

Relaciones entre estilos de apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria

Trabajo Final de Grado

Grado de Psicología



Alumna: Marta Granero Bonet

DNI: 53790002-V

Tutor: Josep Pena Garijo

Convocatoria: junio 2017

Agradezco el tiempo y la dedicación de todas aquellas personas que han hecho que este trabajo haya sido posible.

Doy las gracias a mi tutor, Josep Pena Garijo, por haber hecho posible que trabajara sobre un tema que me interesa mucho, por su tiempo invertido en mí y por cada consejo que ha hecho que el trabajo sea lo que es ahora.

Gracias a Ginés Llorca, psicólogo clínico de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Provincial de Castellón, por haber colaborado en mi proyecto. Sin tu ayuda no habría sido posible.

A cada persona que he conocido durante los cuatro años de carrera, en especial a aquellos que a día de hoy siguen a mi lado. Gracias por confiar siempre en mí y por ser un apoyo incondicional.

Gracias a aquellas personas que no forman parte de mi vida universitaria pero que aun así me han apoyado siempre en los proyectos en los que me he sumergido. Gracias por confiar siempre en que lograré aquello que me proponga.

Gracias a mi familia, sin la que no sería lo que soy hoy en día. Gracias por apoyarme en cada etapa de mi vida. Gracias por cada consejo.

Y en especial gracias a mi madre, por confiar siempre en mí. Por ser optimista en todo momento, por tu apoyo incondicional y por hacerme creer que podré conseguir todo lo que sueño llegar a ser algún día.

INTRODUCCIÓN	9
MÉTODO	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Procedimiento	17
Análisis estadístico	18
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN	20
REFERENCIAS	24
ANEXOS	26

RESUMEN

Objetivo: Es bien sabido, desde la investigación reciente, la relación entre los estilos de apego en la infancia y el desarrollo de psicopatología en el adulto. En este trabajo pretendemos describir y analizar las diferencias en las distintas facetas del apego, medidas por el cuestionario CaMir-R, comparando una muestra de pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) con otra muestra de sujetos sanos equiparados en variables socio-demográficas.

Material y método: Se compararon las puntuaciones obtenidas en la versión reducida del CaMir (CaMir-R) para evaluar el apego en una muestra de 46 sujetos divididos en dos grupos: 23 pacientes que acudían a una Unidad especializada en TCA y 23 sujetos equiparados en edad, género y nivel de estudios procedentes de una muestra de la población general. También se aplicó el Eating Attitudes Test (EAT) para evaluar el tipo y gravedad de los síntomas en el grupo de pacientes con TCA.

Resultados: Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en las dimensiones “Preocupación familiar” ($t=8.89$; $p=.00$), “Interferencia de los padres” ($t=6.28$; $p=.00$), “Autosuficiencia y rencor contra los padres” ($t=4.49$; $p=.00$) y “Traumatismo infantil” ($t=2.47$; $p=.02$). No se encontraron correlaciones significativas entre las puntuaciones de apego y la gravedad o tipo de síntomas en el grupo de pacientes con TCA.

Conclusión: A pesar de algunas limitaciones, los resultados obtenidos concuerdan con los de otras investigaciones realizadas y soportan la idea de que algunas dimensiones características del apego inseguro se relacionan con el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Además, la preocupación familiar y la interferencia de los padres resultaron ser dimensiones claramente diferenciadoras entre ambos grupos.

Palabras clave: apego, trastorno de la conducta alimentaria, CaMir-R, EAT.

ABSTRACT

Objective: It is well known, since recent research, the link between attachment styles in childhood and the development of psychopathology in the adult. In this study we expect to describe and analyze the differences in the different facets of attachment, measured by the CaMir-R questionnaire, comparing a sample of patients with a diagnosis of Eating Disorder (ED) with another sample of healthy subjects equivalent in socio-demographic variables.

Material and method: We compared the scores obtained in the reduced version of the CaMir (CaMir-R) to assess the attachment in a sample of 46 subjects divided in two groups: 23 patients who come from a specialized unit in ED and 23 subjects equivalent in age, gender and level of studies from a sample of the general population. The Eating Attitudes Test (EAT) was also used to assess the type and severity of symptoms in the group of patients with ED.

Results: There were significant differences between groups in the “Family concern” dimension ($t = 8.89, p = .00$), “Parent interference” dimension ($t=6.28; p=.00$), “Self-reliance and resentment against parents” dimension ($t = 4.49, p = .00$) and “Infant trauma” dimension ($t= 2.47, p = .02$). There were no significant correlations between attachment level and type of symptoms in the group of patients with ED.

Conclusion: Despite some limitations, the results obtained are consistent with those of other investigations carried out and support the idea that some dimensions of insecure attachment are related to the development of an eating disorder. In addition, family concerns and parental interference proved to be clearly different between the two groups.

Key words: attachment, eating disorder, CaMir-R, EAT.

EXTENDED SUMMARY

When we are born, we have several biological, social and affectivity needs that have to be satisfied to manage the wellbeing. One of these needs is attachment, the establishing of affective bands with one or several reference figures.

John Bowlby developed the Theory of attachment to explain the individual differences in how people think, feel and behave in interpersonal relationships. From this theory, Mary Ainsworth developed four types of attachment that could be present in childhood: "Safe-autonomous", "Avoiding-devaluing", "Ambivalent-worried" and "Unresolved-disorganized".

One of the central principle of attachment's theory is the belief that early experiences have a profound influence on subsequent social and emotional functioning.

Numerous researches show that there is a significant correlation between the insecure attachment style and the subsequent development of affective, eating and borderline personality disorders.

Several studies have found that people with eating disorders had have an insecure attachment style when they were child, in contrast with healthy people, which attachment style were safe.

According to Cristopher Fairburn's theory on eating disorders, there are three risk factors that influence in develop of an ED: low self-esteem, perfectionism and parental problems (like insecure attachment style).

The prevalence of eating disorders in Spain is approximately 4'5% of the female population between 12 and 21 years. Specially, it is estimated that 0'3% suffer from anorexia nervosa, 0'8% suffer from bulimia nervosa and 3'1% have an unspecified eating disorder.

One of the most commonly self-reported measures used to assess the symptoms of anorexia and bulimia nervosa is EAT (Eating Attitudes Test), which can be used as indicator of several typical concerns from woman with ED. It is composed for 40 items grouped in three factors.

An instrument that can be used to assess the attachment style is the CaMir-R questionnaire, a short version of CaMir. It is a new instrument to assess attachment and it is used to assess the representations of attachment and the conception about family functioning. It is composed for 32 items grouped in seven factors: two belonging to safe attachment style and five belonging to insecure attachment style.

The main objective of the current study is analyze if there are any link between several facets of attachment, measured with the CaMir-R questionnaire, and the presence of some eating disorder comparing a sample of patients diagnosed with Ed with another sample of healthy people equivalent in socio-demographic variables.

For this, we have used a sample of 46 subjects divided in two groups: 23 patients with eating disorders who come from a specialized unit in eating disorders, and 23 healthy subjects that are equivalents in age, gender and levels of studies, who come from general population.

The subjects from clinical sample answered CaMir-R and EAT questionnaires and the subjects from control sample only answered CaMir-R questionnaire.

With the aim of seeing if there were differences between groups in some of the several factors of CaMir-R, we calculated the t of Student. We could see that there were differences between clinical and control groups in factors that are belong to insecure attachment style, in particular in "Family concerns" and "Parental influence" factors.

This results are similar with results obtained in another investigations carried out, and despite some limitations in our study, we can confirm that the attachments style established by children during their childhood is a related factor with the probability of developing an eating disorder In the future. Thus, according to the differences found between clinical and control samples, we could suggest that the individuals with an insecure attachment style could be more likely to develop an eating disorder than those whose attachment style has been safe.

INTRODUCCIÓN

Cuando nacemos, lo hacemos con una serie de necesidades biológicas, sociales y afectivas que deben ser satisfechas para lograr el bienestar. Por lo general, estas necesidades son cubiertas por el seno familiar.

A pesar de que puede parecer que la alimentación es la necesidad más básica de los recién nacidos, existen otras necesidades igual de importantes. Entre otras, se requiere establecer vínculos afectivos con una o varias figuras de referencia; este vínculo recibe el nombre de apego (Oliva, 2004). Dado que en un primer momento el grupo de referencia es la propia familia, casi siempre las figuras de apego son la madre y/o el padre. La relación que con ellos se establezca tendrá influencia en el desarrollo del bebé y le repercutirá durante toda su vida.

En 1907, John Bowlby, desarrolló la Teoría del apego con el fin de explicar las diferencias individuales respecto a cómo piensan, se sienten y se comportan las personas en las relaciones interpersonales. Así, se podría definir el “apego” como un conjunto de vínculos emocionales que se crean entre varias personas: primero con los progenitores y más tarde con amigos, pareja o compañeros (Corbin, s.f). Dichos vínculos tienden a convertirse en un sistema de representación interna que incluye tanto la relación con las figuras de apego como la representación mental de sí mismo (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

El modelo propuesto por Bowlby se basaba en cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí (Oliva, 2004). El primer sistema, conductas de apego, hace referencia al conjunto de conductas dirigidas a la proximidad y al contacto con las figuras de apego. El sistema de exploración se relaciona negativamente con el anterior, pues se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. El tercer sistema es el de miedo a los extraños. Cuando se activa este sistema, se disminuyen las conductas de exploración y aumentan las conductas de apego. Por último, el sistema afiliativo hace referencia al interés que muestran los individuos hacia otros seres humanos, incluso por aquellos con los que no se han establecido vínculos afectivos. Por tanto, el apego se podría definir como una serie de conductas diversas, cuya activación y desactivación, así como la intensidad y morfología de sus manifestaciones, dependen de diversos factores contextuales e individuales (Oliva, 2004).

A partir de la Teoría del apego de Bowlby, Mary Ainsworth y sus colaboradores describieron cuatro tipos de apego que podían darse en la infancia (Balluerka, Lacasa,

Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011). Cada uno puede provocar reacciones muy distales en los niños. Las personas que han recibido un apego *seguro-autónomo* se caracterizan por compartir y expresar sus sentimientos abiertamente, valorar sus relaciones de apego, describir las relaciones con su familia como “de confianza y apoyo” y evaluar positivamente sus experiencias del pasado con las figuras de apego.

Las personas con un estilo de apego *evitativo-devaluante* suelen infravalorar las relaciones de apego, confían poco en los miembros de su familia, tienen pocos recuerdos del pasado y los que tienen pueden incluir idealización, rechazo o indiferencia hacia sus figuras de apego. Suelen ser personas autosuficientes e independientes y tienden a controlar sus emociones.

Las personas que han percibido un estilo de apego *ambivalente-preocupado* valoran sus relaciones de apego, pero a menudo se sienten excesivamente preocupadas por otros miembros de su familia, expresan temor a ser abandonados y tienen escasa autonomía. Los recuerdos que tienen del pasado incluyen algún tipo de rechazo o interferencia de sus padres y suelen reflejar resentimiento hacia las experiencias pasadas de apego.

Por último, las personas con un estilo de apego *no resuelto-desorganizado* se caracterizan por ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

Un principio central de la teoría del apego es la creencia de que las experiencias tempranas tienen una profunda influencia en el funcionamiento social y emocional posterior (Vishwanatha y Hirisave, 2008). La literatura apoya la existencia de una relación entre el apego inseguro y la psicopatología (Soares y Dias, 2007). Tal y como se indica en el estudio que Santelices, Guzmán y Garrido realizaron en 2011, la sintomatología ansiosa-depresiva se asocia con estilos de apego inseguro. Además, se ha visto que existe una correlación negativa entre la seguridad del apego y la psicopatología. Es decir, cuanto más seguro es el apego con el que se cría un niño, menor será su probabilidad de desarrollar un trastorno mental (Vishwanatha y Hirisave, 2008).

También se ha visto que el uso de estrategias como la retirada del afecto, la provocación del sentimiento de culpa o el chantaje emocional por parte de los padres para lograr el cambio de conducta de sus hijos provocan grandes alteraciones emocionales en los niños (Martín, Seguí-Durán, Antón-Torre y Barrera-Palacios, 2016). Estas alteraciones emocionales podrían desembocar en problemas psicopatológicos en la edad adulta.

Como respuesta a estos hallazgos, se realizaron numerosos estudios con la finalidad de ver qué relación existía entre el tipo de apego y la posibilidad de desarrollar psicopatología, así como en qué trastornos era más influyente este vínculo entre padres e hijos.

Numerosas investigaciones ponen de manifiesto que existe una correlación significativa entre el estilo de apego inseguro y el posterior desarrollo de un trastorno afectivo, alimentario y de personalidad límite (Biedermann, Martínez, Olhaberry y Cruzat, 2009).

Así, el desarrollo de un vínculo temprano normal o adecuado funcionaría como un factor de protección frente a la aparición de psicopatología, como es el caso de los trastornos alimentarios durante la infancia o la adolescencia (Betancourt, Rodríguez y Gempeler, 2007). Además, las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria muestran mayores niveles de apego inseguro y estados mentales desorganizados (Tasca y Balfour, 2014).

En 1971, Bruch describió el impacto de las relaciones familiares en procesos de Anorexia y Bulimia nerviosa. Más tarde, en 1992, Rhodes y Kroger describieron que los sujetos con trastornos alimentarios (TA) muestran mayores niveles de ansiedad por separación y sobreprotección materna durante la infancia (Biedermann, Martínez, Olhaberry, y Cruzat, 2009). Por tanto, un estilo de apego caracterizado por la sobreprotección o la separación de la figura de referencia, podría ser un factor que influirá en el posterior desarrollo de un TA.

En el estudio realizado por Vega, Sánchez y Denise en 2011 en la Universidad de Buenos Aires, encontraron que en el grupo con TA había mayor proporción de personas que habían vivido un apego evitativo durante su infancia que en el grupo control; en este grupo, se daban más casos de apego seguro y ambivalente. Por tanto, confirmaron la existencia de un vínculo de apego perturbado entre padres e hijos en las personas que padecían Anorexia y Bulimia nerviosa.

Existen varios estudios que estudian el funcionamiento familiar y los TA, y se ha visto que existe relación entre este trastorno y familias poco cohesionadas, poco expresivas y con tendencia a ser poco favorecedoras con respecto al crecimiento personal del hijo. Cole-Detke & Kobak (1996) explicaron la conexión entre las características de las relaciones tempranas y los TA, haciendo referencia a que el trastorno podría ser entendido como una reacción a las dificultades en el vínculo y a la vivencia de impotencia, desplazando el conflicto al cuerpo y ejerciendo control sobre él a partir de los comportamientos alimentarios (Biedermann, Martínez, Olhaberry, y Cruzat, 2009).

Según la teoría de Christopher Fairburn sobre los trastornos de la conducta alimentaria, hay tres factores de riesgo que influyen en el desarrollo de un TA: la baja autoestima, el perfeccionismo y los problemas parentales (Seijas y Sepúlveda, 2005). Esto no significa que una persona que sobresalga en estos factores desarrollará a ciencia cierta el trastorno, pero sí que tiene mayores probabilidades de desarrollarlo que otra persona en la que no se observen estos factores. Por tanto, se puede decir que los trastornos alimentarios están vinculados con problemas parentales; es decir, con apego inseguro.

En la actualidad, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA, 2013) se define Anorexia nerviosa como la restricción de ingesta energética en relación con las necesidades, que lleva a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, desarrollo y salud física. Además, estas pacientes tienen miedo a ganar peso o a engordar o realizan comportamientos persistentes que interfieren en el aumento de peso. También muestran una alteración de la forma en que perciben su propio peso o constitución, una influencia impropia de estos factores en la autoevaluación o una falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo en el que se encuentran.

Según el mismo manual, la Bulimia nerviosa se caracteriza por atracones recurrentes de comida acompañados por comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso (vómito auto-provocado, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio físico). Además, estos comportamientos de atracones y compensatorios se producen al menos una vez a la semana y su autoevaluación se ve altamente influida por su constitución y peso corporal.

La prevalencia en España es de aproximadamente el 4'5% de de la población femenina de entre 12 y 21 años. En concreto, se estima que un 0'3% padecen anorexia, un 0'8% bulimia, y el 3'1% restante, padecen un TA no especificado (www.prevencion.adeslas.es, 2017).

La edad a la que suele iniciarse la Anorexia nerviosa es entre los 13 y los 18 años, a pesar de que cada vez se están encontrando casos de niñas más pequeñas y de mujeres más mayores. En cambio, la edad a la que suele iniciar la Bulimia nerviosa es entre los 18 y los 25 años (www.prevencion.adeslas.es, 2017).

Por tanto, se trata de un tipo de trastornos que afecta principalmente a mujeres jóvenes, aunque también existe un pequeño porcentaje de hombres que los sufren (5-10% de los afectados) (www.prevencion.adeslas.es, 2017). Hay que prestarle mucha atención

pues puede llegar a ser muy peligroso para la salud de las personas que la padecen y, en casos extremos, incluso causar su muerte.

En cuanto a las medidas de autoinforme más utilizadas, uno de los instrumentos que más se ha utilizado para evaluar de manera general los síntomas de Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa es el *EAT (Eating Attitudes Test)*, que puede utilizarse como un indicador de la gravedad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TA: motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979 y está formado por 40 ítems tipo Lickert con una escala de 6 puntos (Iñárritu, Cruz y Morán, 2004) agrupados en 3 factores: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral (Irailla, et. al, 2016).

Por otro lado, el principal instrumento de evaluación del apego en personas adultas es la entrevista *Adult Attachment Interview (AAI)*, que evalúa los recuerdos que una persona adulta tiene sobre sus relaciones de apego en su infancia. La entrevista se codifica y da lugar a una clasificación de la persona en una de las cuatro categorías equivalentes a las descritas por Ainsworth: *seguro, evitativo, preocupado o desorganizado* (Martínez y Santelices, 2005).

A partir de la AAI, Bernhard Strauss y Audrey Lobo-Drost (2001) elaboraron una entrevista más sencilla: la *Adult Attachment Prototype Rating (AAPR)*. Este instrumento proporciona una forma alternativa de operacionalizar las cualidades del apego y está basado en una perspectiva clínica (Martínez y Nuñez, 2007).

Desde otra perspectiva, otro instrumento que puede utilizarse para medir los estilos de apego es el *Camir-R*. Se trata de uno de los pocos cuestionarios de apego de los que se dispone en España. Consta de 32 ítems agrupados en 7 dimensiones: *Seguridad, Preocupación familiar, Interferencia de los padres, Valor de la autoridad de los padres, Permisividad parental, Autosuficiencia y rencor contra los padres y Traumatismo infantil* (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

La seguridad hace referencia a la disponibilidad y apoyo de las figuras de apego. Determina la percepción en cuanto a haberse sentido querido por las figuras de apego y saber que se puede contar con ellas. La preocupación familiar se refiere a la preocupación por la posible separación de los seres queridos y una preocupación actual constante por las figuras de apego. La interferencia de los padres se refiere a la sobreprotección ejercida por los padres en la infancia. El valor de la autoridad de los padres hace referencia a la evaluación positiva de la autoridad ejercida por sus padres y respeto a la jerarquía familiar, en la que los padres se encuentran por encima de los hijos. La permisividad parental hace referencia a la

percepción de haber crecido sin límites ni guía parental durante la infancia. La autosuficiencia y rencor contra los padres se refiere al rechazo hacia los sentimientos de dependencia y rencor hacia las figuras de apego. Por último, el traumatismo infantil hace referencia a los recuerdos de haber sido maltratado por parte de las figuras de apego durante la infancia (Villalba Burbano, 2014).

Tal y como se ha visto en las múltiples investigaciones realizadas, el tipo de apego establecido en la infancia puede condicionar la aparición de un trastorno psicológico en edades más avanzadas. Entre ellos, se ha visto que los Trastornos de la conducta alimentaria están en gran medida influenciados por este factor.

Por ello, pretendemos medir estas variables utilizando el cuestionario Camir-R. La elección de este instrumento se debe a que se trata de un instrumento nuevo que evalúa las representaciones del apego (muestra de tipificación en adolescentes españoles), tiene una aplicación breve y ha demostrado buenas propiedades psicométricas (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

Por tanto, el **objetivo del presente estudio** es analizar si existe alguna relación entre las diferentes facetas del apego, medido por el cuestionario Cami-R, y la presencia de algún Trastorno de la conducta alimentaria comparando una muestra de pacientes con diagnóstico de TA con otra muestra de sujetos sanos equiparados en variables socio-demográficas.

Se hipotetiza que:

- El grupo clínico obtendrá puntuaciones más elevadas en los factores “Preocupación familiar”, “Interferencia de los padres”, “Permisividad parental”, “Autosuficiencia y rencor contra los padres” y “Traumatismo infantil”.
- El grupo control obtendrá mayores puntuaciones en los factores “Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego”, y “Valor de la autoridad de los padres”, indicando que han experimentado un mayor apego seguro en mayor medida que los sujetos del grupo clínico.
- Por otra parte, se espera encontrar una relación positiva entre la gravedad de los síntomas del TA (medido por el EAT) y el apego inseguro en el grupo clínico.

MÉTODO

Participantes

Un total de 46 sujetos participaron en el estudio: 23 pertenecientes al grupo clínico y 23 al grupo control.

El grupo clínico estuvo compuesto por 23 personas (22 mujeres y 1 hombre) diagnosticadas con Trastorno de la conducta alimentaria que acudían a la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) del Hospital Provincial de Castellón. Entre ellos, el 50% tenían asignado el diagnóstico de Anorexia nerviosa, el 22% de Bulimia nerviosa, el 16% estaba diagnosticado de Trastorno por atracón y el 12% de Trastorno de la conducta alimentaria no especificado. La edad media de este grupo fue de 23'04, con una edad mínima de 14 y una máxima de 47. En cuanto al nivel de estudios, el 21,7% habían cursado estudios primarios, el 60,9% medios y el 17,04% superiores. Con referencia al estado civil, el 52% estaba soltero/a, el 30,4% tenía pareja y el 17,4% estaba casado/a.

El grupo control estuvo formado por 23 personas (22 mujeres y 1 hombre) sin diagnóstico clínico que contestaron el cuestionario CaMiR de manera voluntaria. La edad media de este grupo es de 21,26, con una edad mínima de 14 y una máxima de 30. En cuanto al nivel de estudios alcanzado, el 8'7% han cursado estudios primarios, el 47'8% medios y el 43,5% superiores. Con lo que al estado civil se refiere, el 52,2% está soltero/a, el 39'1% tiene pareja y el 8,7% está casado/a.

En la *Tabla 1* se encuentran los datos con los resultados del análisis realizado con la prueba *t* de Student para las variables sociodemográficas de la muestra.

Las diferencias de medias entre grupos en las variables edad, género y estado civil no fueron significativas. En cuanto a la variable nivel de estudios, las diferencias sí que fueron significativas, aunque con un nivel de significación poco apreciable. Esto indica que ambas muestras tienen variables sociodemográficas similares y que, por tanto, se pueden considerar equivalentes.

Tabla 1: *t de Student: Variables sociodemográficas*

	Grupo clínico		Grupo control		T Student	p (bilateral)
	X	dt	X	dt		
Edad	23.04	9.8	21.26	4.1	.806	.427
Género	1.96	.21	1.96	.21	0	1
Nivel de estudios	2.96	.64	3.35	.65	-2.065	.045*
Estado civil	1.65	.78	1.57	.66	6.409	.685

Nivel de estudios: 1. Sin estudios; 2. Estudios primarios; 3. Estudios medios; 4. Estudios superiores.

Estado civil: 1. Soltero/a; 2. Con pareja; 3. Casado/a; 4. Viudo/a; 5. Separado/a-Divorciado/a.

Instrumentos

Cuestionario CaMir-R. Se trata de una versión reducida y adaptada al español (publicada en 2008 por Lacasa) del CaMir, creado en 1996 por Pierrehumbert y sus colaboradores (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

Este cuestionario es un instrumento muy novedoso que sirve para medir las representaciones de apego y la concepción acerca del funcionamiento familiar. Se trata de una prueba que tiene buenas propiedades psicométricas (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011). Debido a que es un instrumento muy nuevo, no se dispone de muchas investigaciones que lo hayan utilizado como instrumento para medir el apego de sus participantes. Su utilización puede añadir información adicional la investigación realizada hasta la fecha de este constructo.

La versión original del CaMir consta de 72 ítems y se aplica en dos etapas. La versión reducida y adaptada utilizada, está compuesta por 32 ítems agrupados en 7 factores diferentes: Factor 1: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego (7 ítems); Factor 2: Preocupación familiar (6 ítems); Factor 3: Interferencia de los padres (4 ítems); Factor 4: Valor de la autoridad de los padres (3 ítems); Factor 5: Permisividad parental (3 ítems); Factor 6: Autosuficiencia y rencor contra los padres (4 ítems) y Factor 7: Traumatismo infantil (5 ítems) (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

Los sujetos deben contestar en una escala tipo Lickert, de 5 puntos de amplitud, el grado de acuerdo que muestran hacia cada ítem, siendo 1="Muy en desacuerdo" y 5="Muy

de acuerdo". De esta manera, de una forma rápida y sencilla, se puede obtener información sobre el grado de acuerdo que muestran con respecto a 7 dimensiones pertenecientes al concepto de apego.

Se considera que haber sacado puntuaciones elevadas (4 y 5) en los factores 1 y 4 indican apego seguro, mientras que haber sacado puntuaciones elevadas en los factores 2, 3, 5, 6 y 7 indican apego inseguro (Villalba, 2014).

EAT (Eating Attitudes Test). Se trata de un cuestionario desarrollado por Garner y Garfinkel en 1979 (Iñarritu, Cruz y Morán, 2004) y adaptado al español por Castro, Toro, Salamero y Guimerà en 1991 que evalúa las conductas y actitudes referentes a peso, hábitos alimentarios y realización de ejercicio físico que se encuentran presentes en este tipo de trastornos. Está creado por 40 ítems agrupados en 3 factores: "Dieta y preocupación por la comida", "Presión social percibida y malestar con la alimentación" y "Trastornos psicobiológicos" (UCM).

Los sujetos deben contestar en una escala tipo Lickert de 6 puntos de amplitud (de "Nunca" a "Siempre") la frecuencia con la que realizan un determinado número de conductas o pensamientos. Las puntuaciones obtenidas permiten sacar un índice total y un índice de cada factor. En los ítems directos se puntúa con 0 los tres primeros puntos de la escala ("Nunca", "Casi nunca" y "Algunas veces"), con 1 "Bastantes veces", con 2 "Casi siempre" y con 3 "Siempre" (UCM). El punto de corte propuesto es de 30 (Iñarritu, Cruz y Morán, 2004), aunque algunos autores recomiendan que en la versión española sea de 20 (UCM).

Procedimiento

Previa a la realización del estudio, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el concepto de apego, su influencia en la psicopatología y, en concreto, en los trastornos de la conducta alimentaria. Además, se buscó información sobre las pruebas más utilizadas para medir estilos de apego y la literatura existente sobre la prueba que elegimos para medir los estilos de apego, el CaMir-R. De este modo se pudo establecer el objetivo del estudio, así como las hipótesis que se querían contrastar.

En segundo lugar, se reclutó la muestra clínica entre los pacientes que acudían a la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) del Hospital Provincial de Castellón. Allí se contó

con la colaboración y supervisión del Doctor Ginés Llorca, psicólogo clínico de la unidad. Se pidió la colaboración a los y las pacientes que acudían a consulta, quienes de forma voluntaria contestaron los cuestionarios mientras esperaban su turno en la sala de espera. En todo momento se comunicó a los participantes el objetivo del estudio y se obtuvo el consentimiento informado. En aquellas pacientes menores de edad, fueron sus padres los que dieron el consentimiento para la participación en el estudio.

Tras la obtención de la muestra clínica, se pasó a la recogida de datos del grupo control, que estuvo formado por personas que contestaron el cuestionario de manera voluntaria. La muestra se reclutó *ad hoc*, intentando que cumplieran unas características demográficas similares a las del grupo clínico. En todo momento estuvieron informados del objetivo del estudio y se obtuvo el consentimiento informado para la utilización de sus datos.

Análisis estadístico

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 23.

En primer lugar se creó una base de datos que incluía 7 variables; una por cada factor del CaMir-R. El valor de cada variable fue la media aritmética de las puntuaciones de los ítems pertenecientes a cada factor.

Para comparar las puntuaciones de los dos grupos en cada uno de los estilos de apego, se calculó la *t* de Student para muestras independientes. Se fijó el intervalo de confianza al 95%, de manera que aquellos valores menores a 0.05 se consideraron significativos. Además, para comprobar el tamaño del efecto de las diferencias, se calculó la *d* de Cohen.

Por otra parte, y con la finalidad de conocer si existían relaciones entre los estilos de apego medidos por el CaMiR y la gravedad y tipo de síntomas de TA medidos por el EAT, se calcularon las correlaciones bivariadas de Pearson entre cada factor del CaMir-R y la puntuación total y la de cada factor del EAT. Se consideraron significativas aquellas correlaciones cuyo nivel de significación fue menor o igual a 0.05.

RESULTADOS

En la *Tabla 2* se encuentran los resultados obtenidos tras la realización de análisis de la *t* de Student, en el que se han comparado las medias de los sujetos en cada factor del CaMir-R.

El grupo clínico obtuvo mayores puntuaciones en los factores “Preocupación familiar”, “Interferencia de los padres”, “Permisividad parental”, “Autosuficiencia y rencor contra los padres” y “Traumatismo infantil”. De estas diferencias, a excepción de la del Factor 5, son todas significativas; con un intervalo de confianza del 95%.

Por el contrario, en los factores “Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego” y “Valor de la autoridad de los padres” las puntuaciones del grupo control son más elevadas que las del grupo clínico. La diferencia entre grupos no ha sido significativa para ninguno de los dos factores, con un intervalo de confianza del 95%.

En cuanto al tamaño del efecto, los factores “Preocupación familiar”, “Interferencia de los padres” y “Autosuficiencia y rencor contra los padres” obtuvieron valores elevados, mientras que “Permisividad parental” y “Traumatismo infantil” obtuvieron valores del tamaño del efecto moderados (*Tabla 2*).

Tabla 2: Resultados *t* de Student: comparación de medias independientes para cada factor del CaMir-R

	Grupo clínico	Grupo control	<i>t</i> Student	<i>p</i> (bilateral)	Intervalo de confianza (95%)	<i>d</i> Cohen
F1: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	3.85	4.54	-2.78	.09	[(-1.2)-(-.18)]	-.819
F2: Preocupación familiar	3.54	1.2	8.89	.00*	[1.19-1.89]	2.622
F3: Interferencia de los padres	3.29	2.04	6.28	.00*	[-.85-1.65]	1.852
F4: Valor de la autoridad de los padres	4.28	4.49	-1.51	.14	[(-.51)-.07]	-.444
F5: Permisividad parental	2.46	2.12	1.71	.97	[(-.76)-.07]	.504
F6: Autosuficiencia y rencor contra los padres	3.34	2.25	4.49	.00*	[.59-1.58]	1.323
F7: Traumatismo infantil	2.34	1.7	2.47	.02*	[.11-1.16]	.729

Con respecto a las correlaciones bivariadas de Pearson entre cada factor del CaMir-R y la puntuación total y la de cada factor del EAT, los resultados indican (*Tabla 3*) que únicamente existe una correlación significativa (inversa) entre el factor “Interferencia de los padres” del CaMir-R y el factor “Trastornos psicobiológicos” del EAT ($r = -0,57$; $p = 0,021$).

Tabla 3: Correlaciones bivariadas de Perason entre CaMir-R y EAT

CaMir-R	EAT							
	Total		Dieta y preocupación por la comida		Presión social percibida y malestar con la alimentación		Trastornos psicobiológicos	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
F1: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	.060	.826	-.055	.839	.294	.270	.192	.477
F2: Preocupación familiar	.024	.931	.104	.702	.015	.957	.311	.241
F3: Interferencia de los padres	-.341	.197	-.235	.381	-.316	.234	-.570	.021*
F4: Valor de la autoridad de los padres	.376	.152	.464	.070	-.026	.923	.283	.288
F5: Permisividad parental	.041	.881	.113	.677	.024	.930	-.075	.782
F6: Autosuficiencia y rencor contra los padres	.412	.113	.380	.146	.056	.837	-.013	.962
F7: Traumatismo infantil	-.100	.712	-.065	.805	-.383	.143	-.158	.558

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Tal y como reflejan los resultados obtenidos, el grupo clínico (pacientes con TA) presenta diferencias significativas respecto al grupo control en los factores “Preocupación familiar”, “Interferencia de los padres”, “Autosuficiencia y rencor contra los padres” y “Traumatismo infantil”. En los cuatro casos, las puntuaciones del grupo control son mayores que las del grupo clínico indicando, por tanto, que estos sujetos muestran una mayor preocupación por la posible separación de los seres queridos y una preocupación actual constante por las figuras de apego; experimentaron mayor sobreprotección por parte de los

padres durante su infancia; muestran rechazo hacia los sentimientos de dependencia y rencor hacia las figuras de apego y tienen recuerdos de haber sido maltratados por parte de las figuras de apego durante la infancia. Las puntuaciones en el factor "Permisividad parental" también son mayores en el grupo clínico que en el grupo control, aunque en este caso las diferencias no son significativas. Estos datos apoyan la hipótesis planteada para el estudio, e indican que los sujetos con TA tienen mayores índices de apego inseguro que los participantes del grupo control.

Cabe destacar que los factores en que mayores diferencias se encuentran entre grupos son "Preocupación familiar" e "Interferencia de los padres". Así, la negativa a comer puede surgir como una forma de protesta contra una familia que limita el desarrollo e independencia del sujeto, siendo una forma de autoafirmarse y definirse como independiente del ambiente familiar y convirtiéndose el hecho de estar delgado como base para la autoafirmación y poder de negativa ante la intromisión y demanda materna, especialmente en familias sobreimplicadas afectivamente o sobreprotectoras que no dejan espacio para el desarrollo personal de sus miembros (Moral, 2002). Además, tal y como indicaron Aguinaga, Fernández y Varo en el 2000, las familias en las que existe un TA se caracterizan tanto por la tendencia a evitar los conflictos y por la sobreprotección como por la dificultad de los padres para asumir el liderazgo dentro de la familia, además de haberse encontrado patrones relacionales ambivalentes y erróneos.

Por otra parte, las puntuaciones del grupo control fueron mayores que las del grupo con TA en los factores "Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego" y "Valor de la autoridad de los padres", aunque estas diferencias no han sido estadísticamente significativas. Sin embargo, el tamaño del efecto aparece como grande en el caso del "Apego Seguro" mostrándose, por tanto, en la dirección esperada.

Los resultados obtenidos concuerdan con los del estudio que Münch, Hunger y Schweitzer publicaron en 2016, donde concluyeron que las participantes del grupo clínico (pacientes con TA) fueron significativamente más propensas a tener un estilo de apego inseguro respecto al grupo control.

En otro estudio, se vio como el apego inseguro fue significativamente mayor en el grupo con riesgo a desarrollar un trastorno alimentario, y predijo significativamente el riesgo u ocurrencia de un trastorno de la conducta alimentaria. Así, el apego inseguro se puede considerar como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios (Szalai y Czeglédi, 2015). Nuestros resultados están también en la línea de este estudio, pues el grupo con TA reporta haber experimentado en mayor medida apego inseguro durante su infancia.

Por tanto, se podría hipotetizar que el apego inseguro podría haber actuado como factor de riesgo en el desarrollo de la patología.

Finalmente, en el estudio llevado a cabo por Jewell y sus colaboradores en 2016, cuyo objetivo era revistar la literatura existente sobre la relación del apego con los trastornos alimentarios en la infancia y la adolescencia, se encontró que de los 15 artículos que estudiaban dicha relación, todos encontraron una asociación entre el apego inseguro y la patología alimentaria.

Por tanto, de forma tentativa, se podría concluir que el apego seguro actuaría como un factor protector frente al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y que algún tipo de sobreimplicación familiar podría ser un factor de riesgo, lo cual es coincidente con gran parte de la literatura previamente encontrada.

El estilo de apego seguro se caracteriza por presentar en mayor medida emociones como alegría, confianza, seguridad y tranquilidad. Según Fredrickson (2001), las emociones positivas ayudan al crecimiento y a la conexión social, a la resiliencia psicológica, a ampliar repertorios de acción y pensamiento y a mejorar el bienestar emocional. Del mismo modo, Ryff y Singer (2003) defienden que las emociones positivas pueden actuar como un factor protector y promover una salud positiva (Garrido, 2006).

Por otra parte, no se han encontrado correlaciones significativas entre los factores del CaMir-R y los del EAT, de manera que no se cumple nuestra última hipótesis. Estos resultados van en contra de lo intuido, pues cabría esperar que, a mayores puntuaciones de apego inseguro, mayor gravedad del trastorno alimentario, aunque no hemos encontrado bibliografía que correlacione estos dos cuestionarios.

A pesar de que se ha encontrado una correlación significativa inversa entre los factores “Interferencia de los padres” y “Trastornos psicobiológicos”, no encontramos evidencia que susente esta relación y, dadas las limitaciones del propio estudio, es posible que se deba al azar o a otros factores no controlados.

Debemos destacar también, que la principal limitación del estudio ha sido no diferenciar entre presentar Anorexia nerviosa o Bulimia nerviosa en el grupo de pacientes. Se han considerado ambos trastornos dentro de TA y ello podría alterar los resultados. Así, se podría considerar la posibilidad de realizar un estudio futuro contemplando esta diferenciación, con la finalidad de ver si los estilos de apego influyen de manera diferente en el desarrollo de ambos trastornos.

Además, el rango de edades entre los que oscilan ambos grupos es bastante desigual, estando el grupo control entre 14 y 47 y el grupo clínico entre 14 y 30. Esta diferencia en el extremo superior de los intervalos podría alterar los resultados, pues hay casi una generación de diferencia. En un posible futuro estudio, se debería considerar este aspecto e igualar el rango de edades de los participantes.

Como puntos fuertes del estudio, pensamos que el principal es el instrumento utilizado para medir los estilos de apego. Se ha utilizado el CaMir-R, un cuestionario que mide las representaciones de apego y la concepción acerca del funcionamiento familiar. Al tratarse de un cuestionario novedoso no se cuenta con mucha investigación que lo utilice como instrumento. Su utilización puede aportar datos interesantes sobre la relación entre el apego establecido durante la infancia y el posible desarrollo de un TA.

Otro punto fuerte del estudio es el tamaño de la muestra. A pesar de que los resultados no son fácilmente generalizables, se considera una muestra suficientemente grande como para sacar algunas conclusiones. Para futuras investigaciones, se propone ampliar este número, llegando a los 250 participantes, como en el estudio realizado por Münch, Hunger y Schweiter en 2016.

Como conclusión, se puede afirmar que el estilo de apego que establecen los niños y niñas durante su infancia es un factor que se relaciona con la probabilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en el futuro. Así, a tenor de las diferencias encontradas entre sujetos controles y sujetos afectados de un TA, podríamos sugerir que aquellos individuos con un estilo de apego inseguro y una mayor sobreimplicación familiar podrían tener una mayor probabilidad de desarrollar un TA que aquellos cuyo estilo de apego haya sido seguro.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association, APA (2013). DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, (5a Edición). Washington, DC.

Aguinaga, M., Fernández, L. J. y Varo, J. R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *ANALES Sis san Navarra*, 23(2), 279-292.

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.

Betancourt, L., Rodríguez, M., y Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas médica*, 48(3), 261-276.

Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009). Aportes de la teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 217-226.

Corbin, J. A. La Teoría del Apego y el vínculo entre padres e hijos. *Psicología y mente* [online]. Disponible en: <https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-apego-padres-hijos>

Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.

Iñarritu, M. C., Cruz, V. y Morán, I. C. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Salus cum propositum vitae*, 5(2).

Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P. y Eisler, I. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of eating disorders*, 49(4), 354-373.

Martín, J. M., Seguí-Durán, D., Antón-Torre, L. y Barrera-Palacios, A. (2016). Relación entre estilos parentales, intensidad psicopatológica y tipo de sintomatología en una muestra clínica adolescente. *Anales de psicología*, 32(2), 417-423.

Martínez, C., y Santelices, M. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhé (Santiago)*, 14(1), 181-191.

Martínez, C., y Nuñez, C. (2007). Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): propiedades psicométricas de su versión en Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(3), 261-274.

Moral, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Respsyn. Revista Salud Pública y Nutrición*, 3(3).

Münch, A., Hunger, C. y Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*. DOI 10.1186/s40359-016-0141-4.

Oliva, A. (2004). Estado actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

Santelices, m. P., Guzmán, M., y Garrido, L. (2011). Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20(1), 49-56.

Seijas, D. y Sepúlveda, X. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Médica Clínica Las Condes*, 16(4), 230-235.

Soares, I., y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.

Szalai, T. D. y Czeglédi, E. (2015). Attachment as a predictor of risk factor eating disorders on a representative hungarian adult sample, *Idegyogy Sz.*, 68(11-12), 409-416.

Universidad Complutense de Madrid. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Ficha técnica EAT.

Vega, V. Sánchez, M. L. y Roitman, D. (2011). *Tipos de apego en una muestra de adolescentes con y sin trastorno de la conducta alimentaria*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, 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.

Vishwanatha, K., y Hirisave, U. (2008). Attachment and Psychopathology in Children with Emotional Disorders. *Indian journal of pediatrics*, 74(4), 395-397.

Tasca, G. A., y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.

www.prevencion.adeslas.es. (2017). *Adeslas*. [online] Disponible en: <https://www.prevencion.adeslas.es/es/trastornoalimenticio/masprevencion/Paginas/cifras-anorexia-bulimia.aspx> [Accessed 9 Feb. 2017].

ANEXOS

CAMIR-R

Género : Mujer Hombre

Edad: _____

Nivel de estudios: Sin estudios Primarios Medios Superiores

Estado civil:

 Soltero/a Pareja Casado/a Viudo/a Separado/a-Divorciado/a

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1 Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	5	4	3	2	1
2 Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	5	4	3	2	1
3 En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	5	4	3	2	1
4 Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	5	4	3	2	1
5 En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	5	4	3	2	1
6 Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	5	4	3	2	1
7 Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	5	4	3	2	1
8 Detesto el sentimiento de depender de los demás	5	4	3	2	1
9 Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	5	4	3	2	1
10 Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	5	4	3	2	1
11 Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	5	4	3	2	1
12 No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	5	4	3	2	1
13 Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	5	4	3	2	1
14 Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	5	4	3	2	1
15 Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	5	4	3	2	1

¹ Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Mucla, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	5	4	3	2	1
17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	5	4	3	2	1
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	5	4	3	2	1
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	5	4	3	2	1
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	5	4	3	2	1
21	Siento confianza en mis seres queridos	5	4	3	2	1
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	5	4	3	2	1
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	5	4	3	2	1
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	5	4	3	2	1
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)	5	4	3	2	1
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	5	4	3	2	1
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	5	4	3	2	1
28	Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa	5	4	3	2	1
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	5	4	3	2	1
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	5	4	3	2	1
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	5	4	3	2	1
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	5	4	3	2	1

E.A.T.-40: versión española (Castro,Toro,Salamero y Guimerá,1991)

NOMBRE:..... FECHA:.....

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas.....						
2. Preparo comida para otros, pero yo no me las como....						
3. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas.....						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.....						
5. Procuo no comer aunque tenga hambre.....						
6. Me preocupo mucho por la comida.....						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.....						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)...						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.....						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.....						
13. Vomito después de haber comido.....						
14. Me siento muy culpable después de comer.....						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.....						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....						
17. Me peso varias veces al día.....						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.....						
19. Disfruto comiendo carne.....						
20. Me levanto pronto por las mañanas.....						
21. Cada día como los mismos alimentos.....						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.....						
23. Tengo la menstruación regular.....						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o...						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....						
26. Tardo en comer más que las otras personas.....						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.....						
28. Tomo laxantes (purgantes).....						
29. Procuo no comer alimentos con azúcar.....						
30. Como alimentos de régimen.....						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.....						
32. Me controlo en las comidas.....						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.....						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.....						
35. Tengo estreñimiento.....						
36. Me siento incómoda/o después de comer dulces.....						
37. Me comprometo a hacer régimen.....						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.....						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....						