Así mismo, la proporción de apego seguro se encuentra en el grupo control 58,9% (N=96) es superior y significativa con respecto al grupo con TCA del 16,3% (N=7). Esta distribución es la esperada de tal forma que el grupo TCA presenta mayor apego inseguro y el grupo control mayor apego seguro y las diferencias entre los grupos son significativas (Chi-cuadrado(1)=24,72, $p < ,001$, C=,33).

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

En cuanto a las distribuciones del apego inseguro (preocupado, alejado, temeroso-hostil) en ambos grupos de TCA y control no se encuentran entre ellas diferencias significativas ($\text{Chi-cuadrado}(1)=3,81, p<,149$).

Tabla 9
Chi-cuadrado de asociación entre los grupos de estudio y escalas

Variables	Control (N=163)		TCA (N=43)		Chi-cuadrado	p
	N	%	N	%		
CAA						
Seguro	96	58,9%	7	16,3%	24,72	<,001
Inseguro	67	41,1%	36	83,7%		
		(N=67)		(N=36)		
Preocupado	15	22,4%	8	22,2%	3,81	,149
Alejado	39	58,2%	15	41,7%		
Temeroso-hostil	13	19,4%	13	36,1%		

8.7. Regresión lineal múltiple para pronosticar la puntuación del EAT-26

Se ha utilizado el método de inclusión de variables, que da lugar a un modelo de regresión con coeficientes beta, el error de estimación, el estadístico de Wald, un nivel de significación adoptado previamente del 0,05, así como los intervalos de confianza del 95% de los coeficientes incluidos. Se realizó primeramente un análisis de regresión lineal múltiple considerando el puntaje total de la prueba del EAT-26 como variable dependiente y las variables de estilos de apego (seguro³, inseguro alejado, inseguro preocupado e inseguro temeroso hostil), regulación emocional (atención, claridad y reparación emocional), el total de comorbilidad y la ansiedad como independientes. Este primer modelo es estadísticamente significativo con un coeficiente de determinación corregido de $R^2 = ,23$ ($F(8, 197)=8,573, p<,001$).

Posteriormente, se seleccionaron únicamente las variables predictoras significativas para realizar un segundo modelo. En este último análisis de regresión lineal se incluyó un modelo que refiere a la comorbilidad ($p=,01$), la atención emocional ($p=,02$) y el apego inseguro hostil ($p=,01$) como principales variables significativas predictoras del desarrollo de TCA. Adicionalmente, se incluyó la ansiedad aun no siendo significativa ($p=,116$) con el fin de detectar cualquier influencia posible en el desarrollo del TCA, es decir, se incluyó la ansiedad como variable de control.

³ el apego seguro es la categoría de referencia en el análisis de regresión lineal y logística

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Los resultados obtenidos, que se observan en la Tabla 10, indicaron que el análisis arrojó un coeficiente de determinación corregido de $R^2 = ,23$, $F(4, 201) = 16,207$, $p < ,001$, estadísticamente significativo y por tanto aceptamos la hipótesis de una relación lineal entre el desarrollo de TCA y las variables predictoras, es decir, que 22,9% de la variabilidad del EAT-26 es explicada por dichas variables. Este modelo explicativo quedó constituido por los factores comorbilidad, atención emocional, apego inseguro hostil y ansiedad. El resto de las dimensiones de la regulación emocional y estilos de apego inseguro, no se integraron al modelo debido a su poca aportación a la varianza.

Con estos resultados se constata que, en las mujeres adultas, la comorbilidad, el apego inseguro hostil y la atención emocional son los aspectos que mejor contribuyen a predecir el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria y la ansiedad no parece tener relevancia significativa ($p = ,103$) y la ansiedad no parece tener relevancia significativa ($p = ,103$).

Tabla 10
Coefficientes de Regresión de la Variable EAT-26

	Coefficientes estandarizados Beta	t	p
Constante		3,724	<,001
Atención emocional	-,130	-1,087	,048
BAI	,176	1,639	,103
SA-45	,304	2,814	,005
Apego Inseguro Temeroso Hostil*	,132	2,003	,047

* El estilo de apego temeroso hostil se ha cuantificado en referencia al apego seguro

8.8. Regresión logística binaria para pronosticar la pertenencia a los grupos TCA y control

Se ha procedido a realizar un análisis de regresión logística binaria con el fin de determinar la pertenencia a uno de los grupos con rasgos o no de TCA, en el que se ha considerado una variable dependiente cualitativa dicotómica los grupos de TCA y control obtenidos a partir del EAT-26 como variable dependiente y como variables independientes o explicativas, las variables cualitativas (apego inseguro alejado, preocupado y temeroso hostil) y las variables cuantitativas (atención, claridad, reparación emocional, subescalas todas ellas del TMMS-24, la ansiedad y el total de la comorbilidad). Este análisis estadísticamente significativo presenta una variabilidad explicada según Nagelkerke $R^2 = ,32$ (Chi cuadrado(8)=46,429, $p < ,001$).

En un segundo modelo se seleccionaron las variables independientes significativas, que eran la presencia de apego inseguro alejado ($p = ,006$), preocupado ($p = ,02$) y temeroso-hostil ($p = ,003$), lo que nos ha indicado que dichas variables pronostican la pertenencia a los grupos TCA y control. Se incluyó de nuevo en el modelo la ansiedad aun no siendo significativa ($p = ,26$) como variable de control. El resto de las variables pertenecientes a las dimensiones de la regulación emocional (atención, claridad y reparación emocional) y la comorbilidad no se integraron al modelo debido a su poca aportación a la varianza.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Los resultados obtenidos, que se observan en la Tabla 11, indican que el análisis arrojó un coeficiente de Nagelkerke de $R^2 = ,29$ (Chi cuadrado(4)=41,847, $p < ,001$), estadísticamente significativo, y por tanto aceptamos la hipótesis de que las variables independientes del apego inseguro (alejado, preocupado y temeroso hostil), al igual que la ansiedad (que en este segundo modelo es significativa), son predictoras de la pertenencia al grupo de TCA, es decir, que el 28,7% de la variabilidad en la pertenencia al grupo TCA es explicada por dichas variables. Este modelo explicativo quedó constituido por los factores de apego inseguro alejado, preocupado y temeroso hostil al igual que la ansiedad.

Estos resultados informan de la asociación entre las variables implicadas en el estudio y que reafirma la idea de que en las mujeres adultas, todos los estilos de apego inseguros (alejado, preocupado y temeroso hostil) así como la ansiedad son dimensiones que predicen la pertenencia al grupo de TCA.

Los exponenciales $\text{Exp}(b)$ o odd ratios, muestran que el apego inseguro temeroso hostil es el que mayor valor muestra ($\text{Exp}(B)=6,96$, 95% IC $\text{Exp}(B)$: 2,14 - 22,59), lo que indica que esta variable es la que con mayor fuerza explica la pertenencia al grupo TCA o está asociada de manera más fuerte a ella.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Tabla 11
*Coefficientes de Regresión Logística Binaria de pertenencia
 a grupos TCA y Control*

	Wald	gl	p	Exp(B)	95% C.I. Exp(B)	
					Inferior	Superior
Constante	50,041	1	<,001	,037		
Apego Inseguro Preocupado*	5,739	1	,017	4,404	1,309	14,811
Apego Inseguro Alejado*	8,203	1	,004	4,296	1,584	11,650
Apego Inseguro Hostil*	10,429	1	,001	6,959	2,144	22,591
Total BAI	10,937	1	,001	1,062	1,025	1,100

* Los estilos de apego inseguro alejado, preocupado y temeroso hostil se ha cuantificado en referencia al apego seguro

9. Discusión

En este estudio se ha examinado el papel que el apego inseguro desempeña en la presencia de TCA y su relación con la regulación emocional. También se ha indagado en qué medida la presencia de los TCA puede ser parcialmente explicada a partir de la ansiedad. Adicionalmente, se ha evaluado la comorbilidad en la muestra, aspecto de gran relevancia en la presencia de los TCA al igual que en los trastornos de ansiedad. Los resultados son coherentes con la creciente literatura que indica que la inseguridad en el apego, especialmente el apego inseguro temeroso-hostil y la comorbilidad son los mejores predictores de la presencia de TCA. Con respecto a la regulación emocional, hemos encontrado que la baja atención emocional es la que mejor predice la presencia en TCA. Así mismo, el apego inseguro en todas sus categorías al igual que la ansiedad son predictores de la pertenencia a cada grupo con y sin rasgos de TCA. Con ello, se ha podido comprobar en nuestra muestra que la ansiedad no solo es una dimensión crucial en la conceptualización y dinámica del apego, sino que junto con éste es una variable relevante en la presencia de los TCA que parece estar explicando conjuntamente con el apego inseguro la presencia de rasgos en TCA. La idea original al incluir la ansiedad como variable control era comprobar hasta qué punto esta variable se solapa o no con la medida/concepto del apego inseguro. Teniendo en cuenta nuestros resultados está claro que hay cierto solapamiento, pues en los contrastes de medias los índices de ansiedad significativamente más altos en el grupo TCA y apego inseguro caracterizan diferencialmente al grupo con rasgos en TCA, pero cuando realizamos la regresión binaria para identificar lo que mejor discrimina entre un grupo y otro la ansiedad deja de

ser significativa, es decir, no aporta nada en comparación con las medidas de apego inseguro que sí son significativas. Por otro lado, al forzar su inclusión en la ecuación, vemos que consigue explicar significativamente una parte de la varianza que no covaría con las medidas de apego inseguro.

Rasgos de TCA en la muestra

En cuanto al porcentaje de la muestra que presenta TCA, hemos observado que un 20,9% de las mujeres muestran rasgos de este trastorno. Esta prevalencia es significativamente superior a la presentada en algunos estudios de investigación previos más consensuados para población no clínica, en los que se barajan unas tasas de estimación total del 13,15% (Hudson et al., 2007; Stice y Bulik, 2012). Una posible explicación del peso de TCA en nuestra muestra sería la falta de una muestra representativa que, por sus características, no permite hacer extrapolaciones a la población. Sin embargo, los datos podrían también reflejar unos índices de cuadros subclínicos por encima de las estimaciones previas como indican algunos estudios más recientes.

Así, la elevada prevalencia encontrada podría reflejar la creciente necesidad clínica que en su magnitud pasa inadvertida en formas subclínicas (Galmiche et al., 2019; Hart et al., 2011; Hudson et al., 2007; Kitsantas et al., 2003; Micali et al., 2017; Qian et al., 2013; Villamarín et al., 2021). En este sentido, datos epidemiológicos recientes que

reflejan este aumento indican que, considerando categorías más amplias de TCA, la prevalencia mundial de los trastornos alimentarios podría alcanzar el 19,4% en mujeres con TCA a lo largo de la vida (Galmiche et al., 2019). Estos últimos datos estarían en consonancia con los resultados obtenidos en el presente estudio, y que podrían estar revelando esta mayor presencia de TCA en muestra subclínica de lo que a priori era esperable, lo cual abriría la posibilidad de poder encontrar mujeres con TCA en prácticamente cualquier muestra de mujeres de población general (según los datos de nuestra muestra, una de cada cinco).

En lo que se refiere a la selección de la muestra utilizada en este estudio, ésta se ha realizado exclusivamente sobre población en mujeres debido a la fuerte presencia de TCA en mujeres, que es más de 4 veces superior que la de varones para cualquier trastorno alimentario a lo largo de la vida (Quian et al., 2013). En el Estudio Nacional de la Mujer (NWS), el abuso físico y psicológico, fue reportado por la mayoría de las mujeres con BN (54%) frente al 31% de las mujeres sin TCA (Dansky et al., 1997). Esto podría abrir una puerta de comprensión a la mayor prevalencia que se encuentra de TCA en mujeres con mayores tasas de abuso.

Estas tendencias al alza en la presencia de TCA en población general son un indicador también de las previsiones futuras que apuntan a un continuo aumento de los TCA en el futuro (Deloitte Access Economics, 2020), lo cual subraya la importancia creciente de su estudio y repercusión en la salud pública.

La prevalencia de cuadros de TCA subclínicos en la literatura científica se dificulta especialmente en relación con los datos disponibles en edad adulta, que son en algunos casos extrapolaciones con evidencia limitada de datos en edades más tempranas de casos de TCA (Bueno et al. 2014). Se estima que un 15,3% de las mujeres mayores de 40 años cumplen con los criterios de TCA en algún momento de su vida (Micali et al., 2017). Por ello, el presente estudio con una muestra de mujeres mayores de edad ha querido poner la mirada en un sector de población adulto menos estudiado y apenas conocido en donde previsiblemente una holgada mayoría de TCA queda sin detectar en formas subclínicas (Galmiche et al., 2019; Hart et al., 2011; Hudson et al., 2007; Kitsantas et al., 2003; Micali et al., 2017; Qian et al., 2013; Villamarín et al., 2021).

Uno de los aspectos de mayor relevancia de los TCA es la alta cronicidad que presentan con cuadros que se establecen mayoritariamente en la adolescencia (Hoek y van Hoeken, 2003), pero que perduran a lo largo de la vida especialmente en formas subclínicas y que, a pesar de presentar una manifiesta sintomatología, no son objeto específico de consulta médica o sanitaria, siendo desvelados de forma secundaria a partir de otras comorbilidades (Plaza, 2010). Así, los TCA activos aun siendo un problema real de salud en la mediana edad, tanto por la aparición de nuevos trastornos como por cuadros crónicos, quedan mayoritariamente ocultos.

El interés clínico se acentúa a raíz de la gravedad de sus síntomas, la elevada resistencia al tratamiento, la mencionada cronicidad, el grado de comorbilidad y mortalidad (Cartagena y Marcos, 2021; Kessler et al., 2013). Los TCA tienen una

mortalidad asociada del 21% (Aziz et al., 2017), suponiendo la mayor tasa de mortalidad de todas las enfermedades mentales (Smink et al., 2012), en donde el suicidio en estos trastornos es la segunda causa de muerte después de las complicaciones médicas de la misma (Chesney et al., 2014; Rodríguez-López et al., 2021).

Concretamente, los datos disponibles previos a la pandemia del trastorno por atracón, TA, con la mayor prevalencia de todos los TCA a lo largo de la vida (Hudson et al. 2007), tan solo el 28,4% de las personas que lo padecen reciben tratamiento (Westerberg y Waitz, 2013). Sin embargo, el malestar en estos trastornos es evidente, en donde como resalta Hudson et al. (2007) en su estudio hallaron que la mayoría de las personas con trastornos alimentarios (AN, BN, TA) habían buscado tratamiento en algún momento de su vida por problemas emocionales, aunque se ha registrado en este sentido, que los sanitarios a menudo no reconocen ni la bulimia nerviosa ni el trastorno por atracón (Johnson et al., 2001).

Por otro lado, el impacto del Covid-19 que ha afectado al bienestar psicológico y la salud mental de la población en general, ha incluido también una mayor incidencia de problemáticas relacionadas con los trastornos alimentarios (Devoe et al., 2022; Fernández-Aranda, 2020; González-Sanguino et al., 2020; Haripersad et al., 2021; Termorshuizen et al., 2020; Touyz et al., 2020; Villamarín et al., 2021; Weissman et al., 2020). El metaanálisis realizado por Khraisat et al. (2022) pone en evidencia el aumento en la prevalencia de los TCA durante la pandemia de Covid-19, precipitando el desarrollo de conductas de TCA, al igual que exacerbando las patologías previamente existentes.

Adicionalmente, Villamarín et al. (2021) se refieren al “*ingente aumento*” registrado de los TCA en los últimos años a nivel mundial y en España, que se ha visto agravado por el Covid-19, lo que ha despertado el interés científico y ha generado un aumento considerable de estudios de investigación relacionados con estos trastornos en todo el mundo ya que constituyen un importante problema de salud pública.

La repercusión pandémica es de crucial importancia en este trabajo, ya que los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios del presente estudio fueron registrados entre septiembre del 2020 y febrero del 2021, en pleno periodo de pandemia e inmediatamente posterior al confinamiento sufrido a partir del Covid-19 pudiendo este hecho, debido a las extremas medidas de confinamiento y aislamiento vivido por la población, estar modulando las puntuaciones.

La importancia del apego en los TCA

En este estudio hemos explorado el vínculo entre el apego inseguro y la presencia de TCA. Esta asociación entre el estilo de apego y la psicopatología plantea la importancia de la ontogenia en el desarrollo de la psicopatología y da sentido al estudio del estilo de apego con respecto al devenir del desarrollo y en el equilibrio psicobiológico del individuo, alejándose de modelos endógenos de la emergencia de los trastornos psíquicos. En este sentido, los datos ofrecidos por el *Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group* (2012) ponen en evidencia el incipiente desarrollo de los

trastornos mentales donde se estima que la edad de aparición del 70% de los trastornos mentales en su conjunto es previa a los 25 años de edad.

Dado el impacto en el desarrollo, el estilo de apego es considerado uno de los aspectos más cruciales en la etiología de estos trastornos en tanto son relevantes constitutivos en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de los TCA (Salcuni et al., 2017; Tasca, 2018).

Los resultados del presente estudio en la muestra global han arrojado una presencia del apego seguro e inseguro concordante con estudios previos y a partir de la cual no existe desviaciones significativas con la muestra de referencia de Melero y Cantero (2008).

Por otra parte, la proporción de mujeres con apego seguro en el grupo sin rasgos de TCA es significativamente superior con respecto al grupo con rasgos de TCA, siendo esta distribución la esperada ya que representa que el grupo TCA de la muestra informa mayor apego inseguro y el grupo sin rasgos de TCA mayor apego seguro de forma significativa.

En cuanto a las distribuciones del apego inseguro (preocupado, alejado, temeroso-hostil) no hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos con y sin rasgos de TCA. Sin embargo, la distribución del apego inseguro en sus categorías, a pesar de las singularidades de nuestra muestra y su potencial falta de representatividad,

muestran una desviación parcial con respecto a los valores sobre amplias muestras, en donde hemos obtenido resultados inferiores a lo esperado en el apego inseguro preocupado, y superiores en los apegos inseguro alejado en toda la muestra, e inseguro hostil-temeroso en el grupo con TCA (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Melero y Cantero, 2008). Y es precisamente esta peculiar distribución de los apegos inseguros en nuestra muestra la que explica por qué el tipo temeroso-hostil ha resultado especialmente significativo en ambos contrastes de regresión, tanto para explicar las puntuaciones en TCA como para diferenciar entre ambos grupos (con o sin TCA).

La estrecha relación entre el apego y los procesos de RE, los apegos inseguros dan cuenta del despliegue de dos tipos principales de estrategias defensivas con el fin de asegurar una regulación de los estados internos emocionales, basados en la desactivación e hiperactivación emocional (Mikulincer et al., 2003). En este sentido, y dados los niveles marcados de apego inseguro alejado en toda la muestra, en especial en el grupo sin rasgos de TCA, la desactivación del sistema de apego supondría una forma de protección ante la inseguridad a partir de la minimización de las experiencias emocionales negativas, la evitación de la búsqueda apoyo de los demás y la negación de las necesidades relacionadas con los apegos (Cassidy y Kobak, 1988; Fraley y Shaver, 1997; Mikulincer y Shaver, 2003). Todo ello concordante con la evitación de contacto desencadenada y generada en la pandemia.

En este respecto, hemos observado dos tendencias remarcables en cada uno de los grupos. Esto es, una marcada tendencia en apego inseguro alejado en toda la muestra, y

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

en especial en el grupo sin rasgos de TCA, con una respuesta mayoritariamente de apego inseguro alejado (58,2%, más de la mitad de la muestra sin rasgos de TCA), que podría estar reflejando el amplio retraimiento vivido en la pandemia por la población, mientras que, el grupo con rasgos de TCA presenta una respuesta remarcable hacia el estilo de apego temeroso-hostil, conducta menos adaptativa basada en una respuesta de hostilidad ante el temor, y que, podría ser consecuencia de la situación de emergencia y miedo vivido durante el Covid-19 y sus posteriores secuelas. La tendencia que parecen indicar los datos muestrales, con un porcentaje de mujeres con apego temeroso-hostil marcadamente superior en el grupo con rasgos de TCA del 36,1% frente a un 19,4% en la muestra sin rasgos de TCA, lo cual acerca nuestros resultados a las estadísticas de comparación entre muestras clínicas y no clínicas según nos ofrece el meta-análisis de mayor repercusión realizado hasta el momento (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009). Este estudio que se realizó sobre una muestra total de 10.000 adultos observó que un 18% de la muestra no clínica presentaba un estilo de apego relacionado con pérdida no resuelta o trauma, en comparación con un 43% de la muestra clínica. Todo ello, explicaría también la base teórica y aportada en la investigación de que no solo existe la posibilidad de variaciones en el apego ante situaciones potencialmente moduladoras a lo largo de la vida como ha sido la pandémica, sino también, que la evolución del apego lo hace a partir de patrones previos de apego, es decir, de los modelos internos de seguridad constituidos previamente (Davila et al., 1997; Lewis et al., 2000; Pinquart et al., 2013; Waters et al., 2000).

Así, los datos parecen estar en línea con una comprensión contextual de los estudios epidemiológicos amplios que compara muestras clínicas y subclínicas y, por tanto, pudieran estar reflejando un aumento importante de este estilo de apego temeroso-hostil en el grupo con rasgos de TCA de población general, que, por tanto, pudiera estar relacionado con el trauma vivido durante la pandemia, acercándose la muestra subclínica a los datos disponibles para población clínica. Esto confirmaría la idea de que a mayores niveles de trauma, mayor prevalencia de TCA en la muestra subclínica, estando estas dos dimensiones altamente correlacionadas en la literatura científica (Afifi et al., 2017; Brewerton, 2018; Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Hudson et al., 2007; Molendijk et al., 2017; Tasca et al., 2013; Touyz et al., 2020).

A este respecto, desde los inicios del estudio del apego se encontró una cuarta categoría del apego inicialmente denominada “no resuelto” que posteriormente se ha ido redefiniendo indistintamente, dependiendo del marco teórico de referencia, como “temeroso-evitativo”, “temeroso-hostil” o “desorganizado” y que define una entidad en sí misma en el estudio de los estilos de apego en esa cuarta dimensión del apego que se ha correlacionado fuertemente con experiencias adversas de trauma o pérdida en relación a figura de apego, vinculado especialmente al abuso y negligencia, y asociado a síntomas de estrés postraumático con presencia de estados disociativos. Dicha relación entre los apegos desorganizados y las experiencias de trauma a lo largo de la vida tienen como aspecto fundamental el desarrollo de desórdenes disociativos y de estrés postraumático eminentemente presentes en muestras clínicas (Afifi et al., 2017; Brewerton, 2018;

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Main y Hesse, 1990; Molendijk et al., 2017; Tasca et al., 2013; Touyz et al., 2020).

La base de la desorganización en el apego consiste en la activación simultánea y paradójica de los sistemas de apego y de defensa, cuyo origen tiene lugar en la experiencia con otros significativos basados en la impredecibilidad en las cuales el cuidador se convierte simultáneamente en una fuente de protección y de temor a partir de la cual el niño experimenta la imposibilidad de organizar una respuesta de apego coherente, ni segura, ni insegura alejada, ni insegura preocupada (Main y Hesse, 1990) y que por tanto, genera respuestas elevadas en las dimensiones de ansiedad y evitación (Bartholomew y Horowitz, 1991). El estilo de apego temeroso-hostil destaca por combinar una alta autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad, con una baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (Melero y Cantero, 2008).

Con respecto a lo ya comentado, este marcado incremento en la presencia del apego inseguro temeroso-hostil en la muestra con rasgos de TCA, con respecto a estudios previos para población subclínica, podría estar siendo mediado por la extraordinaria situación pandémica en la que nos encontramos. Ésta ha tenido un doble efecto, por un lado, el miedo al contacto con otros seres humanos por temor al contagio y la preservación de la vida, y por otro, un potencial trauma en los vínculos afectivos a partir del aislamiento y la falta de contacto preventivo, todo ello, afecta a la base directa de los patrones internos de apego, en donde se presume una necesidad biológica hacia el contacto y el cuidado especialmente de los más allegados y una presupuesta custodia

social hacia esos valores. Ambas situaciones son coherentes con lo expuesto en diversos estudios en donde se baraja la existencia de una sensación general a partir del Covid-19 en la que se perciben a otras personas como potencialmente peligrosas para la salud, generando una nueva realidad según la cual, la proximidad a otros seres humanos supone una amenaza directa. Todo ello, pudiera estar elevando los niveles de inseguridad, hostilidad general y temor dando razón de los datos obtenidos en apego inseguro alejado y apego inseguro temeroso-hostil. Los niveles de estrés en las sociedades a partir de la aparición de Covid-19 han aumentado al igual que el deterioro de las relaciones sociales, generando unos niveles de rivalidad, temor y discordia entre las personas previamente inexistentes (Pietrabissa y Simpson, 2020).

Un aspecto que permite reflexión a partir de los hallazgos obtenidos, mediado por las condiciones del Covid-19, es que si bien el estilo de apego presenta estabilidad a lo largo de la vida (Bowlby, 1980; Dozier et al., 2008; Fraley, 2002; Fraley y Brumbaugh, 2004; Mikulincer y Shaver, 2007; Piquart et al., 2013; Waters, 1978), también puede ofrecer variaciones en situaciones donde la seguridad se ve comprometida como ha sido la pandémica, esto podría generar cambios en los modelos de trabajo internos y con ello en el estilo de apego. Como nos sugieren Davila et al. (1997) y Piquart et al. (2013), la inestabilidad en el apego afecta fundamentalmente a estilos de apegos inseguros que muestran un menor nivel de seguridad y por tanto de estabilidad, con mayor consistencia en el apego seguro que en el inseguro a lo largo del tiempo, es decir, que podríamos estar ante movilizaciones entre categorías dentro del estilo de apego inseguro. Esto puede dar una explicación de por qué hemos encontrado mayores niveles de apego inseguro alejado

en toda la muestra y mayores niveles de apego inseguro temeroso-hostil en el grupo con rasgos de TCA.

En esta misma línea de pensamiento, Touyz et al. (2020) señalan la importancia de los síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático en los TCA que se han visto agravados por el Covid-19 con secuelas psiquiátricas adversas y efectos adversos duraderos. Igualmente, varios estudios en Asia informan de una mayor prevalencia de trastornos de estrés postraumático (TEPT) después de la Covid-19 en la población general (Liu et al., 2020; Wang et al., 2020). En este sentido, Tasca et al. (2013), entre otros, resaltan que la vivencia de experiencias traumáticas, correlaciona significativamente con la presencia de TCA.

Lo que quedaría por evaluar en el futuro es si estos cambios dentro de las categorías del apego inseguro se mantienen en el tiempo, y dan lugar a situaciones de mayor riesgo de salud mental en la población como sugieren algunos autores y cómo podrían también estar sugiriendo los datos de este estudio.

Rasgos de Regulación emocional en la muestra

Algunos resultados de diferentes investigaciones en la actualidad proponen que la ingesta de alimentos inhibida o desinhibida ejerce una función reguladora de las

emociones ante la ausencia de estrategias más adecuadas (Fox y Power, 2009; Haynos y Fruzzetti, 2011; Leehr et al., 2015; Macht, 2008; Naumann et al., 2014).

Así, incluimos en nuestro estudio los resultados obtenidos en Regulación emocional, en sus tres dimensiones: *Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional* que evalúan la capacidad de percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada, y la destreza para regular y modificar el estado de ánimo propio o el de los demás. Los datos que comparan los grupos con y sin rasgos de TCA obtenidos a partir de las medias muestran tendencias coherentes con menores niveles de regulación emocional en todas sus dimensiones en el grupo con rasgos de TCA y mayores niveles de RE en el grupo sin rasgos de TCA. Específicamente, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional* muestran unos valores inferiores para la muestra del grupo con TCA y, por tanto, ofrecen una tendencia coherente a la esperada.

En cuanto a la *Atención emocional* nuestro estudio pone de relieve una reducida presencia de atención emocional en toda la muestra (45,6%). Éste evalúa la capacidad básica en la experiencia anímica referida a la tendencia para poder percibir y valorar el estado de ánimo como paso básico y esencial para comprender los estados emocionales propios. Por lo que, parece razonable que una persona que no presta ninguna atención a sus emociones, que no ve las emociones como algo relevante, es poco probable que también comprenda cómo se siente en ese momento o que pueda realizar estrategias de reparación del estado de ánimo (Fernandez-Berrocal et al., 2004). Por ello, un cierto nivel

de atención a los sentimientos sería necesario para poder comprender los estados emocionales (Mayer y Salovey, 1997).

Habitualmente, se han relacionado moderadas puntuaciones en atención emocional, especialmente asociados a altos niveles de claridad y reparación, con mayor capacidad de regulación emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Salovey et al., 1995). Sin embargo, las bajas puntuaciones de atención con moderadas puntuaciones en claridad y reparación en el presente estudio, pudieran poner de manifiesto la relación de éstas con mayores limitaciones en las actividades cotidianas, funcionamiento social, es decir, la baja atención emocional presupone un retraimiento y una dificultad de hacer frente a la realidad. Así, la marcada puntuación en baja *Atención emocional* en toda la muestra y moderadas puntuaciones en claridad y reparación son coherentes con las líneas de pensamiento sobre la regulación emocional y la realidad vivida de la población durante en el confinamiento del Covid-19, que podrían explicar que el temor, aislamiento y retraimiento vivido que implicó una reducción de todas las actividades vitales y funcionamiento social haya afectado a la capacidad de atención emocional generalizada en la muestra, siendo éste un indicador también de salud mental general ocasionado como consecuencia del miedo y el retraimiento vital. Los sujetos con una pobre diferenciación de las emociones tienen mayores niveles de psicopatología (Petrides, et al., 2010). Así pues, se señala que la diferenciación de las emociones que requiere la regulación emocional tiene un efecto dominante, aunque inespecífico en la psicopatología (Silva, 2003).

En cuanto a la *Claridad emocional*, variable significativa en la presencia de los TCA, que, sin embargo, no ha mostrado diferencias entre grupos, presentan una tendencia en la dirección esperada con valores inferiores para la muestra del grupo con TCA.

La *Reparación Emocional* por su parte, es el subfactor de los procesos emocionales, que se refiere más específicamente al proceso que confiere la capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos (Cabello et al., 2006). Nuestro estudio ofrece valores en este indicador que señalan la tendencia esperada en tanto el grupo con rasgos de TCA presenta mayores dificultades de Reparación emocional y con ello menor capacidad de modular los estados emocionales reduciendo los negativos y promoviendo los positivos.

Además, como veremos más adelante (apartado *Modelos de Regresión lineal múltiple y logística binaria en la muestra*), la *Atención emocional* es el único factor predictivo de la presencia de los TCA dentro del proceso de regulación emocional. Aunque los tres son necesarios en el proceso de regulación emocional, podría argumentarse que sin la atención emocional ninguno de los otros subfactores pueden tener lugar, esto es, tanto la claridad como la reparación emocional requieren de una atención o percepción emocional para que estos puedan desplegarse, por lo que cada subfactor daría acceso a la existencia del siguiente, en una especie de cadena progresiva de aspectos facilitadores de la regulación emocional. Esta progresión hace referencia a una secuencia funcional en tres fases de la competencia de la gestión de procesos emocionales que van desde la atención a la comprensión y ulterior regulación de los

estados emocionales (Cabello et al., 2006; Palmer et al., 2003; Salguero et al., 2010; Schmitz & Schmitz, 2012).

Rasgos de Ansiedad en la muestra

En nuestra muestra la puntuación media en ansiedad fue significativamente superior en el grupo con TCA. Específicamente, se han encontrado diferencias significativas entre los grupos según lo esperado, de modo que el nivel de ansiedad más común en el grupo sin rasgos de TCA es el *bajo* (86,5%) frente a *moderado-alto* (46,6%) en el grupo de mujeres con TCA.

Sin embargo, en los datos de la muestra sobresale especialmente una ansiedad marcadamente baja en toda la muestra (79,6%), recogida mayoritariamente por el grupo sin rasgos de TCA (86,5%), también elevada en el grupo con rasgos de TCA (53,5%). Dichos datos que pueden ser consecuencia de una singularidad de la muestra son, sin embargo, coherentes con los bajos resultados obtenidos en atención emocional que pudieran estar mediando en las puntuaciones, lo cual puede estar hablando de una ansiedad reducida y generada por una también baja atención emocional en la muestra. La investigación avala ampliamente la relación entre la atención emocional y la ansiedad (Salguero et al. 2008) en donde, una excesiva atención emocional se ha relacionado con mayores niveles de malestar emocional y ansiedad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006). El hecho de que el nivel de ansiedad sea predicho por una mayor atención

emocional y menor claridad emocional constata otros hallazgos que muestran la importancia de estas variables como predictoras de consecuencias emocionales negativas (Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Salovey et al., 1995). Esta relación proporcional encontrada entre la atención y la ansiedad se confirma en este estudio en los bajos niveles en ambas, en donde los menores niveles de atención pudieran estar generando menor ansiedad.

Siguiendo a Salguero et al. (2008) la atención emocional se relaciona con el contacto emocional, el funcionamiento social y la salud mental, por lo que cabe pensar que los resultados de nuestro estudio pueden estar modulados por la singular situación social generada por el Covid-19 que, ocasionó limitaciones en las actividades cotidianas, restricciones de contacto social y aislamiento. Adicionalmente, dicha falta de atención emocional ha sido relacionada también con problemas de salud mental. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2020) se hizo eco de la pandemia de salud mental, a partir de la situación vivida durante el Covid-19 en donde el aislamiento social prolongado, con reducción de contacto interpersonal, genera una profunda desconexión entre quienes viven solos o no pueden contar con una red social adecuada, lo que aumenta la probabilidad de síntomas depresivos, deterioro cognitivo y el aumento del riesgo de enfermedades (Pietrabissa y Simpson, 2020). Se han encontrado estudios recientes con similares resultados en bajos niveles de ansiedad en el periodo pandémico (Fried et al., 2020; Moccia, 2020).

Estos resultados llaman la atención ya que *a priori*, hubiéramos esperado unos índices de ansiedad elevados a partir de la situación pandémica, y que sin embargo no se han confirmado. Esto podría estar desvelando mecanismos psíquicos subyacentes más complejos que pueden tener que ver más con los efectos de la desconexión y los consecuentes mecanismos protectores de disociación como medidas de defensa psíquica, uno de las principales estrategias defensivas con el fin de asegurar una regulación de los estados internos emocionales, basada en la desactivación emocional (Mikulincer et al., 2003). En donde la desactivación del sistema de apego es una forma de protección ante la inseguridad a partir de la minimización de las experiencias emocionales negativas, la evitación de la búsqueda apoyo de los demás y la negación de las necesidades relacionadas con los apegos (Cassidy y Kobak, 1988; Fraley y Shaver, 1997; Mikulincer y Shaver, 2003). El apego adulto nos aporta la posibilidad de analizar cómo se ha ido estructurando la organización de los sistemas biológicos y psicológicos a partir de experiencias tempranas. La seguridad en el apego fomenta la seguridad personal, y supone un sistema protector contra estados innecesarios de ansiedad, en cuya ausencia se generan las estrategias secundarias necesarias que permitan reducir estados desregulados de ansiedad (Tasca et al., 2011).

Esta baja ansiedad presente en toda la muestra sorprende especialmente debido a que los datos del Eurobarómetro para España situaban a la ansiedad como el trastorno más frecuente encontrado en la población española (The European Opinion Research Group, 2003), y que los trastornos de ansiedad en mujeres duplican a la de los hombres (Haro et al., 2006), que es el sector poblacional que mide nuestra muestra.

Como dato sobresaliente y de mayor relevancia en el presente trabajo de investigación resaltamos el solapamiento existente la ansiedad y su relación con el apego, que, en el análisis de regresión logística ambas variables, ansiedad y apego inseguro en todas sus categorías son significativas en la asignación binaria entre grupos. Esta relación es esperable debido a que, de hecho, las dimensiones subyacentes a la mayoría de las medidas de apego son justamente la ansiedad y la evitación en el apego, y aunque existen diferencias entre las distintas corrientes teóricas del apego que han puesto en evidencia conceptualizaciones diferentes que subyacen a las metodologías en investigación, sin embargo, los estudios que han examinado sus diferencias concluyen que miden constructos similares desde una comprensión psicodinámica (Shaver y Mikulincer, 2002). Las dimensiones subyacentes a la mayoría de las medidas de apego son la ansiedad y la evitación en el apego (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan et al., 1998). Por ello, hemos querido examinar el posible solapamiento entre las medidas de ansiedad y el apego inseguro, constructo que, aunque se refiere a una ansiedad ante el contacto interpersonal, engloba una comprensión de ansiedad mayor ya que la seguridad en el apego fomenta la seguridad personal y supone un sistema de prevención contra estados innecesarios y alterados de estrés e intranquilidad (Tasca et al., 2011).

La dimensión de la ansiedad relacionada con el apego refleja la medida en que una persona se preocupa de que los demás estén disponibles o útiles en momentos de necesidad. Los individuos ansiosos experimentan una sensación de vulnerabilidad que les hace sentir la necesidad de la presencia del otro para regular estados internos. La segunda dimensión, la evitación en el apego, refleja el grado en que una persona desconfía del

contacto con los demás como forma de regulación y se esfuerza por mantener la independencia y recurre a estrategias de desactivación para hacer frente a las amenazas y a las emociones negativas (Fraley y Shaver, 1997).

La evidente dificultad de diferenciación entre ambas desde el punto de vista factual y metodológico se ve reflejada en nuestro estudio que ha puesto en evidencia que estas medidas aun siendo conceptualmente diferenciables, la distinción instrumental es compleja. El instrumento diseñado para medir la ansiedad clínica, BAI mide una dimensión general para el cribado de personas con ansiedad clínica compuesta por dos dimensiones somático y afectivo-cognitivo (Sanz et al. 2011; Sanz et al. 2012; Sanz, 2014). Por su parte, la seguridad del apego se define por puntuaciones bajas en ansiedad y evitación en las relaciones de cercanía y la dependencia experimentada con respecto a otros. Los patrones de apego inseguros se consideran que se desarrollan con el fin de mantener un sentimiento básico de seguridad cuando el entorno afectivo no ha sido constitutivo de ello, con el fin de reducir los estados internos ansiógenos. Así, la inseguridad en el apego se caracteriza por puntuaciones altas en estas dos dimensiones ansiedad y/o evitación.

Con todo ello, y a partir de los resultados de la muestra concluimos que, tanto la ansiedad como todas las formas de apego inseguro son predictoras de la pertenencia al grupo con TCA, en especial el apego temeroso-hostil. Sin embargo, como veremos en el apartado (*Modelos de Regresión lineal múltiple y logística binaria en la muestra*), el apego tiende a ser mejor predictor de la presencia de TCA, y específicamente, el apego

inseguro temeroso-hostil, predice la presencia de TCA una vez controlada la ansiedad. Por tanto, el estilo de apego inseguro adulto es un constructo basado en la ansiedad que, si bien se centra en relación con la cercanía interpersonal, es constitutiva de una experiencia de seguridad interna que va más allá del aspecto vincular y por tanto explica el solapamiento detectado entre ambas medidas.

Rasgos de Comorbilidad en la muestra

En nuestro estudio hemos encontrado niveles de comorbilidad similares a los extraídos en la validación española de comorbilidad a partir del SA-45 realizada por Sandín et al. (2008), confirmándose así un coherente comportamiento de los datos de la muestra, a pesar de que a partir del muestreo utilizado no podemos garantizar la representatividad de la muestra.

Como consecuencia, en las distribuciones por grupos encontramos diferencias significativas que ponen de manifiesto mayores índices de comorbilidad del grupo con rasgos de TCA, como cabía esperar. Esta tendencia se confirma, además, para las 9 subescalas que conforman la prueba, lo que apunta hacia mayores niveles de depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, psicoticismo, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica e ideación paranoide en el grupo con TCA. Las diferencias entre grupos son por tanto coherentes con una marcada tendencia a la comorbilidad en nuestra muestra subclínica y que presentan los trastornos de TCA como

respalda la literatura científica (Cartagena y Marcos, 2021; Chesney et al., 2014; Dozier et al., 2008; Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Mitchell y Pyle, 1985; Rodríguez-López et al., 2021; Smink et al., 2012; WHO, 2020). Esto podría ser un indicador no solo de cuadros subclínicos de TCA en la muestra con rasgos de TCA, sino que estos además presentan comorbilidad.

La alta comorbilidad podría ser entendida, como así lo resaltan numerosos autores, a partir de características subyacentes relacionadas con el estrés y el afecto negativo, aspectos éstos transversales a diferentes trastornos. Así, diferentes diagnósticos compartirían facetas de una misma dimensión lo que supone una mayor coherencia en los rasgos etiológicos y psicopatológicos latentes y subyacentes, más que en estructuras correlacionales de síntomas aparentes y diferenciales. Igualmente, aporta una mayor comprensión del desarrollo del TCA a lo largo del ciclo vital (Ein-Dor y Doron's, 2015; Forbes, et al., 2016; Krueger y Piasecki, 2002; Lemos Giráldez, 2003). En este sentido, las variables de este trabajo también han querido reposar sobre aspectos más transversales que categóricos entendiendo que aportan una comprensión más amplia y certera de los mismos.

Cabe resaltar que las puntuaciones medias de depresión encontradas en el presente estudio suponen en el grupo con TCA casi el doble que en el grupo sin rasgos de TCA y superior a la media obtenida por Sandín et al. (2008) en su estudio para la validación en muestra española para mujeres de 5,49 (Dt=2,11). En esta línea, puede ser interesante observar la alta puntuación en escasa Atención emocional en toda la muestra (45,6%) y la

baja ansiedad de toda la muestra (79,6%) a lo que nos referimos anteriormente, conjuntamente con estas altas puntuaciones en depresión en el grupo de TCA que vendría a poner de manifiesto la idea que afirmada por Extremera y Fernández-Berrocal (2006), de la relación existente en el retraimiento y desvinculación de la realidad como aspecto significativo en trastornos clínicos como la depresión.

En esta línea, algunos investigadores han encontrado una correlación significativa entre los apegos desorganizados del apego inseguro temeroso-hostil (más presentes en este estudio en el grupo TCA en proporción a estudios previos para muestra subclínica y más cercana a resultados de muestra clínica) y los síntomas disociativos en la edad adulta (Sroufe, 2005). Esto vendría a ser concordante nuevamente con la alta puntuación en escasa Atención emocional en toda la muestra y específicamente del grupo TCA (45,6%) y altas puntuaciones medias en depresión en el grupo con rasgos de TCA.

En relación con la comorbilidad y su relación con la ansiedad, como variables medibles de psicopatología, resaltamos que el instrumento de medida de comorbilidad también contempla esta patología en dos de sus categorías; ansiedad y ansiedad fóbica, por lo que la ansiedad además de ser una variable transversal de todos los trastornos psicopatológicos es específicamente medida por la prueba de comorbilidad utilizada, así está presente en ambos instrumentos por lo que parte de los datos referentes a la comorbilidad están midiendo parcialmente ansiedad y, tal vez, por eso, porque ya incluye de alguna manera cierta medida de la ansiedad entre otros síntomas, la comorbilidad es la

variable que explica mayor varianza en el modelo expuesto en el presente trabajo que a continuación explicamos en más detalle.

Por último, resaltar que la alta comorbilidad en psicopatología especialmente presente en los TCA es entendida cada vez con mayor aceptación por el cuerpo teórico como las covariaciones existentes en las características subyacentes y comunes a varios trastornos; es decir, diferentes diagnósticos comparten patrones subyacentes comunes a diferentes diagnósticos (Achenbach y Edelbrock, 1978, 1984; Lemos Giráldez, 2003).

Modelos de Regresión lineal múltiple y logística binaria en la muestra

Con relación al modelo de regresión lineal múltiple se obtuvo un valor de predicción del 22,9% de la presencia de TCA que aportan las variables de atención emocional (dimensión de la regulación emocional), la comorbilidad y el estilo de apego inseguro temeroso-hostil, las cuales tienen un carácter predictivo o explicativo de la ocurrencia del TCA.

De estas tres variables predictoras del TCA, a partir de los resultados de la regresión lineal de nuestra muestra, la variable que en mayor medida contribuye a la presencia de TCA es la comorbilidad, aspecto eminentemente presente en estos trastornos.

Los estudios epidemiológicos a gran escala ponen en evidencia la coexistencia común de dos o más categorías diagnósticas del DSM en la misma persona. Se estima que la psicopatología comórbida está presente en torno al 50% de los diagnósticos (Kessler et al., 1994), y en este sentido, existe un especial consenso en la investigación y experiencia clínica, que destacan la alta comorbilidad que muestran los TCA (Dozier et al., 2008; Udo y Grilo, 2019), observándose que todos los TCA son comórbidos con casi todas las patologías de estado de ánimo, ansiedad y abuso de sustancias, con un odds ratio del 89% para la asociación de la comorbilidad en los TCA (Hudson et al., 2007).

Los resultados de nuestra muestra son coherentes con este creciente *corpus* de datos confirmándose así la importancia de la comorbilidad en la presencia de los TCA, y siendo ésta la variable que en mayor medida explica la varianza de los TCA.

Adicionalmente, los resultados de la regresión lineal subrayan la importancia de la atención emocional dentro de la regulación emocional en el desarrollo y mantenimiento de TCA, siendo la regulación emocional un aspecto que se ha identificado como un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Svaldi et al., 2012). Las investigaciones actuales vinculan a la ingesta de alimentos como una estrategia reguladora de las emociones (Brockmeyer et al., 2014; Cooper et al., 2014; Davies et al., 2012; Fox y Power, 2009; Harrison et al., 2009; Haynos y Fruzzetti, 2011; Heatherton y Baumeister, 1991; Lavender et al., 2014; Leehr et al., 2015; Macht, 2008; Naumann et al., 2014; Southward et al., 2014; Stice et al., 2001).

Se podría hipotetizar que, debido a la baja ansiedad de toda la muestra, ésta pudiera estar desactivando la propia atención emocional, como ya hemos discutido con anterioridad ampliamente, a pesar de que la atención emocional no ha mostrado correlación significativa en los análisis bivariados, sí es una variable predictora de la presencia de TCA según el modelo de regresión lineal.

El presente estudio para nuestra muestra de población subclínica arroja una asociación a partir de los rasgos de apego inseguro temeroso-hostil como predictor de la presencia de TCA. En general, la teoría del apego indica que la adversidad en la infancia podría tener efectos desorganizadores en los estados mentales de los adultos, y que los estados mentales desorganizados se asocian a su vez con psicopatología significativa entre los adultos, así como que el estilo de apego refleja una estrategia para organizar y regular las emociones (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). En particular, el estilo de apego inseguro temeroso-hostil engloba a los apegos desorganizados asociados con el trauma no resuelto que cobra especial relevancia en poblaciones clínicas y con presencia de psicopatologías asociadas a síntomas de estrés postraumático que evidencian estados disociativos ligados fuertemente a la inseguridad en el apego (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009). Esta relación entre el apego desorganizado, el trauma no resuelto y el desarrollo de TCA es respaldado por la investigación en población clínica (Tasca et al., 2013). El apego temeroso-hostil está vinculado a experiencias infantiles no resueltas, el abuso y la pérdida que ocurren en un alto porcentaje entre aquellos con trastornos alimentarios los cuales han sido asociados directamente con la psicopatología central del trastorno alimentario (Tasca y Balfour, 2014).

Estudios longitudinales revelan una mayor probabilidad de psicopatología adulta en aquellos con apego inseguro y se han encontrado correlaciones significativas entre los apegos desorganizados y los síntomas disociativos en la edad adulta (Sroufe, 2005). El apego inseguro y la desorganización en la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en el adulto (Dozier et al., 2008). Varios estudios sugieren una mayor presencia de apegos desorganizados en muestras clínicas comparadas con el grupo de población general (Pace et al., 2017).

En el modelo de regresión lineal múltiple que permite observar las variables que aportan varianza a la presencia de TCA, se introdujo la ansiedad aun no siendo significativa inicialmente en el modelo, para tratar de cuantificar el peso de la ansiedad con independencia de su “solapamiento” con el apego inseguro a la hora de predecir la presencia de rasgos de TCA. Y curiosamente, una vez controlada la ansiedad, el apego inseguro temeroso-hostil predice de mejor manera la presencia de TCA que el resto de los apegos inseguros. Una razón que no podemos descartar es que su medida sea la que menos se solapa con el concepto de ansiedad en comparación con el resto de apegos inseguros.

Adicionalmente, en el análisis de regresión logística binaria para pronosticar la pertenencia a los grupos con y sin rasgos de TCA como variable dependiente cualitativa dicotómica, se ha encontrado que el 28,7% es explicada a partir de todas las categorías de apego inseguro; alejado, preocupado y temeroso-hostil, al igual que de la ansiedad, todas ellas, predictoras de la pertenencia al grupo de TCA. Con estos resultados se constata la

asociación entre las variables implicadas en el estudio y que reafirma la idea de que, en las mujeres adultas, todos los estilos de apego inseguros (alejado, preocupado y temeroso hostil) así como la alta ansiedad son dimensiones que predicen la pertenencia al grupo de TCA, mientras que el estilo de apego seguro y baja ansiedad al grupo sin rasgos de TCA.

Cabría comentar que a pesar de la baja ansiedad que presenta toda la muestra, que pudiera mostrar una restricción de rango, aun así, contribuye a la presencia de TCA de forma significativa, poniendo de manifiesto la importancia de la misma, por ello se podría suponer que, si la muestra hubiera dado niveles más normalizados de ansiedad, ésta posiblemente hubiera contribuido más de lo que lo ha hecho a la presencia de TCA y/o haber restado más importancia aún al peso de algunos de los tipos de apegos inseguros. Esta es una de las dudas que sigue abierta al debate y la investigación futura en torno a la relación entre el apego inseguro en cualquiera de sus formas y la ansiedad, tanto a nivel conceptual como de medida.

10. Conclusiones y limitaciones

En primer lugar, nos gustaría resaltar que los resultados de este estudio deben interpretarse con cautela al tratarse de una muestra incidental, y un estudio correlacional y transversal, por lo que no es posible establecer la dirección de la causalidad de las relaciones observadas, ni extrapolar con garantías los resultados y conclusiones obtenidos a la población general.

En segundo lugar, a pesar de que la muestra no sea probabilísticamente representativa, hemos encontrado en nuestra muestra unos índices coherentes con las investigaciones previas de rasgos de TCA.

En cuanto al contraste de hipótesis, en lo referente a la comparación entre grupos, como cabía esperar, se confirma la H1, pues se trataba sólo de una hipótesis de comprobación, así el grupo con síntomas de TCA tiene puntuaciones significativamente superiores al grupo sin síntomas tras clasificarlos según sus respuestas al cuestionario. Igualmente, nuestros resultados confirman la H2, el apego inseguro, la ansiedad, y la comorbilidad ha mostrado ser significativamente mayor en el grupo con rasgos de TCA en comparación con el grupo sin rasgos de TCA, como se esperaba. Así mismo, en lo referente a la regulación emocional, los subfactores de claridad y reparación emocional han mostrado niveles superiores en el grupo sin TCA. En relación a la atención emocional, cabe resaltar los bajos índices de toda la muestra.

En otro orden de cosas, en los contrastes hemos obtenido que la comorbilidad junto con el apego inseguro hostil y la atención emocional son los mejores predictores de la presencia de TCA, por lo que la H3 se confirma sólo parcialmente, pues no hemos podido verificar que todos los apegos inseguros colaboren de manera significativa en la varianza que permite detectar la presencia de TCA, ni que éstos lo hagan en mayor medida que la comorbilidad y la regulación emocional. Sin embargo, sí parece que el apego inseguro hostil es mejor predictor de la presencia de TCA que la ansiedad y mejor predictor de la presencia de TCA que el resto de los apegos inseguros, debido al posible efecto traumático del Covid-19, confirmándose así la H4.

A pesar de todo ello, este estudio podría dar cuenta de que los TCA se encuentran ampliamente en la edad adulta y por tanto, no se limitan a las primeras décadas de la vida, y a su vez, refleja la importancia del TCA subclínico como una realidad prominente, especialmente a raíz de las consecuencias de la pandemia dados los niveles de TCA recogidos en la muestra obtenidos entre septiembre de 2020 y febrero del 2021, que, a pesar de la falta de representatividad de la muestra, son concordantes con los últimos estudios de investigación en amplias categorías de TCA. Estos estudios más recientes confirman que los TCA son considerablemente prevalentes en todo el mundo, especialmente en las mujeres adultas e indican que la realidad vivida en el Covid-19 ha puesto de manifiesto su impacto en la salud de la población y más específicamente en el desarrollo del TCA. Este aumento desvela un cada vez mayor reto para la salud pública y la asistencia sanitaria, lo que plantea desafíos específicos relacionados con los TCA que requerirían una mayor atención por parte de los profesionales sanitarios (Galmiche et al.,

2019; Termorshuizen et al., 2020). Con ello, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas de prevención, detección e inclusión de tratamientos específicos para TCA.

La cada vez más acuciante situación en relación a los TCA ha generado que diversos autores hagan un llamamiento para que los investigadores internacionales unan sus esfuerzos de forma colaborativa con el fin de desvelar los aspectos relevantes de los TCA (Rodgers et al., 2020; Touyz et al., 2020). Así, la evaluación ante diferentes entornos culturales aporta una visión amplia que permitirá esclarecer dicho aumento, al igual que el impacto de la pandemia en el riesgo y la recuperación de los TCA (Micali et al., 2017; Pearson et al., 2017; Weissman y Rosselli, 2017). La investigación y la práctica clínica indican que cada vez un mayor número de mujeres adultas sufren trastornos alimentarios tanto clínicos como subclínicos, por lo que esta población requiere opciones de tratamiento específicas que den una respuesta a las necesidades particulares de este grupo de riesgo (Maine et al., 2015).

Por otra parte, en este estudio se verifica un aspecto relevante en la estabilidad del apego en sus dos categorías básicas: aunque nuestra muestra puede estar sesgada, los datos parecen indicar que el apego seguro e inseguro se han mantenido estables, a pesar de la realidad de temor extremo vivido por la población durante la pandemia como de las medidas limitantes adoptadas y sus consecuencias psicológicas que han reflejado aumentos de tasas de psicopatología y suicidio en la población.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

La muestra en cuanto al apego inseguro muestra dos tendencias diferentes que podrían estar reflejando las consecuencias de la situación pandémica y sus medidas de aislamiento; en general en toda la muestra se ha observado una respuesta mayoritariamente hacia el estilo de apego evitativo, estilo de apego inseguro mayoritariamente encontrado en el grupo sin rasgos de TCA, y en el grupo de TCA una respuesta muy pronunciada hacia el estilo de apego temeroso hostil, esto reflejaría la posibilidad de variaciones en el apego ante situaciones potencialmente traumatizantes, así como la evolución del apego a partir de las codificaciones previas de apego. Esta tendencia, de confirmarse, podría ser consecuencia de la inseguridad vivida durante la pandemia en relación a la que la proximidad a otros seres humanos y que ha podido vivirse como una amenaza directa en la preservación de la vida, elevando los niveles de hostilidad y de temor previamente inexistentes con otras personas incluso allegadas (Pietrabissa y Simpson, 2020).

En cuanto a la regulación emocional, a partir del modelo de regresión destacamos que la *Atención emocional* es el único factor predictivo de la presencia de los TCA dentro de dicho proceso de regulación emocional, en el cual todos ellos podrían ser entendidos como una secuencia progresiva de aspectos facilitadores de la regulación emocional en la que la atención sería el aspecto inicial mediador y que, sin él, no podrían darse los consecuentes subfactores, *Claridad emocional* y *Reparación emocional*. Es decir, estos subfactores hacen referencia a una secuencia de procesos emocionales que van desde la atención a la comprensión y posterior regulación de los estados emocionales (Cabello et al., 2006).

Los resultados del presente trabajo de investigación, sin ser representativos, arrojan como datos singulares la baja ansiedad y atención emocional general encontrada en toda la muestra, que, como se ha discutido ampliamente, que concuerda con las opiniones expertos que, sugieren una relación proporcional entre ambas (Salguero et al. 2008). En nuestro caso, las bajas puntuaciones en la atención emocional y ansiedad pudieran estar relacionadas con mayores limitaciones en las actividades cotidianas, funcionamiento social y salud mental como las que se han vivido en la situación pandémica, y que han podido a su vez verse reflejadas en unos mayores niveles como los encontrados de apego inseguro temeroso-hostil.

Así mismo, parece a raíz de los resultados de este estudio que, la atención emocional es dependiente de la ansiedad experimentada, entendida ésta en sus umbrales más bajos como una forma de desactivación o por otro lado, un síntoma de disociación que podría estar presente ante altos niveles de TCA, con altos índices de hostilidad y temor en la muestra de TCA, pero bajos índices de ansiedad.

Por la propia definición de los estilos de apego, que engloban la inseguridad generada ante otros significativos, la asociación de la ansiedad y el apego es necesariamente muy elevada. Sin embargo, los distintos instrumentos de medida intentan discriminar entre ambas a través de los cuestionarios de medida disponibles para ello. De acuerdo a nuestros resultados, este objetivo es logrado sólo parcialmente ya que las medidas de ansiedad tienen una correlación significativa con el apego de las participantes.

La ansiedad predice también, al igual que el apego inseguro la pertenencia al grupo con rasgos en TCA, en especial el apego temeroso-hostil. Esto es, una vez controlada la ansiedad, el apego inseguro explica parte de la varianza del TCA y que el solapamiento detectado entre ambas medidas, a pesar de que conceptualmente puede ser discriminado, es un constructo basado en la ansiedad que, si bien se centra en relación con la cercanía interpersonal, es constitutiva de una experiencia de seguridad interna que va más allá del aspecto vincular.

Concluimos que las tendencias en toda la muestra son coherentes entre sí, en tanto, hemos encontrado una ansiedad y atención bajas al igual que un mayoritario estilo de apego inseguro alejado en toda la muestra, con una elevada presencia de apego inseguro-hostil en el grupo de TCA, y que podrían en conjunto estar indicando los efectos de la pandemia tanto en las respuestas de regulación emocional y ansiedad, congruentes con los estilos de apego inseguros como respuesta defensiva ante la inseguridad.

El Covid-19 ha generado una situación de temor y retraimiento que parece, por los resultados obtenidos en el presente estudio en consonancia con los estudios post-Covid, mostrar una clara evidencia de su impacto en la salud mental de la población. En las variables medidas en este estudio, resaltamos: la baja ansiedad y atención emocional de toda la muestra, la mayor presencia de psicopatología en forma de TCA y sus fuertes comorbilidades, la estabilidad en las dos categorías principales de apego, seguro e inseguro, los cambios en el estilo de apego dentro de las categorías del apego

inseguro tanto para el grupo sin rasgos de TCA con mayores niveles de apego inseguro-alejado y en el grupo de mujeres con rasgos de TCA con los elevados niveles de apego inseguro temeroso-hostil.

Además, y a pesar del solapamiento encontrado de la ansiedad con el apego inseguro, que pone en evidencia la dificultad de diferenciación real entre ambas, todas las formas de apego son las mejores predictoras de la pertenencia al grupo con TCA y el apego temeroso-hostil lo hace en mayor medida que el resto de los apegos.

Unas últimas reflexiones a raíz de los resultados obtenidos del presente estudio, aún modesto en su tamaño, sería el impacto que la pandemia ha dejado en la población, con un alcance inesperado y muy superior en el tiempo a los potenciales peligros del virus SARS COV-2 y que pueden haberse establecido en la sociedad con efectos duraderos dejando una mella en la salud mental. Con el fin de aprender de esta experiencia única y para que las autoridades puedan tener en cuenta los efectos de las medidas extraordinarias que, *a priori* parecen ser beneficiosas, pero sin duda deben ser reevaluadas ya que han dejado un impacto en el deterioro de la salud mental de la población. Con el fin de velar y promover la salud de la población, se deberían considerar en todo momento las tan importantes secuelas psicológicas de las medidas adoptadas.

Las futuras investigaciones habrán de orientarse a definir con más precisión la prevalencia de problemas de salud mental y de las posibles variaciones en los estilos de

apego en la población de las que se extrae en esta muestra, preferentemente con estudios longitudinales que exploren la evolución de cada fenómeno.

Finalmente, a partir de este estudio y sus evidencias en consonancia con estudios previos, se recomienda incentivar aspectos que fomenten estilos de apegos seguros dado el impacto que tienen en el devenir de la salud mental, que a su vez permitan el desarrollo adecuado de mecanismos de regulación emocional, al igual que menores niveles de ansiedad, y con todo ello, prevenir el posible desarrollo de TCA y otras patologías asociadas. En esta misma línea, se recomienda promover la sensibilización a la presencia de los TCA en la población general dadas la alta tasa de comorbilidad, cronicidad y mortalidad que presentan, pudiendo todo ello facilitar a la población que los padece el acceso a la atención psicológica necesaria y adecuada.

Todo ello, pone de relieve la trascendencia de emprender medidas orientadas a la prevención y detección temprana de los trastornos alimentarios en cualquier etapa de la vida, a la visibilización de la gravedad de los TCA en edad adulta y poder así aportar tratamientos adecuados a las necesidades específicas de las mujeres que en mayor medida sufren estos trastornos. Resaltamos la necesidad de una mayor toma de conciencia de la magnitud entre los profesionales de la salud para reconocer los trastornos alimentarios y comprender su carga asociada, así como proporcionar un tratamiento adecuado y oportuno.

Como limitaciones al presente estudio y propuesta de mejora se necesitaría una muestra más representativa de la población general, ya que no ha sido el objetivo del presente trabajo de investigación hacer un estudio epidemiológico, para garantizar que los resultados aquí obtenidos no sean fruto de los sesgos que pudiera tener nuestra muestra. Esto implicaría una muestra de mayor tamaño, aleatoria y cuyas características que se observen en el mismo correspondan a la población general. Si bien, fruto de nuestra propia experiencia, somos conscientes de la dificultad que esto entraña y que, sin la colaboración de la administración a través de su sistema de salud, difícilmente podremos tener acceso a información fiable sobre el TCA en población adulta y sus dinámicas subyacentes. Se considera conveniente igualmente poder elaborar escalas que permitieran una mejor distinción de los distintos tipos de TCA en relación con las dimensiones de ansiedad y evitación y seguir estudiando las interrelaciones entre estas dos variables en las escalas que ya hay. Igualmente, sería importante poder poseer instrumentos que pudieran discriminar y distinguir en mayor medida el solapamiento existente entre la ansiedad y el apego.

Entre las limitaciones del presente estudio que pueden ser objeto de futuras investigaciones se centran en la dificultad de clarificar en qué medida los TCA son debidos al apego inseguro o a la contribución transversal de las patologías de ansiedad tan comunes en estos trastornos, y con ello, poder diferenciar en qué grado el apego inseguro predice el TCA y en qué medida lo hace la ansiedad. Esta necesidad de distinguir ambas medidas viene dada por el hecho de que buscamos instrumentos que

puedan discriminar entre ellas con el fin de que las interpretaciones posteriores se basen efectivamente sobre la medida que representa.

Adicionalmente, sería interesante un estudio más en profundidad de la dependencia que ejerce la ansiedad sobre la atención emocional y cómo la primera, en cuadro disociativos eminentemente presente en la psicopatología, pueden dar lugar a menores indicios de atención emocional, un factor crucial a su vez en el proceso de regulación emocional.

En otro orden de ideas, se sugiere la realización de un estudio de TCA sobre una muestra más específica para un rango de edad determinado de mujeres mayores de 40 años. Esta sugerencia deviene del hecho de que los TCA son cada vez más frecuentes en poblaciones adultas, trastornos que tienen la mayor tasa de mortalidad de todas las enfermedades mentales (Smink et al., 2012). Los TCA según avanza la vida se considera que incrementan su prevalencia, mientras que los datos disponibles en edad adulta son en algunos casos extrapolaciones de datos en edades más tempranas con evidencias limitadas de casos de TCA para los mayores de 40 años (Bueno et al. 2014; Ward et al., 2019). Así mismo, Micali et al. (2017) resaltan la escasa investigación de los TCA en la mediana edad, en donde advierten que los TCA activos son comunes en este periodo, tanto por la aparición de nuevos trastornos como por la presencia de casos crónicos. A nivel mundial, se estima que al menos el 13% de las mujeres mayores de 50 años experimentan comportamientos alimentarios desordenados (Aziz et al., 2017). Por ello, se

sugiere la elaboración de estudios para este grupo de población y para edades superiores a los 40 años, sector éste apenas estudiado y reconocido.

Por último, los cambios en los estilos de apego que se vislumbran a través del presente estudio arrojan una realidad interesante en cuanto a la evaluación de la estabilidad en el apego y la variabilidad dentro de las categorías del apego inseguro. Lo que quedaría por estudiar en futuros estudios es si estos cambios, como los encontrados en este estudio en cuanto a la evaluación de la estabilidad en el apego y la variabilidad dentro de las categorías del apego inseguro se confirman y se replican una vez que la situación pandémica se resuelva, y con ello los efectos a medio y largo plazo de los efectos de la pandemia y las medidas de distanciamiento social que dan lugar a situaciones de mayor riesgo en la salud mental de forma previsiblemente permanente en la población como sugieren algunos autores, o existe un retorno a la situación previa al Covid-19. Con ello, poder también evaluar las situaciones de mayor riesgo de salud mental que la pandemia ha desvelado y en específico su efecto en el desarrollo de TCA, y si es que éste se mantiene de forma permanente en la población o existe un retorno a la situación previa al Covid-19.

11. Referencias

Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E., & Fassino, S. (2010).

Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders.

The Journal of Nervous and Mental Disease, 198(7), 520-524.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4c6f7>

Abuín, M. R. (2018). *Test para la Evaluación y Valoración de los Vínculos*

Interpersonales en Adultos. TEA Ediciones.

[https://www.researchgate.net/publication/331989539_Vinculatest_Test_para_la_E](https://www.researchgate.net/publication/331989539_Vinculatest_Test_para_la_Evaluacion_y_valoracion_de_los_vinculos_interpersonales_en_adultos)

[valuacion_y_valoracion_de_los_vinculos_interpersonales_en_adultos](https://www.researchgate.net/publication/331989539_Vinculatest_Test_para_la_Evaluacion_y_valoracion_de_los_vinculos_interpersonales_en_adultos)

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child

psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological*

Bulletin, 85(6), 1275–1301.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.6.1275>

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1984). Psychopathology of Childhood. *Annual*

Review of Psychology, 35(1), 227–256.

<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.35.020184.001303>

Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *The International journal of eating disorders*, *50*(11), 1281–1296.

<https://doi.org/10.1002/eat.22783>

Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, *40*, 969-1025.

http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/courses/620/pdf_files/attach_dependency.pdf

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Erlbaum.

Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, *46*, 333–341.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 217-237.

Allen, J. G., Huntoon, J., Fultz, J., Stein, H., Fonagy, P., & Evans, R. B. (2001). A model for brief assessment of attachment and its application to women in inpatient treatment for trauma related disorders. *Journal of Personality Assessment*, *76*, 421-447.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. En J. Cassidy & P. Shaver (2^a Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 419–435). Guilford.

Allen, J. P., & Tan, J. (2016). The multiple facets of attachment in adolescence. En J. Cassidy & P. R. Shaver (3rd Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 399–415). Guilford.

Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., & Shaver, P R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, *14*, 45–63.

<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00141.x>

American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

- Amianto, F., Abbate-Daga, G., Morando, S., Sobrero, C., & Fassino, S. (2011). Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: what prevents and what relates to psychopathology?. *Psychiatric Research, 187*, 401-408.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.028>
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, & Schiff, E. Z., (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry, 59*(3), 213–239.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8912942/>
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C. S., ...& Hoekelmann, A., (2020). On Behalf of the ECLB-Covid19 Consortium. Effects of Covid-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-Covid19 International Online Survey. *Nutrients, 12*, 1583.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32481594/>
- Apple, R. F. (1999). Interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology, 55*(6), 715–725.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10445862/>

- Arcelus, J., Mitchell, A J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry* 68(7), 724-31.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Armstrong, J. G., & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 141-155.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198903\)8:2<141::AID-EAT2260080203>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198903)8:2<141::AID-EAT2260080203>3.0.CO;2-E)
- Aziz, V., Rafferty, D., & Jurewicz, I. (2017). Disordered eating in older people: Some causes and treatments. *BJPsych Advances*, 23(5), 331-337.
<https://doi:10.1192/apt.bp.116.016568>
- Baenas, I., Caravaca-Sanz, E., Granero, R., Sanchez, I., Riesco, N., Testa, G., Vintró-Alcaraz, C., Treasure, J. Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2020). Covid-19 and eating disorders during confinement: analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *European Eating Disorder Review*, 28, 855-863.
<https://doi.org/10.1002/erv.2771>

- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development, 11*, 223–263.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19455453/>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumber, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema, 23*(3), 486-494.
<https://www.psicothema.com/pdf/3913.pdf>
- Bandelow, B., Torrente, A. C., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 254*(6), 397–405.
<https://doi.org/10.1007/s00406-004-0521-2>
- Barone, L., & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development Journal, 11*, 405–417.
<https://doi.org/10.1080/14616730902814770>

- Bartholomew, K., & Allison, C. J. (2006). An attachment perspective on abusive dynamics in intimate relationships. En Mikulincer, M. & Goodman, G.S. (Ed.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 102–127). Guilford Press.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bartholomew, K., & Shaver, P.R. (1998). Methods of Assessing Adult Attachment. En J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). Guilford Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing.
- Beato Fernández, L., & Rodríguez Cano, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas [Attitudes towards change in eating disorders (ACTA). Development and psychometric properties]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *31*(3), 111–119.

<https://docplayer.es/21164828-El-cuestionario-de-actitudes-frente-al-cambio-en-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-acta-desarrollo-y-propiedades-psicometricas.html>

Becker, E. (1973). *The denial of death*. Free Press.

https://humanposthuman.files.wordpress.com/2014/01/ernest_becker_the_denial_of_deathbookfi-org.pdf

Becker, B., Bell, M., & Billington, R. (1987). Object relations ego deficits in bulimic college women. *Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 92-95.

[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198701\)43:1<92::AID-JCLP2270430113>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198701)43:1<92::AID-JCLP2270430113>3.0.CO;2-Z)

Bifulco, A., Lillie, A., Ball, B., & Moran, P. (1998). *Attachment Style Interview (ASI): Training Manual*. Royal Holloway.

Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Psiquiatría Editores S.L.

https://www.academia.edu/20277438/Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_psiquiatria_clinica

Bolaños Ríos, P. (2013). Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Questionnaires, Inventories and Scales. *Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)*, 18, 1981-2007.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6250653.pdf>.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. 2: Separation*. Basic Books.

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss*. Basic Books.

Boyd, J. H., Burke, J. D. Jr., Gruenberg, E., Holzer, C. E., Rae, D. S., George, L. K., Karno, M., Stoltzman, R., McEvoy, L., & Nestadt, G. (1984). Exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 983–989.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790210065008>

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. En J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). Guilford.

- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267-283.
<https://doi.org/10.1177/0146167295213008>
- Brewerton, T.D. (2018): An Overview of Trauma-Informed Care and Practice for Eating Disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1–18.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1532940>
- Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 550-553.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.009>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565–571.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Buchheim, A., Strauss, B., & Kächele, H. (2002). The differential relevance of attachment classification for psychological disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(3-4), 128-133.
<https://doi.org/10.1055/s-2002-24958>. PMID: 11941519

Bueno, B., Krug, I., Bulik, C. M., Jiménez–Murcia, S., Granero, R., Thornton, L., Penelo, E., Menchón, J.M., I Sánchez, I., Tinahones, F. J., & Fernández–Aranda, F. (2014). Late onset eating disorders in Spain: Clinical characteristics and therapeutic implications. *Journal of clinical psychology*, *70*(1), 1-17.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22006>

Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. J., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between child abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse and Neglect*, *36*(1), 32–39.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005>

Cabello, R., Fernández-Berrocal, P. Ruiz-Aranda D., & Extremera N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, *12*(2-3), 155-166.

https://www.academia.edu/4695337/Cabello_R_Fern%C3%A1ndez_Berrocal_P_Ruiz_Aranda_D_Extremera_N_2006_Una_aproximaci%C3%B3n_a_la_integraci%C3%B3n_de_diferentes_medidas_de_regulaci%C3%B3n_emocional_Ansiedad_y_Estr%C3%A9s_12_2_3_155_166

Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O. Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Scognamiglio, P., Eshkevari, E., Micali, N., & Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of ‘Systems for Social Processes’ in eating disorders. *Neuroscience Biobehavioral Review*, *42*, 55-92.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.002>

Calkins, S., & Leerkes, E. (2011). *Early attachment processes and the development of emotional self-regulation*. Guilford.

Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 510–531.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.3.510>

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44(9):1251-63.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>

Candelori, C., & Ciocca, A. (1998). Attachment and eating disorders. En Bria A., Ciocca A., & De Risio S. (Ed.), *Psychotherapeutic issues on eating disorders: Models, methods, and results* (pp. 139–153). Societa Editrice Universo.

Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69(4), 1107–1128.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9768489/>

- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: Current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(3), 339–350.
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z>
- Cartagena, S. G., & Marcos, Y. Q. (2021). Revisión sistemática de la eficacia de la Terapia Centrada en la Compasión en trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *21*(2), 241-252.
<https://www.ijpsy.com/volumen21/num2/582/revision-sistemica-de-la-eficacia-de-la-ES.pdf>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders?. *Clinical Psychological Science, a journal of the Association for Psychological Science* *2*(2), 119–137.
<https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relationship with other defensive processes. En Belsky, J. & Nezworski, T. (Ed.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300–323). Erlbaum.

- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.). Guilford.
- Castellini, G., Tarchi, L., Cassioli, E., Rossi, E., Sanfilippo, G., Innocenti, M., Gironi, V., Scami, I., & Ricca, V. (2022). Attachment Style and Childhood Traumatic Experiences Moderate the Impact of Initial and Prolonged Covid-19 Pandemic: Mental Health Longitudinal Trajectories in a Sample of Italian Women. *Int J Ment Health Addiction*
<https://doi.org/10.1007/s11469-022-00798-x>
- Catanzaro, A., & Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. *Journal of Personality, 78*(4), 1135–1162.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00645.x>
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Williams, T. L., & Erath, S. A. (2000). The development and validation of the State and Trait Food-Cravings Questionnaires. *Behavior Therapy, 31*(1), 151–173.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80009-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80009-X)
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*(2), 153–60.
<https://doi.org/10.1002/wps.20128>

Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995a). *Developmental psychopathology*. Vol. 1: Theory and methods. Wiley.

Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995b). *Developmental psychopathology*. Vol. 2: Risk, disorder and adaptation. Wiley.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(1), 6-20.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>

Cole-Detke, H., & Kobak R. (1996). Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 282–290.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.282>

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(4), 644-663.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>

- Conradi, H. J., Kamphuis, J. H., & de Jonge, P. (2018). Adult attachment predicts the seven-year course of recurrent depression in primary care. *Journal Affective Disorders, 225*, 160-166.
<https://10.1016/j.jad.2017.08.009>
- Cook, S. H., Heinze, J. E., Miller, A. L., & Zimmerman, M. A. (2016). Transitions in friendship attachment during adolescence are associated with developmental trajectories of depression through adulthood. *Journal Of Adolescent Health, 58*(3), 260-266.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.252>
- Cooper, J. L., O'Shea, A. E., Atkinson, M. J., & Wade, T. D. (2014). Examination of the difficulties in emotion regulation scale and its relation to disordered eating in a young female sample. *International Journal of Eating Disorders, 47*(6), 630–639.
<https://doi.org/10.1002/eat.22278>
- Crawford, T. N., Livesley, W. J., Jang, K. L., Shaver, P. R., Cohen, P., & Ganiban, J. (2007). Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. *European Journal of Personality, 21*(2), 191–208.
<https://doi.org/10.1002/per.602>

- Crittenden, P. M. (2000). A dynamic maturational approach to continuity and change in patterns of attachment. En Crittenden, P.M. & Claussen, A.H. (Ed.), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (pp. 343–357). Cambridge University Press.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal Psychiatry*, *166*(12), 1342–1346.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020247>
- Crowell, J. A., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, *4*(3), 294–327.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1995.tb00067.x>
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., O’Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (1997). The National Womens Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *21*, 213–228.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199704\)21:3<213::aid-eat2>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199704)21:3<213::aid-eat2>3.0.co;2-n)
- Davies, H., Swan, N., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *20*(6), 476–483.
<https://doi.org/10.1002/erv.1157>

- Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change?.
Journal of Personality and Social Psychology, 73(4), 826–828.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.4.826>
- Davison, M.K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self- report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings.
Assessment, 4, 259-276.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26613775/>
- Deloitte Access Economics (2020). *The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders*. Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders, STRIPED and the Academy for Eating Disorders, AED.
<https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>
- Devoe, D. J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2022). The impact of the Covid-19 pandemic on eating disorders: A systematic review.
International Journal of Eating Disorders, 1–21.
<https://doi.org/10.1002/eat.23704>

- Diéguez, M., & Álvarez, J. (2013). *Proceso asistencial en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario Príncipe de Asturias*.
<https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/file/3089/download?token=l8LF6k6F>
- Dozier, M., Stovall-McClough, C., & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology. En Cassidy, J. & Shaver, P.R., (Ed.), *Handbook of Attachment, adulthood* (pp. 718–744). The Guilford Press.
- Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13(1), 143–164.
<https://doi.org/10.1017/S0954579401001109>
- Early Child Care Research Network, Public Information and Communication Branch, NICHD (2001). Child-care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology*, 37(6), 847–862.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.6.847>
- Ebner-Priemer, U., Welch, S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M., & Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 150(3), 265-275.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.04.014>

Egeland, B., Pianta, R., & Ogawa, J. (1996). Early behavior problems: pathways to mental disorders in adolescence. *Developmental Psychopathology*, 8(4), 735–749.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400007392>

Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnulle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Vulnerability to Depression: Spontaneous Versus Instructed Use of Emotion Suppression and Reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563–572.
<https://doi.org/10.1037/a0019010>. PMID: 20677873

Ein-Dor, T., & Doron, G. (2015). Attachment and psychopathology. En J. A. Simpson & S. Rholes (Ed.), *Attachment Theory and Research: New Directions and Emerging Themes* (pp- 346–373). American Psychological Association.

Ein-Dor, T., Viglin, D., & Doron, G. (2016). Extending the Transdiagnostic Model of Attachment and Psychopathology. *Frontier in Psychology*, 7, 1-6.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00484>

Elgin, J., & Pritchard, M. (2006). Adult Attachment and Disordered Eating in Undergraduate Men and Women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 21(2), 25-40.

https://doi.org/10.1300/J035v21n02_05

Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., Le Grange, D., Simonich, H. K., Cao, L., Lavender, J. M., & Gordon, K. H. (2013). The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa: evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion. *Journal Abnormal Psychology, 122*(3), 709-719.
<https://doi.org/10.1037/a0034010>

Evers, C., Stok, M. F., & de Ridder, D. T. D. (2010). Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*(6), 792–804.
<https://doi.org/10.1177/0146167210371383>

Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of the mental, social, and physical health in university students. *Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 45-51.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600005965>

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive-Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.

Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorder psychopathology: Interview or self-report questionnaire?. *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 363–370.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7866415/>

Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J.M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2020). Covid-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorder Review*, *28*, 239-45.

<https://doi.org/10.1002/erv.2738>

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, *94*(3), 751-755.

<https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>

Ferrajão, P. (2022). Attachment mediates the impact of previous trauma on posttraumatic symptoms during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1037/tra0001312>

Fonagy, P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Mattoon G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification,

and response to psychotherapy. *Journal and Consulting Clinical Psychology*, 64(1), 22–31.

<https://10.1037//0022-006x.64.1.22>

Fonagy, P., & Target, M. (2007). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576.

<https://10.1521/pedi.2006.20.6.544>

Forbes, M. K., Tackett, J. L., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2016). Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the lifespan. *Developmental Psychopathology*, 28(4), 971–986.

Fox, J., & Power, M. (2009). Eating disorders and Multilevel Models Of emotion: an integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 240–267.

<https://10.1002/cpp.626>. PMID: 19639647

Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123–151.

https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03

- Fraley, R. C., & Brumbaugh, C. C. (2004). A dynamic systems approach to conceptualizing and studying stability and change in attachment security. En Rholes, W.S. & Simpson, J.A. (Ed.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 86–132). Guilford.
- Fraley, R. C., Garner, J. P., & Shaver, P. R. (2000). Adult attachment and the defensive regulation of attention and memory: Examining the role of preemptive and postemptive defensive processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 816–826.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.816>
- Fraley, R. C., Hudson, N.W., Heffernan, M., & Segal, N. (2015). Are Adult Attachment Styles Categorical or Dimensional?. A Taxometric Analysis of General and Relationship-Specific Attachment Orientations. *Journal of personality and social psychology*, 109(2), 354-368.
<https://doi.org/10.1037/pspp0000027>
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1080–1091.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1080>

- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology, 4*(2), 132-154.
<https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. En J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). Guilford Press.
- Fried, E.I., Papanikolaou, F., Epskamp, S. (2020). Mental health and social contact during the COVID-19 pandemic: An ecological momentary assessment study
<https://psyarxiv.com/36xkp/>
- Friedberg, N., & Lyddon, W. (1996). Self-other working models and eating disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly, 10*, 193–203.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.10.3.193>
- Fuendeling, J. M. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*(3), 291–322.
<https://doi.org/10.1177/0265407598153001>

- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *109*(5), 1402–1413.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A.R., Galan, I., León, C., et al. (2002). Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, *1*, 40-2
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1136.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, *12*(4), 871-8.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf
- f

Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2014). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behavior, 14*(3), 309–313.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>

Goldberg, D. P. (2015). Psychopathology and classification in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(1), 1–5.

<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0924-y>

Gómez Pérez, O. I., & Calleja Bello, N. (2017). Regulación emocional: Escalas de medición en español [revisión psicométrica]. *Revista Iberoamericana de Psicología, 10*(2), 183-191.

<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/121>

González, L., & Viitanen, T. K. (2009). The effect of divorce laws on divorce rates in Europe. *European Economic Review, 53*(2), 127–138.

<https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2008.05.005>

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (Covid-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity, S0889- 1591*(20), 30812–30816.

<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>Huang

- Goossens, L., Braet, C., Van Vleirberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression, and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, *17*(1), 68–78.
<https://doi.org/10.1002/erv.892>. PMID: 18729132
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41-54.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. En L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). Guilford.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, *10*(6), 214–219.
<https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348–362.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. Guilford Press.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, [GPCTA] (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*.

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, [GPCTCA] (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*.

http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf

Haripersad, Y. V., Kannegiesser-Bailey, M., Morton, K., Skeldon, S., Shipton, N., Edwards, K., Newton, R., Newell, A., Stevenson, P. G., & Martin, A. C. (2021). Outbreak of anorexia nervosa admissions during the Covid-19 pandemic. *Archives of Disease in Childhood, 106*(3).

<https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319868>

Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., & el Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los

trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España.

Medicina Clínica, 126(12), 445-451.

<https://doi.org/10.1157/13086324>

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 348–356.

<https://doi.org/10.1002/cpp.628>. PMID: 19517577

Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Reviews*, 31(5), 727-35.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>

Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Theory, evidence, and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>

Haynos, A. F., Roberto, C. A., & Attia, E. (2015). Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 93–98.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.004>

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.

<https://adultattachmentlab.human.cornell.edu/HazanShaver1987.pdf>

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991) Binge eating as escape from self-awareness.

Psychological Bulletin, 110(1), 86–108.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>

Henderson, M., & Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia: The "BITE."

The British Journal of Psychiatry, 150, 18–24.

<https://doi.org/10.1192/bjp.150.1.18>

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.

doi:10.1002/(ISSN)1573-6598

Hill, J., Stepp, S. D., Wai Wan, M., Hope, H., Morse, J. Q., Steele, M., Steele, H., & Pilkonis, P. A. (2011). Attachment, Borderline Personality and Romantic Relationship Dysfunction. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 789–805.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.789>

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Hoek, H. W., Bartelds, A. I., Bosveld, J. J., Van der Graaf, Y., Limpens, V. E., Maiwald, M., & Spaaij, C. J. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *152*(9), 1272-1278.

<https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1272>. PMID: 7653680

Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *34*(4), 383-96.

<https://doi.org/10.1002/eat.10222>

Hudson, J. I., Hiripi, E. Pope, H. G. Jr., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*(3), 348–358.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Attachment dimensions and group climate growth in a sample of women seeking treatment for an eating disorder. *Psychiatry*, *74*(3), 255-269.

<https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.3.255>. PMID: 21916631

Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). *Global Burden of Disease Study 2019, GBD data input sources tool*.

<http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019/data-input-sources>

- Jackson, K. (2015). *Danger Zone: Eating Disorder Awareness Week*. Human Health Project Foundation.
<https://humanhealthproject.org/danger-zone-eating-disorder-awareness-week/>
- Jáuregui Lobera, I., Bolanos, P., Carbonero, R., & Valero Blanco, E. (2010). Propiedades psicométricas de la versión española del inventario de "Food Craving". *Nutrición Hospitalaria*, 25(6), 984-992.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000600014&lng=es&tlng=
- Johnson, J.G., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynecology patients. *Psychol Med*, 31, 1455–66.
<https://10.1017/s0033291701004640>.
- Jones, D. J., Fraley, R. C., Ehrlich, K. B., Stern, J. A., Lejuez, C. W., Shaver, P. R., & Cassidy, J. (2018). Stability of Attachment Style in Adolescence: An Empirical Test of Alternative Developmental Processes. *Child Development*, 89(3), 871-880.
<https://doi.org/10.1111/cdev.12775>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion Regulation in Depression: Relation to Cognitive Inhibition. *Cognitive Emotion*, 24(2), 281–298.

<https://doi.org/10.1080/02699930903407948>

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904–914.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>

- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., Stein, D. J., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L., Benjet, C., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Haro, J. M., yi Hu, C., Karam, A., ... Ustün, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, *68*(1), 90–100.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.180>
- Khraisat, B. R., Al-Jeady, A. M., Alqatawneh, D. A., Toubasi, A. A., & AlRyalat, S. A. (2022). The prevalence of mental health outcomes among eating disorder patients during the Covid-19 pandemic: A meta-analysis. *Clinical Nutrition*, *48*, 141-147.
<https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.01.033>
- Kitsantas, A., Gilligan, T. D., & Kamata, A. (2003). College women with eating disorders: Self-regulation, life satisfaction and positive/negative affect. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *137*(4), 381-395.
<https://doi.org/10.1080/00223980309600622>
- Kobak, R. R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research and clinical intervention. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 21-43). Guilford Press.

- Kobak, R. R., Cassidy, J., & Ziv, Y. (2004). Attachment-Related Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Implications for Adult Adaptation. En W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 388-407). Guilford Publications.
- Kobak, R. R., Cole, H. R., Ferenz-Gilles, R., Fleming, W. S., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, *64*(1), 231–245.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8436031/>
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, *59*(1), 135–146.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1988.tb03201.x>
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, *56*(10), 921–926.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.921>

Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(2), 216-227.

<https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.2.216>

Krueger, R.F., & Markon, K.E. (2006). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annual Review Clinical Psychology, 2*, 111–133.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>

Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 40*(5), 485-499.

[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00016-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00016-5)

Kuipers, G. S., & Bekker, M. H. J. (2012). Attachment, mentalization and eating disorders: a review of studies using the adult attachment interview. *Current Psychiatry Review, 8*(4), 326–336.

<https://doi.org/10.2174/157340012803520478>

Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A., & Bekker, M. H. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment and Human Development, 18*(3), 250–272.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1136660>

Kwon, H., Lee, J., & Kwon, J. (2017). Interpersonal mediating mechanism underlying insecure attachment and depression in people with major depressive disorder.

Journal Of Social and Clinical Psychology, 36(1), 64-86.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.1.64>

Lacasa, F., & Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Psicopatología y salud mental*, 24, 83-93.

<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Lacasa-Fernando-24.pdf>

Laceulle, O. M., Vollebergh, W. A. M., & Ormel, J. (2015). The structure of psychopathology in adolescence: Replication of a general psychopathology factor in the TRAILS study. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 850–860.

<https://doi.org/10.1177/2167702614560750>

Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Singh, A. L., Waldman, I. D., & Rathouz, P. J. (2011). Higher-order genetic and environmental structure of prevalent forms of child and adolescent psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 181–189.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.192>

Larose, S., Bernier, A., Soucy, N., & Duchesne, S. (1999). Attachment style dimensions, network orientation and the process of seeking help from college teachers.

Journal of Social and Personal Relationships, 16(2), 225–247.

<https://doi.org/10.1177/0265407599162006>

Latorre Postigo, J.M., Navarro, B., Parra Delgado, M., Salguero, J.M., Mae Wood, C., & Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. Assessment and intervention of Anxiety and Depression disorders in Primary Care: An unsolved problem. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1).

<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>

Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy Journal*, 24(4), 581–599.

<https://doi.org/10.1023/A:1021273129664>

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Smith, T. L., Klein, M. H., Goldschmidt, A. B., & Berg, K. C. (2014). Dimension of Emotion Dysregulation in Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 212–216.

<https://doi.org/10.1002/erv.2288>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, M., & Shafran, R. (2004). Information processing biases in EDs. *Clinical Psychological Review, 24*, 215–238.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.004>
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 49*, 125–134.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77808503.pdf>
- Lemos Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para el estudio. *Papeles del Psicólogo, 85*, 19-28.
- Lewis, M. (1997). Altering fate: Why the past does not predict the future. *Psychological Inquiry, 9* (2), 105-108.
<https://www.jstor.org/stable/1449102>
- Lewis, M., Feiring, C., & Rosenthal, S. (2000). Attachment over time. *Child Development, 71*(3), 707–720.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00180>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wng, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during Covid-19

outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., Baró, E. y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP). (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. (2002). *Medicina Clínica*, 118(13), 439-499.

[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)

Lunn, S., Poulsen, S., & Daniel, S. I. F. (2012). Subtypes in bulimia nervosa: The role of eating disorder symptomatology, negative affect, and interpersonal functioning. *Comprehensive Psychiatry Journal*, 53(8), 1078–1087.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.04.005>

Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Health Journal*, 29(3), 203–218.

<https://doi.org/10.1002/imhj.20173>

Macht, M. (2008). How Emotions Affect Eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11.

<https://10.1016/j.appet.2007.07.002>

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33(1), 48–61.

<https://doi.org/10.1159/000276502>

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Ablex.

Maine, M. D., Samuels, K. L., & Tantillo, M. (2015). Eating disorders in adult women: biopsychosocial, developmental, and clinical considerations. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 133-143.

<https://doi.org/10.1080/21662630.2014.999103>

- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social supports, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research Journal*, *10*, 239–266.
<https://10.1093/ptr/10.3.239>
- Marshall, E. M., & Frazier, P. A. (2019). Understanding posttrauma reactions within an attachment theory framework. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 167–171.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.08.001>
- Martín Pérez, C., Pedrosa García, R., Herrero Martín, J.J., de Dios Luna del Castillo, J., Ramírez García, P., Sáez García, J.M. (2003). Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Atención primaria*, *31*, 39-46.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70658-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70658-1)
- Martínez, C., & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión Adult Attachment Assessment: A Review. *PSYKHE*, *14*(1), 181-191.
<https://www.redalyc.org/pdf/967/96714114.pdf>
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. En R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 320-342). Jossey-Bass.

- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). Basic Books.
- Menninger K.A. (1919). Psychoses associated with influenza, I: general data: statistical analysis. *JAMA*, 72(4), 235–241.
<https://doi:10.1001/jama.1919.02610040001001>
- McCabe, M. P., & Vincent, M. A. (2003). The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *European Eating Disorders Review*, 11(4), 315- 328.
<https://doi.org/10.1002/erv.500>
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge eating. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 845–863.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00042-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00042-9)
- Melero, R. & Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clinica y Salud*, 19(1), 83-100.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). An attachment model of personality disorders. En M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Ed.), *Major Theories of Personality Disorder* (pp. 231–281). Guilford.
- Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., Bulik, C. M., & Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in midlife: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*, *15*, 12.
<https://doi.org/10.1186/s12916-016-0766-4>
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(5), 917–925.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.5.917>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. En Zanna, M.P. (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 53–152). Academic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. The Guilford Press.

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003) Attachment Theory and Affect Regulation: the Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of attachment-Related Strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.
<https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>
- Milligan, R., & Waller, G. (2000). Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 446–450.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200012\)28:4<446::AID-EAT13>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200012)28:4<446::AID-EAT13>3.0.CO;2-J)
- Mitchell, J. E., & Pyle, R. L. (1985). Characteristics of bulimia. En J. E. Mitchell (Ed.), *Anorexia nervosa and bulimia: Diagnosis and treatment* (pp. 29–47). University of Minnesota Press.
- Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., Chieffo, D., Janiri, L., Fiorillo, A., Sani, G., & Di Nicola, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>

- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., & Svaldi, J. (2014). On the role of sadness in the psychopathology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research, 215*, 711–717.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.043>
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(2), 305-311.
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.2.305>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspect. Psychological Science, 6*(6), 589–609.
<https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Noordenbos, G., Oldenhave, A., Muschter, J., & Terpstra, N. (2002). Characteristics and treatment of patients with chronic eating disorders. *Eating disorders, 10*(1), 15–29. <https://doi.org/10.1080/106402602753573531>
- Ognibene, T. C., & Collins, N. L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support, and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*(3), 323–345.

<https://doi.org/10.1177/0265407598153002>

O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. *The International journal of eating disorders*, 20(2), 115–127.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199609\)20:2<115::AID-EAT1>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<115::AID-EAT1>3.0.CO;2-J)

Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., Rosmalen, J., & Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. *Clinical psychology review*, 33(5), 686–697.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>

Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston M. (2005). Eating Disorders. The Regulation of Positive as well as Negative Emotion Experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(1), 39-56.

<https://doi.org/10.1007/s10880-005-0911-2>

Pace, C. S., Guiducci, V., & Cavanna, D. (2017). Attachment in eating-disordered outpatients with and without borderline personality disorder. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1808-1818.

<https://doi.org/10.1177/1359105316636951>

- Palmer, B., Gignac, G., Bates, T., & Stough, C. (2003). Examining the structure of the Trait Meta-Mood Scale. *Australian Journal of Psychology, 55*, 154-158.
<https://doi.org/10.1080/0004953042000298612>
- Pardo, A., Ruiz, M. A., & San Martín, R. (2009). *Análisis de Datos en ciencias sociales y de la salud I*. Editorial Síntesis.
- Pearson, N., Griffiths, P., Biddle, S., Johnston, J. P., & Haycraft, E. (2017). Individual, behavioural and home environmental factors associated with eating behaviours in young adolescents. *Appetite, 112*, 35–43.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.001>
- Petrides, K. V., Vernon, P. A., Schermer, J. A., Ligthart, L., Boomsma, D. I., & Veselka, L. (2010). Relationships between trait emotional intelligence and the Big Five in the Netherlands. *Personality and Individual Differences, 48*(8), 906-910.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.019>
- Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M., & Halfon, O. (2002). Strategies of emotion regulation in adolescents and Young adults with substance dependence or eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*(6), 384-394.
<https://doi.org/10.1002/cpp.339>

- Pietrabissa, G., & Simpson, S. (2020). Psychological Consequences of Social Isolation During Covid-19 Outbreak. *Frontiers in Psychology*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02201>
- Pinquart, M., Feussner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & human development*, *15*(2), 189–218.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2013.746257>
- Piotrowski, C., & Gallant, N. (2009). Research use of clinical measures for anxiety in the recent psychological literature. *Journal of Instructional Psychology*, *36*(1), 84-86.
<https://psycnet.apa.org/record/2009-06682-010>
- Plaza, J. F. (2010). Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del ‘anhelo de delgadez’: un análisis con perspectiva de género. *ICONO 14, Revista de comunicación y tecnologías emergentes*, *8*(3), 62-83.
<https://doi.org/10.7195/ri14.v8i3.229>
- Polivy, J., & Herman, P. C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*, 187-213.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>

- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391–401.
- Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-72.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77807709.pdf>
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai archives of psychiatry*, 25(4), 212–223.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003>
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A., & Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating and weight disorders : EWD*, 6(3), 166–170.
<https://doi.org/10.1007/BF03339766>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 930.
http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf

Remen, A. L., Chambless, D. L., & Rodebaugh, T. L. (2002). Gender differences in the construct validity of the Silencing the Self Scale. *Psychology of Women Quarterly*, 26(2), 151–159.

<https://doi.org/10.1111/1471-6402.00053>

Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*, 53(3), 418–421.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.07.008>

Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden processes on eating disorders. *European Eating Disorder Review: the journal of the Eating Disorders Association*, 15(2), 119–130.

<https://doi.org/10.1002/erv.761>

Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Linardon, J., Courtet, P., & Guillaume, S. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1166–1170.

<https://doi.org/10.1002/eat.23318>

Rodríguez-López, Á., Rodríguez-Ortiz, E., & Romero-González, B. (2021). Autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: Aspectos nucleares. *Colombia Médica*, 52(1), e2044342.

<https://doi.org/10.25100/cm.v51i4.4342>

Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265–296.

<https://doi.org/10.1017/s0954579400003023>

Salcuni, S., Parolin, L., & Colli, A. (2017). Attachment research and eating disorder: a measurement perspective – Literature Review. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22(3), 478-504.

<https://doi.org/10.14656/PFP20170308>

Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Balluerka, N., & Aritzeta, A. (2010). Measuring perceived emotional intelligence in adolescent population: Psychometric properties of the Trait Meta Mood Scale. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 38, 1197-1210.

<https://doi.org/10.2224/sbp.2010.38.9.1197>

Salguero, J.M., Ruíz, D., Fernández-Berrocal, P., & González-Ordi, H. (2008).

Inteligencia emocional y sugestionabilidad: efectos sobre el nivel de ansiedad en una muestra de mujeres universitarias. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3),143-158.

https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf48muestra_mujeres_universitarias.pdf

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-151). American Psychological Association.

Salzman, J. P. (1997). Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 251-259.

[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199704\)21:3<251::aid-eat5>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199704)21:3<251::aid-eat5>3.0.co;2-j)

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema, 20*(2), 290-296.

<https://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>

Santomauro, D. F., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H., & Ferrari, A. J. (2021). The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry, 8*(4), 320-328.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)

- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Recommendations for the use of the Spanish adaptation of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in clinical practice. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.
<https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3>
- Sanz, J., García-Vera, M.P., & Fortún, M. (2012). El “inventario de ansiedad de beck” (bai): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(3), 20, 563-58.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf
- Sanz, J., Vallar, F., de la Guía, E., & Hernández, A. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck*. Pearson Educación, S.A.
- Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment style., *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 41–48.
<https://doi.org/10.1111/camh.12051>

- Shaver, P. R., Belsky, J., & Brennan, K. A. (2000). The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships, 7*(1), 25-43.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00002.x>
- Shaver, P. R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. *Advances in Personal Relationships, 4*, 29–70.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development, 4*(2), 133–161.
<https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. En Gross, J.J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 446–465). Guilford Press.
- Silva J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia Psicológica 21*, 163-172
https://www.researchgate.net/publication/288894045_Biologia_de_la_regulacion_emocional_Su_impacto_en_la_psicologia_del_afecto_y_la_psicoterapia/citation/download

- Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 219–228.
<https://doi.org/10.1007/s10964-005-9003-8>
- Schmitz, F., & Schmitz, P.G. (2012). Emotional intelligence and acculturation. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20(1), 15-41.
https://www.researchgate.net/publication/259384569_Emotional_intelligence_and_acculturation
- Smink, F.R.E., van Hoeken, D. & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* 14, 406–414.
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smith, M. C., & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863–872.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.5.863>
- Solomon, J., & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 383–416). New York, NY: Guilford.

- Southward, M. W., Christensen, K., Fettich, K. C., Weissman, J., Berona, J., & Chen, E. Y. (2014). Loneliness mediates the relationship between emotion dysregulation and bulimia nervosa/binge eating disorder psychopathology in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders, 19*(4), 509–513.
<https://doi.org/10.1007/s40519-013-0083-2>
- Spangler, G., & Grossmann, K. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development, 64*(5), 1439-1450.
<https://doi.org/10.2307/1131544>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development, 7*(4), 349–367.
<https://doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development, 55*(1), 17–29.
<https://doi.org/10.2307/1129832>

- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development, 48*(4), 1184–1199.
<https://doi.org/10.2307/1128475>
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach. Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(6), 1150–1169.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1150>
- Stanton, A. L., Parsa, A., & Austenfeld, J. L. (2002). The adaptive potential of coping through emotional approach. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive Psychology* (pp.148-158). Oxford University Press.
- Stein, H., Koontz, A. D., Fonagy, P., Allen, J. G., Fultz, J., Brethour, J. R., Allen, D., & Evans, R. B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*(1), 77-91.
<https://doi.org/10.1348/147608302169562>
- Steinglass, J. E., Sysko, R., Glasofer, D., Albano, A. M., Simpson, H. B., & Walsh, B. T. (2011). Rationale for the application of exposure and response prevention to the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 44*(2), 134-41.
<https://doi.org/10.1002/eat.20784>

- Stern, S. L., Dixon, K. N., Sansone, R. A., Lake, M. D., Nemzer, E., & Jones, D. (1992). Psychoactive substance use disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, *33*(3), 207–212.
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(92\)90032-L](https://doi.org/10.1016/0010-440X(92)90032-L)
- Stice, E., Agras, W. S., Telch, C. F., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., & Wilson, G. T. (2001). Subtyping binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, *30*, 11–27.
<https://doi.org/10.1002/eat.1050>
- Stice, E., & Bulik, C. M. (2012). Eating Disorders. En T. Beauchaine y S. Hinshaw. (2nd Ed.), *Child and Adolescent Psychopathology* (pp. 643-671). Wiley and Sons Inc.
- Stice, E., & Fairburn, C. G. (2003). Dietary and Dietary-Depressive Subtypes of Bulimia Nervosa Show Differential Symptom Presentation, Social Impairment, Comorbidity, and Course of Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(6), 1090–1094.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1090>
- Strober, M. (2004). Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: on the search for novel paradigms. *International Journal of Eating Disorders*, *35*(4), 504-8.

<https://doi.org/10.1002/eat.20029>

Suldo, S. M., & Sandberg, D. A. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy, 15*, 59-73.

https://doi.org/10.1300/J035v15n01_07

Sulkowski, M. L., Dempsey, J., & Dempsey, A. G. (2011). Effects of stress and coping on binge eating. *Eating Behaviors, 12*(3), 188–191.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.04.006>

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research, 197*(1-2), 103–111.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>

Tackett, J. L., Lahey, B. B., van Hulle, C., Waldman, I., Krueger, R. F., & Rathouz, P. J. (2013). Common genetic influences on negative emotionality and a general psychopathology factor in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(4), 1142–1153.

<https://doi.org/10.1037/a0034151>

- Tasca, G. A. (2018). Attachment and eating disorders. *Current Opinion in Psychology*, 25, 59–64.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.003>
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and Eating Disorders: A Review of Current Research. *International Journal Eating Disorders*, 47, 710–717.
<https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 249-259.
<https://doi.org/10.1037/a0022423>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., Demidenko, N., Hayden, G., Wong, A., & Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse Neglect*, 37(11), 926-933.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004>
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krynski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression,

and eating disorder symptoms: the mediating role of affect regulation strategies.

Personality and Individual Difference, 47(6), 662-667.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.006>

Termorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., MacDermod, C. M., Harper, L. M., van Furth, E. F., Pea, T .C., & Bulik, C. M. (2020). Early impact of Covid-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *Int J Eat Disord*. 53, 1780–1790.

<https://doi.org/10.1002/eat.23353>

Teti, D. M., Sakin, J. W., Kucera, E., & Corns, K. M. (1996). And baby makes four: Predictors of attachment security among preschool-age firstborns during the transition to sibling-hood. *Child Development*, 67(2), 579–596.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8625729/>

The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. (2012). How mental illness loses out in the NHS The London School of Economics and Political Science. London: The London school of economics and political science.

<http://eprints.lse.ac.uk/44572/>

- The European Opinion Research Group (2003). *The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2.*
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R., & Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorders not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin, 135*, 407-433.
<https://doi.org/10.1037/a0015326>
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J. García-Palacios, A., Hervás, G., Jiménez-Murcia, S., Montorio, I., Soler, J., Quero, S., Valiente, M. C., & Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud, 27*(1), 37-43.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>
- Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of Covid-19. *Journal of Eating Disorders, 8*, 19.
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early

separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 449-453.

<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204923.09390.5b>

Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States.

International Journal of Eating Disorders, 52(1), 42-50.

<https://doi.org/10.1002/eat.23004>

Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatr Scand*, 85(2), 163-166.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01462.x>

Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521-527.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>

Velayos Jiménez, L. y Sánchez Ruiz, D. (2020). El Apego en la Práctica Clínica durante la Pandemia Covid-19. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 295-309.

<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.391>

- Villamarín, S., de Vicente, A. & Berdullas, S. (2021). Trastornos de la Alimentación en España: Un problema en auge. *Infocop*, 94, 3-8.
<http://www.cop.es/infocop/pdf/3412.pdf>
- Vitousek, K., & Ewald, I. (1993). Self representation in eating disorders: A cognitive perspective. En Z. Segal & S. Blatt (Eds.), *The self in emotional disorders* (pp 221–257). Guilford Press.
- Voderholzer, U., Cuntz, U., & Schlegl, S. (2012). Eating disorders: state of the art research and future challenges. *Nervenarzt*, 83(11), 1458–1467.
<https://doi.org/10.1007/s00115-012-3686-3>
- Vowels, L. M., Carnelley, K. B., & Stanton, S. (2022). Attachment anxiety predicts worse mental health outcomes during COVID-19: Evidence from two studies. *Personality and individual differences*, 185, 111256.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111256>
- Waddington, C. H. (1957). *The strategy of the genes*. Allen y Unwin.
- Wallace, J. L., & Vaux, A. (1993). Social support network orientation: The role of adult attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 354–365.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1993.12.3.354>

- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders, 28*(2), 235–241.
[https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200009\)28:2<235::aid-eat15>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200009)28:2<235::aid-eat15>3.0.co;2-1)
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (Covid-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental. Research and Public Health, 17*(5), 1729.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders, 28*(4), 370-376.
[https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200012\)28:4<370::aid-eat4>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200012)28:4<370::aid-eat4>3.0.co;2-p)
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 497–505.
<https://doi.org/10.1348/000711201161145>

- Ward, Z. J., Rodriguez, P., Wright, D. R., Austin, S. B., & Long, M. W. (2019). Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and Associations With Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort. *JAMA network open*, 2(10), e1912925-e1912925.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6802241/>
- Waters, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant–mother attachment. *Child Development*, 49, 483–494.
<https://doi.org/10.2307/1128714>
- Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D., & Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work (s) in progress. *Attachment and Human Development*, 4(2), 230-242.
<https://doi.org/10.1080/14616730210154216>
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71(3):684-689.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00176>
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522–536.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.522>

Weissman, R. S., Bauer, S., & Thomas, J. J. (2020). Access to evidence-based care for eating disorders during the Covid-19 crisis. *International Journal of Eating Disorders, 53*(5), 639–646.

<https://doi.org/10.1002/eat.23279>

Weissman, R. S., & Rosselli, F. (2017). Reducing the burden of suffering from eating disorders: Unmet treatment needs, cost of illness, and the quest for cost-effectiveness. *Behavior Research and Therapy, 88*, 49–64.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.00>

Westerberg, D. P., & Waitz, M. (2013). Binge-eating disorder. *Osteopathic Family Physician, 5*(6), 230-233.

<https://www.ofpjournal.com/index.php/ofp/article/view/334>

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating Behaviors, 8*(2), 162–169.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>

- Winterheld, H. A. (2016). Calibrating Use of Emotion Regulation Strategies to the Relationship Context: An Attachment Perspective. *Journal of Personality, 84*(3), 369-380.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12165>
- Wittchen, H. U., & Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders: Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *The British Journal of Psychiatry, 173*(34), 10–17.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9829011/>
- Wolf, A. W., Schubert, D. S. P, Patterson, M. B., Grande, T. P., Brocco, K. J., & Pendleton, L. (1998). Associations among major psychiatric diagnoses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(2), 292–294.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.292>
- Wolz, I., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Gratz, K. L., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2015). Emotion regulation in disordered eating: Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale among Spanish adults and its interrelations with personality and clinical severity. *Frontiers in psychology, 6*(907), 1-13.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00907>

World Health Organization (2012). *Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country.*

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78898>

World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020.* World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization (2020). *Coronavirus disease (Covid-19). Data as received by WHO from national authorities.*

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf>

Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 139*, 53–80.

<https://doi.org/10.1037/a0028601>

Yáñez-Yaben, S. (1989). El amor romántico a la luz de la teoría del apego. En A. Echebarría & D. Páez (Eds.), *Emociones: Perspectivas Psicosociales* (pp. 343-366). Promolibro.

https://www.researchgate.net/publication/257652376_La_Teoria_del_Apego_como_Herramienta_Terapeutica_para_Comprender_el_Divorcio_y_la_Separacion

Yarnoz-Yaben, S., & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85.

<https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030766006.pdf>

Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 97–106.

<https://doi.org/10.1002/erv.999>

APÉNDICE 1:

**CRITERIOS Y TABLAS DE EVALUACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE
MEDIDA PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO EXPERIMENTAL DE LA
TESIS DOCTORAL**

**EL ESTILO DE APEGO Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN MUJERES EN LA EDAD ADULTA TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19**

María Paz Cardín García

5 de Octubre de 2022

Tabla de Contenidos:

1. Criterios de búsqueda de instrumentos de evaluación para la realización del trabajo experimental
2. Tablas de evaluación de los instrumentos de medida para la realización del trabajo experimental
 - Tabla 1. Instrumentos de evaluación en el apego adulto y adaptaciones en población española
 - Tabla 2. Instrumentos de evaluación del TCA y adaptaciones en población española
 - Tabla 3. Instrumentos de evaluación de la regulación emocional y adaptaciones en población española
 - Tabla 4. Instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad y adaptaciones en población española
 - Tabla 5. Instrumentos de evaluación de la comorbilidad y adaptaciones en población española
3. Referencias Bibliográficas

1. CRITERIOS DE BÚSQUEDA DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Con el fin de mantener una coherencia teórica y de medida, se ha realizado una búsqueda de instrumentos de evaluación, revisando las dimensiones que cada uno pretende medir, así como también la calidad psicométrica de los mismos con el fin de seleccionar aquellos más adecuados a los propósitos del presente trabajo de investigación.

En la selección los instrumentos de evaluación de apego, regulación emocional, trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad y comorbilidad se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas: Google Scholar, PsycINFO, Psycodoc, Dialnet, Redalyc, Scielo y la biblioteca online de Comillas.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron:

- *apego*: escala de apego, cuestionario de apego, adaptación del cuestionario de apego, validación española del cuestionario de apego.
- *regulación emocional*: escala de regulación emocional, cuestionario de regulación emocional, adaptación del cuestionario de regulación emocional, validación española del cuestionario de regulación emocional.
- *trastornos de la conducta alimentaria*: escala trastornos de la conducta alimentaria, cuestionario de trastornos de la conducta alimentaria, adaptación del cuestionario de trastornos de la conducta alimentaria, validación española de cuestionarios de trastornos de la conducta alimentaria.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

- *ansiedad*: escala de ansiedad, cuestionario de ansiedad, adaptación del cuestionario de ansiedad, validación española del cuestionario de ansiedad.
- *comorbilidad*: escala de comorbilidad, cuestionario de comorbilidad, adaptación del cuestionario de comorbilidad, validación española del cuestionario de comorbilidad.

Una vez realizada la búsqueda, se seleccionaron los artículos, revisiones, guías clínicas y tesis, en inglés y en español, publicados en revistas indexadas, donde se reportará al menos un instrumento de evaluación de cada una de las áreas descritas (apego, regulación emocional, trastornos de la conducta alimentaria y ansiedad) con sus propiedades psicométricas relativas a población adulta. La limitación del año de publicación en los estudios de investigación seleccionados ha sido desde 2007 hasta la actualidad.

Tabla 1 - Apéndice 1
Instrumentos de evaluación del apego adulto y adaptaciones en población española

CUESTIONARIO	VERSIÓN ORIGINAL	VALIDACIÓN ESPAÑOLA	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS: VALIDEZ & FIABILIDAD	Nº ITEMS	SUB ESCALAS	BAREMACIÓN	COMENTARIOS
Adult Attachment Interview, AAI	George, et al. (1985)						1er instrumento evaluación de apego adulto
CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO	Hazan y Shaver, (1987)	Yáñez-Yáñez (1988)		4	3 ESTILOS: - seguro, - evitante y - ambivalente	adaptación al castellano	Hazan y Shaver (1987) los 1os que estudiaron apego adulto. * cuestionario en art. Yáñez-Yáñez y Comino (2011)
CR Cuestionario de Relación	RQ Bartholome w y Horowitz, (1991)	Alonso-Arbiol y Yáñez (1999)		5	2 dimensiones: - ansiedad - evitación 4 ESTILOS: - seguro, - preocupado - temeroso - desvalorizador	adaptación al castellano	* cuestionario en art. Yáñez-Yáñez y Comino, (2011)

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>ECR-S* (* spanish version)</p>	<p>Bremman et al. (1998)</p>	<p>Alonso-Arbiol, et al. (2007) *(muestra País Vasco) N=747 Edad: 18 a 36 años</p>	<p><u>consistencia interna</u> α de Cronbach: .87 y .85 en las escalas de evitación y ansiedad respectivamente buena evidencia en la validez del constructo Fiabilidad test-retest (reliability): .69 - .75 (2 y 6 semanas) El ECR-S arrojó 2 factores (evitación y ansiedad) que representan el 34,6% de la varianza.</p>	<p>36</p>	<p>2 dimensiones: - ansiedad - evitación 4 ESTILOS: - seguro, - preocupado - temeroso - desvalorizador</p>	<p>Los items correspondientes a la dimensión de evitación son los impares, los de la dimensión de ansiedad (por las relaciones) son los pares. Ítems a revertir: ansiedad: 22. evitación: 3, 15, 19, 25, 27, 29, 31, 33, 35 - adultos preocupados y temerosos: mayor puntuación en escala de ansiedad que los adultos seguros y desvalorizador. - adultos desvalorizadores y temerosos mayor puntuación en evitación que adultos seguros y preocupados.</p>	<p>- 18 ítems evalúan ansiedad y 18 evitación.</p>
--	------------------------------	---	---	-----------	---	--	--

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>CaMir-R Cuestionario para la evaluación del apego versión reducida</p>	<p>CaMir (Pierrehumbert et al., 1996). Trad. Lacasa 2008</p>	<p>Balluerk et al. (2011)</p> <p>*(muestra Cataluña y País Vasco)</p> <p>*(13-19 años)</p> <p>N=676</p>	<p>Fiabilidad: -Consistencia interna- α de Cronbach: 0,60-0,85. - Estabilidad temporal-Correlación test-retest: 0,45-0,56</p> <p>Validez: el CaMir-R posee una adecuada validez factorial, convergente y de decisión</p> <p>validez convergente -correlación (+) estadísticamente significativa ($p=0,0001$) y de gran magnitud ($r=0,83$) entre la D1 y el perfil de apego seguro. -correlaciones (-) estadísticamente significativas ($p=0,0001$) y de gran tamaño ($r=-0,73$ y $r=-0,75$, respectivamente con los perfiles evitativo y preocupado. -la D6 mostró una correlación negativa ($r=-0,58$; $p=0,0001$) con el perfil seguro y correlaciones positivas con los perfiles evitativo ($r=0,61$; $p=0,0001$) y preocupado ($r=0,60$; $p=0,0001$). -La D7 alta correlación negativa con el perfil seguro ($r=-0,62$; $p=0,0001$) y correlaciones positivas con</p>	<p>32</p> <p>7 dimensiones: D1-Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego D2- Preocupación familiar; D3-Interferencia de los padres D4-Valor de la autoridad de los padres D5-Permisividad parental D6-Autosuficiencia y renor a los padres D7- Traumatismo infantil</p> <p>3 ESTILOS: - seguro, - evitativo y - preocupado</p>	<p><u>puntuaciones T de las dimensiones:</u> -Si D1 \geq 50: estilo de apego seguro -Si T D1 < 50: estilo de apego inseguro -Si el sujeto presenta puntuación D2 y D3 > D6: estilo de apego inseguro preocupado -Si D3 > D6: estilo de apego preocupado -Si D6 > D2 y D3: estilo de apego inseguro evitativo</p>	<p>- mide representaciones del apego - muestra clínica y no clínica - proporciona medidas continuas de las dimensiones -creado para medir apego en la adolescencia: 676 adolescentes (13 y 19 años) - dimensión 1: apego seguro - dimensiones 2 y 3: apego preocupado - dimensión D6 apego evitativo - D7: apego desorganizado. - dimensiones 4y5: estructura familiar</p>
--	--	---	--	--	---	--

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

					<p>los perfiles evitativo y preocupado ($r=0,50$; $p=0,0001$ y $r=0,67$; $p=0,0001$, respectivamente). - La D3 correlación positiva con el perfil evitativo ($r=0,40$; $p=0,0001$) y, en mayor medida, con el preocupado ($r=0,54$; $p=0,0001$) y negativa con el perfil seguro ($r=-0,46$; $p=0,0001$). -La D2 correlación pequeña con el perfil seguro ($r=0,13$; $p=0,027$) y preocupado ($r=0,10$; $p=0,095$), la correlación con el perfil evitativo moderada y de signo negativo ($r=-0,46$; $p=0,0001$). -Las D4 y D5 mostraron correlaciones bajas con los tres perfiles de apego.</p> <p><u>validez de decisión:</u> diferencias entre muestra de maltratados y muestra comunitaria País Vasco. -muestra de maltrato presentaban puntuación media superior a la de los adolescentes maltratados en D1 ($t(36)=6,76$; $p=0,0001$; d de Cohen= $0,72$). - la muestra de maltratados presentaron puntuaciones > a la muestra comunitaria en D3 ($t(36)=7,61$; $p=0,0001$; d de Cohen= $0,81$),</p>
--	--	--	--	--	---

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

					<p>D6 ($t(36)= 4,07$; $p= 0,0001$; d de Cohen= $0,44$) y D7 ($t(36)= 11,83$; $p= 0,0001$; d de Cohen= $1,27$), - En D2 ($t(36)= 1,14$; $p= 0,255$; d de Cohen= $0,12$), no se encontraron diferencias entre ambas muestras.</p> <p><u>Varianza</u> Los 7 factores explican en conjunto, el 52.97% de la varianza total.</p>			

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>CAA Cuestionario de Apego Adulto</p>	<p>CR, Bartholomew y Horowitz (1991)</p>	<p>Melero y Cantero (2008) Edad: 18 a 57 años. N=445</p>	<p><u>Fiabilidad:</u> -Índices de consistencia interna de las 4 escalas (α de Cronbach): .68-.86 <u>Validez:</u> -Los sujetos inseguros, comparados con los seguros, obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en las tres escalas de inseguridad y significativamente inferiores en la escala de seguridad. -Los grupos temeroso y preocupado obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en baja autoestima (escala 1) comparados con los grupos seguro y alejado y en hostilidad y celotipia (escala 2) comparados con los grupos seguros. -En la escala 3 (expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones), el grupo seguro obtuvo puntuaciones significativamente superiores comparado con los grupos huidizos (temerosos y alejados), mientras que el grupo preocupado puntuó significativamente más alto en expresividad que el temeroso.</p>	<p>40</p> <p>4 escalas: 1. Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, 2. Resolución hostil de conflictos, rencor y pose-sividad, 3. Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones y 4. Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. 4 ESTILOS: 1. seguros 2. preocupados 3. alejados 4. temerosos/ hostiles. -perfil de apego "temeroso hostil". altas puntuaciones E1, E2 y E4 y bajas E3. -apego "preocupado". puntuaciones altas E1 y más bajas en el resto, -apego "segu-</p>	<p>- mide representaciones del apego según modelo de Bartholomew y Horowitz (1991)* - Los resultados identifican un estilo temeroso algo diferente al de Bartholomew y Horowitz (1991). - > aceptación de expresión de emociones en población española comparada con otras culturas con > presión social hacia el autocontrol emocional. - muestra no clínica - Las 4 escalas del CAA representan dimensiones o continuos en los que los sujetos pueden puntuar en distintos grados.</p>
--	--	--	---	---	--

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

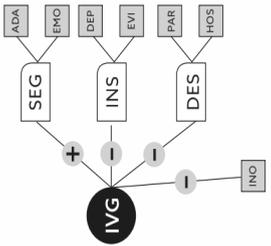
<p>VINCULATEST</p>	<p>Abuín (2018)</p>	 <p>Figura 1.1. Baremo del VINCULATEST</p>	<p>64</p>	<p>7 escalas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interdependencia adaptativa (ADA), 2. Regulación emocional (EMO), 3. Vinculación dependiente (DEP), 4. Vinculación evitativa (EVI), 5. Vinculación paranoide (PAR) 6. Vinculación hostil (HOS). 7. escala adicional: Inocencia psicológica (INO) 	<p>2 baremos: 1. población general, 2. clínico</p> <p>El perfil de resultados incluye puntuación directa de cada escala y las puntuaciones transformadas T (media = 50; Dt = 10)</p> <p>4 índices</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Índice de Vinculación segura (SEG): compuesto por las escalas Interdependencia adaptativa (ADA) y Regulación emocional (EMO). 2- Índice de Vinculación insegura (INS): compuesto por las escalas Vinculación dependiente (DEP) y Vinculación evitativa (EVI). 3- Índice de Vinculación desorganizada (DES): compuesto por la Vinculación hostil (HOS) y la Vinculación paranoide (PAR). 4-Índice de Vinculación Global saludable (IVG): tres índices de vinculación junto con la escala de Inocencia psicológica (INO) 	<p>-Publicación TEA</p> <ul style="list-style-type: none"> - mide representaciones del apego - muestra clínica y no clínica - TEAcorrige, plataforma de corrección automática de tests por Internet de TEA Ediciones con Claves de acceso (PIN) para la corrección por Internet: hoja que contiene un código necesario para realizar la corrección - proporciona perfil gráfico individual de cada persona evaluada * Obra ganadora del XX Premio TEA.
---------------------------	---------------------	---	-----------	--	---	---

Tabla 2 - Apéndice 1
Instrumentos de evaluación del TCA y adaptaciones en población española

CUESTIONARIO	VERSIÓN ORIGINAL	VALIDACIÓN ESPAÑOLA	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	Nº ITEMS	SUB ESCALAS	BAREMACIÓN	COMENTARIOS
EAT-40 Eating Attitudes Test-40	Garner & Garfinkel (1979)	Castro, Toro, Salamero & Guimerà (1991)	Su fiabilidad test-retest oscila entre el 77 y 95%, con valor predictivo positivo del 82% y predictivo negativo del 93%. El EAT-40 es un instrumento de fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural.	40	7 factores: a) preocupación por la comida; b) Imagen corporal con tendencia a la delgadez; c) Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos; d) Restricción alimentaria (dieta); e) comer lentamente; f) comer clandestinamente; g) presión social percibida para aumentar peso.	La puntuación máxima sería 120, a más puntuación más gravedad del trastorno. Se considera punto de corte clínico 30 puntos. En los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 (nunca 3 puntos; casi nunca 2 puntos, algunas veces 1 punto; resto 0 puntos). En resto de ítems (siempre 3 puntos; casi siempre 2 puntos; bastantes veces 1 punto; resto 0 puntos)	-identifica casos actuales o incipientes de AN y BN. -evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial: miedo a ganar peso. impulso de adelgazar y presencia de patrones alimentarios restrictivos - discrimina AN y BN de población normal - no discrimina entre AN y BN

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>EAT-26 Eating Attitudes Test-26</p>	<p>Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982)</p>	<p>Gandarillas, et al. (2002)</p>	<p>Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%, VPP (Valor predictivo positivo) del 23%, VPN (Valor predictivo negativo) del 99% y porcentaje de bien clasificados del 92%. Como cuestionario de cribado es útil para diferenciar los casos de TCA de la población normal, aunque es importante señalar el escaso VPP.</p>	<p>26</p>	<p>3 subescalas: 1. dieta, 2. bulimia y 3. preocupación por comer y control oral.</p>	<p>El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. punto de corte de <20 puntos en mujeres; >30 puntos en población de riesgo y >50 puntos en población clínica.</p>	<p>versión reducida a partir de análisis factorial del EAT-40 - discrimina AN y BN de población normal - no discrimina entre AN y BN</p>
<p>SCOFF Sick Control on Fat Food</p>	<p>Morgan, Reid & Lacey, (1999)</p>	<p>García-Campayo et al. (2005) mujeres adolescentes-adultas (15 and 53 años) Zaragoza y Huesca</p>	<p>97,7% sensibilidad 94,4% especificidad para la detección de TCA en atención primaria. Para cada TCA específico, la sensibilidad y la especificidad fue, respectivamente, bulimia, 97.8% y 94.4%; anorexia, 93.1% and 94.4%; y TCA no especificada (EDNOS), 100% y 94.4%.</p>	<p>5</p>	<p>Los ítems examinan: 1.vómitos autoinducidos 2.temor a la ingesta descontrolada 3.pérdida de peso 4.alteraciones de la imagen corporal y 5.dependencia de la comida.</p>	<p>Los 5 ítems a los que se responde sí o no. El rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos (No=0 y Sí=1), 2 o más puntos indican alta probabilidad un caso de AN o BN.</p>	

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>EDI-1 Eating Disorder Inventory-I</p> <p>EDI-2 La versión española fue adaptada por la editorial TEA, 1998</p>	<p>Garner, Olmsted & Polivy, (1983)</p> <p>Guimerá & Torrubia, (1987)</p> <p>EDI-2 versión española fue adaptada por la editorial TEA, Corral, González, Perea & Seisdedos, 1998)</p>		64	<p>8 subescalas: deseo de delgadez, síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, ascetismo, impulsividad inseguridad social.</p>	<p>La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192.</p> <p>El punto de corte es de 42 o más puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA.</p>	<p>Algunos autores argumentan que la especificidad del EDI es baja, ya que no se puede diferenciar adecuadamente comparando TCA con otros trastornos psicológicos (GPC, 2009)</p>
---	---	--	----	---	--	---

Tabla 3 - Apéndice 1
Instrumentos de evaluación de la regulación emocional y adaptaciones en población española

CUESTIONARIO	VERSIÓN ORIGINAL	VALIDACIÓN ESPAÑOLA	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	Nº ITEMS	SUB ESCALAS	BAREMACIÓN	COMENTARIOS
DERS Difficulties in Emotion Regulation Scale	Gratz & Roemer (2004)	Hervás & Jódar (2008) -estudio transversal (N=254) longitudinal (N=60) -18-76 años Madrid	-alta consistencia interna ($\alpha=.93$), -buena fiabilidad test-retest en un periodo 6 meses ($\rho=.74$, $p<.01$) y -adecuada validez predictiva y de criterio Estos 5 factores explicaron el 63.5% de la varianza.	28	5 factores: 1.Descontrol emocional 2. Rechazo emocional 3. Interferencia cotidiana 4. Desatención emocional 5.Confusión emocional	La media y la desviación típica como criterio para considerar puntuaciones bajas o altas.	No existen baremos de la escala, se requiere muestras más amplias, representativas de la población.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

TMMS-24 Trait Meta-Mood Scale-24	Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai (1995)	Fernández-Ber rocal, Extremera & Ramos, (2004) N=292 muestra Comunidad Andaluza Edad: 18 a 57 años	<u>Consistencia interna:</u> .86 para atención .87 para claridad .82 para reparación <u>Fiabilidad test-retest:</u> 4 semanas después - atención: .60 - claridad: .70 - reparación: .83 Los 3 factores explican en conjunto, el 58,8% de la varianza total.	24	3 subfactores: 1. Atención a los propios sentimientos 2. Claridad emocional 3. Reparación de las emociones	puntuaciones directas: - Atención a las emociones: ítems 1+2+3+4+5 +6+7+8 (8-40) - Claridad emocional: ítems 9 +10+11+12 +13+14+15+16 (8-40) - Reparación emocional: ítems 17+18+19+20+21+22+23+24(8-40)	- no se obtiene una puntuación global de IE - la relevancia de la IE en dos ámbitos aplicados: la educación y las organizaciones
EAC Emotional Approach Scale	Stanton, Parsa & Austenfeld (2002)		<u>consistencia interna:</u> ($\alpha = .72$ a $.94$) <u>fiabilidad test-retest:</u> 4 semanas después ($r = .72 - .78$).	8	2 factores: -Procesamiento emocional -Expresión emocional.		

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>ERQ Emotional Regulation Questionnaire</p>	<p>Gross & John (2003)</p>	<p>Cabello, Salguero, Fernández-Berocal & Gross (2012)</p> <p>Edad: 18 to 80 años N=866</p>	<p><u>Fiabilidad</u> (α de Cronbach): .73 para supresión emocional y reevaluación cognitiva.</p> <p><u>Fiabilidad test-retest</u> 3 meses después - supresión emocional: .66 (p < .001) - reevaluación cognitiva: .64 (p < .001)</p>	<p>10</p>	<p>2 factores: 1. reevaluación cognitiva 2. supresión emocional</p>	<p>Para evaluar Reevaluación Cognitiva sume los ítems 1, 3, 5, 7, 8, 10. Puntuaciones Bajas: entre 6 y 23. Medias: entre 24 y 30. Altas: entre 31 y 42 - Para evaluar Supresión Emocional sume los ítems 2, 4, 6, 9. Puntuaciones Bajas: entre 4 y 11. Medias: entre 12 y 16. Altas: entre 17 y 28</p>	<p>- Varias traducciones que cuentan con validación.</p>
--	--------------------------------	---	--	-----------	--	--	--

Tabla 4 - Apéndice 1
Instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad y adaptaciones en población española

CUESTIONARIO	VERSIÓN ORIGINAL	VALIDACIÓN ESPAÑOLA	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	Nº ITEMS	SUBESCALAS BAREMACIÓN	COMENTARIOS
STAI State-Trait Anxiety Inventory	Spielberger., Gorsuch & Lushene (1970)	Buela-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos Cubero (2015) Se dispone de la versión española adaptada a nuestro medio por TEA ediciones.	Tiene una adecuada validez y fiabilidad (GPC, 2009)	40	Proporciona puntuación de ansiedad como estado y ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes. Los ítems en escala Likert, de 0 a 3. Las puntuaciones finales pueden ir de 20 a 80, y cuanto mayores sean, mayor ansiedad del individuo. -1a (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. -2a (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Los decatipos de 0 a 5 indican baja ansiedad, de 6 a 7, intensidad media, y más de 7, elevada ansiedad.	Publicación TEA diferencia: ansiedad estado A/E y ansiedad rasgo A/R. Puede aplicarse en adolescentes a partir de 13 años y adultos. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>BAI Inventario de Ansiedad de Beck</p>	<p>Aaron, Beck & Steer (1988)</p>	<p>Sanz, Vallar, de la Guía & Hernández (2011) N= 1467 a partir de 6 muestras</p>	<p>α de Cronbach de fiabilidad de consistencia interna en pacientes con trastornos psicológicos, adultos de población general y los estudiantes universitarios fueron, respectivamente, .90, .91 y .88 (Prieto y Muñiz, 2000) Validez diagnóstica para detectar TA: sensibilidad y especificidad > 70%; valores predictivos positivo y negativo > 50%; kappa > .40</p>	<p>21</p>	<p>21 items tipo likert con 3 puntos de corte, que permiten calificar el nivel de ansiedad como mínima, leve, moderada o grave. La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 sintomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos. Ansiedad: 0-7: mínima, 8-15: leve, 16-25: moderada y 26-63: grave</p>	<p>Apto para ser aplicado a poblaciones clínicas, y también a población general, adultas y adolescentes (de 13 años de edad o más)</p>
--	---------------------------------------	---	---	-----------	---	--

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>HARS - Escala de Hamilton para la ansiedad Hamilton Anxiety Rating Scale.</p>	<p>Hamilton (1959)</p>	<p>Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Ré, Badía & Baró (2002)</p> <p>versión española validada</p> <p>N=106 muestra clínica</p> <p>Edad: 18-65</p>	<p>a) validez discriminante Impresión Clínica Global de Gravedad: $p < 0,001$); b) validez convergente: $p < 0,05$); c) consistencia interna (α de Cronbach = 0,89); d) fiabilidad test-retest y entre observadores(coeficiente de correlación intraclase: 0,92 y 0,92), y e) sensibilidad al cambio (tamaño del efecto = 1,36).</p>	<p>14</p>	<p>Escala heteroaplicada (administrada por el clínico)</p> <p>14 ítems que puntúan de 0 a 1 e indica la intensidad con que se cumplieron o no durante el <u>último mes</u> los síntomas.</p>	<p>No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.</p> <p>Escala que se utiliza principalmente como instrumento de medida de la gravedad de la sintomatología asociada al trastorno, alertan sobre la existencia de enfermedad ansiosa y establecen su gravedad.</p>
---	------------------------	--	--	-----------	--	--

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>PSQ Cuestionario de Estrés Percibido</p>	<p>Levenstein et al. (2000)</p>	<p>Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Santed & Montoro (2002)</p> <p>muestra no clínica (N = 174)</p> <p>muestra clínica (N = 80)</p> <p>Edad: 18 –66 años</p>	<p>Validez concurrente: correlación alta entre puntuaciones generales y recientes de la PSQ con ansiedad de rasgo ($r = .65$), moderada con depresión ($r = .46$) y perturbación psicológica ($r = .51$) y pobre con ansiedad de estado ($r = .22$).</p> <p>Validez predictiva: mayor en "casos psiquiátricos" que en "no casos psiquiátricos" ($P < .01$), y se correlacionan en gran medida con los síntomas somáticos de origen psicológico ($r = .62$) en la submuestra clínica.</p> <p>Consistencia interna de 0,9 para el General y 0,87 para el reciente PSQ.</p> <p>Fiabilidad Test – retest: 0.80.</p>	<p>30</p>	<p>6 Dimensiones: 1.tensión, irritabilidad y fatiga 2.aceptación social de conflictos 3.energía y diversión 4.sobrecarga 5.satisfacción por la autorrealización 6.miedo y ansiedad</p>	<p>A partir del sumatorio de las puntuaciones de cada uno de los items.</p> <p>Se obtiene un índice del 0 al 1. A > índice. > estrés percibido.</p>
--	---------------------------------	---	--	-----------	--	---

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>ASQ-15 Cuestionario de Screening de Ansiedad</p>	<p>Wittchen & Boyer (1998)</p>	<p>Bobes, G-Portilla, Bascarán, Sáiz & Bousoño, (2002)</p> <p>No se encuentra validado</p>	<p><u>Fiabilidad:</u> test-retest para ansiedad generalizada kappa 0,72, para ansiedad generalizada subclínica de 0,70.</p> <p><u>Validez:</u> kappa de 0,88, sensibilidad global de 88% y especificidad de 96,3%. especificidad sólo moderada.</p>	<p>15</p>	<p>Cuestionario autoaplicado de respuesta dicotómica de sí o no. Se agrupa en 3 secciones: -Motivo de acudir a consulta: ítem 1, no es un ítem diagnóstico y puede utilizarse para clarificar otros problemas. -Diagnósticos. Ítems 2-7: Cada uno de estos 6 ítems evalúa un diagnóstico distinto: trastorno depresivo mayor, trastorno y síndrome de pánico, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de estrés posttraumático y estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada. – Si la respuesta a estos 6 ítems es negativa se finaliza la realización del cuestionario. -TAG. Ítems 8-15: evalúa síndromes de ansiedad subclínicos.</p>	<p>El cuestionario resulta útil tanto en cuadros de ansiedad establecidos como en situaciones subclínicas, para la detección del TAG y otros síndromes de ansiedad.</p>
--	------------------------------------	--	---	-----------	--	---

Tabla 5 - Apéndice 1
Instrumentos de evaluación de la comorbilidad y adaptaciones en población española

CUESTIONARIO	VERSIÓN ORIGINAL	VALIDACIÓN ESPAÑOLA	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	Nº ITEMS	SUBESCALAS	BAREMACIÓN	COMENTARIOS
SCL-90-R Cuestionario de Síntomas	Derogatis (1975)	González de Rivera, De las Cueva, Rodríguez-Abuín & Rodríguez-Pulido (2002)	Los índices de fiabilidad oscilan entre .77 y .90 (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2008)	90	<p>9 áreas de síntomas psicopatológicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Somatizaciones (SOM) 2) Obsesiones y compulsiones (OBS) 3) Sensitividad interpersonal (SI) 4) Depresión (DEP) 5) Ansiedad (ANS) 6) Hostilidad (HOS) 7) Ansiedad fóbica (FOB) 8) Ideación paranoide (PAR) 9) Psicoticismo (PSIC) <p>3 índices globales de malestar psicológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Índice global de severidad (IGS) 2) Índice positivo de Malestar (PSDI) 3) Total de síntomas positivos (TP) <p>El SCL-90-R incluye 7 ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones con relevancia clínica: -Poco apetito -Problemas para dormir -Pensamientos acerca de la muerte o el morir -Comer en exceso -Despertarse muy temprano -Sueño intranquilo. -Sentimientos de culpa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) calcular las puntuaciones directas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices. 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos. 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10). 4) Se considera indicativa de RIESGO toda puntuación $T = o > 65$. 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación = $o > T 80$ 	Publicación TEA interpretación obtenida de adaptación UBA. CONICET. Casullo 1999/2004.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>SA-45, Symptom Assessment-45 Questionnaire versión reducida del SCL-90-R</p>	<p>Davison et al. (1997)</p>	<p>Sandín, Valiente, Chorot, Santed & Lostao (2008)</p> <p>N=420 Madrid</p> <p>Edad: 16 a 57 años.</p> <p>muestra no clínica</p>	<p>fiabilidad (consistencia interna) alfa de Cronbach para cada una de las escalas del cuestionario, siendo la mayoría = o > 0,80</p> <p>validez convergente y discriminante adecuadas</p> <p>Los 9 factores explicaban el 60,3% de la varianza total (% superior al obtenido por estudios SCL-90)</p>	<p>45</p>	<p>Instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems derivado del SCL-90.</p> <p>9 escalas de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90.</p>	<p>Somatización (Media = 4,37; dt = 3,8):</p> <p>Obsesión-Compulsión (Media = 5,51; dt = 3,7)</p> <p>Sensibilidad Interpersonal (Media = 5,92; dt = 4,6)</p> <p>Depresión (Media = 5,49; dt = 4,5)</p> <p>Ansiedad (Media = 3,74; dt = 3,9)</p> <p>Hostilidad (Media = 2,80; dt = 3,5)</p> <p>Ansiedad Fóbica (Media = 1,96; dt = 2,7)</p> <p>Ideación Paranoide (Media = 4,56; dt = 3,7)</p> <p>Psicoticismo (Media = 1,71; dt = 2,3)</p> <p>*escala y baremación de tesis doctoral Segura Valverde (2017)</p>	<p>El cuestionario evalúa las mismas dimensiones que el SCL-90: somatización, obsesión-compul sión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo.</p>
--	----------------------------------	--	---	-----------	---	---	---

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<p>LSB-50 Brief Symptom Check List</p>		<p>Abuin & de Rivera (2014)</p> <p>UCM UAM</p> <p>N=1.242 total</p> <p>N=790 muestra no clínica & N= 452 muestra clínica</p>	<p>coeficientes de consistencia interna alfa oscilan entre .79 y .90,</p> <p>estudios de validez tanto factorial como criterial (correlación con variables de dependencia y vínculo interpersonal y análisis discriminantes) aportan evidencias de validez de la prueba.</p>	<p>50</p>	<p>8 escalas clínicas: 1. psicorreactividad subescalas: a. hipersensibilidad y b. obsesión-compulsión 2. ansiedad, 3. hostilidad, 4. somatización, 5. depresión, 6. sueño estricto, 7. sueño ampliado 8. riesgo psicopatológico) 2 escalas de validez -minimización -magnificación 3 indicadores globales frecuencia-intensidad de síntomas percibidos: a) NUM. Frecuencia de los síntomas presentes b) INT. Intensidad media de los síntomas presentes c) GLOB. Afectación global psicopatológica</p>	<p>Publicación TEA</p> <p>medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos para detectar alteraciones psíquicas y psicosomáticas en individuos con enfermedades médicas.</p>
---	--	--	--	-----------	---	--

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuín, M. R. (2018). *Test para la Evaluación y Valoración de los Vínculos Interpersonales en Adultos*. TEA Ediciones.
https://www.researchgate.net/publication/331989539_Vinculatest_Test_para_la_Evaluacion_y_Valoracion_de_los_Vinculos_Interpersonales_en_Adultos
- Abuín, M.R., & de Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clinica y Salud*, 25(2), 131-141.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.001>
- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Psiquiatría Editores S.L.
https://www.academia.edu/20277438/Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_psiquiatria_clinica
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.
<https://web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>
- Cabello, R., Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J.J. (2012). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 234-240.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7(2), 175-90.

<https://psycnet.apa.org/record/1992-18305-001>

Corral, S., González, M., Pereña, J., & Seisdedos, N. (1998). Adaptación española de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En Garner D., editor. EDI-2: *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. TEA Ediciones.

Davison, M.K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26613775/>

Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Clinical Psychometric Research

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755.
<https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>

Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A.R., Galan, I., León, C., et al. (2002). Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, 1, 40-2.

García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibáñez, J.A., Lou, S., Solano, V., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal Psychosomatic Research*, 59(2), 51-5.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.06.005>

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

<https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*(4), 871-8.

<https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>

Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory of anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.

[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)

González de Rivera, J. L., De Las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M.J., & Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas* (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis). TEA Ediciones.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.

<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes. Implications for affect, relationship and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348-362.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Guimerá, Q., & Torrubia, B.R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory EDI en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría, 3*, 189-90.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

- Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. The spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&tlng=es
- Levenstein, S., Prantera, V., Varvo, V., Scribano, M.L., Andreoli, A., Luzi, C., Arca, M., & Berto, E. (2000). Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *American Journal Gastroenterol*, 95(5), 1213 – 1220.
<https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.02012.x>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., Baró, E. y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP). (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. (2002). *Medicina Clínica*, 118(13), 439-499.
[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-8.
<https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

<https://www.semanticscholar.org/paper/Les-mod%C3%A8les-de-relations%3A-D%C3%A9veloppement-d%27un-pour-Pierrehumbert-Karamaniola/c58a391cac9056a3c9bb3d74b6507ed99bd47f84>

Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-72.

<https://www.redalyc.org/pdf/778/77807709.pdf>

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-151). American Psychological Association.

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.

<https://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>

Sanz, J., Vallar, F., de la Guía, E., & Hernández, A. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck*. Pearson Educación, S.A.

Sanz-Carrillo, J., García-Campayo, A., Rubio, M.A., Santed, M., & Montoro, M. (2002).

Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 167–172.

[https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00275-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00275-6)

Segura Valverde (2017). *La técnica de la rejilla corporal como instrumento de evaluación en psicología de la salud*. Universidad Autónoma de Madrid.

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Stanton, A. L., Parsa, A., & Austenfeld, J. L. (2002). The adaptive potential of coping through emotional approach. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive Psychology* (pp.148-158). Oxford University Press.
- Wittchen, H. U., & Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders: Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *The British Journal of Psychiatry*, *173*(34), 10–17.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9829011/>

APÉNDICE 2:
TABLAS ESTADÍSTICAS

**EL ESTILO DE APEGO Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE
LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN MUJERES EN LA EDAD ADULTA TRAS LA PANDEMIA POR
COVID-19**

María Paz Cardín García

5 de Octubre de 2022

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Tabla 1 - Apéndice 2
Características sociodemográficas

Edad (media, Dt)	46,38	11,98
Edad (n, %)	206	100
22-25	12	5,8
26-40	48	23,3
41-55	103	50,0
56-70	40	19,4
71-78	3	1,5
Nacionalidad (n, %)		
Española	188	91,26
Otra	18	8,73
Estado Civil (n,%)		
Soltera	19	9,22
Casada-Pareja de hecho	133	64,56
Separada-Divorciada	54	26,21
Viuda	0	0
Hijos (n, %)		
0	76	36,89
1	35	16,99
2	59	28,64
3	27	13,11
4 o más	9	4,37
Situación Laboral (n,%)		
Estudiante	14	6,80

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

En paro	9	4,37
Por cuenta ajena	110	53,40
Por cuenta propia	49	23,79
Ama de casa	8	3,88
Jubilada	13	6,31
Pensión de Incapacidad	3	1,46
Nivel de estudios (n,%)		
Edu. Básica	4	1,94
Edu. Secundaria	1	0,49
FP o grado medio	15	7,28
Bachillerato	12	5,83
Grado o Licenciatura	77	37,38
Master	75	36,41
Doctorado	22	10,68

Tabla 2 - Apéndice 2
Índice de Masa Corporal

IMC (n, %)		
Bajo peso	8	3,9
Normal	139	67,5
Sobrepeso	38	18,4
Obesidad	19	9,2
Obesidad mórbida	2	1,0
Total	206	100

Tabla 3 - Apéndice 2
Índice de Masa Corporal por Grupos (TCA & Control)

	Grupo TCA		Grupo Control	
IMC (M, Dt)	1,65	,95	1,28	,66
IMC (n, %)				
Bajo peso	1	2,3	7	4,3
Normal	24	55,8	115	70,6
Sobrepeso	9	20,9	29	17,8
Obesidad	7	16,3	12	7,4
Obesidad mórbida	2	4,7	0	0
Total	43	100	163	100

Tabla 4 - Apéndice 2
Preocupación o Problemas con la alimentación

	N	%
¿Has tenido preocupación o problemas con la alimentación a lo largo de tu vida?		
Si	134	65,00
No	72	35,00
¿Desde cuándo?		
Desde la infancia	25	18,79
Desde la adolescencia	70	52,20
Desde la edad adulta	39	29,10

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

Tabla 5 - Apéndice 2
Chi-cuadrado de asociación entre los grupos de estudio y las personas que han tenido preocupación o problemas de alimentación a lo largo de su vida con inicio en infancia, adolescencia y edad adulta

	Control (N=163)		TCA (N=43)		Chi-cuadrado	p
	N	%	N	%		
No	71	43,6%	1	2,3%	25,44	<,001
Sí	92	56,4%	42	97,7%		
	(N =92)		(N=42)			
Infancia	10	10,9%	15	35,7%	11,81	,003
Adolescencia	52	56,5%	18	42,9%		
Edad Adulta	30	29,1%	9	21,4%		

ANEXO 1:

**BATERÍA DE CUESTIONARIOS REMITIDOS VÍA TELEMÁTICA
PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO EXPERIMENTAL PLAN DE
INVESTIGACIÓN DE TESIS DOCTORAL**

**EL ESTILO DE APEGO Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN MUJERES EN LA EDAD ADULTA TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19**

María Paz Cardín García

5 de Octubre de 2022

Tabla de Contenidos:

• Información previa	3
• Datos Sociodemográficos	5
• CAA. Cuestionario de Apego Adulto	6
• EAT-26. Test de actitudes ante la Alimentación	8
• TMMS-24 .Trait Meta-Mood Scale-24.....	9
• BAI. Inventario de Ansiedad de Beck.....	10
• SA-45. Symptom Assessment-45	11

Información previa:**INVESTIGACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS EMOCIONALES VINCULADOS A LA ALIMENTACIÓN EN MUJERES ADULTAS**

Me gustaría presentarme, soy María Paz Cardin García, psicóloga clínica y doctoranda de la Universidad Pontificia de Comillas.

Me dirijo a ti porque en mi tesis doctoral estoy estudiando los aspectos emocionales relacionados con la alimentación. Para ello, te pido tu colaboración que fomenta la investigación y amplía la base científica de estos estudios en el área de la Salud en España. Por favor, si eres mujer y mayor de edad, te ruego que colabores en el estudio. Es anónimo y confidencial.

Te agradecería que reenvíes a tus contactos este cuestionario para que también puedan participar, ayudarías así enormemente a esta investigación y a lo que representa.

¡Muchas gracias!

Estimada colaboradora,

La presente investigación constituye un documento fundamental para la recogida de datos perteneciente a un estudio sobre los aspectos emocionales vinculados a la alimentación en mujeres españolas mayores de edad.

Tu colaboración supone una inestimable ayuda para fomentar la investigación en España en el ámbito de la psicología. Por ello, te ruego cumplimentes el presente cuestionario con calma y tomándote el tiempo necesario. Ello permitirá desarrollar un mayor conocimiento sobre la temática presente en la sociedad y de este modo proporcionar nuevos avances en el área de la Salud y su vinculación con aspectos emocionales. Estos ámbitos de investigación son de gran relevancia en el equilibrio psicosomático humano y sus alteraciones son cada vez más frecuentes aunque insuficientemente estudiadas en nuestro país. Somos conscientes de la longitud del cuestionario y del esfuerzo que esto exige para su realización, y por ello, te agradezco de antemano tu tiempo e interés.

Antes de comenzar recuerda que:

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

- El cuestionario es ANÓNIMO y CONFIDENCIAL (los datos personales recogidos en la presente investigación serán tratados garantizando la confidencialidad de los mismos y su correcta custodia, de acuerdo con RGPD (UE) 679/2016, de Protección de Datos).
- No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, por ello, te rogamos la MAYOR SINCERIDAD POSIBLE.
- El cuestionario es INDIVIDUAL. Te agradeceríamos que no consultes o escojas respuestas de mayor deseabilidad, sino basadas en tu vivencia personal.
- Por favor no dejes ninguna pregunta sin responder, eligiendo la alternativa que mejor se ajuste a tu situación.
- Se tarda menos de 45 minutos en completar las pruebas pero no hay límite de tiempo. Tómete el tiempo que necesites.

SI deseas recibir los resultados de los cuestionarios podrás solicitarlos enviando un email al siguiente correo electrónico reipaz@yahoo.es.

Me gustaría agradecerte de nuevo tu COLABORACIÓN, que es de inestimable ayuda en la realización de este estudio.

Si puedes enviar a tus contactos este cuestionario para que lo completen, ayudarías en gran medida a esta investigación
¡Muchas gracias!

Datos Sociodemográficos:**Edad:****Sexo:****Nacionalidad:****Comunidad autónoma de residencia:****Estudios finalizados:** *E. básica / E. secundaria / FP o grado medio / Bachillerato / Grado o licenciatura / Master / Doctorado***Estado civil:** *soltera) / casada-pareja de hecho / separada-divorciada / viuda***Hijos:** *ninguno/ 1 / 2 / 3 / 4 o más***Ocupación:** *por cuenta propia / por cuenta ajena / en paro / estudiante / jubilada / pensión de incapacidad / ama de casa***Datos adicionales:****Peso (kg):****Altura (cm):****¿Has tenido preocupación o problemas con la alimentación a lo largo de tu vida?****En caso afirmativo, desde cuándo:**

- Desde la infancia
- Desde la adolescencia
- Desde la edad adulta

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

CAA. Cuestionario de Apego Adulto

A CONTINUACIÓN LE ENUMERAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES, SEÑALE EN QUE GRADO DESCRIBEN SUS SENTIMIENTOS O FORMA DE COMPORTARSE EN LAS RELACIONES

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falto de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"	1	2	3	4	5	6
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

EAT-26. Test de actitudes ante la Alimentación

TABLA 2

Eating attitudes test (EAT-26)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado					
2	Procura no comer aunque no tenga hambre					
3	Me preocupo mucho por la comida					
4	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer					
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños					
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como					
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)					
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más					
9	Vomito después de haber comido					
10	Me siento muy culpable después de comer					
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a					
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías					
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a					
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo					
15	Tardo en comer más que las otras personas					
16	Procuro no comer alimentos con azúcar					
17	Como alimentos de régimen					
18	Siento que los alimentos controlan mi vida					
19	Me controlo en las comidas					
20	Noto que los demás me presionan para que coma					
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida					
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces					
23	Me comprometo a hacer régimen					
24	Me gusta sentir el estómago vacío					
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas					
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas					

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

TMMS-24 .Trait Meta-Mood Scale-24

TMMS-24.**INSTRUCCIONES:**

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

BAI. Inventario de Ansiedad de Beck

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nombre _____

Edad _____

Nº	PREGUNTAS	NADA	LIGERO	MODERADO	GRAVE
1	Insensibilidad física	0	1	2	3
2	Acaloramiento	0	1	2	3
3	Debilidad en las piernas	0	1	2	3
4	Incapacidad para relajarme	0	1	2	3
5	Temor a que suceda lo peor	0	1	2	3
6	Mareas o vértigos	0	1	2	3
7	Aceleración del ritmo cardiaco	0	1	2	3
8	Sensación de inestabilidad	0	1	2	3
9	Sensación de estar aterrorizado	0	1	2	3
10	Nerviosismo	0	1	2	3
11	Sensación de ahogo	0	1	2	3
12	Temblor en las manos	0	1	2	3
13	Temblor generalizado	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar	0	1	2	3
16	Miedo a morir	0	1	2	3
17	Estar asustado	0	1	2	3
18	Indigestión o malestar del abdomen	0	1	2	3
19	Sensación de desmayo	0	1	2	3
20	Ruborización facial	0	1	2	3
21	Sudorización (No al calor)	0	1	2	3

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

SA-45. Symptom Assessment-45

SA-45 Español (SCL-90 short form)					
Código: _____		Fecha: _____			
<p>Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.</p> <p>Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:</p>					
0	1	2	3	4	
<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>	
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4

El Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres a partir del Covid-19

25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4