

TFM Celia Curiel Barrios

por Celia Curiel Barrios

ARCHIVO	21064_CELIA_CURIEL_BARRIOS_TFM_CELIA_CURIEL_BARRIOS_1651689_1733238029.PDF (388.14K)		
HORA DE LA ENTREGA	07-MAY.-2020 09:09P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	10464
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1318694207	SUMA DE CARACTERES	56805

Celia
Curiel
Barrios



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

DIFERENCIAS EN EL ESTILO DE APEGO Y LOS ESTILOS PARENTALES EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y POBLACIÓN GENERAL

Autor/a: Celia Curiel Barrios

Director/a Profesional: Crista Ruiz de Arana

Director/a Metodológico/a: David Paniagua Sánchez

DIFERENCIAS EN EL ESTILO DE APEGO Y LOS ESTILOS PARENTALES EN LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



MADRID | MAYO 2020

RESUMEN

El presente estudio investigó cómo se comportan las variables Estilos parentales, Sobreprotección, Apego y Trauma infantil en personas con un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), frente a un grupo control. Para la medida de dichas variables se utilizaron el PBI, Parental Bonding Instrument, y el Cami-R en su versión reducida. Estos instrumentos se administraron a 14 mujeres que componían el grupo control y 13 mujeres con un diagnóstico de TCA, en ambos grupos las edades oscilaban entre los 19 y los 34 años. La investigación reflejó una predominancia de apego inseguro y un estilo parental negativo en las pacientes con TCA frente a la población no clínica. Más concretamente, se observó un apego evitativo y un estilo parental paterno de "control sin afecto", sin embargo, la sobreprotección percibida en la figura paterna era significativamente mayor en las mujeres del grupo control.

No se encontraron diferencias en el estilo parental materno, la sobreprotección materna ni el trauma infantil. De forma global los resultados coinciden con lo encontrado en la literatura, aportando información para la investigación y el tratamiento de esta patología en auge. Palabras clave: Apego, estilos parentales, TCA, trauma infantil, sobreprotección

ABSTRACT

The present study investigated how the variables Parental Styles, Overprotection, Attachment and Child Trauma behave in people diagnosed with an eating disorder (ACT), compared to a control group. For the measurement of the variables, It was used the PBI, Parental Bonding Instrument, and the Cami-R in its reduced version. These instruments were administered to 14 women in up the control group and 13 women with a diagnosis of eating disorders, in both groups the ages ranged between 19 and 34 years. The research reflected a predominance of insecure attachment and a negative parental style compared to the general population, being the most common avoidant attachment among patients with eating disorders and a perception of parental style of "control without love", however, the perceived overprotection in the father figure it was significantly higher in the women of the control group. No evidence was found for maternal parental style, maternal overprotection, or childhood trauma. Overall, the results coincide with what was found in the literature, providing information for the investigation and treatment of this growing pathology. Key words: Attachment, parenting styles, ACT, childhood trauma, overprotect

INTRODUCCIÓN

A medida que las épocas y las sociedades avanzan, también evolucionan las patologías mentales, la prevalencia o aparición de las mismas, la histeria fue en el siglo XIX, la más prevalente, en nuestro tiempo sin embargo, los trastornos de la conducta alimentaria parecen estar en auge, esto puede estar relacionado con lo que dicen autores como Fanjul (2008), estar en la era de la estética, donde se asocia que la felicidad se alcanza estando a gusto con el físico, cumplir con el canon de belleza que se proponen por las redes sociales, las películas o los desfiles de moda.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se caracterizan por alteraciones persistentes en la alimentación, éstas conllevan un consumo patológico de los alimentos, causando un grave deterioro en la salud en quienes lo padecen, además, de crear dificultades en el área psicosocial (American Psychiatric Association, 2014).

Como apunta la asociación contra la Bulimia y Anorexia, los TCA, igualmente, se caracterizan por la obsesión por el control de su peso. Estos trastornos tienen un origen multifactorial, incluyendo una raíz biológica, familiar psicológica y sociocultural.

Sin olvidar como dice Calvo (2010), los TCA, son la expresión explícita de dificultades emocionales internas que se intenta controlar a través de la alimentación y el peso.

Existen diversas tipologías de TCA, pero las más estudiadas y en las que se centrará el presente trabajo son la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón.

¿Por qué es importante investigar sobre los trastornos de la conducta alimentaria?, la respuesta es sencilla, el Plan de Salud (2013-2018) considera en 5º puesto estos trastornos como “*trastornos y problemas relevantes en salud mental*” a nivel mundial, además de ser concebida como una de las enfermedades de la salud mental con mayor gravedad, ya que las personas que la padecen tienen riesgo de perder su vida. Son patologías de tipo biopsicosocial, es decir, afecta a diversas áreas de la persona, desde dificultades físicas, hasta un largo tratamiento con alto riesgo de cronicidad. Donde también son muy comunes las recaídas, siendo igualmente muy limitantes en el área social de los y las afectadas. Suelen, asimismo, cursar con otras patologías que agravan

la enfermedad como son la ansiedad y la depresión, e incluso pueden presentar riesgo de suicidio (Álvarez-Malé, Castaño y Serra, 2015).

Desde TheNational Eating Disorders Association (NEDA) (2017), informan sobre la prevalencia en los últimos estudios de Estados Unidos, Reino Unido y Europa, en los que aparecen el 0,9% de las mujeres y 0,3% de los hombres padecen anorexia nerviosa, en el caso de padecer bulimia el porcentaje para mujeres es de 1,5% y para hombres 0,5% y un 3,5% de mujeres, y un 2% de hombres habrán padecido un trastorno por atracón.

Según la marca de salud del grupo Mutua Madrileña, Adeslas, informa de que la prevalencia en España de TCA en los últimos años en población adolescente, es de un 11-16%.

El auge es evidente, afectando a 1 de cada 10 mujeres entre 12 y 21 años. Estos datos son alarmantes ya que la adolescencia supone una etapa evolutiva que está repleta de cambios madurativos, sociales y emocionales vitales para el futuro desarrollo y bienestar mental de las personas, al aparecer este trastorno, puede perjudicar gravemente todo este desarrollo dificultando en exceso la vida de esta población afectada. Por ello también se considera de suma importancia investigar sobre los Trastornos de la conducta alimentaria. Se conocen datos en España sobre el aumento de esta patología en hombres, entre el 5 y el 10% padecen bulimia nerviosa o trastorno por atracón (Javaras et al, 2015; Strother& Tuberville, 2012).

Además de la prevalencia de la patología, la doctora Montserrat Graell, (2019) jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Niño Jesús, advierte de las repercusiones para la propia persona que padece el trastorno y la gravedad y el auge de los TCA, y también de la relevancia y el impacto psicológico y económico que esto tiene en las familias de los afectados, sus círculos más cercanos. El seguro escolar no cubre los tratamientos privados y un buen tratamiento ambulatorio ronda los 600 € al mes, cosa que no se puede permitir una familia de clase media en este país (Pecherska, 2017).

Los estudios sobre los TCA han aumentado en los últimos 50 años, siempre incluyendo los factores de riesgo asociados, debido al origen multifactorial de la patología los factores de riesgo son las características o sucesos que predisponen a los sujetos a sufrir un desajuste (Lorence, 2007).

A continuación, se pasa a describir los factores más frecuentes asociados a los TCA: Como **la idealización de la delgadez**, especialmente en mujeres (Culbert et al 2015).

Gutiérrez et al (2015), apuntan como el aumento de la exposición a los medios de comunicación, y el constante mensaje que mandan en cuanto a la necesidad de estar delgado, predicen el posible desarrollo de ciertas conductas y cogniciones alteradas en relación con los alimentos, algunos ejemplos son la insatisfacción corporal, el ejercicio o la dieta...las mujeres adolescentes y jóvenes son las más afectadas, parece que esto se puede deber a al nuevo impacto de las redes sociales y en su caso, al mal uso de las mismas, es sabido que a mayor uso de estas, existe un mayor riesgo de padecer un TCA, es más probable que se desarrollen una imagen negativa del cuerpo (Sánchez, 2012), sin embargo, otros autores como Sámano, 2012 apunta que es necesario añadirlo a variables de mayor peso como patrones familiares o características de personalidad.

Otra de las variables más estudiadas en los TCA, es la variable **perfeccionismo**. Se ha denominado a ese afán de conseguir el rendimiento perfecto en la mayoría de las áreas de la vida de una persona como una característica de pacientes con TCA (Bruch, 1978).

Las investigaciones sobre perfeccionismo muestran que esta variable se puede utilizar como predicción del posible padecimiento de un TCA, (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002), esto sucede tanto en mujeres enfermas como en pacientes recuperadas (Halmi et al., 2000).

La **desconfianza interpersonal o la inseguridad social** son dos variables que se relacionan con síntomas de TCA (Goldner et al., 1999; Hartmann, Zeeck y Barrett, 2010).

Investigaciones actuales, aseguran que ambas variables aumentan las dificultades alimentarias y que estas dificultades, también empeoran las relaciones interpersonales, esto también ha sido asociado con otras patologías o con un posible patrón de apego alterado. (Arcelus, Haslam, Farrow y Meyer, 2013).

Por otro lado, desde hace 20 años, se ha relacionado los TCA con la ansiedad confirmando que existe un riesgo significativo de padecer un trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, fobias específicas, trastorno de estrés post traumático o trastorno obsesivo compulsivo (Arcelus, Haslam, Farrow y Meyer, 2013).

Se estima que un 65% de personas con TCA, cumple con los criterios necesarios para un trastorno de ansiedad (Adam began et al., 2012; Swinbourne et al., 2012).

La **depresión** es otro factor muy comúnmente relacionado con los estudios sobre los TCA, el reciente meta-análisis de Puccio, Fuller, Ong y Krug, (2016) muestra 30 estudios en los que la depresión aparece como factor de riesgo para un TCA y viceversa.

La dificultad para identificar los sentimientos propios y de los demás, o diferenciarlos de las sensaciones corporales es lo que se conoce como **alexitimia**, este factor ha sido estudiado en personas con dificultades alimentarias concluyendo que se asocia con un mayor riesgo de padecer un TCA (Kiyotaki y Yokoyama, 2006; Speranza, Loas, Wallier y Corcos, 2007). Además, de ser un rasgo que se encuentra con relativa frecuencia y estabilidad en estos pacientes (Iancu, Cohen, Yehuda y Kotler, 2006; Ridout, Thom y Wallis, 2010).

Otras variables frecuentemente estudiadas y que se relacionan con los TCA son, el descontrol de los impulsos (Blinder, Cumella y Sanathara, 2006; Claudina y Zucker, 2010), y tanto en anorexia nerviosa como en bulimia nerviosa, bajos niveles de **autoestima**, siendo ambos predicción de la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria como una característica de las personas que lo padecen (Hernández, Alvarez & Mancilz, 2010).

La baja autoestima, según Toro (1996) y Rosen y Ramírez (1998), compone uno de los principales síntomas que se encuentran en las personas con un diagnóstico de TCA, estos suelen ser expresados en forma de inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismos.

Además de las ya mencionadas, existen otras variables que también se ha comprobado tienen relación con los TCA, como el apoyo social percibido, la agresividad, ser o no adolescente, mujer etc (Cabrera, 2013). Este trabajo se centra en los **estilos parentales, sobreprotección, el apego y el trauma infantil**, lo que conforman las variables independientes del estudio.

Los **estilos parentales** y la familia son el ámbito principal de desarrollo del ser humano, donde se fraguan los primeros aprendizajes en relación con la imagen corporal, la comida o el aspecto físico (Krug et al 2015).

Alberto Espina (1996), arroja luz sobre las familias de los pacientes con TCA. Los padres de las anoréxicas presentan ciertas características, aunque las investigaciones obtienen resultados contradictorios, se pueden observar, mayor neuroticismo, preocupación por su propio cuerpo, preocupación por el peso, tendencia a la depresión, en estos padres. En otras investigaciones no encuentran diferencias en los padres de hijos con anorexia nerviosa, aunque si, cierta tendencia a tener dificultades en tareas de cumplimiento, expectativas de rol y comunicación en las madres, además de un mayor grado de obsesión en los padres.

Haciendo mención del artículo de Espina (1996), se presenta una sinopsis sobre la importancia de la variable independiente “estilos parentales”. Existen modelos que explican las relaciones entre los miembros de la familia/ en la familia de hijas con anorexia nerviosa, la teoría explicativa **unidimensional**, explica como estas son familias de anoréxicas con el mismo tipo de interacción. Desde el Modelo estructural, (Minuchin, 1975) se habla de “familia psicopatológica” describen que el desarrollo de una enfermedad psicopatológica se relaciona con un tipo de organización y funcionamiento familiar (aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, falta de resolución de conflictos), implicación del niño en el conflicto parental (rodeo, triangulación, coalición estable) y la vulnerabilidad fisiológica.

Selvini (1974) desde el Modelo comunicacional apunta que, etiológicamente la anorexia es el resultado de factores culturales occidentales y la modalidad organizativo-evolutiva de las interacciones familiares. Las familias de anoréxicas son familias con dificultades a la hora de comunicarse, especialmente a la hora de imponer los criterios de relación, hay frecuente contradicción, existencia de alianzas y coaliciones negadas, nadie asume responsabilidades cuando algo sale mal, los padres tienen una desilusión recíproca que intentan ocultar, tienen una relación simétrica en la que luchan por ser el padre más sacrificado para el/la paciente. La futura anoréxica puede ser de tipo A: muy unida a la madre hasta que se da cuenta que la madre también se vuelca en el resto de los hermanos lo que hace que se alíe con el padre en contra de la madre. Tipo B: siempre ha sido la favorita de su padre hasta que llega la adolescencia y la situación se vuelve insostenible. El juego familiar se desarrolla en 6 etapas en las que la anoréxica se da cuenta de que con el síntoma puede recuperar el puesto perdido.

Por otro lado, desde el Modelo transgeneracional, White (1983), expone que la familia de la anoréxica es un sistema de creencias, rígidamente constituido, que se transmite de generación en generación. Se caracterizan por la lealtad a la familia extensa, roles de género marcados, estereotipos de la mujer como sensible, tener el peso ideal, cuidar a los demás, y la clarividencia. La individuación y la resolución de problemas es difícil.

Desde la teoría explicativa **Bidimensional**, Strober y Yager (1985) hablan de familias centrípetas, en las que se da una excesiva cohesión, falta de permisividad, poca expresión emocional, y pobres contactos extrafamiliares y las familias centrífugas, en las que se observa poca cohesión, fuerte conflictividad, miedo al abandono, excesiva dependencia, falta de control y conflicto en la pareja.

Por último, en la teoría **Multidimensional**, Garfinkel y Garner (1982), describen que la familia no tiene una tipología única, sino la existencia de factores predisponentes.

Muchos estudios están mal diseñados o son especulaciones clínicas, no se ha demostrado, tampoco que las características que se han descrito sean las que causan el trastorno.

Aunque esto no quita que estas características puedan favorecer o dificultar la recuperación o tenerlas en cuenta para la intervención.

Según Guttman y Laporte (2006), existe evidencia de la relación entre los TCA y el estilo parental percibido.

Hay mayor percepción de sobreprotección y control en los padres, por parte de adolescentes con problemas alimenticios. (McEwen y Flouri, 2009; Swanson et al., 2010).

Por su parte, otros estudios, afirman que hay una tendencia mayor en sujetos con TCA a percibir que las pautas de crianza de sus padres eran de un menor cuidado que en población general (Canetti et al., 1997; Swanson et al., 2010).

La presente investigación se basa en la percepción por parte de los sujetos de estilos parentales Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección), Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección), Constreñido (alto cuidado y alta sobreprotección), Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección), basado en la teoría del Vínculo de Bowlby. El Parental Bonding Instrument (P.B.I) computa la percepción que tienen los sujetos sobre la conducta y la actitud de sus padres en relación con ellos, incluyendo la infancia y la adolescencia. El P.B.I fue desarrollado por Gordon Parker, Hilary

Tupling y L.B. Brown en 1979, en la Universidad de New South Wales, Australia (Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi, Gloger, 2001).

Se selecciona este instrumento por haber mostrado buena confiabilidad según autores como Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano, 2010, durante más de veinticinco años. Además de mostrar buenas características estadísticas explicadas y desarrolladas en el apartado del método.

Bowlby (1969/1982, 1979) advierte sobre la necesidad universal existente en el ser humano de formar fuertes vínculos con un tercero. Esta necesidad es conocida como **apego**, es innata y consiste en mantener la proximidad entre el niño o niña y su cuidador o cuidadora primario. El principal objetivo es la supervivencia, ya que éste le brinda la seguridad necesaria, sobre todo, en situaciones en las que existe amenaza, asegurando por otro lado el éxito ante otras situaciones del entorno.

Ainsworth et al. (1978) hicieron una descripción de los estilos de apego de la infancia mientras que Main, Kaplan y Cassidy, (1985), describieron los estilos de apego adulto.

Se describen 4 tipos de apego adulto:

1- Estilo de apego seguro-autónomo: Personas con capacidad de comunicación sobre su mundo emocional, tienen una buena experiencia y califican de satisfactorias sus relaciones de apego, afirman tener relaciones basadas en la confianza y apoyo con sus familias y aceptan y agradecen sus experiencias pasadas, aunque estas no hayan sido siempre satisfactorias.

2- Estilo de apego evitativo-devaluante: Son individuos que tienden a no valorar adecuadamente sus relaciones de apego, no confían en sus familiares, los recuerdos sobre su infancia son escasos y tienden a la idealización de los mismos. Existe en estas personas un rechazo hacia sus figuras de apego, sienten que son autosuficientes con alta independencia y con un alto control de sus emociones

3- Estilo de apego ambivalente-preocupado: En estas personas, se da una alta tendencia a tener preocupación por sus seres queridos, y por el hecho de poder ser abandonados en cualquier momento, tienden a la dependencia

emocional y no tener apenas autonomía. Sus recuerdos sobre figuras de apego incluyen rechazo y resentimiento contra estas por ciertas experiencias pasadas.

4- Estilo de apego no resuelto/desorganizado: Mezclan todos los estilos de apego sin tener ninguno en concreto, ni con ningún orden o lógica.

Desde distintos enfoques se considera el apego como un factor de riesgo común para todas las patologías mentales, puesto que a través del apego se construye el patrón de relación con uno mismo y con los demás. Sin embargo, hay poca información sobre la influencia del apego en los TCA, desde ahí se plantea la necesidad de estudiar la prevalencia de uno u otro apego en las personas que padecen este trastorno.

Teniendo esta información, se podrían orientar las terapias de forma personalizada trabajando específicamente sobre las dificultades concretas de los y las pacientes. Por otro lado, sería muy satisfactorio poder prevenir el establecimiento de un apego inseguro.

Betancourt, Guarín y Gempeler (2007), hacen una revisión de las teorías de John Bowlby, Donald Winnicott y Margaret Mahler, y cómo esto puede contribuir a la aparición de síntomas alimenticios. La alteración del vínculo puede contribuir a ciertas alteraciones en el desarrollo, una madre ansiosa, y en concreto ansiosa ante sus propios hábitos de alimentación, con síntomas anoréxicos durante el embarazo, o en los primeros años de crianza, no satisfecha con su propio cuerpo puede suponer factor que desencadene un TCA, en la adolescencia del niño.

Los patrones de conducta de las madres con hijos con sintomatología de un TCA se expresan desde la actitud hacia el embarazo, lactancia, horarios de la comida, su propia percepción de sí mismas, su figura y peso y la manera de expresar sentimientos negativos.

Según Mahler, en estas madres no se da el proceso de separación e individuación, por lo que se generan problemas en el proceso de individuación del niño. En los TCA, se observa una alteración en este proceso de individuación entre madre-hijo, se desarrolla una díada simbiótica que funciona de forma global, como un todo, no permitiendo la autonomía de la hija. Estas pacientes, buscan el síntoma restrictivo-purgativo, como una salida poco adaptativa para lograr su propia individualidad, frente a una madre absorbente a la que es difícil complacer. Esta construcción relacional crea una alteración en el funcionamiento mental y hace que los adolescentes busquen soluciones de autonomía fisiológica como muchos de los síntomas que se observan en los TCA.

Por otro lado, la investigación de Vega, Sánchez, Magali y Roitman (2011), confirma las teorías existentes sobre la importancia del vínculo madre-hija y cómo esto, supone un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA en la adolescencia, en su investigación con 83 mujeres con un diagnóstico de TCA y 53 de grupo control. Los resultados presentan una diferencia significativa entre el grupo experimental, mujeres con un diagnóstico de TCA, frente al grupo control, en cuanto a tener un estilo de apego evitativo o ambivalente resistente, frente al grupo control.

En los últimos cinco años, nos encontramos investigaciones que relacionan estilos parentales y estilos de apego con padecer un TCA. En la investigación de Borda, Asuero, Avargues, Sánchez y Fernández (2019), con una muestra de 168 mujeres que cumplían los criterios de TCA, los resultados muestran que una buena calidez emocional percibida del padre tiene un importante papel frente a una percepción de rechazo de las madres, afectando esto al desarrollo emocional y personal además de conductas relacionadas con la enfermedad.

Por otro lado, Asuero, 2017 se encontró que la percepción de los estilos parentales disfuncionales estaba relacionada con el desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia). El estilo de escasa calidez emocional influyó en cuanto a la sintomatología bulímica. Asimismo, se encontró que una percepción de estilo de crianza de calor emocional influía de forma positiva en el propósito de recuperación.

Losada, 2018 apunta, según su estudio a una prevalencia en la percepción de un estilo parental permisivo para las pacientes con anorexia y un estilo parental autoritario para los sujetos con Bulimia.

Granero, 2017 observa diferencias significativas en ambos grupos en las dimensiones de “Preocupación familiar” ($t = 8.89; p < ,01$), “Interferencia de los padres” ($t = 6,28; p < ,01$), “Autosuficiencia y rencor contra los padres” ($t=4,49; p=,00$) y “Traumatismo infantil” ($t= 2,47; p = ,02$).

Las **experiencias traumáticas** durante la **infancia**, muy relacionadas con el estilo de apego inseguro, según Rabito-Alcón, Baile, Unzeta, Pérez, Puente Garrido et al (2018) son más frecuentes en personas que después desarrollan algún tipo de trastorno mental como los TCA.

Además, en un estudio de Psicología y Psiquiatría (2019), con el objetivo de observar si había una relación entre padecer una enfermedad mental y un trauma infantil, utilizaron el cuestionario Early Trauma Inventory en 125 pacientes y otros 125 sujetos que componían el grupo control, se obtuvieron diferencias significativas en todas las escalas, confirmando la relación entre haber padecido un trauma infantil y padecer un trastorno psiquiátrico en la edad adulta.

Más concretamente en la investigación de Rodríguez (2009) o de Losada (2013), se relaciona haber vivido una experiencia traumática durante la infancia con el desarrollo de patologías alimentarias en la adolescencia o la adultez, es especial con abuso sexual infantil.

Luque, (2017). En su diseño ex post facto prospectivo, observa la relación entre el estilo de apego y sintomatología bulímica, en un estudio con 131 sujetos. Concluye, que hay una prevalencia de un estilo de apego preocupado en los sujetos que presentaban sintomatología bulímica, frente al grupo control.

García, Herrero y Jáuregui-Lobera (2019) en un análisis descriptivo, entrevistaron a 30 sujetos con un diagnóstico de TCA, de 14-35 años, y encuentran que el estilo de apego inseguro fue significativamente más frecuente.

La **sobreprotección** entendida como diferentes comportamientos de los progenitores que no permiten el desarrollo de la autonomía de sus hijos (Vallejo, Villada y Zambrano, 2007). Aunque a lo largo de la introducción se trata esta variable, tanto dentro de la variable apego, como a la hora de describir los estilos parentales, es interesante como en el estudio de Serrano, Cano, Fernandez, Postigo, Morena y Leal (2015), con un grupo control de 127 y 196 diagnosticados con TCA, las personas con un diagnóstico de TCA, tenían una mayor percepción de sobreprotección en sus padres.

En esta misma línea, encontramos como factor predisponente para padecer un trastorno de la conducta alimentaria una sobreprotección de las figuras de referencia en los infantes en especial con las hijas (Vásquez, Ángel, Moreno, García y Calvo, 1998; Marmo, 2014).

Objetivos:

El objetivo general de esta investigación es estudiar el comportamiento de las variables tipo de Apego; (seguro-autónomo, evitativo-devaluante, ambivalente-preocupado resuelto/desorganizado), Estilo Parental percibido; Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección), Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección), Constreñido, (alto cuidado y alta sobreprotección), Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección), en personas diagnosticadas con un Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) frente a un grupo control.

Como objetivos secundarios, se estudia dentro del tipo de apego, el trauma infantil y centrándonos en el estilo parental percibido, la sobreprotección.

Siguiendo lo anterior y basado en la revisión de la literatura, se espera encontrar que:

Hipótesis:

Hipótesis 1: Se esperará encontrar diferencias en la variable apego entre las pacientes con TCA y el grupo control, siendo el apego seguro superior en el grupo control.

Hipótesis 2: Se esperará encontrar diferencias en la variable trauma infantil entre las pacientes con TCA y el grupo control. Las pacientes con TCA presentarán puntuaciones más altas en trauma infantil frente al grupo control.

Hipótesis 3: Se esperará encontrar diferencias la variable estilos parentales (materno y paterno) entre las pacientes con TCA y el grupo control siendo el estilo parental óptimo superior en el grupo control.

Hipótesis 4: Se esperará encontrar diferencias en la variable sobreprotección (materna y paterna) entre las pacientes con TCA y el grupo control, las pacientes con TCA presentarán mayor sobreprotección que el grupo control.

MÉTODO

Participantes:

La muestra estuvo compuesta por 27 participantes, 13 sujetos con diagnóstico de TCA y 14 participantes del grupo control, sus edades estaban comprendidas entre 19 y 34 años ($M = 24,93$, $DT = 3,99$). Las participantes que conformaron el grupo con TCA eran pacientes del Centro de Psicoterapia Vínculo, situado en la Calle Magallanes en Madrid, España.

Los participantes que formaron el grupo control fueron contactados por redes sociales. La participación de ambos grupos fue voluntaria.

Los criterios de inclusión para la población clínica fueron, tener un diagnóstico clínico por un profesional de la psicología o la psiquiatría de Trastorno de la conducta alimentaria, y ser mayor de 18 años, en cuanto a los participantes del grupo control el único criterio de inclusión fue no tener un TCA, u otro diagnóstico psiquiátrico y ser mayor de edad.

No se utilizaron criterios de exclusión. Tras la recogida de datos todas las participantes de la población clínica fueron mujeres, si fue un criterio de exclusión para la población general (ser hombre) para que los dos grupos fueran lo más homogéneos posible.

Instrumentos:

El instrumento utilizado en el presente estudio para la medida de la variable independiente Estilos Parentales fue el Parental Bonding Instrument, PBI, desarrollado por Parker, Tupling y Brown, 1979, de la Universidad de New South Wales, Australia, adaptación de Vallejo, Villada y Zambrano, 2007.

Es un cuestionario en el cual se miden dos dimensiones, la sobreprotección y el cuidado.

El Cuidado, desde la teoría del Vínculo de Bowlby, se entiende como la preocupación contra el rechazo y la indiferencia y la Sobreprotección, entendida como las conductas en contra de los estímulos de independencia del hijo o la hija. Se evalúa lo que estos hijos percibían de sus padres cuando tenían 16 años. Algunos ítems también recogen información sobre momentos actuales

Sobre la base de estos factores, también se funda una tipología de los vínculos parentales percibidos:

-Óptimo: Alto cuidado, baja sobreprotección. Padres que son percibidos con un alto afecto empático capaces de contener emocionalmente, además, de favorecer la autonomía y la independencia del sujeto.

-Ausente: Bajo cuidado y baja sobreprotección. Son padres que se perciben con frialdad emotiva, negligencia e indiferencia y al mismo tiempo favorecedores de la autonomía y la independencia.

-Control sin afecto: Bajo cuidado y alta sobreprotección. Los progenitores presentan frialdad emocional, indiferencia y negligencia, por otro lado, son padres percibidos como controladores, intrusivos, con excesivo contacto, con una prevención de la conducta autónoma y tendencia a infantilizar.

-Constreñido: Alto cuidado y alta sobreprotección. Presentan alta afectuosidad, contención emotiva, cercanía y empatía, también control, intrusión, contacto excesivo y prevención de la conducta autónoma.

-Promedio: Cuando se obtiene la misma puntuación en las dos escalas.

A estos estilos parentales se llega a través de las diferentes puntuaciones en las escalas de Cuidado; afecto, cercanía, empatía y contención emocional (alto cuidado) y, por otro lado, negligencia, indiferencia frialdad emocional (bajo cuidado).

La dimensión de Sobreprotección se define como un alto control, intrusión, excesivo contacto, infantilización del sujeto, por parte de las figuras parentales, lo que dificulta la autonomía del niño o la niña.

Los sujetos completan el cuestionario desde la percepción que tienen hasta los 16 años. Por lo que se considera una medida retrospectiva. El instrumento se responde respecto al padre y a la madre por separado (Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi y Gloger, 2001).

El instrumento consta de veinticinco ítems, incluyendo trece para afecto-cuidado y doce para control-sobreprotección. Los ítems se puntúan a través del método Likert. Cada respuesta es puntuada en un rango de cero a tres, quedando la escala de

Sobreprotección con un máximo de 39 puntos, y un máximo de 36 puntos para la escala de Cuidado.

Su tiempo de aplicación es aproximadamente de 15 minutos, se corrige a través de una plantilla, es clasificado como una prueba de comportamiento típico de corrección objetiva.

Se demostró alta confiabilidad a lo largo de numerosos artículos a nivel mundial sobre el PBI, en los últimos veinticinco años. El estudio original obtuvo buenos resultados, en cuanto a la consistencia interna y confiabilidad test-retest.

Se alcanzó un Alpha de Cronbach para afecto paterno de ,89, para afecto materno de ,88, para control paterno de ,807 y para control materno de ,85 en sujetos que acudían a la universidad en Medellín (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano, 2010).

Para medir la variable independiente de apego, se utilizó la versión reducida del Cuestionario CaMir-R, adaptada al español, publicada en 2008 por Lacasa.

El CaMir fue creado en 1996 por Pierrehumbert y sus colaboradores Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011 .

Es un instrumento relativamente nuevo que mide las representaciones del apego y el concepto que tiene el sujeto sobre el funcionamiento familiar.

La versión original del CaMir, está compuesto por setenta y dos ítems, se aplica en dos etapas. En la versión reducida y adaptada, se compone de treinta y dos ítems que se agrupan en siete factores distintos:

Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego (7 ítems)

Preocupación familiar (6 ítems)

Interferencia de los padres (4 ítems)

Valor de la autoridad de los padres (3 ítems)

Permisividad parental (3 ítems)

Autosuficiencia y rencor contra los padres (4 ítems)

Traumatismo infantil (5 ítems) (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

Las respuestas son contestadas en una escala de tipo Lickert, de cinco puntos, siendo un cinco: “muy de acuerdo” y un uno: “muy en desacuerdo” con los ítems de la escala.

A través de este instrumento, se obtuvieron los datos sobre el grado de acuerdo y desacuerdo que muestran los sujetos respecto a los siete factores pertenecientes al concepto de apego.

Una puntuación elevada en los factores uno y cuatro (entre cuatro y cinco) indican apego seguro, mientras que una puntuación elevada en los factores dos, tres, cinco, seis y siete indicarían un apego inseguro (Villalba, 2014).

El factor 1, denominado «Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego», explica el 21,03% de la varianza e incluye 7 ítems. Se refiere a cómo se percibe en cuanto a la seguridad y confianza en de sus figuras de apego y cuando las necesita o las ha necesitado.

El factor 2, designado «Preocupación familiar», explica el 9,59% de la varianza y está formado por 6 ítems. Éstos, hacen referencia a la ansiedad con la que los sujetos perciben la separación de sus seres queridos y su preocupación actual por las figuras de apego en el presente.

El factor 3 explica el 4,99% de la varianza e incluye 4 ítems. Se ha nombrado «Interferencia de los padres» ya que se centra en el recuerdo de haber sido sobreprotegido durante la infancia, haber sido un niño o niña con excesivo miedo y una alta preocupación a ser abandonado. Los factores 4 y 5, están formados por 3 ítems cada uno, que explican un 5,45% y un 4,51% de la varianza, son conocidos como «Valor de la autoridad de los padres» y «Permisividad parental», respectivamente. El primero, hace referencia a la evaluación positiva respecto a valores familiares de jerarquía y autoridad, el segundo, apunta recuerdos de no haber tenido límites ni una guía parental durante la infancia

El factor 6, «Autosuficiencia y rencor contra los padres», expone el 3,57% de la varianza y contiene 4 ítems, describen el rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia los seres queridos. Por último, el factor 7 contiene 5 ítems que explican el 3,83% de la varianza, denominado «Traumatismo infantil» hace referencia a los recuerdos de sentir que sus figuras de apego en la infancia no estaban disponibles, y que resultaban amenazantes y violentas.

Las dimensiones 2, 4 y 6 están centradas en el presente de los sujetos, las dimensiones 3, 5 y 7 en el pasado y la dimensión 1 contiene ítems tanto del presente como al pasado.

Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011, en su investigación sobre propiedades psicométricas del Camir-R, obtuvieron para muestra española un Alpha de Cronbach de entre ,65 y ,85.

Procedimiento:

Ambos cuestionarios fueron administrados en el Centro de Psicoterapia Vínculo, durante el mes de diciembre de 2019 y el mes de enero de 2020.

Para la autorización de las pruebas en este centro se explicó de forma detallada los objetivos, hipótesis, finalidad e importancia de esta investigación a las dos socias del Centro de Psicoterapia Vínculo. Pasando antes por la aprobación de la dirección del máster de la Universidad Pontificia Comillas.

En el caso de la población que conformó el grupo control se administró a través de Google Forms por redes sociales.

Ambos instrumentos se pasaron de forma voluntaria, informando previamente a los participantes sobre los objetivos de la investigación, se les proporcionó un documento de confidencialidad, garantizando su anonimato.

La duración total de las pruebas fue aproximadamente treinta minutos.

Análisis Estadísticos:

Los análisis del estudio se han desarrollado con el programa estadístico IBM SPSS versión 22.

Se realizaron análisis descriptivos para las variables sociodemográficas.

La prueba estadística utilizada para evaluar las diferencias de estilo de apego y estilo parental percibido, la presencia de trauma infantil y la sobreprotección por parte de los padres entre el grupo control y la población clínica fue la prueba Ji-Cuadrado de Pearson para las variables cualitativas, ya que tras realizar la prueba de Shapiro-wilk no cumplía el supuesto de normalidad.

RESULTADOS

Previo a hacer los análisis estadísticos, se realizó el cálculo de la media ($M = 24,93$) y la desviación típica ($3,99$) de la edad de los sujetos que componen la muestra ($N = 27$), la relación con los padres (1-10) la muestra obtuvo una media de ($M = 7,35$) y una desviación ($1,753$).

Asimismo, se realizaron los cálculos del porcentaje de sujetos que componían el grupo control ($51,9\%$) y el grupo de pacientes con TCA ($48,1\%$). Este grupo de pacientes con TCA, llevaba una media de ($M = 5,108$) años diagnosticadas de TCA por un profesional de la psicología o la psiquiatría con una desviación típica de ($4,3196$). Una media ($M = 4,185$) de años en tratamiento psicológico con una desviación típica de ($3,1546$).

Una vez descritas las características de la muestra ($N = 27$), para observar si existen diferencias estadísticamente significativas, entre las variables objeto de estudio, en función de pertenecer al grupo control o de pacientes con TCA, Ji-Cuadrado fue la prueba aplicada.

Como se muestra en la tabla 2 la prueba de Ji Cuadrado indica que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la variable apego, entre las pacientes con TCA y el grupo control siendo apego seguro superior en el grupo control, ($\chi^2 = 6,772^a$, $p = ,034$), es decir, hay más gente con apego seguro en población general de la que debería haber si el apego y el tipo de población fuesen independientes como indican los residuos corregidos ($2,2$). También se podría decir que la gente con TCA no suele tener un estilo de apego seguro, hay menos gente de apego seguro en el grupo de TCA de los que debería haber si el tener o no en un TCA, fuese independiente con el estilo de apego ($-2,2$) según los residuos corregidos.

No se puede afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas en la variable trauma infantil entre la población control y las pacientes con TCA ($\chi^2 = 3,033^a$, $p = ,082$), aunque parece relevante mencionar que hay un mayor número de pacientes con TCA que puntúan en tener trauma infantil respecto a al grupo control (tabla 2).

Por otro lado, sí encontramos evidencia en cuanto a la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la variable estilos parentales entre las pacientes con TCA y el grupo control, siendo el estilo parental óptimo superior en el grupo control en el caso del estilo parental paterno ($\chi^2 = 6,643^a$, $p = ,036$), es decir, hay más gente con

estilo parental percibido en la figura paterna como óptimo en población general de la que debería haber si el estilo parental percibido en la figura paterna y el tipo de población fuesen independientes, como apuntan los residuos corregidos (2,4). Además, como indica la tabla 2, hay más gente con estilo parental percibido en la figura paterna como control sin afecto en las pacientes con TCA, de la que debería haber si el estilo parental percibido en la figura paterna y el tipo de población fuesen independientes, como nos indican los residuos corregidos (2,2).

Sin embargo, como también se registra en la tabla 2, no hay evidencia para decir que suceda lo mismo en el caso del estilo parental percibido en la madre ($\chi^2 = 3,953^a$, $p = ,267$).

Por último, con el objetivo de observar si existen diferencias estadísticamente significativas en la variable sobreprotección (materna y paterna), entre las pacientes con TCA y el grupo control, esperando que las pacientes con TCA presentarán mayor sobreprotección que el grupo control. A través de la prueba de Ji-Cuadrado recogida en la tabla 2 se evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas en el caso de la madre ($\chi^2 = 0,022^a$, $p = ,883$), pero sí en el caso del padre ($\chi^2 = 5,040^a$ $p = ,025$) aunque no en la dirección esperada, es decir, hay más gente con sobreprotección en la figura paterna en población general de la que debería haber, si la sobreprotección en la figura paterna y el tipo de población fuesen independientes como apuntan los residuos corregidos (2,2).

Tabla 2 Pruebas Ji-
Cuadrado

	X ²	gl	p
TCA (si-no)-Estilo de apego	6,772 ^a	2	,034
TCA (si-no)-Trauma infantil	3,033 ^a	1	,082
TCA (si-no)-Estilo parental M	3,953 ^a	3	,267
TCA (si-no)-Estilo parental P	6,643 ^a	2	,036
TCA (si-no)- Sobreprotección M	0,022 ^a	1	,883
TCA (si-no)- Sobreprotección P	5,040 ^a	1	,025

$p < 0,05$

DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación, era estudiar cómo se comportan las variables Estilos parentales: Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección), Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección), Constreñido, (alto cuidado y alta sobreprotección), Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección), y el tipo de Apego (seguro-autónomo, evitativo-devaluante, ambivalente, desorganizado) y en personas con un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), frente a un grupo control.

Como objetivos secundarios, se estudia dentro del tipo de apego, el trauma infantil y centrándonos en el estilo parental percibido, la sobreprotección.

De forma global, el estudio sí parece reflejar una relación entre las variables estudiadas y padecer o no un TCA, como encontramos en la literatura en diferentes investigaciones (Canetti et al., 1997; Swanson et al., 2010; Asuero, 2017; Vega, Sánchez, Magali y Roitman, 2011; García, Herrero y Jáuregui-Lobera 2019; Borda, Asuero, Avargues, Sánchez y Fernández 2019).

Más concretamente, en los resultados se observó que sí había diferencias significativas en la variable Apego en función del padecimiento o no de un TCA. El tipo de vinculación que se establece en la infancia con las figuras de apego, cuyo principal objetivo es la supervivencia, sentirse seguro ante las situaciones de amenaza y tener la suficiente seguridad para explorar el mundo exterior, luego se refleja en cómo se relaciona el ser humano en la edad adulta. En el grupo control, personas sin diagnóstico, había un mayor número de personas con un apego seguro, personas que se caracterizan por poder expresarse emocionalmente de forma saludable, confían en ellos mismos y en el otro. Por otro lado, el apego inseguro fue el más encontrado entre las pacientes con un TCA, lo que coincide con la conclusión de García, Herrero y Jáuregui-Lobera (2019) en un análisis descriptivo con una muestra similar a la del presente estudio.

En particular, se observó un estilo de apego evitativo en pacientes con TCA, que se caracteriza por no confiar en los demás, ser autosuficientes e independientes y con mucho control sobre su mundo emocional. Esto concuerda con la investigación de Vega, Sánchez, Magali y Roitman (2011), las mujeres con un TCA en su estudio obtuvieron un apego evitativo o preocupado frente al grupo control. Estas mujeres también mostraban un control sobre su mundo emocional, en coherencia con la descripción que da Calvo (2010), sobre los TCA, estas personas a través del control de la comida intentan manejar

sus dificultades a la hora de regular sus emociones, dándoles una falsa ilusión del control de las mismas.

No es posible afirmar que haber sufrido durante la infancia una experiencia traumática se relacione con padecer un TCA, ya que los resultados obtenidos en el presente estudio no fueron significativos, sin embargo, cabe mencionar que sí hay mayor grado de trauma infantil en las pacientes con TCA que en el grupo formado por personas sin un diagnóstico de TCA. Por lo tanto, aunque estadísticamente no se pueda afirmar los resultados sí indican que habría mayor número de personas que han sufrido durante su infancia experiencias traumáticas, lo que concluyen también estudios como el de Granero, 2017 o estudio de Psicología y Psiquiatría (2019) en los que sí se obtuvieron resultados significativos en personas que padecían un trastorno psiquiátrico y más concretamente en TCA (Rodríguez, 2009; Losada 2013). En el presente caso, no haber encontrado diferencias significativas pudo deberse al número reducido de ítems que miden esta variable, en la versión reducida del Cami-R, sería interesante poder ampliar la medida de esta variable con otros instrumentos que miden trauma infantil como el Child Behaviour Check List (Achenbach, y Rescorla 2001) o complementándolo con pruebas proyectivas y una entrevista, sería pertinente replicar este estudio midiendo el trauma infantil con los recursos mencionados.

Siguiendo en esta línea tampoco se puede afirmar que haya diferencias entre el estilo parental percibido en la madre, en pacientes con un TCA frente al grupo control, pero sí se obtuvieron diferencias significativas en el caso del estilo parental percibido en el padre, siendo más acusado un estilo parental paterno óptimo en las mujeres del grupo control. En el caso de las pacientes con TCA, el estilo parental que predomina es de “control sin afecto”, es decir, estos padres se caracterizan por una mayor frialdad emocional, o no estar muy presentes en el cuidado y educación de sus hijos o hijas, además de ser percibidos como excesivamente controladores, dificultando así, la autonomía y tendiendo a la infantilización de sus hijos o hijas. Esta conclusión coincide con la idea de que las personas con TCA suelen mostrarse más infantiles a nivel emocional, se quedan ancladas en el comportamiento adolescente como afirma Lázaro (2003). También parece ser coherente con el tipo de familia que describe Strober y Yager (1985), desde la teoría explicativa bidimensional, en las que algunas de las características comunes son la falta de permisividad y una baja expresión emocional por parte de los progenitores.

Algunas de las preguntas de los instrumentos utilizados son confusas, lo que ha podido ser otra limitación, como en el PBI la pregunta 18 “no hablaba mucho conmigo” o la pregunta 24 “no me alababa” en la que algunos sujetos consideraban que eran poco matizables ya que las respuestas eran 3 = Siempre pasaba, 2 = Algunas veces pasaba, 1 = Rara vez pasaba y 0 = Nunca pasaba, pudiendo haber influido en la respuesta de los sujetos y por ende en los resultados. Este tipo de respuesta con opciones restringidas también puede haber supuesto una limitación, que se podría ampliar con una entrevista en la futura replicación del estudio.

Por último, hay diferencias en cuanto a la sobreprotección entre los grupos, contrario a lo que se esperaba por lo observado en la literatura, encontrando mayores niveles de sobreprotección percibida en los padres de las mujeres del grupo control frente a las pacientes con TCA. De nuevo, en cuanto a la sobreprotección percibida en las madres, no se pueden asumir diferencias. Esto puede deberse a la falta de muestra tanto en el grupo control como en el de pacientes con TCA, o el hecho de no haber tenido en cuenta la posibilidad de padecer algún trastorno psiquiátrico, solo se pedía como criterio de inclusión, para el grupo control no tener un diagnóstico de TCA.

Los resultados obtenidos respecto a las madres no concuerdan con lo estudiado en la literatura, esto puede deberse, entre otras cosas, a estas diferencias innatas y naturales que se han presupuesto como comportamientos o rasgos de personalidad típicos por ser hombre o mujer. Esto ha sucedido a lo largo de la investigación psicológica y psiquiátrica durante décadas, influyendo en cómo se han estudiado por tanto los trastornos psiquiátricos, incluyendo los TCA, y en especial presuponer en la mujer la responsabilidad en el cuidado y la vinculación con los hijos como explica Polo (2014). Lo que podría incurrir en la culpabilización de la figura materna frente a la paterna en la presencia de patología en los hijos. Por lo que se propone para futuras investigaciones, hacer hincapié en el papel y el rol del padre en los TCA.

Es posible que la mirada de género que está impregnando a la sociedad en auge haya podido influir a la hora de responder a los cuestionarios y también en los tratamientos de las pacientes con TCA.

Asimismo, el tamaño de la muestra ($N = 27$), ha podido influir tanto en los análisis estadísticos como en los resultados que se han obtenido, por la dificultad que implica encontrar muestra clínica con diagnóstico de TCA, sería interesante poder replicar este mismo estudio con una muestra más amplia.

Señalar que en este estudio no se ha distinguido entre el tipo de TCA. Según algunos autores si encuentran diferencias en las características de los diferentes tipos de TCA (Davies, Schmidt, Swan y Tchanturia, 2012) Otros autores como Fairburn (2003 como se citó en Chorot, Sandín y Valiente, 2012) comparten la visión de que estos trastornos coinciden en un gran número de características comunes, como la preocupación por el cuerpo, un manejo disfuncional de las emociones o baja autoestima entre otros, y que los síntomas por tanto, son una oscilación entre un extremo y otro, la anorexia en el polo restrictivo y el atracón su polo opuesto. Además, no parece haber diferencias en cómo se tratan las diferentes tipologías de TCA. Es por ello que se optó por no diferenciar en tipología y agrupar a las pacientes por el diagnóstico general de trastorno de la conducta alimentaria. Sin embargo, sería interesante tener en cuenta las distintas tipologías y comprobar cómo se comportan.

Es importante, a raíz de los resultados, tener en cuenta el estilo de apego a la hora de evaluar y abordar los TCA. Trabajar en profundidad cómo los pacientes se vinculan, con el objetivo de lograr relaciones más saludables desde un apego seguro. Se podría avanzar en proyectos de prevención y educación, como se lleva a cabo desde la Universidad Pontificia de Comillas, en el Instituto de la Familia, con el proyecto de “Primera Alianza” (Pitillas, Berástegui y Halty) de protección del menor. Lo mismo sucede con los estilos parentales, teniendo en cuenta estas variables y su evaluación, podría dar lugar a mejorar la orientación y el trabajo clínico. También podría resultar de gran utilidad introducirlo en escuelas de padres, charlas informativas y de psicoeducación en los colegios y guarderías, con el fin de prevenir el apego inseguro y los estilos parentales negativos, Así como la importancia de permitir la autonomía en presencia de afecto, para que los hijos puedan crecer de forma saludable, desarrollando sus propios estilos de afrontamiento y herramientas que en la adolescencia les permitirán madurar a través del proceso de diferenciación. Sin perder de vista que tanto el estilo de apego como los estilos parentales están relacionadas con factores de riesgo para el desarrollo en la adolescencia y la adultez de trastornos psiquiátricos como los TCA (McEwen y Flouri, 2009; Swanson et al., 2010; Vega, Sánchez, Magali y Roitman 2011).

De esta manera como se mencionaba anteriormente sería interesante repetir esta investigación teniendo en cuenta cuestiones de género, para obtener más bibliografía sobre cómo influye en los trastornos de la conducta alimentaria el papel del padre. Y con esta información poder incluirlo en los tratamientos sobre todo desde enfoques con una

orientación familiar sistémica. También sería interesante incluir varones y hacer estudios con una muestra heterogénea en los estudios de TCA ya que como recuerdan algunos autores, en España hay un aumento de entre el 5 y el 10% de hombres que padecen un TCA (Javaras et al, 2015; Strother& Tuberville, 2012).

A modo de conclusión, se podría decir que pese al gran número de limitaciones la investigación arroja luz sobre algunas características importantes de la población que padece un TCA, como la predominancia de un apego inseguro y un estilo parental negativo frente a la población general. Esta información es importante para seguir avanzando en la investigación sobre esta problemática en auge, y para mejorar el abordaje complejo que requieren los TCA.

BIBLIOGRAFÍA

- Instrumento y la plantilla para la corrección pueden consultarse en la web:
<http://www.sites.google.com/site/bpierreh/home/instruments/camir/camir-r>.
- Adambegan, M., Wagner, G., Nader, I. W., Fernandez-Aranda, F., Treasure, J. y Karwautz, A. (2012). Internalizing and externalizing behaviour problems in childhood contribute to the development of anorexia and bulimia nervosa: A study comparing sister pairs. *European Eating Disorders Review*, 20, 116–120.
- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Hasfura-Buenaga, C., & Navarro-Luna, E. (2016). Consistencia interna y validez de criterio de la versión mexicana del Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL/1.5-5). *Revista chilena de pediatría*, 87(6), 455-462.
- Asuero, R. (2017). Influencia de los factores de riesgo psicológicos y de los estilos de crianza percibidos en los trastornos de la conducta alimentaria. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. y Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Berástegui, A., Pitillas, C. (2018) *Primera alianza Fortalecer y reparar los vínculos tempranos*. Madrid, España: Gedisa
- Betancourt L., Guarín, L. y Gempeler, J. (2007) Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista científica javeriana* 48 (3), 261-276

- Borda, M., Asuero, R., Avargues, M.L., Sánchez, M., Río, M.d.C. y Fernández, L. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de la alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28 (1), 12-21.

- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*: Vol. 1. Attachment. New York, USA: Basic Books

- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España: Morata.

- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*, London, UK: Open Books

- Blinder, B. J., Cumella, E. J. y Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454-62.

- Cabrera, M. E. (2013). Percepción del propio peso en adolescentes y su relación con variables psicológicas y psicopatológicas. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (17), 1899-1925.

- Calvo, R. (2010). Documento base: Trastornos de la conducta alimentaria. Formación continuada a distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y. y Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: The contribution of parent–grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 703–716.

- Chorot, P., Sandín, B. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico. Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17 (3), 185-203

- Kupfer, D. J., Regier, D.A., Arango López, C., AyusoMateos, J.L., Vieta Pascual, E. y BagneyLifante, A. (2014). Diagnostic and statistical manual of DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *American Psychiatric Association*, (E.M. Panamericana, Ed.) (5ª. ed.). Madrid, España: (E.M. Panamericana, Ed.)

- Culbert, K.M., Racine, S.E., Klump, K.L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56 (11), 1141-1164.
- Davies, H., Schmidt, U., Swan, N., y Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 476-4
- Espina, A. (1996). *Terapia Familiar en la Anorexia Nerviosa en el modelo sistémico*. En Espina, A. y Pumar, B. (eds). *Terapia familiar sistémica. Teoría clínica e investigación*. Cap 10 (pp-153-184). Madrid, España: Fundamentos
- Fanjul, C. (2008). *Vigorexia: una mirada desde la publicidad*. Fragua.
- Fernández, S. A., Agut, M. M., Guzmán, A. O., Vázquez, M. A., Garrido, A. B., Cid, B. S., & De la Gándara Martín, J. J. (2019). Relación entre el trauma infantil y los trastornos mentales en la edad adulta. *Psicosomática y Psiquiatría* 11, 46-56.
- García, D., Herrero, G. y Jáuregui-Lobera I. Trastornos de la conducta alimentaria, tipo de apego y preocupación de la imagen corporal. *JONNPR*. 2019;4(7):704-19.
- Goldner, E., Srikameswaran, S., Schroeder, M., Livesley, W. y Birmingham, C. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 85(2), 151-159.
- Gómez Maquet, Y., Vallejo Zapata, V. J., Villada Zapata, J. & Zambrano Cruz, R. (2010). Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) en la población de Medellín, Colombia. *Pensando Psicología*, 6(11), 65-73
- Granero, M. (2017). *Relaciones entre estilos de apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (Trabajo de fin de grado). Universidad Jaume I, España

- Graell, M. (2019) Hospital universitario infantil Niño Jesús. Recuperado de:
<http://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/noticia/analizamos-personalizacion-tratamientos-abordar-trastornos-alimentacion>
- Guttman, H. y Laporte, L. (2002). Family members' retrospective perceptions of intrafamilial relationships. *Contemporary Family Therapy: An international Journal*, 3 (24), 505-521.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D., Fichter, M., Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805.
- Hartmann, A., Zeeck, A. y Barrett, M. S. (2010). Interpersonal Problems in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 619-627.
- Hernández, A., Alvarez, G. L., & Mancilla, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 79-89.
- Iancu, I., Cohen, E., Yehuda, Y. B. y Kotler, M. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 189-193. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.01.001.
- Javaras, K. N., Runfola, C.D., Thornton, L.M., Agerbo, E., Norring, C., Bulik, C.M., Birgegård, A., Shuyang, Y., Råstam, M., Larsson, H., Lichtenstein, P. (2015). Sex-and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete swedish, birth cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (8), 1070-1081. <https://doi.org/10.1002/eat.22467>
- Kiyotaki, Y. y Yokoyama, K. (2006). Relationships of eating disturbances to alexithymia, need for social approval, and gender identity among Japanese female undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 41, 609-618. doi: 10.1016/j.paid.2006.02.013

- Lavik, N. J., Clausen, S. E. y Pedersen, W. (1991). Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 387–390.
- Lázaro, P. R. (2003). Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un reto para la atención primaria. *Originales* 32 (7) 403-409.
- Lorence, L.B. (2007). Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial. Fundación de acción familiar. Recuperado de http://www.accionfamiliar.org/sites/default/files/fundacion/files/publicaciones/publicacion/DOC_04_08_Premio_Joven_Barbara_lorence.pdf
- Losada, AnaliaVeronica (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. *PerspectivasMetodológicas*, 21 (I) 89-112.
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C.,Kaye, W. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30(6), 1399-1410.
- Losada, A. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria y síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. *Diagnosis*.
- Luque, A. (2017). Apego preocupado y sintomatología bulímica en candidatos a cirugía bariátrica. *BMI-Journal*, 7(3).
- Main, M., Kaplan, N., y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178.

- McEwen, C. y Flouri, E. (2009). Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: The role of emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 206–216.
- Melis, F., Dávila, M.A, Ormeño, V. Vera, V. Greppi, C. y Gloger, S. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2), 132-139.
- Pecherska, I.C. (2017) Play Ground. Recuperado de:
https://www.playgroundmag.net/food/dinero-anorexia-cura_22585288.html
- Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H. y Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating
- Plan de Salud (2013-2018)
- Polo, C. (2014). La perspectiva de género en terapia familiar sistémica. En Moreno, A. (Ed.), *Libro manual de terapia sistémica* (pp.99-133). Bilbao, España: Desclee de Brower.
- Srinivasagam, N., Kaye, W., Plotnicov, K., Greenog, C., Weltzin, T. y Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia-nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630-1634. doi: 10.1176/ajp.152.11.1630.
- ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria? (“s.f”). Associació contra l'anorexia i la bulímia. Recuperado de: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
- Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong, D. y Krug, I. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis on the Longitudinal Relationship Between Eating Pathology and Depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 439-54. doi: 10.1002/eat.22506.
- Silver, C. (2007) NEDA. Recuperado de:
<https://www.nationaleatingdisorders.org/estad%C3%ADsticas-de-los-trastorno-de-la-conducta-alimentaria>

- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I., Unzeta, B., Pérez Franco, C., Puente García, R., Garrido Beltrán, A., ... & Vanderlinden, J. (2018). Relación entre maltrato infantil y experiencias disociativas psicomorfas en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.

- Rhodes, B. y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263. doi: 10.1007/BF00707667

- Ridout, N., Thom, C. y Wallis, D. J. (2010). Emotion recognition and alexithymia in females with non-clinical disordered eating. *Eating Behaviors*, 11, 1-5.

- Rosen, J. C. y Ramírez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder o body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 441-449.

- Sámamo, L. F. (2013). ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas? *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33(1), 38-42.

- Sánchez, Z. B. L. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *In Crescendo*, 3(2), 307-320.

- Serrano, C. H., Cano, T. R., Fernández, L. B., Postigo, J. M. L., Moreno, L. R., & Leal, F. J. V. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas españolas de psiquiatría*, 43(3), 90-98.

- Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D.(2012)Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Us National Library of Medicine*. (5)346-55.

- Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D., Taylor, L. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 18, 22–32. doi: 10.1002/erv.967

- Swinbourne, J. M., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T. y Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 118–131.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Ariel
- Vallejo Zapata, V.J., Villada Zapata, J. & Zambrano Cruz, R. (2007). Estandarización de la prueba Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument) en la población universitaria de Medellín (Trabajo de grado de psicología). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Vásquez, R., Angel, L., Moreno, N., García, J., & Calvo, J. (1998). Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. *Actual. pediátr*, 8(1), 7-14.
- Vega, V., Sánchez, M., y Roitman, D. (2011). *Tipos de apego en una muestra de adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria*. (Acta académica) Buenos Aires.
- Villalba Burbano, M. E. (2014). Teoría del apego, insatisfacción con la imagen corporal y anorexia nerviosa. (Tesis de grado). Universidad San Francisco de Quito. Quito.