



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“ESTILOS DE APEGO RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS
ANORÉXICAS Y BULÍMICAS EN ESTUDIANTES DE
BACHILLERATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autor: Palacios Cortez, Johanna Maricela

Tutora: Psi. Cl. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía Mg.

Ambato - Ecuador

Marzo, 2021

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“ESTILOS DE APEGO RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS ANORÉXICAS Y BULÍMICAS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO”** de Johanna Maricela Palacios Cortez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, marzo del 2021

LA TUTORA

.....
Psi. Cl. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía Mg.

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“ESTILOS DE APEGO RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS ANORÉXICAS Y BULÍMICAS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado

Ambato, marzo del 2021

LA AUTORA

.....
Palacios Cortez, Johanna Maricela

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos de en línea patrimonial de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además, apruebo la reproducción del proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, marzo del 2021

LA AUTORA

.....
Palacios Cortez, Johanna Maricela

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“ESTILOS DE APEGO RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS ANORÉXICAS Y BULÍMICAS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO”** de Johanna Maricela Palacios Cortez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, marzo del 2021

Para constancia firman:

.....

Presidente

.....

1er Vocal

.....

2do Vocal

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico principalmente a mi valiente hija Amelia Sofía, quien ha sido mi inspiración para continuar día a día, quien iluminó mi mundo y me dio la fuerza para culminar esta etapa.

A mis padres María Judith y Juan, que me mostraron que querer es poder y que nada era imposible mientras lo deseara y trabajara por ello.

A mis hermanos María Judith y Kevin André, a quienes adoro con todo mi corazón y son mi ejemplo de honestidad y perseverancia.

A mi mami Rosita y a mi papi Luchito, sin ustedes todo esto no habría sido posible, a ustedes que durante años me recibieron como una más de sus hijas, a mis hermanos de otra madre Verito, Cris, Juan y Adry que me abrieron las puertas de sus casas y su corazón.

Quiero también dedicársela a esos pocos amigos que siempre permanecieron junto a mí, José Luis que ha compartido 23 años de su vida conmigo, Chris que me ha abrazado en todo momento y ha hecho todo más divertido, especialmente a Kevin que ha sido mi apoyo durante todo este proceso y ha sabido alentarme en los momentos en los que creí que no lo iba a lograr.

Esta dedicatoria no estaría completa sin mencionar a mi mejor amiga y alma gemela, la mujer que cambió por completo mi mundo, hoy en día el ángel que guardo en mi corazón, mi MELY, hoy culmino este trabajo por las dos, todo esto también es por y para ti que me esperas en la eternidad.

AGRADECIMIENTO

De modo especial, quiero agradecer al Psc. Cl. Fabricio Vásquez de la Bandera y a la Psc. Cl. María Cristina Valencia, quienes mostraron un excepcional don de gente al haberme brindado su ayuda en diversos momentos durante este proceso, son docentes que sin duda marcaron mi paso por las aulas.

A mi tutora Psc. Cl. Mayra Rodríguez y al Psc. Cl. Ismael Gaibor quienes tuvieron las herramientas adecuadas para que la elaboración de este trabajo se realizará de la mejor manera.

A la familia Galarza Núñez que durante años me permitieron trabajar de tal modo que mis estudios no se interrumpieron en ningún punto.

Gracias a todos porque hicieron de esta, una travesía para ser recordada por siempre.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE TUTOR	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
MARCO TEÓRICO	2
1.1 Antecedentes Investigativos	2
1.1.1 Contextualización	2
1.1.2 Estado del arte	5
1.1.3 Marco teórico	16
Apego	16
Definición	16
Teoría del apego	17
Necesidades infantiles	20
Cuidados maternos	22
Vínculos afectivos	24
Tipos de apego	25
Apego Seguro	25
Apego Inseguro – Evitativo	25
Apego Inseguro – ambivalente	26
Apego desorganizado – desorientado	27
Dimensiones del apego relacionados con los Estilos de Apego	27
El apego y la psicopatología	28
Conductas Anoréxicas y Bulímicas	29

Pensamiento	29
Distorsiones del pensamiento	30
Trastornos de la Conducta Alimentaria	31
Principales Trastornos de la Conducta Alimentaria	33
Conductas Anoréxicas	35
Conductas Bulímicas	36
1.2 Objetivos	37
Objetivo general	37
Objetivos específicos	38
CAPÍTULO II	40
MARCO METODOLÓGICO	40
2.1 Materiales	40
2.2 Metodología	42
2.3 Operacionalización de las variables	43
CAPÍTULO III	46
3.1 Análisis e interpretación de resultados	46
3.2 Verificación de Hipótesis	58
CAPÍTULO IV	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
4.1 Conclusiones	63
4.2 Recomendaciones	64
BIBLIOGRAFÍA	66
Base de datos UTA	78
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales trastornos alimenticios.....	33
Tabla 2. Operacionalización de Variables	43
Tabla 3. Sexo de la población	46
Tabla 4. Dimensiones prevalentes de los estilos de apego.....	47
Tabla 5. Factores prevalentes de las conductas anoréxicas y bulímicas	49
Tabla 6. Dimensiones de apego según el sexo	51
Tabla 7. Relación entre sexo y CAMIR-R.....	53
Tabla 8. Relación entre las dimensiones del test CAMIR-R y el test EAT-26.....	54
Tabla 9. Relación entre las variables del test CAMIR-R y el test EAT-26	56
Tabla 10. Análisis de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnova.....	58
Tabla 11. Correlación entre las dimensiones del test Camir y los factores del test EAT-26.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo de los participantes	46
Figura 2. Dimensiones prevalentes de los estilos de apego	48
Figura 3. Factores prevalentes de las conductas anoréxicas y bulímicas.....	50
Figura 4. Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.	52
Figura 5. Relación entre las dimensiones del test CAMIR-R y el test EAT-26.....	55
Figura 6. Relación entre las variables del test CAMIR-R y el test EAT-26	57

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. CAMIR-R.....	80
Anexo 2. EAT-26.....	81
Anexo 3. Consentimiento informado a padres de familia.....	81

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
ESTILOS DE APEGO RELACIONADOS CON LAS
CONDUCTAS ANORÉXICAS Y BULÍMICAS EN ESTUDIANTES
DE BACHILLERATO”

Autor: Palacios Cortez, Johanna Maricela

Tutora: Psi. Cl. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía Mg.

Fecha: marzo, 2021

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue demostrar la relación presente entre los estilos de apego con las conductas anoréxicas y bulímicas en un grupo de estudiantes de todo el bachillerato de la Unidad Educativa Bilingüe CEBI. Para esta investigación se procedió a trabajar con un total de 84 adolescentes entre 15 y 18 años (48 hombres, 36 mujeres) de los 3 años de bachillerato y para su valoración se consideró la aplicación de los reactivos psicológicos CAMIR- R, para la evaluación de las dimensiones del apego y para la evaluación de las conductas anoréxicas y bulímicas se procedió a aplicar el EAT- 26. El análisis de dichas variables se lo realizó con el software estadístico SPSS-21 y la prueba Rho de Spearman, donde se pudo observar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables, ya que sus valores excedían a los recomendados de <0.05 . Se encontró una excepción en la

dimensión Autosuficiencia y rencor hacia los padres con el factor bulimia, cuyo valor fue de ,001; mostrando un valor altamente significativo dentro del grupo de estudiantes que fueron evaluados.

Este resultado se puede observar en estudios que comprendían un grupo clínico (con un diagnóstico de anorexia o bulimia nerviosa) y un grupo control, donde el grupo clínico muestra una relación significativa respecto a las conductas anoréxicas y bulímicas con los estilos de apego, a diferencia del grupo control donde estas variables no muestran mayor correlación.

PALABRAS CLAVE: ESTILOS DE APEGO, CONDUCTAS ANORÉXICAS Y
BULÍMICAS, ADOLESCENTES, DIMENSIONES, FACTORES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"ATTACHMENT STYLES RELATED TO ANOREXIC AND
BULIMIC BEHAVIORS IN HIGH SCHOOL STUDENTS"**

Author: Palacios Cortez, Johanna Maricela

Tutora: Psi. Cl. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía Mg.

Date: March, 2021

ABSTRACT

The objective of the present research is to demonstrate the relation between attachment styles and anorexic and bulimic behavior in a group of students from baccalaureate of the Bilingual Educational Unit CEBI. This research was realice with a total of 84 adolescents between the age of 15 and 18 years (48 men, 36 women) from the three years of high school were carried out and for their evaluation was considered the application of the CAMIR-R psychological questionnaire to measure the attachment dimensions. For the evaluation of anorexic and bulimic behavior was applied EAT-26. The analysis of the variables was executed with SPSS-21 statistic software and Rho Spearman test, where it could be observed that there is no statistically significant correlation between variables, as the values exceeded those recommended for <0.05 .

Were found an exception on self-sufficiency and grudge dimensions towards parents along with bulimic factor which value was 0,01, showing a highly significant value within the group of students evaluated. This result was observed in studies composed of a clinic group with anorexia and bulimia diagnostic and a control group, where the clinic group shows a significant relationship concerning anorexic and bulimic behavior with attachment styles, unlike the control group where these variables do not show a significant correlation.

KEY WORDS: ATTACHMENT STYLES, ANOREXIC AND BULIMIC BEHAVIOR, ADOLESCENTS, DIMENSIONS. FACTORS.

INTRODUCCIÓN

Para Ávila de Encío (2018) el apego tiene sus bases en la necesidad del niño de crear una relación afectiva con otro, que no es menos que su madre (cuidador) para así posteriormente poder establecer, a posteriori, el vínculo que definirá su relación con los demás.

La investigación que se presenta a continuación tiene su centro en el estudio de los estilos de apego, que es el modo en el que el niño interiorizó los distintos afectos que percibió durante su infancia y por consiguiente le otorgará la estabilidad requerida para la socialización con sus pares a futuro. No siempre se contará con una base segura que brinde un patrón saludable para esta relación, por lo que también se explicará las bases de los estilos de apego menos favorecedores que actuarán como predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables (Bowlby, 1954).

En cuanto las conductas anoréxicas y bulímicas, descritas por Requena (2012) y Ramos (2015) como aquellas acciones que en un comienzo pueden ser adoptadas para el perfeccionamiento de la figura física pueden tomar un curso insano que se encamina al padecimiento de trastornos de la conducta alimentaria, encontrarán sus bases en los estilos de apego.

El presente estudio se lo realiza en una población adolescente, debido a que la teoría señala que los grupos más vulnerables en cuanto al padecimiento de los Trastornos de la Conducta alimentaria son las mujeres, adolescentes y niños (Onnis, 2015).

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes Investigativos

1.1.1 Contextualización

En un estudio realizado por la Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders Inc. (ANRED, 2020) se estimó que del total de la población adolescente de los Estados Unidos de Norteamérica el 1% sufría de Anorexia Nerviosa, lo que significaba que por cada 100 adolescentes 1 era afectada con este trastorno y podía causarle la muerte. Sobre la bulimia se concluyó que el porcentaje de adolescente que padecía de este trastorno llegaba al 4%, siendo este un trastorno más común entre las y los adolescentes. En cuanto al sexo se estima que del total de población estudiada y diagnosticada con un trastorno alimenticio tan solo el 10% se trata de población masculina, esto debido a la concepción cultural que representa la imagen corporal tanto en hombres como en mujeres. Los grupos que en su mayoría se ven afectados por este tipo de desórdenes son los niños y los adolescentes, es infrecuente que estas afecciones se encuentren dentro de los adultos o los adultos mayores.

En un estudio reciente realizado por la National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD, 2020) se apreció que los desórdenes alimenticios afectan a un 9% de los adolescentes a nivel mundial. La anorexia nerviosa afecta al 1% de la población adolescente, mientras que la bulimia nerviosa afecta al 3%, del trastorno por atracón se conoce que afecta al 3% de la población. Así mismo se pudo

comprobar que solamente el 6% de los casos registrados reciben un diagnóstico médico oportuno. Sobre la mortandad que presenta este tipo de trastornos, se calcula que los Trastornos de la Conducta Alimentaria ocupan el segundo lugar de los padecimientos mentales que causa decesos y que el 26% de las personas diagnosticadas intentan suicidarse.

Tras una exploración realizada por la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB, 2018) se pudo extraer datos de la población de Cataluña donde se reflejó que la tasa de prevalencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en adolescentes de entre 12 y 21 años de edad es del 4,1% y el 4,5%. La población más afectada por este padecimiento es la femenina donde se puede observar que el 0,3% padece de anorexia, el 0,8% padece de bulimia y alrededor del 3,1% padecen de un TCA no especificado. Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en mujeres por lo que se estima que por cada 9 mujeres que se diagnostican con un TCA se diagnostica a un hombre.

Según el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS, 2018) los trastornos de la alimentación se presentan entre los 12 y los 25 años de edad. El IMSS enfatizó que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012 el 57% de los adolescentes mexicanos que padecen de una TCA pueden tener una calidad de vida normal con el tratamiento médico respectivo, el 40% presenta una cura total y solo el 3% llega a fallecer, la tasa de mortandad por anorexia fue del 5.9%, mientras que por bulimia fue del 0.3%. También se pudo observar que por cada 10 personas que padecen

algún tipo de TCA 9 casos son registrados en mujeres, mientras que 1 caso corresponde a hombres.

Para la Asociación contra la lucha de la Anorexia y la Bulimia (ALUBA, 2020) en su más reciente investigación realizada en población argentina, se corroboró con una muestra de más de 100 mil mujeres que el 29% sufre de algún trastorno alimenticio y las edades de inicio cada vez son más tempranas, se estima que en Argentina por cada 100 mujeres 1 sufre de Anorexia Nerviosa. En la última década se registró un aumento del 50% de las enfermedades comórbidas con los problemas alimenticios por lo que se empieza a reconocer a las patologías alimentarias como padecimientos encaminados a desarrollar una cronicidad representativa lo que significaría que la enfermedad puede acompañar toda la vida a quien la padece.

El Ministerio de Salud de Colombia (2018) en sus estudios realizados encontró que entre el año 2009 y el año 2017 existieron más de 38.896 casos que se diagnosticaron como algún subtipo de trastorno alimenticio y el 60,8% de estas atenciones correspondieron a mujeres, las edades de diagnóstico fluctuaron entre los 9 y 19 años. Con un diagnóstico de TCA no especificado se encontraron a un total de 13.156 personas, por otro lado 11.233 personas fueron diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y por Bulimia se atendió a 2.633 pacientes.

En los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2013) del Ecuador, en el total de la población escolar existe un 15% de niños que presentan retardo tanto en su talla como en su peso, siendo la población indígena y la de bajos

recursos las que presentan en su mayoría este tipo de problemáticas en relación a la población de mejores ingresos económicos. Las provincias que presentan índices más bajos en cuanto a talla y peso en los niños son las de Santa Elena (26,8%), Chimborazo (35,1%), Bolívar (35,1%) e Imbabura (24,8%) y contrariamente las que presentan mayores índices de sobrepeso. En cuanto al total de los adolescentes ecuatorianos, el 19,1% presentan un bajo peso para la edad y su prevalencia se encuentre en el sexo femenino con un 21,1% y en el sexo masculino un 17,3%.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014) del Ecuador, el 87% de la población adolescente femenina sienten inconformidad con su cuerpo y de estas el 12% y el 15% de adolescentes sufre de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria que se desarrolla entre los 12 y 20 años de edad. Se señala que por cada 100 mujeres que padecen este tipo de trastornos 15 llegan a fallecer. Se calcula que a nivel país un 40% de los pacientes que padecen de un trastorno de la conducta alimentaria pueden llevar una vida completamente adecuada bajo la supervisión médica correspondiente.

1.1.2 Estado del arte

En cuanto a la relación existente entre los estilos de apego y el desarrollo de patologías alimentarias Gutiérrez, G., et. al (2017) en su investigación realizada con una población total de 485 adolescentes de la ciudad de Asturias en España, donde 240 participantes eran mujeres y la población restante comprendía a población masculina. Del 100% de participantes se pudo comprobar que el 67.7% residían con ambos

progenitores y se utilizó la *rho* de Spearman para el análisis de la relación entre variables. Los resultados mostraron que respecto a las Patologías Alimentarias (PA) y las conductas bulímicas existe una conexión relevante en cuanto al temor al rechazo o al abandono; siendo las mujeres las más propensas a presentar esta problemática, en cuanto a los chicos se vislumbró que la relación entre la mala regulación emocional y las representaciones del apego explicarían la aparición de las PA.

En una investigación realizada por Lazarević, Batinić, & Vukosavljević-Gvozden (2016) en una universidad de Belgrado en Serbia con un universo de 500 mujeres de entre 18 a 35 años, en donde la edad media es de 22,4 años, se buscaba identificar la prevalencia de la Anorexia Nerviosa (AN) y los factores determinantes para el desarrollo de dicha patología. En el presente estudio se demostró que el 7,6% de las alumnas muestran conductas que corresponden a la AN, el 2,6% presentan un índice de masa corporal que indica la posible presencia del trastorno y solo el 0,2 presentaba los dos criterios antes mencionados; en cuanto a los estilos de apego se comprobó que el 60,4% de la población presentaban estilos de apego inadecuados. De tal modo se concluyó que los estilos de apego tienen un papel importante en cuanto al posible desarrollo de conductas que anteceden al diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

García, Herrero & Jáuregui (2019) realizaron un estudio de tipo descriptivo en la ciudad de Sevilla, en el cual buscaron describir la interacción entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) con los Estilos de Apego (EA) y la preocupación por la imagen corporal, con una población clínica de 30 pacientes con diagnóstico de TCA, donde el 10% comprendía a población masculina y el 90% correspondía a población

femenina con edades entre 14 a 35 años. Por tanto el estudio concluyó que dentro de los TCA existe la predominancia del estilo de apego inseguro en un 86,8% por encima de estilo de apego seguro, siendo este estilo de apego un factor determinante para el desarrollo de los TCA; respecto al sexo se pudo evidenciar que si bien existe una mayor preocupación por la imagen corporal en cuanto a las mujeres, los hombres presentan la misma preocupación frente al padecimiento de los TCA.

En una publicación realizada por Monteleone, A., et. al (2019) se muestra como la vulnerabilidad ante el estrés puede ser uno de los determinantes a la hora de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, esto sumado al estilo de apego inseguro cuenta como un factor de riesgo adicional a la hora de presentar la sintomatología de dicho trastorno. En este estudio participaron 52 mujeres que asistieron al servicio de urgencias de un hospital de la ciudad de Helsinki, en donde 29 tuvieron un diagnóstico de Anorexia Nerviosa y 23 de Bulimia Nerviosa; de este total de participantes el 65.38% mostró un apego de tipo evitativo relacionándose con la hipótesis de que estos participantes pueden mostrar una mayor reactividad a la hora de presentar sintomatología ansiosa en respuesta al estrés, lo que las predispone a presentar desórdenes alimenticios.

Al mismo tiempo es importante considerar la personalidad dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, por lo que Münch, Hunger & Schweitzer (2016) en su investigación realizada con 253 mujeres de nacionalidad Alemana, del total de participantes 106 mujeres pertenecían al grupo de mujeres con desórdenes alimenticios y 147 mujeres como grupo control. De las 106 mujeres ya mencionadas 86 admitieron

tener conductas anoréxicas y 20 cumplían con los criterios diagnósticos de un Trastorno de la Conducta alimentaria. Se encontró que en este grupo el 37% de la muestra presentaba comorbilidad con trastornos de personalidad, siendo la personalidad extrovertida y neurótica las más presentes. En cuanto a los estilos de apego se comprobó que el estilo predominante en este grupo fue el inseguro en comparación al grupo de control, en donde se comprobó que el estilo de apego predominante fue el seguro y existía una ausencia de conductas propias de los TCA.

La relación entre las variables ya mencionadas ha sido estudiada en diversos países como Italia, específicamente en Roma, en donde Attili, Pentima, Toni, & Roazzi, (2018) realizaron un estudio con 405 adolescentes de entre 15 y 17 años de un colegio de la misma ciudad y sus respectivos padres. De este universo se tomó dos muestras, la primera constó de un total de 55 participantes con un diagnóstico de Trastorno de la Conducta alimentaria (50 mujeres, 5 hombres) y la segunda muestra con un total de 80 mujeres que sirvieron como grupo control. Los resultados mostraron que los padres del grupo de adolescentes con TCA mostraron rasgos de apego inseguro por lo que los hijos reflejaban el mismo patrón de estilo de apego, esto contrario al grupo control en donde los padres mostraron un apego seguro y por ende los adolescentes mostraron mejores patrones de desarrollo emocional y social.

Para el presente estudio se contó con la participación de 168 mujeres de entre 16 y 28 años que presentaban diferentes tipos de trastornos alimenticios, en donde se encontró que existía un 30% de participantes que mostraban estilos de crianza inseguros, haciendo referencia a un sentimiento de abandono por parte de la madre, provocando

efectos de inseguridad y ansiedad con respecto a las conductas alimentarias de riesgo. Según la hipótesis planteada por los autores del estudio, Borda, M. et,al. (2019) este estilo de crianza tiene sus bases en el rechazo materno específicamente, por lo cual se relaciona positivamente con los trastornos de la conducta alimentaria.

Gonçalves, Vieira, Rodrigues, Machado, Brandão, Timóteo & Machado (2019) en su estudio realizado a un universo de 137 pacientes menores de 21 años, donde el 93.4% de los participantes correspondían al género femenino y el 6,6% restante correspondían al género masculino. Dichos participantes habían sido diagnosticados con diferentes subtipos de TCA. Los resultados mostraron que dentro del grupo participante, se presentó de modo significativo los estilos de apego evitativo y ansioso en un 60% y sumado a esta característica, se presentaba la percepción del ambiente infantil invalidante que no mostraba una diferencia en cuanto a los estilos de apego. Se mostró una relación significativa entre la preocupación por el peso con la invalidación paterna, mientras que, la invalidación materna se relacionó con la preocupación por el peso y la forma.

Para el siguiente Lampis, Cataudella, Busonera, De Simone & Tommasi (2019) entrevistaron a 920 adolescentes de una ciudad de Italia (427 hombre, 493 mujeres) de entre 14 y 21 años de edad. El objetivo del estudio fue mostrar la relación entre el género, impulso por la delgadez, insatisfacción corporal y la bulimia, siendo así, que las chicas italianas puntuaron más alto en cuanto a la insatisfacción corporal. La interacción entre género y rol de género fue significativa para los modelos que predijeron la bulimia y para uno de los dos modelos que pronosticaron un impulso por

la delgadez. En cuanto a los modelos que predijeron la bulimia, la interacción del género con la feminidad fue significativa en un 2,22%, por otro lado, la predicción de la bulimia se vio afectada por el grado de feminidad en los hombres con puntuaciones altas, quienes tendían a mostrar mayores niveles de bulimia frente a los hombres con menores puntajes; mientras que las mujeres con puntajes más bajos en feminidad tendían a tener mayores niveles de bulimia que las mujeres con puntuaciones más altas.

En un estudio realizado por Manaj (2016), en la ciudad de Tirana en Albania, con un total de 287 adolescentes mujeres de entre 15 y 18 años de edad. El 7% de la muestra eran adolescentes de 15 años, las participantes de 16 años correspondían al 32,3%, las adolescentes que tenían 17 años representan el 45,7% de la muestra, y las participantes de 18 años constituyeron el 15% restante. Los datos fueron analizados con el Programa Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS) versión 20. Los resultados mostraron que de las 287 chicas adolescentes 22% de ellas tenía estilo de apego seguro, el 31,3% tenía estilo de apego inseguro, el 29,9% tenía un estilo de apego desorganizado y solo el 16,7% muestran un estilo de apego evitativo en relaciones con los demás. En cuanto a los trastornos alimentarios 34% de las chicas que tienen predisposición a desarrollar un trastorno alimentario tienen un apego inseguro- ambivalente, el 39% tiene un estilo de apego desorganizado y el 27% de las adolescentes que están en el límite de padecer trastornos alimentarios tienen un estilo de apego evitativo.

En un estudio realizado por Batista, Žigić, Žaja, Jakovina & Begovac (2018) incluyeron un total de 70 mujeres participantes distribuidas equitativamente entre un grupo de Anorexia Nerviosa (N = 35) y un grupo control (N = 35), el reclutamiento de

pacientes se realizó en dos centros participantes. Un centro era una unidad hospitalaria pediátrica de la ciudad de Zagreb, Croacia. Todos los participantes habían sufrido de anorexia durante al menos un año antes de establecer el diagnóstico y los criterios de inclusión fueron la edad de 11 a 19 años, con un percentil del índice de masa corporal para la edad <5% e índice de masa corporal (IMC) <18,5 en el momento del ingreso hospitalario. Los resultados sugirieron que los adolescentes con AN en comparación con el grupo control tenían una tasa más alta de desajuste psicológico, es decir, más problemas interpersonales y afectivos; lo que indicaba que al parecer buscaban la perfección a través de la abnegación y el sufrimiento, y tenían un bajo sentido de estima y un sentido de vacío emocional.

Uno de los principales factores que antecede al padecimiento de cualquier trastorno de la conducta alimentaria se relaciona íntimamente con la insatisfacción corporal, por lo que Oliva, et. al, (2016) en un estudio realizado a un universo de 84 estudiante (54.1% hombres y 45.9%, mujeres) con edades comprendidas entre los 10 y los 17 años en la ciudad de Yucatán. Se encontró que existe una concordancia entre el índice de masa corporal y la percepción de la imagen en los estudiantes, esto equivalía al 79,8% de los jóvenes que se percibían como “normales”. En relación al sexo se concluyó que el 41,6% de mujeres tenían la tendencia a subestimar su bajo o alto peso y los hombres que subestimaban su peso en un 17,5%.

Por otra parte, Pinto, Beyzaga, Cantero, Oviedo & Vergara (2018) en su investigación realizada con 1024 estudiantes en la ciudad de Arica en Chile, buscaban relacionar a los estilos de apego con la psicopatología, por lo que los participantes que se

encontraban entre los 13 y 17 años de edad accedieron a participar del estudio con autorización de sus padres. De todos los participantes el 47,3% eran hombres y el 52,7% mujeres; el 50.7% de los estudiantes declararon pertenecer a una familia nuclear, el 19% a una familia extendida, el 13.4% a una familia reorganizada y el 16.9% a una familia monoparental. Existió una mayor porcentaje de participantes que mostraron apego inseguro, en concreto, el evitativo con un 30.2%, seguido por el estilo preocupado 28.4%, temeroso 22.9% y en último lugar el apego seguro 18.5%. Los adolescentes con apego temeroso obtuvieron un puntaje más alto en el índice de malestar psicológico respecto a los jóvenes con estilo seguro. Los análisis post hoc confirmaron que los adolescentes con estilo de apego temeroso obtuvieron puntajes más altas en somatización, en la escala de obsesión-compulsión, depresión y ansiedad se observó que los jóvenes con estilo de apego temeroso presentaron diferencias significativas respecto al estilo de apego seguro, preocupado y evitativo.

En un estudio realizado por Cofré, et al. (2017) con una muestra de 100 niños de entre 6 y 9 años, en donde 55 participantes eran niños y 45 eran mujeres, en una escuela primaria de la ciudad de Temuco (Chile) se estudió la relación existente entre la los estilos vinculares (apego) con las conductas alimentaria. De la investigación se pudo obtener resultados que mostraban una relación significativa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) de los niños y el tipo de apego que han generado, siendo el apego seguro y evitativo los más presentes en la muestra donde el valor de Chi cuadrado con la prueba Kruskal-Wallis corresponde a 9.47 (3); $p=0.02$.

El objetivo principal del siguiente estudio realizado por Hoxha (2016) fue examinar el vínculo entre el apego evitativo, el apego ansioso y los desórdenes alimenticios, el estudio se realizó con 779 estudiantes universitarias de la ciudad de Albania con edades de entre los 18 y 21 años de edad. Los resultados de la estadística descriptiva revelaron que el 17,9% de los sujetos tenían bajo peso, el 77,8% tenían un peso normal y el 4,6% tenían sobrepeso. La correlación más representativa se dio entre el índice de masa corporal y el impulso por la delgadez, mientras que la relación entre el índice de masa corporal, la insatisfacción corporal y la bulimia fueron más débiles; lo que demuestra que las personas con un índice de masa corporal más alto tienden a realizar más prácticas de control de peso que las personas con bajo peso o con peso normal. En un segundo resultado mostró una relación significativa entre los estilos de apego evitativo, además del ansioso con las insatisfacción corporal, lo que conlleva una asociación más alta con la Bulimia y el impulso con la delgadez.

Dentro del estudio que llevaron a cabo Doba, & Nandrino (2020), donde existió la participación de 61 pacientes ingresadas para evaluación y tratamientos por trastornos de la conducta alimentaria, las cuales fluctuaban entre los 15 y 21 años de edad. El objetivo principal de esta investigación fue estudiar las relaciones entre los estilos de apego inseguro y evitativo con las competencias emocionales intrapersonales, además de la empatía emocional y cognitiva. Las deducciones mostraron que existe una relación significativa entre el apego de tipo evitativo y las competencias emocionales intrapersonales, también se encontró una relación moderada entre el estilo de apego inseguro con las competencias emocionales intrapersonales.

En una investigación realizada por Keating, Castle, Newton, Huang, Rossell, (2016) en un universo de 48 mujeres de la ciudad de Australia, de las cuales 24 cumplían con los criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa del Manual diagnóstico y estadístico, cuarta edición (DSM-IV) y un grupo control de 24 mujeres saludables. Los resultados mostraron que los individuos con AN obtuvieron resultados positivos, significativos y fuertes con relación a la sensibilidad al castigo y la emoción negativa con el apego ansioso y el apego evitativo. Se pudo comprobar que en el grupo control de mujeres existió una correlación positiva significativa entre el apego ansioso y la sensibilidad al castigo. En el grupo de mujeres con AN demostró una asociación positiva significativa entre las sub-escalas que comprenden un apego ansioso: afirmación y preocupación por las relaciones, con sensibilidad al castigo y una asociación negativa significativa entre confianza y sensibilidad al castigo.

En una línea de investigación similar Cassioli, et. al (2019) trabajó con un grupo de 123 mujeres de la universidad de Florencia. El presente trabajo constó de 2 grupos, el primero constó de un grupo de mujeres con un diagnóstico de Anorexia Nerviosa y un segundo grupo como grupo control. Este es el primer estudio sobre AN que informa una asociación positiva entre la disfunción sexual y los aspectos relacionados con el apego inseguro, en particular el malestar con la cercanía y la necesidad de aprobación con las disfunciones sexuales, muestran que los factores experienciales, como la insatisfacción con el propio cuerpo, por consiguiente esta correlación puede causar reacciones emocionales intensas de miedo y vergüenza que impiden que los pacientes con AN establezcan relaciones sexuales.

Por lo que se refiere a Gander, Sevecke & Buchheim (2018) en su estudio realizado con 126 adolescentes de entre 13 y 18 años de edad del Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Universidad Médica de Innsbruck, donde 60 pacientes correspondían a una muestra clínica y 66 adolescentes para grupo control. Se encontró que dentro de la muestra clínica la mayoría de pacientes eran mujeres en relación al grupo control, en cuanto a inteligencia no se encontraron diferencias significativas. Los resultados muestran que la distribución de las clasificaciones de apego difirió significativamente entre los grupos de estudio, en comparación, casi la mitad de los casos del grupo control fueron clasificados con un estilo de apego seguro y un tercio de los adolescentes mostraron un apego evitativo; los estilos de apego inseguro y desorganizado fueron poco frecuentes en la muestra de control. En contraste con el grupo de control, el apego desorganizado fue el más presente en pacientes con Episodio Depresivo Mayor y Anorexia Nerviosa.

Para concluir Nalbant, Kalayci, & Akdemir (2019) en su investigación realizada con 49 adolescente de entre 12 y 18 años de edad, de las 49 participantes con AN seleccionados, solo se incluyeron 43 y 6 fueron excluidos, 1 de los cuales se recuperó por completo, 4 por tener bulimia nerviosa (BN) y 1 por haber sido diagnosticado con una enfermedad médica comórbida. Los objetivos de este estudio fueron comparar el apego seguro de los padres de las adolescentes con Anorexia Nerviosa con el de los padres de las adolescentes sin ningún trastorno psiquiátrico e investigar las correlaciones entre estas variables, uno de los hallazgos básicos de esta investigación es que las adolescentes con AN percibieron más críticas / hostilidad en sus madres en comparación con el grupo de control. De acuerdo con la hipótesis de este estudio, las

adolescentes con AN tienen un apego seguro más bajo en relación con sus padres en comparación con las adolescentes del grupo de control.

1.1.3 Marco teórico

Apego

La variable que se explica a continuación esta abordada desde el enfoque psicoanalítico, debido a que el apego se encuentra dentro de los conceptos subjetivos que explica cómo influye los primeros vínculos afectivos al desarrollo y establecimiento relaciones interpersonales que los individuos entablan a lo largo de su vida. El afecto tiene una clara repercusión en cuanto a la percepción recibida por terceros y según como estas necesidades hayan sido cubiertas, se podrá observar los patrones disfuncionales en el futuro.

Definición

La palabra apego surge con el fin de establecer un nombre específico al instinto que surge en los seres humanos de establecer lazos afectivos, con diferentes personas desde los inicios de la vida y durante el transcurso de la misma, además busca explicar tanto las dolencias emocionales como los posteriores trastornos de tipo psicológico que surgen tras el posicionamiento de estos afectos que surgieron durante la infancia y que sufrieron separaciones inesperadas o pérdidas significativas. De entre los diversos componentes de las relaciones afectivas uno de los más importantes es el sentido de haber sido protegido de un modo adecuado durante diversas etapas cruciales como la

niñez y la adolescencia, lo que permitirá desarrollar la capacidad de cuidar de sí mismo y de los demás (Barudy & Dantagnan., 2005).

Otra forma de definir al apego es describirlo como un vínculo de fuerte intensidad y bidireccional, debido a que los sentimientos que se crean entre el niño y la figura de apego pero es de forma irregular, esto se explica ya que para la existencia y desarrollo del infante los progenitores juegan un papel fundamental, mientras que no sucede lo mismo con los padres, cabe recalcar que al hablar de un infante que acaba de nacer este generará un apego con sus padres, mientras que los padres necesitan vincularse. Por lo que el vínculo de apego muestra ser una clara ventaja para la evolución y la supervivencia (Guerrero & Barroso, 2019).

Teoría del apego

Desde sus comienzos la teoría del apego se ha interesado en el bienestar de los seres humanos independientemente de su cultura, por lo que la ha convertido en una teoría única y popular dentro de ámbito psicológico. Para Gojman-de-Millán, Herreman, & Sroufe (2018) las necesidades humanas deben ser atendidas desde los primeros momentos de la vida ya que no se puede restar importancia al sufrimiento psicológico de los infantes, ni de los adultos, ya que estas molestias repercutirán en la calidad de las relaciones y patrones de interacción del niño con el mundo a corto y largo plazo. Al hablar de apego, se habla de una teoría relacional ya que se hace referencia al nexo entre el niño y su figura de apego, tanto emocional como conductualmente, apuntando a la conexión infante-cuidador y no a las características individuales del niño.

Según Bolwby (1954) esta conexión que surge entre el cuidador con el infante (que se puede palpar cuando es interrumpida) viene de un deseo netamente biológico del infante por estar cerca del cuidador; de este modo se comprende que este deseo es de índole universal que se deriva de la historia natural de la humanidad. Una de las características primordiales que se percibirán dentro del apego es la estabilidad que demostrará el individuo a lo largo de la vida del individuo en sus interacciones diarias, inicialmente durante su infancia, ya que por medio de estas interacciones los niños acumulan conocimientos y expectativas de sí mismo, de sus figuras de apego y de los demás; lo que le brindará esquemas mentales respecto a sus relaciones sociales a futuro.

Dentro de la teoría del apego se piensa que el individuo que nace ya viene con un sentido de relación y pertenencia previa que surge desde que se encuentra en el vientre de la madre por lo que posterior a su alumbramiento este sentido de relación se hará más complejo y palpable para el individuo y se reflejará en la relación madre-hijo, por lo que esta aproximación llevó a prestar una mayor atención a la experiencia que esta relación demostraba y a las expectativas que presentaban las personas de sí mismos y de los demás en base a esta experiencia (Gojman-de-Millán, Herreman, & Sroufe, 2018).

Por su parte René Spitz (1893) tras una observación realizada a un grupo de niños provenientes de un orfanato y las consecuencias del abandono que estos menores sufrían. Al hablar de huérfanos se veía claramente que no existían lasos afectivos que cubrieran sus necesidades emocionales, estos infantes en su mayoría presentaban falta de movimiento y se podía palpar una notable tristeza. Más tarde Harlow (1958), en un

estudio realizado con simios demostró que el sentimiento de protección era básico para la supervivencia, apartando la creencia que la necesidad de alimentación era primordial para el desarrollo de la vida.

Las conductas que denotan el apego tienen sus propios mecanismos, muy diferente al de los de la nutrición o el sexual y sin embargo no es menos importante, esta fase en la cual el niño parece tener una mayor predisposición a desarrollar este vínculo tiene el nombre de “periodo sensible” y se caracteriza porque durante este tiempo muchos de los recursos que se están creando en el nuevo ser se centran en el apego. Los mecanismos del apego y sus vínculos se apreciarán durante toda la vida del sujeto, en un principio esto irá en el sentido cuidadores-infante y a medida que la persona se va desarrollando como individuo estos afectos cambian de figuras principales a figuras secundarias que no se encuentran relacionadas con la familia. Desde un enfoque comportamental la relación del apego se puede describir como un dispositivo que regula de forma constante y dinámica el equilibrio que existe entre el sentido del apego y la exploración, lo que creará el ambiente adecuado que le permitirá experimentar al niño sentimientos de protección y seguridad (Prada, 2004).

El sentir emociones se encuentra asociado por la activación de diversos sistemas motivacionales que representan sistemas subjetivos de modos perceptibles que señalan la activación y el grado de proximidad del objeto de apego, así, cuando se consigue alcanzar el objeto se experimentan sentimientos de gratificación y por el contrario si el objeto de apego no se alcanza los sentimientos experimentados serán negativos y difíciles de manejar, lo que demostrará que el sistema motivacional se encuentra activo. Así pues, se entenderá que las emociones negativas están relacionadas de modo

subjetivo con el sentimiento de cuidado y cercanía, lo que contribuirá a la supervivencia del individuo (Prada, 2004).

La principal hipótesis de Bowlby (1993) era que las representaciones del apego, que son las relaciones que se adquieren de forma temprana, forman la base de la personalidad ya sea esta sana o perturbada, debido a que estas representaciones guiarán la conducta del sujeto durante su vida adulta y sus relaciones interpersonales.

Necesidades infantiles

El deleite del infante al verse rodeado de las atenciones que necesita recibir le proporcionará la idea de que es seguro depositar sus afectos en las personas que forman su círculo más cercano, permitiéndole así hacer una correcta devolución de estos afectos además de brindarle un sentido de pertenencia. En contraposición tenemos el ambiente en el que el niño es trasladado de un lugar a otro lo que no le permitirá crear lazos adecuados y creará una confusión, dando paso a uno de los estilos de apego más conflictivo: el desorganizado. Dentro de las necesidades infantiles también contamos con la necesidad de aceptación que el niño siente respecto al entorno en el que lo rodea, así mismo, sucede con la necesidad de ser importante para el otro, todo esto con lleva a que la crianza adecuada en los infantes y por ende el desarrollo de estilos de apego saludables (Barudy, J., Dantagnan, M., 2005).

Para Mitchell (1993) el apego que el niño siente por su madre tiene un significado de antaño que se encuentra envuelto en los genes de los seres humanos y a diferencia de

las pulsiones, el apego no proviene de una necesidad biológica ya que este es una necesidad biológica como tal. Para esta afirmación se realizaron pruebas tanto en animales como en humanos y en ambas especies se demostró que el apego era un rasgo primario que no se establece por medio de gratificaciones, como por ejemplo la gratificación oral. Para Bowlby el apego lleva al individuo a buscar el “contacto por contacto” y no el contacto como medio para satisfacer la pulsión, esto es lo que lo vuelve diferente y le da más importancia al reconocer quien es el otro para el niño y suprimir la idea de que este otro es solo un medio para manejar las tensiones, así el vínculo pasa a ser una realidad psicológica primordial para el infante.

Que el niño se haga una imagen de sí mismo es el resultado de que haya hilado de manera viva e interactiva con sus figuras más cercanas, por lo que el apego se mantendrá gracias a este hilado positivo que ha fluido en el ambiente y se ha internalizado en su primer año de vida. Una vez que el tipo de apego se ha instaurado en el nuevo ser, este lo mantendrá aun cuando la conducta de la madre (cuidador más cercano) cambie, por lo que el niño lo usará como modelo predictor e interpretativo para sus futuras relaciones. El vínculo madre-hijo evolucionará de forma paulatina lo que permitirá que las acciones entre los dos seres fluyan de manera tal que exista reciprocidad, si la figura de apego del infante le permite disfrutar de experiencias gratificantes este buscará las sensaciones placenteras, no como un objetivo sino como el medio para interactuar. Por el contrario, si el niño percibe experiencias dolorosas no se rendirá y no buscará nuevas figuras de afecto, sino que será el dolor el medio por el cual interactuará con su medio, demostrando que lo importante para él es el contacto y no el placer (Mitchell, 1993).

Cuidados maternos

Como es natural, la relación padres-hijo será primordial para el desarrollo físico y emocional del infante, sin embargo, será la madre la que tenga un papel primordial, al ser ella a la que el recién nacido se vuelque sus angustias y necesidades; demostrando ser el eje principal de su vida y sus afectos. Por su parte, el padre representará un papel secundario en la vida del niño, que cobrará sentido cuando el instinto del peligro aumenta ante la clara ausencia de la madre y su presencia creará un mejor desarrollo del sentido moral dentro del desarrollo del niño (Bowlby, 1954).

Para Bowlby (citado por Geddes, 2010) la ausencia de cuidados maternos dejaba entristecido diversas consecuencias durante el desarrollo del individuo. Al realizar diversos estudios para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1952, Bowlby pudo constatar que existía un alto índice de problemas relacionados con la salud mental de las personas que durante sus primeros años de vida fueron separados de su madre o cuidadora principal y estos problemas resultaban en daños duraderos. Es por esto que se crea la hipótesis acerca de la importancia de la existencia de una relación íntima, cálida y constante entre el niño y su madre durante su crecimiento. A medida que los estudios y la civilización han avanzado, se ha dado un mejor posicionamiento a los actos que promueven una consolidación del lazo entre una madre y su hijo como un pilar fundamental con repercusiones positivas a futuro.

La privación parcial de este nexo traerá consigo consecuencias negativas para el infante como ansiedad, un constante anhelo de amor, sentimientos de venganza, culpa y depresión, siendo sentimientos difíciles de procesar para un ser inmaduro psicológicamente, lo que posteriormente traería consigo síntomas tanto de neurosis como de inestabilidad. La privación total traerá consigo consecuencias más negativas aún, llegando al punto de poder anular por completo la capacidad adaptarse socialmente (Bowlby, 1954).

Ajuriaguerra (1977) afirma que será la madre la que proporcione al niño las condiciones básicas para su evolución, será esta madre la que apoye el YO del individuo en crecimiento y aunque todavía no se encuentra en la capacidad de reconocer entre lo bueno y lo malo, si serpa capaz de sentir responsabilidad sobre sus actos. Durante la lactancia se considerarán a la madre y al hijo como una unidad y será el lactante el que le otorgue un sentido a esta conexión; si por un lado la adaptación materna es adecuada, el lactante empezará a crear una realidad exterior que parece estar rodeada por magia para posteriormente reconocer estos elementos ilusorios y también adaptarse de manera adecuada al medio. En casos opuestos, la adaptación materna no es lo suficientemente buena y el niño no será capaz de usar los símbolos de manera adecuada creando sufrimiento y la creación de un Falso Self que creará la sensación de que el lactante aparentemente acepta su realidad.

La paternidad se diferenciará de la maternidad, dado que muchos padres no cuentan con el componente empático con el que cuenta la madre a la hora de brindar los cuidados más básicos a los recién nacidos, sin embargo, se hablará de

complementariedad ya que el rol paterno buscará la estimulación física y mental que el niño requiere para su maduración, que es lo que se busca dentro de la crianza adecuada. (Barudy & Dantagnan, 2005)

Vínculos afectivos

El primer vínculo que se va a crear en torno al nuevo ser se dará en el transcurso del embarazo, ya que las emociones se desarrollan previo a la llegada del nuevo integrante de la familia. El momento del nacimiento será crucial tanto para el niño como para los padres, ya que se pueden modificar los roles; el establecer vínculos es algo con lo que el niño llega a este mundo (siempre que no exista una patología que dificulte esta capacidad) y esta capacidad es reforzada por las conductas de los padres, lo que proporcionará bienestar para toda la familia cuando son tratados adecuadamente. Así pues, la creación de vínculos afectivos traerá consigo diversas emociones (positivas y negativas) que serán la base en la cual el niño irá formando su ser (Arnaiz & Palou, 2004).

Estos primeros vínculos serán los que permitan organizar la vida mental del niño y le permita aceptar que no todo en la vida está resuelto y pueda aceptar la frustración resultante de la separación. Conforme el niño va creciendo sus vínculos van cambiando de persona y grupos, por lo que el niño contará con nuevas personas para ser los receptores de sus afectos, siendo importante la forma de relacionarse con sus padres ya que esta será la que determine la forma de acercarse y relacionarse con sus pares, así el vivir dentro de un grupo social requiera de la especialidad de mantener un

equilibrio entre la libertad y la seguridad para así poder sentir el bienestar que provoca la vida social (Arnaiz & Palou, 2004).

Tipos de apego

Bowlby (2014) afirma que tanto los niños como las personas adultas guardan conductas relacionadas con el apego que saltan a la conciencia en los momentos que el individuo se encuentra vulnerable emocionalmente, por lo que describe 4 tipos de apego:

Apego Seguro

El apego seguro tiene sus bases en un vínculo de confianza en el que la figura de afecto le proporcionará un sentido de confianza, lo que le hará saber al niño que su cuidador responderá de modo afectuoso a sus necesidades tanto físicas como emocionales. Dentro de este estilo de apego el niño no buscará la aprobación de sus cuidadores de un modo constante ya que este se siente amado y valorado, para él tanto el amor como el afecto son valores de suma importancia (Marcos del cano & Topa, 2012).

El desarrollo de este tipo de apego procurará a un futuro que el niño consolide sus habilidades sociales y su relación con sus pares, a más de un mejor rendimiento escolar (Empson & Nabuzoka, 2006).

Apego Inseguro – Evitativo

Este tipo de apego se caracteriza por padres que se presentan indiferentes a las expresiones emocionales de los niños, incentivando actitudes autónomas a muy temprana edad. Todo esto resultará en un infante que reflejará conductas de evitativas e indiferentes respecto a las situaciones que se suscitan a su alrededor, además de una desproporcionada independencia. En cuanto a los afectos se podrá observar que estas son inhibidas, limitándose a expresar emociones positivas o negativas, distanciándose primero de modo físico y posteriormente de modo afectivo (Martija, 2018).

A pesar de que el afecto tiene un segundo plano, este tipo de niños tienden a buscar una constante aprobación de los adultos que lo rodean (Marcos del cano & Topa, 2012).

Apego Inseguro – ambivalente

Se desarrolla cuando la madre o el cuidador principal se muestra presente y cubren las necesidades de afecto en ciertas ocasiones y en otras no. Esto es lo que lleva al infante a tener respuestas ansiosas ante la separación de su progenitora a la vez que pueden mostrarse hostiles o indiferentes ante el nuevo acercamiento de su madre. Buscará siempre estar en contacto con su figura de afecto pero también parecerá que rehúye cuando esta figura muestra un acercamiento (Marcelli, 2007).

El modelo de relacionarse de este grupo de niños será inestable debido a las primeras reacciones al acercamiento de otros, por lo que su sentido de seguridad y protección se verán afectados (Ribes, 2006).

Apego desorganizado – desorientado

Este estilo de apego es propio de los niños que han sufrido experiencias negativas, referente al maltrato físico, por lo que su reacción ante la cercanía de su figura de afecto será hostil, sin embargo, esto se dará por la confusión que siente al niño al sentir temor de su madre y a la vez tener un intenso deseo de sentirse protegido. Es una clara mezcla del apego inseguro-ambivalente y evitativo, debido a que el menor ha percibido la inadecuada forma de actuar de su figura de amor y aun así, tiene una clara necesidad de afecto (Villanueva, 2002).

Como se puede observar, los últimos 3 estilos de apego serán la puerta de entrada para el desarrollo de padecimientos que tales como la ansiedad, los TCA, trastornos de la personalidad e incluso los que tiene que ver con el abuso de sustancias, esto hablando de padecimientos psicológicos; por otro lado, las respuestas poco adaptativas ante situaciones de estrés perjudican la salud (Marcelli, 2007).

Dimensiones del apego relacionados con los Estilos de Apego

Cuando se hizo visible a necesidad crear una versión reducida al test elaborado por Pierrhumbert (1996), se procedió a realizar diversos estudios en poblaciones de España, esto con el fin de optimizar el tiempo de aplicación para así también poder vincular las dimensiones del CAMIR-R con los estilos de apego descritos por Bowlby, en donde Balluerka, N. Lacasa, F. Gorostiaga, Arantxa, Muela, Alexander, Pierrehumbert, B. (2011) relacionan a la dimensión 1 con el estilo de apego seguro, las dimensiones 2 y 3 con el estilo de apego ansioso-ambivalente, la dimensión 6 hace referencia al estilo de apego evitativo y a pesar de que este test no consideraba al estilo

de apego desorganizado, se vinculó a la dimensión 7 con este estilo de apego debido a las características que presentaban. En cuanto a las dimensiones 4 y 5 los autores hacen referencia que estas se encuentran encaminadas más al tema de la preocupación familiar.

El apego y la psicopatología

Como se ha podido observar, el desarrollo temprano de estilos de apego y vínculos saludables juegan un papel importante a la hora de desarrollar una adecuada estabilidad o salud mental. Sin embargo, por diversas razones han existido factores de riesgo que ha amenazado a esta estabilidad. Desde las discusiones intrafamiliares, hasta la incapacidad de crear vínculos emocionales, han sido las causas más comunes para la creación de vínculos emocionales inadecuados, que tanto a corto como a largo plazo han mostrado consecuencias negativas para la evolución personal de los individuos (Bowlby, 1952).

El Objetivo de Bowlby (citado por Prada, 2004) fue encontrar la relación entre los momentos más significativos en la vida del infante (pérdida, descuido) con el desarrollo de síntomas que denotaran perturbaciones psicopáticas. Dentro de la teoría del apego, el comportamiento psicopatológico se origina en el momento en el que se desvía el correcto desarrollo psicológico del individuo como consecuencia de eventos negativos que perturbaron el correcto desarrollo del apego y que se verán reflejados durante la adolescencia y la vida adulta del individuo.

El desequilibrio o patología se podrá observar en cualquier punto de la vida de la persona y la forma más común de observar este equilibrio es la formación de un apego ansioso con cualquier otra persona fuera de su círculo cercano o a su vez se puede observar una completa anulación de la formación de un vínculo afectivo. Para Bowlby (citado por Prada, 2004) inclusive la forma de amamantar a un niño podía predecir el tipo de apego que se desarrollará en el infante, lo que medirá la capacidad de la madre para intervenir en los momentos juntos para adaptarse a las necesidades de su hijo y poder crear lazos saludables.

Conductas Anoréxicas y Bulímicas

Este apartado será estudiado con un enfoque cognitivo –conductual, así pues, las conductas anoréxicas y bulímicas serán revisadas desde su origen en el pensamiento y cómo estas van desarrollándose hasta llegar a lo que se conoce como los Trastornos de la Conducta alimentaria

Pensamiento

Como proceso cognitivo, se puede definir al pensamiento como aquella función ejecutiva que le permite al ser humano analizar, comprender y coordinar información para la resolución de problemas (Ovejero, 2013)

El pensamiento no se desarrolla de manera espontánea, sino que requiere de todo un proceso de maduración que es lo que hará posible que las actividades del ser humano se desarrollen de manera organizada. Todo este proceso sucederá en base a que el individuo se cuestione para posteriormente llegar a una reflexión ya sea por deducción o inducción, concluyendo así que todo lo que suceda y aprenda es el resultado de su interacción con su entorno (Márquez, 2014).

El pensamiento inicia cuando la memoria ya no es un recurso suficiente para la resolución de un problema en particular, lo que hará que la persona se enfrente al dilema para así encontrar una adecuada solución. Así pues, el pensamiento jamás actuará por su cuenta, sino que se asociará a un ilimitado número de recursos que se enlazan a estímulos para así ser perfeccionado (Beltrán,2014).

Distorsiones del pensamiento

Para Million (2006) las distorsiones del pensamiento son errores en el razonamiento que pueden ser interpretados como una malinterpretación de la realidad. Estos errores son operan a nivel inconsciente, por lo que posteriormente se pueden modificar emociones conductas que influyen en la vida intrapsíquica del individuo.

Estos errores constantemente provocan un malestar, lo que dificulta la interacción de la persona con su entorno, la persona constantemente no sufre por lo que está ocurriendo, sino por la interpretación que está dando a los acontecimientos. Todas estas distorsiones que el individuo presenta no son más que el resultado de diversos

hábitos que se posee y se han utilizado de forma continua ya sea con la misma persona, terceras personas o situaciones en general (Enríquez, Rodríguez & Schneider, 2010)

Las distorsiones del pensamiento tienen sus inicios en la infancia y serán las que durante el desarrollo del individuo faciliten la asimilación y el equilibrio del ser, claramente no desde una perspectiva positiva, ya que las distorsiones cognitivas son las responsables de una autoestima baja e impide a la persona manejarse desde la asertividad (Güel, 2005).

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tanto la anorexia y la bulimia nerviosa, así como muchos otros de los trastornos sin especificar, tienen la particularidad de presentar diversas alteraciones a la hora de la ingesta de alimentos. Desde la restricción de alimentos, una ingesta compulsiva, hasta la inquietud obsesiva por su imagen corporal, pueden ser los indicadores de que existe un problema potencial que afecta la salud física y psicológica de un individuo (Tinahones, 2004).

Por lo general, los síntomas pueden aparecer progresivamente o a su vez la persona que los presentan puede llegar a ocultarlo de los demás, presentando problemas de tipo masivo en nuestra realidad y a pesar de que este tipo de padecimientos vienen desde tiempos remotos, se ha podido observar que desde sus comienzos, los síntomas no se han modificado (Zusman, 2013).

Existe un factor común dentro de los diferentes TCA que radica en todas las personas que lo padece y es el temor a ganar peso, que generalmente se acompaña de la distorsión de la autoimagen. Es común que en los casos de Anorexia los síntomas se reflejen de forma más evidente ya que los cambios en el cuerpo se reflejan con el paso del tiempo, contrariamente en el caso de la Bulimia Nerviosa, los síntomas pueden pasar por alto y llevarse en secreto durante años (Zusman, 2013).

Desde un aspecto intrapsíquico, los trastornos de la conducta alimentaria de tipo restrictivo, si bien se caracterizan por abstenerse al consumo de alimentos, también muestra claros signos del escaso deseo que nada ni nadie ingrese ni se fusione a su ser. Este tipo de individuos poseen una necesidad de ejercer control sobre lo que les rodea y les significa debido a sus constantes sentimientos de fragilidad, elemento en común que comparte los diferentes tipos de TCA (Onnis, 2015).

El padecimiento de los TCA puede ser denominado como uno de los trastornos más destructivos, especialmente dentro de la población adolescente, aun así, es el trastorno menos temido por aquellos que llegan a tenerlo en algún punto de su vida, debido a que la concepción de delgadez es tomada como una cualidad positiva y no como el comienzo de un problema que puede conllevar a la muerte (Valteroni & Nardone, 2018).

Los TCA, son trastornos que se vislumbran en el cuerpo y aunque el cuerpo no lo delata, como en el caso de la bulimia, existen cambios a nivel bioquímico que en su

momento causará severos daños al cuerpo y al organismo. Existen diversas manifestaciones clínicas que son propias del padecimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que incluyen: manifestaciones cardiovasculares, digestivas, odontológicas, pulmonares, neurológicas, termorregulación; lo que tras un largo curso de los TCA conlleva riesgos de muerte (Tinahones, 2004).

Al tratarse de padecimientos complejos, es necesario tener en cuenta que son trastornos de causalidad multifactorial y por tanto sus tratamientos son prolongados y complicados de ejecutar debido a las implicaciones éticas que pueden ser mal interpretadas por la rigurosidad de su aplicación y a pesar de esto si se lo ejecuta de modo ético, se observará que el comportamiento alimentario, peso, sensación de control y autoestima mejorará (Requena, 2012).

Principales Trastornos de la Conducta Alimentaria

Es común que existan confusiones a la hora de diagnosticar los diferentes tipos de TCA debido a los síntomas que muchos presentan, sin embargo, existirán detalles importantes a la hora de concluir en su diagnóstico (Requena, 2012).

Tabla 1.
Principales trastornos alimenticios

TRASTORNO	DEFINICIÓN
Anorexia Nerviosa	Trata de una condición en donde existe una alteración en la percepción de la autoimagen, viéndose a sí mismos como personas con sobre peso,

	<p>por lo que se busca perderlo de modo inmediato. Para esto, la persona busca métodos que incluyen la restricción parcial o completa de los alimentos, dietas excesivas o métodos purgativos; a pesar de que existe un limitado ingreso de alimentos, estas personas tienen un exceso de energía que roza con las conductas hiperactivas (Ramos, 2015).</p> <p>Este tipo de trastornos no se asocia a ningún problema médico previo, pero puede presentar una comorbilidad con el padecimiento de Bulimia Nerviosa (Ramos, 2015).</p>
Bulimia Nerviosa	<p>Este trastorno se caracteriza por episodios en los que la persona siente un hambre desmedida, en los que consume grandes cantidades de comida para seguidamente experimentar sentimientos de culpa, lo que la lleva a tener conductas compensatorias que no son adecuadas; este tipo de personas sienten una constante vergüenza, por lo que buscan esconder sus síntomas. Los momentos en los que surgen los atracones pueden ser planeados con anterioridad y estos durarán hasta que el sujeto no resista más, e incluso pueda llegar a sentir un intenso dolor por la llenura, para posteriormente provocarse el vómito o purgarse (Requena, 2012).</p>
Trastorno por atracón	<p>El trastorno por atracón no se asocia al peso, sin embargo, puede estar asociado a un padecimiento psicológico o psiquiátrico. Los episodios son similares a los que se presentan en la bulimia, con la diferencia de que la persona que atraviesa por este trastorno, no se provoca el vómito y tampoco tiende a purgarse, se puede presentar en ambos sexos y a cualquier edad (Ramos, 2015).</p>

Trastorno por restricción	El DSM-IV (1995) lo define como un trastorno caracterizado por la disminución del interés en la ingesta de alimentos, sin las características propias de la anorexia o bulimia. Esto como los distintos tipos de TCA conlleva a una pérdida significativa de peso, déficit nutricional y puede desembocar en una muerte por inanición.
Ortorexia	También conocido como “apetito correcto”, se refiere a la obsesión o control extremo de la salud; por lo que la persona que lo padece buscará de modo compulsivo, tener una “correcta alimentación”, lo que puede significar que exista un bajo consumo de nutrientes que puede tener repercusiones severas e incluso la muerte, convirtiendo a la comida en el centro de su vida (Requena, 2012).

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Conductas Anoréxicas

Requena (2012) define a las conductas anoréxicas a todos aquellos signos que se observa en la persona que puede padecer Anorexia Nerviosa o se encuentre encaminada al desarrollo del trastorno como tal. Se verán reflejados principalmente en los hábitos o comportamientos que las personas tienen a la hora de alimentarse como:

- Miedo intenso a ganar peso.
- Uso de métodos purgativos.
- Controlar su peso constantemente.
- Consumo mínimo de alimentos, que no representan el valor nutricional que la persona necesita.
- Dietas rigurosas.

- Vómito.
- Rutinas de ejercicio extenuantes.
- Hiperactividad.
- Control de las calorías que se consume

Con frecuencia todas estas conductas tienen su comienzo con el fin de poder mejorar la imagen corporal y gradualmente, cuando no existe un control adecuado, estas conductas van adquiriendo severidad y convirtiéndose en un TCA, en donde muchas veces las personas que lo padecen no tienen una consciencia de la enfermedad y dificultan su tratamiento (Requena, 2012).

Conductas Bulímicas

Estas conductas surgen cuando los individuos pasan por momentos de extrema ansiedad sumada a una constante preocupación respecto a la adquisición de peso corporal. Cabe destacar que este tipo de conductas son más propensas a desarrollarse en personas o adolescente con problemas depresivo (Ramos 2015).

Las conductas más comunes son:

- Labilidad afectiva.
- Evita comer en lugares públicos.
- Ejercicio excesivo.
- Sentimientos de incapacidad para dejar de comer.
- Culpabilidad.
- Episodios de ingesta excesiva.
- Vómitos.
- Conductas purgativas.

- Variación en el peso corporal.

Las conductas bulímicas pueden apreciarse en personas que sienten un constante sentimiento de presión respecto a la idea de mantenerse dentro de los estándares de belleza por lo que se puede dar paso al desarrollo de bulimia nerviosa o a su vez anorexia nerviosa (Ramos 2015).

1.2 Objetivos

Objetivo general

- Determinar la relación entre los estilos de apego y las conductas anoréxicas y bulímicas.

Para el cumplimiento del presente objetivo se utilizó el test CAMIR-R que mide las dimensiones del apego en población adolescente y adulta, para la evaluación de las conductas anoréxicas y bulímicas se empleó el Eating Attitude Test (EAT-26) en la población adolescente; una vez que se concluyó con la fase de recolección de datos se procedió a utilizar el software estadístico SPSS-21.

Al no ser una población homogénea se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman (véase tabla N. 9), en donde se correlacionó cada una de las dimensiones del CAMIR-R con los factores del EAT-26, donde se pudo observar que no existe una

correlación estadísticamente significativa entre las variables, a excepción de la dimensión Autosuficiencia y rencor hacia los padres con el factor bulimia, cuyo valor fue de ,001; mostrando un valor altamente significativo.

Objetivos específicos

- Identificar la dimensión prevalente de los estilos de apego en los estudiantes de bachillerato.

Una vez aplicado el test CAMIR-R se procedió a realizar su análisis con el software estadístico SPSS-21 y por medio de una tabla de frecuencia se pudo determinar la dimensión prevalente, la cual fue, traumatismo infantil con un 32,1% (véase la tabla 3), siendo esta la más representativa dentro de la aplicación.

- Definir los factores de las conductas anoréxicas y bulímicas en los estudiantes de bachillerato

Para definir los factores de las conductas anoréxicas y bulímicas prevalentes se realizó una tabla de frecuencia (véase la tabla 4), en donde se observó que el factor dieta con un 63,1% y el factor control oral con un 9,5% se encontraron más presente en los adolescente; adicional a esto, se pudo observar que el 20,2% de los participantes del estudio no presentaban conductas propias de los TCA.

- Diferenciar las dimensiones del apego según el sexo.

Una vez realizada la toma del test se utilizó el software estadístico SPSS-21 y una tabla de frecuencia (véase la tabla 5), en donde se pudo observar que las dimensiones Seguridad, interferencia con los padres, valor de la autoridad de los padres y permisividad parental eran más frecuentes entre los hombre; por su parte las dimensiones preocupación familiar, autosuficiencia y rencor hacia los padres, traumatismo infantil estaban más presentes en el grupo de mujeres.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Materiales

A continuación, se describen los materiales a ser utilizados para las evaluaciones correspondientes

- **Cartes, Modèles Individuels de Relation Test (CaMir-r)**

Autor: Pierrehumbert et al.

Año y Lugar de creación: España 1996.

Adaptación: Magaly Nóblega, Pierina Traverso

Lugar y año de adaptación: Perú 2013.

Descripción: Las dimensiones del CaMir-R pueden utilizarse tanto para describir las representaciones de apego de la persona como para estimar los estilos de apego a partir de dichas dimensiones. La estructura interna del cuestionario consta de 7 dimensiones, cinco de ellas referidas a las representaciones del apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; y Traumatismo infantil) y las dos restantes referidas a las representaciones de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y permisividad parental) (Nóblega & Traverso, 2013).

Confiabilidad y Validez: El valor del Alpha de Cronbach del CaMir fue de 0,85 en la escala global y existió una validación de constructo

- **Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)**

Autor: David Garner y Paul Garfinkel

Lugar y año de creación: Toronto 1979

Adaptación: Constaín, G. et al.

Lugar y año de adaptación: Colombia 2014

Descripción: Para responder a este instrumento, el participante debe leer los ítems e indicar con qué frecuencia ha realizado cada uno de los comportamientos expresados en los mismos. Para ello se debe utilizar una escala tipo Likert de seis puntos: 1 = Nunca, 2= Rara vez, 3= A veces, 4= Frecuentemente, 5=Casi siempre, 6= Siempre. Los items de la prueba se agrupan en 3 factores: El **Factor 1** Dieta se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a), el **Factor 2** Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia, y el **Factor 3** Control Oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso. Los puntajes iguales o mayores a 20 puntos en el EAT-26 son frecuentemente relacionados con actitudes y conductas alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario (Constaín, G. et al. 2014).

Confiabilidad y Validez: En cuanto a la confiabilidad el valor del alfa de Cronbach del EAT-26 fue de 0,92 en escala global y constaba de validez cultural y factorial y (Constaín, G. et al. 2014).

2.2 Metodología

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo con un alcance de tipo descriptivo ya que busca describir, además de explicar, la interacción entre las variables mencionadas. Además, se suman las características correlacionales debido a que principalmente se busca la relación existente entre los estilos de apego con las conductas anoréxicas y bulímicas. Muestra un corte de tipo transversal debido a que lo que se busca es recolectar datos con una determinada población para su estudio en el presente momento.

2.3 Operacionalización de las variables

Tabla 2.
Operacionalización de Variables

Variables	Conceptos	Dimensiones	Instrumento
V1: Estilos de apego	Para Guerrero & Barroso (2019) los estilos de apego explican la relación vincular afectiva que se genera entre el nuevo individuo (infante) y sus figuras de afecto más cercanas que es reconocida como una necesidad humana general.	<p>Consta de 7 dimensiones:</p> <p><i>Cinco de ellas referidas a las representaciones del apego:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego ● Preocupación familiar; ● Interferencia de los padres ● Autosuficiencia y rencor contra los padres ● Traumatismo infantil) <p><i>Dos referidas a las representaciones de la estructura familiar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valor de la autoridad de los padres ● Permisividad parental 	<p>Camir-r: El CaMir es un cuestionario que mide las representaciones de apego. Se fundamenta en las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar.</p> <p>Contexto: Se puede aplicar a la población de América Latina.</p>

<p>V2: Conductas anoréxicas y bulímicas</p>	<p>Las conductas anoréxicas y bulímicas son aquellas actitudes y comportamientos que conllevan a la evitación del aumento de peso y masa corporal. Estas conductas en sus primeros momentos pueden parecer inofensivas, sin embargo, sin el cuidado requerido pueden conllevar a trastornos más complejos como los Trastornos de la conducta alimentaria (Constaín, G. et. al. 2014)</p>	<p>Se agrupan en 3 factores:</p> <p>Factor 1 Dieta se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a).</p> <p>Factor 2 Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia.</p> <p>Factor 3 Control Oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso.</p>	<p>EAT- 26 (Eating Attitude Test): Es un test muy utilizado a nivel mundial para el diagnóstico de conductas de los TCA.</p> <p>Contexto: Se puede aplicar a la población de América Latina.</p>
--	--	--	--

Selección del área o ámbito de estudio

- Tungurahua
- Ambato
- Unidad Educativa CEBI

Población

Se toma en cuenta a 84 estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa Bilingüe CEBI que comprende entre los 15 y 18 años de edad.

● Criterios de Inclusión

- Adolescentes de sexo masculino y femenino comprendidos entre las edades de 15 a 18 años.
- Pertenecer a 1ero, 2do o 3er año de Bachillerato de la Unidad Educativa CEBI.
- Haber aceptado el consentimiento informado.

● Criterios de exclusión

- Alumnos menores de 15 años.
- Haber sido diagnosticado con un trastorno psicológico.
- Encontrarse usando algún método anticonceptivo.
- Tener diagnóstico de una enfermedad endocrinológica.
- Usar algún tipo de sustancia psicoactiva.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Análisis e interpretación de resultados

Tabla 3.
Sexo de la población

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	48	57,1%
Mujer	36	42,9%
Total	84	100%

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

De un total de 84 estudiantes que fueron encuestados, se encuentra que 48 participantes son hombres lo que equivale al 57,1% y 36 fueron mujeres siendo esto el 42,9%.

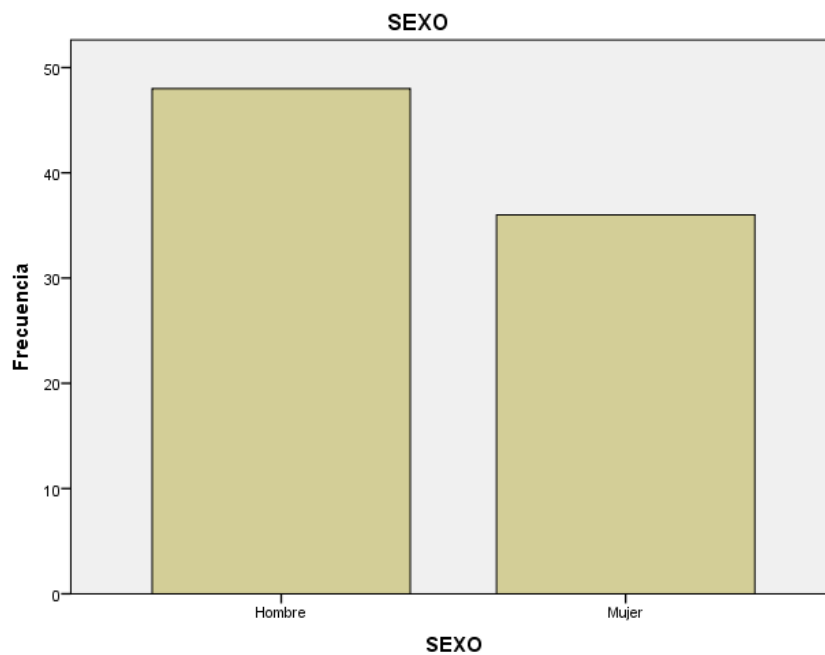


Figura 1. Sexo de los participantes

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Discusión

En el presente estudio se procedió a evaluar a los estudiantes de los tres años de bachillerato de la Unidad Educativa CEBI de la ciudad de Ambato. Se pudo evaluar a un total de 84 estudiantes, de los cuales el 57,1% eran hombres (n=48) y el 42,9% eran mujeres (n=36). Con esto se pudo observar que dentro de los estudiantes de bachillerato del centro educativo existe un mayor número de estudiantes hombres respecto a las mujeres.

Tabla 4.
Dimensiones prevalentes de los estilos de apego

Dimensiones	Frecuencia	Porcentaje
Seguridad	4	4,8%
Preocupación familiar	8	9,5%
Interferencia de los padres	17	20,2%
Valor de la autoridad de los padres	15	17,9%
Permisividad parental	5	6,0%
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	8	9,5%
Traumatismo infantil	27	32,1%
Total	84	100,0%

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

De las siete dimensiones evaluadas por el test CAMIR, se determina que la dimensión de Traumatismo Infantil prevalece con un total de 27 estudiantes lo que representa el

32,1%, seguido de Interferencia con los Padres con el 20,2% (n= 17) y Valor de la Autoridad de los padres representa el 17,9% (n=15).

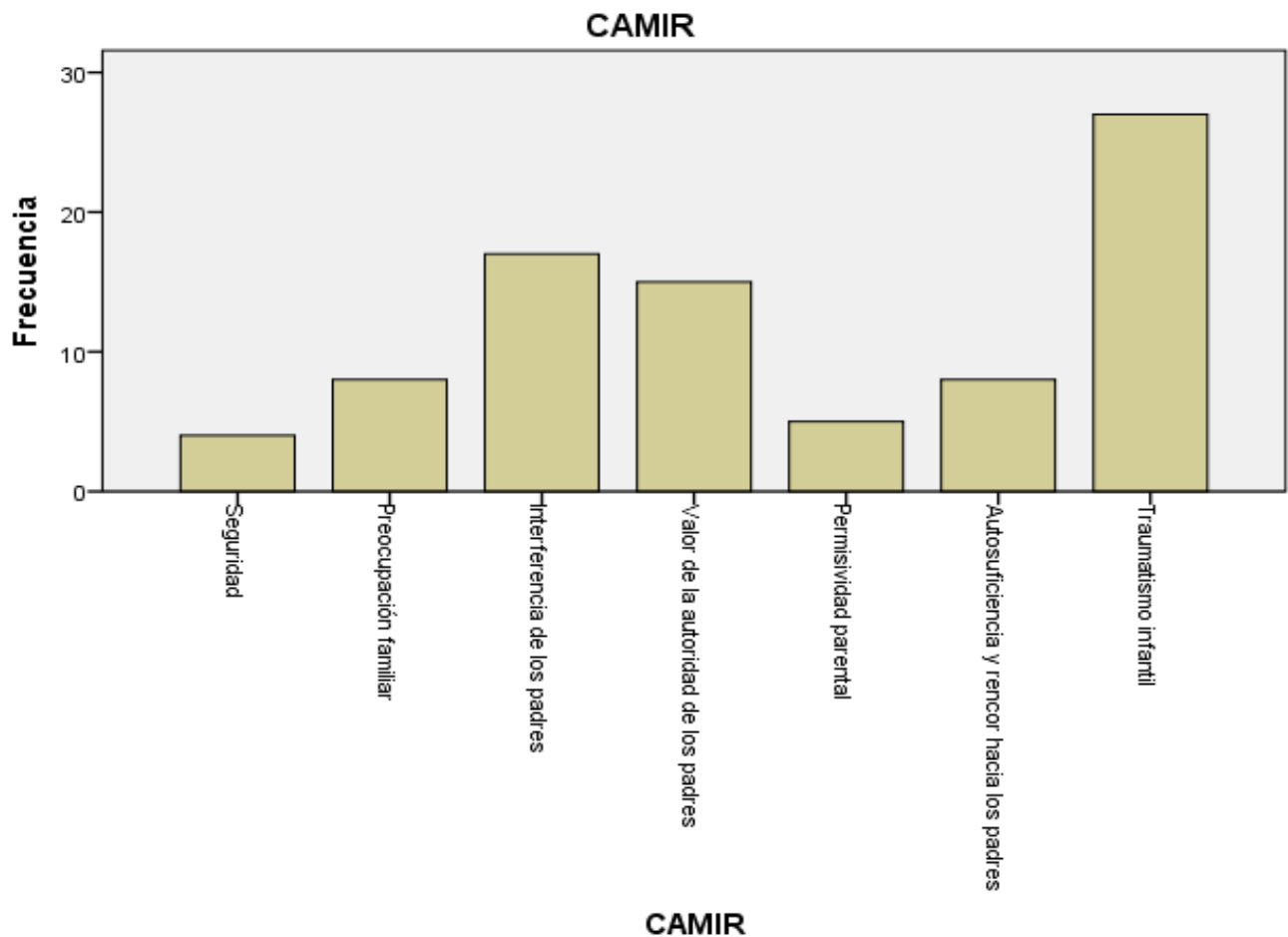


Figura 2. Dimensiones prevalentes de los estilos de apego

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Discusión

Como se puede observar dentro de la presente tabla, la dimensión con mayor prevalencia corresponde a la dimensión Traumatismo Infantil, que hace referencia a experiencias relacionadas con el abandono, alejamiento afectivo de los padres o exposición a la violencia durante los primeros años de vida; por su parte la Interferencia con los padres describe un estilo de crianza sobreprotector, haciendo que

el niño se sienta temeroso y muestre conductas que reflejaban preocupación ante la separación de sus padres. En cuanto a la Permisividad Parental, como su nombre muestra, refiere una ausencia de límites impuestos para el niño y se suma el déficit de una guía parental (Balluerca, et al. 2011). Contrario a estos resultados podemos encontrar la investigación realizada por Nóbrega & Traverso (2013) en donde la dimensión que primaba dentro de su grupo de estudio era la dimensión de seguridad y se encontraron de modo escaso individuos en los que predominaba las dimensiones 7, 3 o 4 (interferencia de los padres, valor de la autoridad de los padres, traumatismo infantil).

Tabla 5.
Factores prevalentes de las conductas anoréxicas y bulímicas

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de conductas anoréxicas y bulímicas	17	20,2%
Dieta	53	63,1%
Bulimia y preocupación por la comida	6	7,1%
Control oral	8	9,5%
Total	84	100,0

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

De los tres factores evaluados por el test EAT-26, se observa que el factor Dieta es el que prevalece con un total de 53 estudiantes lo que representa el 63,1%, seguido de la ausencia de conductas anoréxicas y bulímicas con 17 estudiantes lo que representa el 20,2.

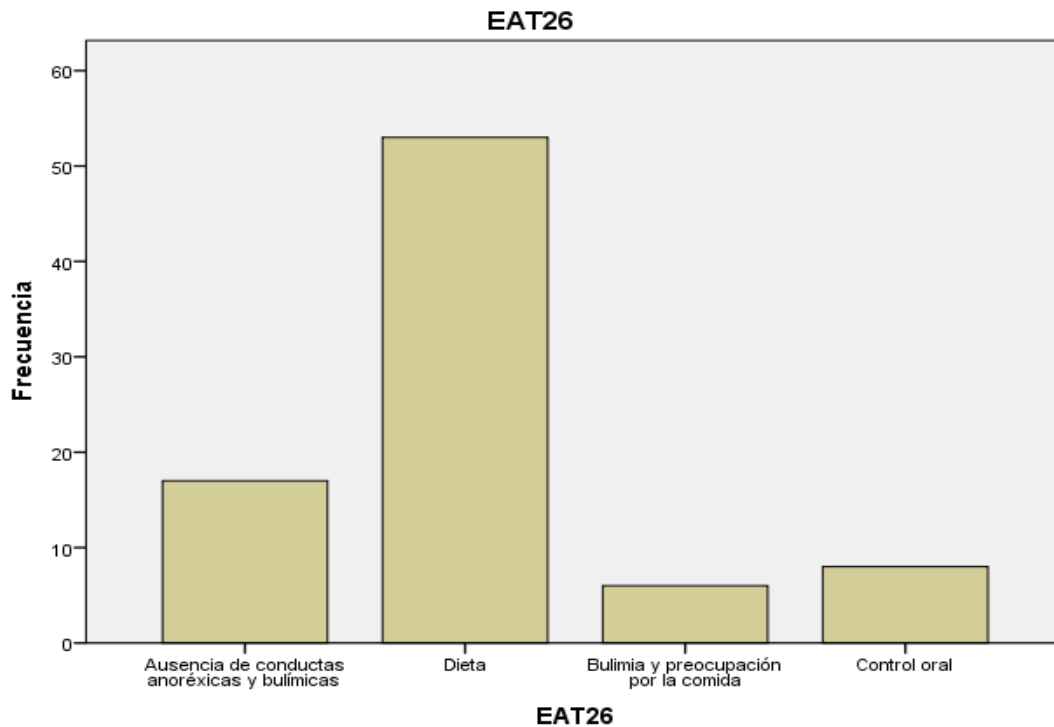


Figura 3. Factores prevalentes de las conductas anoréxicas y bulímicas

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Discusión

Como se puede observar en la presente tabla el factor predominante dentro del estudio fue el factor dieta que hace referencia al control del contenido de lo que se ingiere y al bajo mantenimiento de calorías en el consumo de alimentos, a continuación se puede observar que existe una ausencia de conductas debido a que los estudiantes no presentaban puntuaciones significativas para que fueran tomadas en cuenta dentro de los factores que calificaba el test, seguidamente se encuentra el factor de control oral que describe conductas que limitan la ingesta de alimentos de manera voluntaria y se concluye con el factor bulimia que describe conductas de tipo purgativas tras la ingesta nerviosa de alimentos (Lugo & Pineda, 2019).

Por su parte Lazarević, Batinić, & Vukosavljević-Gvozden (2016) mencionan en su estudio realizado que al ser más frecuente el padecimiento de Anorexia Nerviosa, las conductas de dieta y control oral serán las más frecuentes dentro de este grupo de pacientes, mientras que en la muestra del grupo control se podía observar que predominaba una ausencia de este tipo de conductas, por lo que se concluyó que la presencia de conductas anoréxicas y bulímicas son más frecuentes en poblaciones clínica respecto a poblaciones que no padecen algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

*Tabla 6.
Dimensiones de apego según el sexo*

		Tabla de contingencia Sexo * CAMIR								
		CAMIR							Total	
		Segur idad	Preocu pacion familia r	Interferen cia de padres	Valor de la autorid ad de los padres	Permisivi dad parental	Autosuficie ncia y rencor hacia los padres	Traumatis mo infantil		
Sexo	Hombre	Recuento	3	2	12	12	5	1	13	48
		% dentro de Sexo	6,2%	4,2%	25,0%	25,0%	10,4%	2,1%	27,1%	100,0 %
	Mujer	Recuento	1	5	4	1	2	6	17	36
		% dentro de Sexo	2,8%	13,9%	11,1%	2,8%	5,6%	16,7%	47,2%	100,0 %
Total		Recuento	4	7	16	13	7	7	30	84
		% dentro de Sexo	4,8%	8,3%	19,0%	15,5%	8,3%	8,3%	35,7%	100,0 %

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

En cuanto al sexo se concluye que tanto la dimensión Seguridad 6,2% (n=3), Interferencia de los padres 25,0% (n=12), Valor de la autoridad de los padres 25,0% (n=12), Permisividad parental 10,4% (n=3) se presentan más en los hombres, mientras que Preocupación familiar 13,9% (n=5), Autosuficiencia y rencor hacia los padres 16,7% (n=6) como Traumatismo infantil 47,2% N=(17) se presentan más en las mujeres.

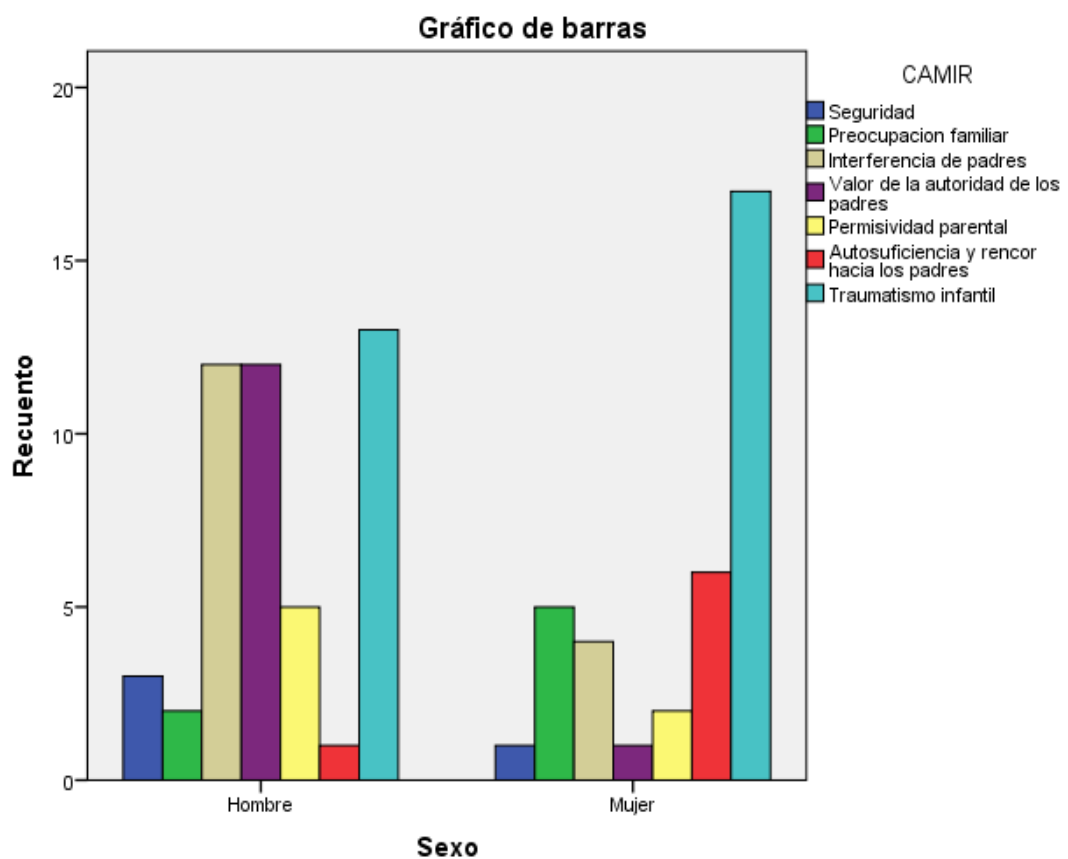


Figura 4. Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Discusión

Dentro del estudio se pudo observar que las dimensiones prevalentes en cuanto a los hombres son las dimensiones: seguridad, interferencia con los padres, valor de la autoridad de los padres y permisividad parental. Mientras que en el grupo de mujeres se observan que las dimensiones más frecuentes son la preocupación familiar, autosuficiencia y rencor hacia los padres, traumatismo infantil. A pesar de que se han realizado múltiples estudios relacionados con las dimensiones del CAMIR-R, en ninguno de ellos se considera la variable sexo como factor de estudio, por lo tanto, no es factible realizar la comparación del presente estudio con otras investigaciones.

Tabla 7.
Relación entre sexo y CAMIR-R

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	19,671 ^a	6	,003	,002		
Razón de verosimilitudes	21,637	6	,001	,003		
Estadístico exacto de Fisher	19,555			,002		
Asociación lineal por lineal	4,173 ^b	1	,041	,046	,023	,006
N de casos válidos	84					
a. 8 casillas (57,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,71.						
b. El estadístico tipificado es 2,043.						

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

Se aplicó la prueba Chi Cuadrado con el estadístico exacto de Fisher encontrando que si existe asociación entre el sexo y el estilo de apego ($X^2(6) = 19,555$, $p < 0,05\%$).

Tabla 8.

Relación entre las dimensiones del test CAMIR-R y el test EAT-26

Tabla de contingencia CAMIR * EAT

	EAT				Total
	Ausencia de conductas anoréxicas y bulímicas	Dieta	Bulimia y preocupación por la comida	Control Oral	
Seguridad	3	1	0	0	4
Preocupación familiar	2	5	0	0	7
Interferencia de padres	1	14	0	1	16
Valor de la autoridad de los padres	4	8	0	1	13
Permisividad parental	2	4	0	1	7
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	0	6	1	0	7
Traumatismo infantil	5	21	0	4	30
Total	17	59	1	7	84

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

Dentro del presente estudio se puede observar que la dimensión Traumatismo infantil es la que posee un mayor número de individuos con conductas anoréxicas y bulímicas (ausencia de conducta $n=5$; dieta $n=21$; control oral $n=4$), seguidamente se puede

observar a la dimensión Interferencia de los Padres (ausencia de conductas n=1; dieta n=14; control oral n=1).

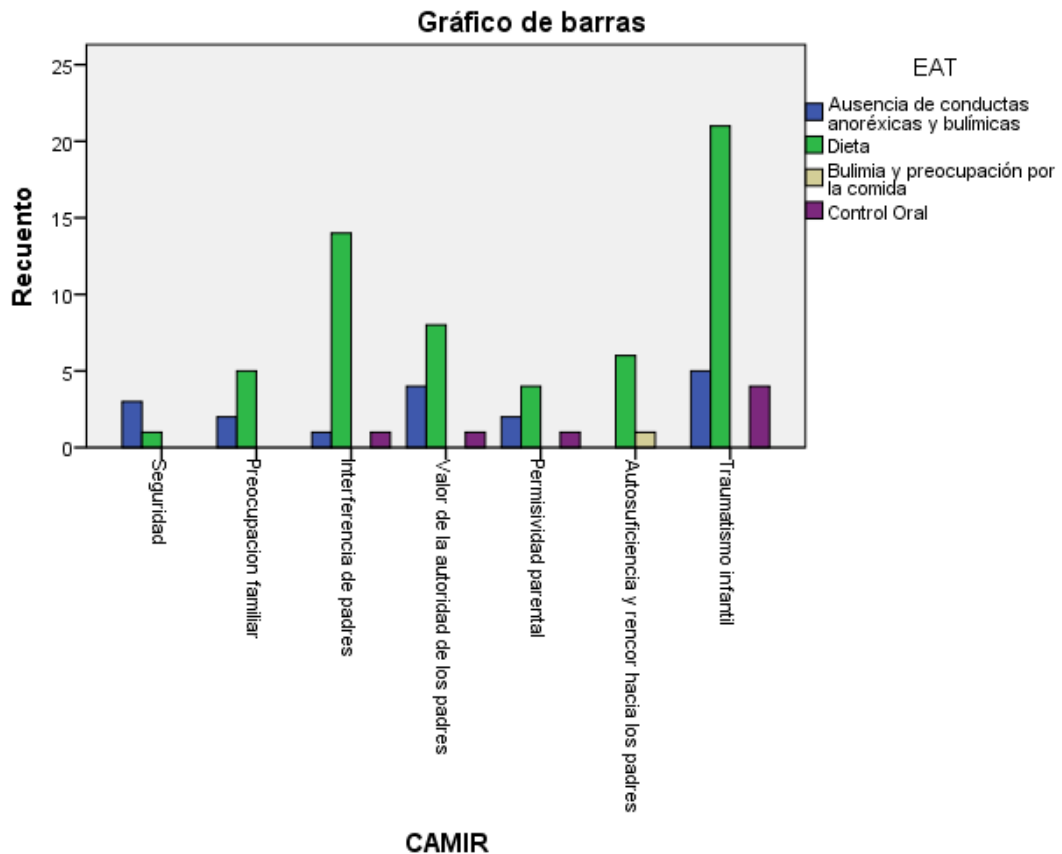


Figura 5. Relación entre las dimensiones del test CAMIR-R y el test EAT-26

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Discusión

Como se observa en la tabla N. 8, las dimensiones que destacan dentro del estudio realizado, son las de traumatismo infantil e interferencia con los padres; en similitud con la investigación realizada por Balluerka, et al, (2011) estas dos dimensiones eran encasilladas dentro de dos estilos de apego en particular, concretamente Traumatismo infantil se encontraba relacionada con el estilo de apego ´desorganizado y la dimensión Interferencia de los padres se la relacionaba

con el estilo de apego inseguro- ambivalente.

Tabla 9.

Relación entre las variables del test CAMIR-R y el test EAT-26

Tabla de contingencia CAMIR * EAT

		EAT				Total
		Ausencia de conductas anoréxicas y bulímicas	Dieta	Bulimia y preocupación por la comida	Control oral	
CAMIR	Apego seguro	3	1	0	0	4
	Apego Ansioso ambivalente	6	18	1	2	27
	Apego evitativo	3	19	0	1	23
	Apego desorganizado	5	21	0	4	30
Total		17	59	1	7	84

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

Se puede observar que el Estilo de Apego Desorganizado es el que presenta una relación más significativa con respecto a la presencia de conductas anoréxicas y bulímicas con un total de 30 individuos (ausencia de conductas n=5; dieta n=21; control oral n=4). En un segundo lugar se encuentra el Estilo de Apego Ansioso Ambivalente con un total de 27 sujetos, en donde existen una mayor distribución dentro de las conductas anoréxicas y bulímicas (ausencia de conductas n=6; dieta n=18; bulimia y preocupación por la comida n=1, control oral n=2)

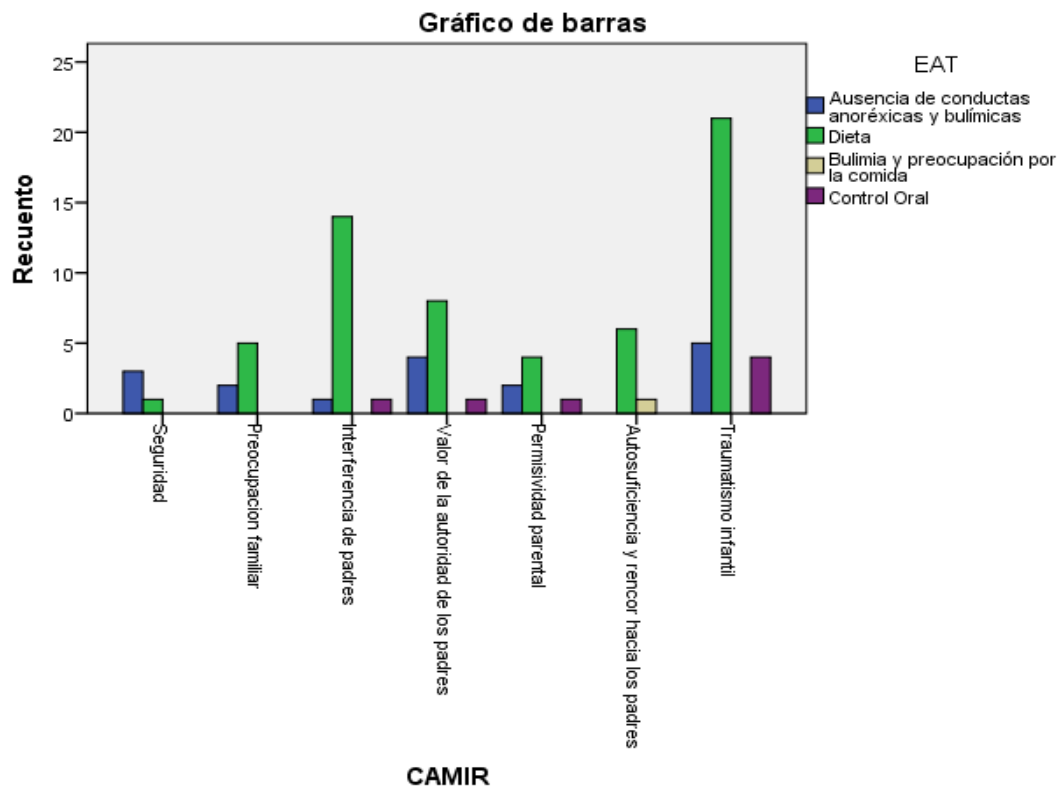


Figura 6. Relación entre las variables del test CAMIR-R y el test EAT-26

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Discusión

A continuación, en la tabla N.9, se muestra a los estilos de apego relacionados con los factores correspondientes a las conductas anoréxicas y bulímicas y se puede apreciar que hay un número significativo de estas, que se enlazan con los estilos de apego desorganizado y el ansioso-ambivalente. Con un resultado similar en un estudio realizado por Manaj (2016), con una población clínica, se demostró que existía una mayor predisposición a padecer, tanto conductas relacionadas a los Trastornos de la conducta alimentaria como a los TCA propiamente dichos, en poblaciones que presentan un Estilo de Apego Desorganizado, seguido del Estilo de Apego Ansioso- Ambivalente.

3.2 Verificación de Hipótesis

Tabla 10.

Análisis de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnova

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	AUSENCIA DE CONDUCTAS	F1	F2	F3
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
Parámetros normales ^{a,b}											
Media	1,96	1,92	1,81	1,85	1,92	1,92	1,63	1,77	1,30	1,99	1,93
Desviación típica	,187	,278	,395	,364	,278	,278	,485	,421	,460	,109	,259
Diferencias más extremas											
Absoluta	,540	,534	,495	,510	,534	,534	,407	,478	,444	,532	,537
Positiva	,424	,382	,315	,335	,382	,382	,272	,295	,444	,457	,391
Negativa	-,540	-,534	-,495	-,510	-,534	-,534	-,407	-,478	-,259	-,532	-,537
Z de Kolmogorov-Smirnov	4,950	4,898	4,534	4,674	4,898	4,898	3,734	4,384	4,066	4,872	4,923
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

c. Dimensión (D); Factores (f)

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

Tantos para el grupo de Dimensiones, que son pertenecientes al test CAMIR-R, como para los factores del test EAT-26, el valor de significación es de 0,000.

Discusión

Como se puede observar en la presente tabla, los valores de significancia de las dimensiones del CAMIR-R y de los factores del EAT-26 corresponden al 0,000, por lo que estos valores no entran dentro del rango correspondiente para ser considerado como una muestra homogénea, por lo que se procede a utilizar la prueba no paramétrica Rho de Spearman.

Tabla 11.

Correlación entre las dimensiones del test Camir y los factores del test EAT-26

			AUSENCIA	DIETA	BULIMIA	CONTROL
Rho de Spearman	SEGURIDAD	Coeficiente de correlación	,203	-,149	-,021	-,053
		Sig. (bilateral)	,065	,177	,849	,630
		N	84	84	84	84
	PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Coeficiente de correlación	,043	,016	-,033	-,084
		Sig. (bilateral)	,698	,889	,765	,449
		N	84	84	84	84
	INTERFERENCIA DE LOS PADRES	Coeficiente de correlación	-,117	,128	-,053	-,017
		Sig. (bilateral)	,288	,246	,631	,879
		N	84	84	84	84
	VALOR DE LA AUTORIDAD DE LOS PADRES	Coeficiente de correlación	,083	-,070	-,047	,009
		Sig. (bilateral)	,451	,530	,671	,934
		N	84	84	84	84
	PERMISIVIDAD PARENTAL	Coeficiente de correlación	,043	-,078	-,033	,084
		Sig. (bilateral)	,698	,483	,765	,449
		N	84	84	84	84
	AUTOSUFICIENCIA Y RENCOR CONTRA LOS PADRES	Coeficiente de correlación	-,163	,109	,364**	-,084
		Sig. (bilateral)	,138	,325	,001	,449
		N	84	84	84	84
	TRAUMATISMO INFANTIL	Coeficiente de correlación	-,001	-,022	-,084	,075
		Sig. (bilateral)	,995	,845	,448	,496
		N	84	84	84	84

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Análisis

Tras analizar las variables mediante la prueba estadística Rho de Spearman se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre dimensiones del CAMIR.R y los factores del EAT-26, excepto entre la Dimensión Autosuficiencia y el Factor Bulimia ($R=0,364$, $p<0,05$), por lo que se acepta la hipótesis parcialmente.

Discusión

Tras la recolección de datos se puede observar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre los estilos de apego con las conductas anoréxicas y bulímicas en los estudiantes de bachillerato, con excepción entre la Dimensión Autosuficiencia y el Factor Bulimia. Por otro lado, se ha podido evidenciar los diferentes estilos de apego dentro del grupo de estudio, sin encontrar conductas anoréxicas o bulímicas en los mismos.

Similar a estos resultados, se observa el estudio realizado por Monteleone, A. et al, (2019) en donde los resultados mostraban que la vulnerabilidad al estrés, es un determinante para el desarrollo de anorexia o bulimia nerviosa, adicionalmente también se encontró que el estilo de apego que predominaba dentro de este grupo era el evitativo como se muestra en la tabla N. 10.

En contraste a este resultado, tenemos los estudios realizados por Keating, Castle, Newton, Huang, Rossell, (2016); Žigić, Žaja, Jakovina & Begovac (2018); Lampis, Cataudella, Busonera, De Simone & Tommasi (2019) se tomaron dos poblaciones para el estudio de conductas anoréxicas y bulímicas relacionadas con los estilos de apego

(población clínica y un grupo control sano), en donde se pudo observar una clara diferencia en los resultados obtenidos, pues, se pudo constatar resultados más significativos en las poblaciones clínicas, las cuales mostraban mayores conductas anoréxicas o bulímicas dependiendo de su estilo de apego. Por el contrario, en los grupos controles al presentar una ausencia de TCA, a pesar de que existía una variabilidad respecto a los estilos de apego, no presentaban conductas anoréxicas o bulímicas de modo significativo.

CARÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de apego con las conductas anoréxicas y bulímicas. Sin embargo, en cuanto al estilo de apego inseguro ambivalente con el factor bulimia, se pudo encontrar un valor altamente significativo, lo cual evidencia que entre esta dimensión y este factor si existe correlación.
- Se pudo concluir que la dimensión con mayor prevalencia es Traumatismo Infantil, seguida de Interferencia de los Padres. Por el contrario, la dimensión de Seguridad fue la menos representativa dentro del grupo. Resultado que tiende a ser el más frecuente en relación a otros estudios utilizando el mismo instrumento psicométrico, encontrando sus excepciones donde se muestra a la dimensión de seguridad como la dimensión más representativa de los sujetos.
- Respecto a los factores de la conducta alimentaria se pudo observar que el factor de Dieta es el más representativo dentro del grupo. Lo que a su vez se ve reflejado en diversos estudios en los cuales, la tendencia a realizar dietas sin un control adecuado es uno de los factores determinantes y conductas más frecuentes previo a un diagnóstico de un TCA.

- Respecto a las dimensiones de apego según el sexo se pudo concluir que la mayoría de dimensiones (seguridad, interferencia con los padres, valor de la autoridad de los padres y permisividad parental) se encuentran más presentes dentro del grupo de hombres y en cuanto al grupo de mujeres se pudo apreciar una menor variedad del grupo de dimensiones (preocupación familiar, autosuficiencia y rencor hacia los padres, traumatismo infantil).

4.2 Recomendaciones

- Para futuras investigaciones que se realicen con esta temática, se recomienda desarrollar estudios comparativos, con una población clínica y un grupo control, para así, obtener resultados significativos dentro de la investigación, con el fin de indagar los estilos de apego más representativos dentro de un grupo clínico y los estilos de apego más representativos dentro del grupo control.
- Con respecto al trabajo terapéutico, en base a los estilos de apego, se recomienda usar técnicas de corte psicodinámico, para modificar las representaciones del Self y la percepción del afecto, generando un cambio en la estructura de la personalidad de los adolescentes.
- En cuanto al trabajo con conductas inadecuadas de la alimentación, se recomienda elaborar un programa de tipo cognitivo-conductual, que ayude a

reestructurar las cogniciones de los adolescentes y a su vez se modifiquen las conductas que pueden representar problemas de salud a mediano o largo plazo.

- Se recomienda crear programas de psicoeducación para generar un ambiente de conciencia respecto a los inicios de los trastornos de la conducta alimentaria, en donde se les brinde la información adecuada a los adolescentes respecto a la importancia de una alimentación sana y al cuidado de la salud mental

BIBLIOGRAFÍA

Linkografía

Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de psiquiatría infantil*. 4ta Edición. Editorial Masson.

Recuperado de:

<https://books.google.com.ec/books?id=dLJ7vmXqWdYC&pg=PA51&dq=cuidados+maternos+en+la+infancia&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjp5PzErpHtAhVOIVkKHcIHBhMQ6AEwA3oECAEQAg#v=onepage&q=cuidados%20maternos%20en%20la%20infancia&f=false>

American Psychiatric Association. (1995) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition. Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Recuperado de:

<https://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc (2002) *Anorexia nerviosa y otros desórdenes alimenticios relacionados*. Recuperado de:

<https://www.anred.com/stats.html>

Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (2018) *¿Qué son los TCA?*. Recuperado de: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/>

Asociación contra la lucha de la Anorexia y la Bulimia (ALUBA). (2020). *¿Qué es la Anorexia y la Bulimia?*. Recuperado de: <https://aluba.org.ar/home/que-es-bulimia-y-anorexia/>

- Attili, G., Pentima, L., Toni, A. & Roazzi, A. (20018). *Apego de Ansiedad Alta en Trastornos de la Alimentación: La Transmisión Intergeneracional de las Madres y los Padres*. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. Vol.28, e2813. ISSN 1982-4327. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2813>.
- Balluerka, N. Lacasa, F. Gorostiaga, Arantxa, Muela, Alexander, Pierrehumbert, B. (2011). *Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego*. *Psicothema*, 23(3),486-494.[fecha de Consulta 11 de Diciembre de 2020]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72718925022>
- Barudi, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial GEDISA. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=GiUIBQAAQBAJ&pg=PA37&dq=cuidados+maternos+en+la+infancia&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjp5PzErpHtAhVOIVkKHcIHBhMQ6AEwBnoECAYQAg#v=onepage&q=cuidados%20maternos%20en%20la%20infancia&f=false>
- Batista, M., Žigić Antić, L., Žaja, O., Jakovina, T. and Begovac, I., 2018. *Predictors Of Eating Disorder Risk In Anorexia Nervosa Adolescents*. [online] NCBI. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6536277/> doi: 10.20471/acc.2018.57.03.01
- Borda Mas, M.d.l.M., Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M.L., Sánchez Martín, M., Río Sánchez, C.d. y Beato Fernández, L. (2019). *Estilos parentales percibidos en los trastornos de la alimentación*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28 (1), 12-21.

- Bowlby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental. 2da Edición*. Editorial Panamericana. Washintog D.C. Estados Unidos. Recuperado de:
file:///C:/Users/pc/Downloads/41545.pdf
- Cassioli,, E., Rossi, E., Castellini, G., Sensi, C., Mancini, M., Lelli, L., Stanghellini, G. (2019). *Sexuality, embodiment and attachment style in anorexia nervosa. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40519-019-00805-6> doi:10.1007/s40519-019-00805-6:
- Cofré, A., et al. (2017). *Estilos vinculares y conducta alimentaria en niños*. Summa Psicológica UST. Recuperado de: file:///C:/Users/pc/Downloads/Dialnet-EstilosVincularesYConductaAlimentariaEnNinos-6231737.pdf.
doi:10.18774/summa-vol14.num2-351
- Constaín, G. A., Ricardo Ramírez, C., Rodríguez-Gázquez, M. de los Á., Álvarez Gómez, M., Marín Múnera, C., & Agudelo Acosta, C. (2014). *Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia*. Atención Primaria, 46(6), 283–289002E
- Doba, K. & Nandrino, J. (2020). *Cognitive and Emotional Empathy in Anorexia Nervosa, The Journal of Nervous and Mental Disease*. Volume 208 - Issue 4 - p 312-318 Recuperado de:
https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2020/04000/Cognitive_and_Emotional_Empathy_in_Anorexia.9.aspx doi: 10.1097/NMD.0000000000001130

El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS, 2018). *Atiende IMSS Trastornos Alimenticios con Tratamiento Médico, Psicológico y en Nutrición*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/114>

Empson, J & Nabuzoka, D. (2006). *El desarrollo atípico infantil*. Barcelona. Editorial Grupo Planeta (GBS). Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=7BM8v0FsRMoC&pg=PA20&dq=estilo+de+apeg+seguro&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwim19zgb_tAhXjt1kKHxt_AN04FBDoATACegQIBRAC#v=onepage&q=estilo%20de%20apego%20seguro&f=false

Enríquez, H., Tulio, J. & Schneider, R. (2010). *Síndrome de Intestino Irritable y otros Trastornos Relacionados*. Editorial Panamericana. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=jtye3Q__EYwC&pg=PA463&dq=distorsiones+cognitivas+ellis&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiHvLKnjrXtAhUv1lkKHdVzCLoQ6AEwBHoECAAQA#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas%20ellis&f=false

Freire, W. et, al. (2013). *RESUMEN EJECUTIVO TOMO 1: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador*. ENSANUT-ECU 2011-2013. Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito: Ecuador. Recuperado de: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Publicacion%20ENSANUT%202011-2013%20tomo%201.pdf

Freire, W. et, al. (2014). *Resumen ejecutivo tomo 1: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años*. ENSANUT-ECU2012. Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito: Ecuador. Recuperado de: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

Gander, M., Sevecke K. & Buchheim A. (2018). *Disorder-specific attachment characteristics and experiences of childhood abuse and neglect in adolescents with anorexia nervosa and a major depressive episode*. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cpp.2324>.
Doi:10.1002/cpp.2324

García, D., Herrero, G., Jáuregui, I. (2018) *Trastornos de la conducta alimentaria, tipo de apego y preocupación de la imagen corporal*.0020. Facultad de Ciencias Experimentales. Área de Nutrición y Bromatología. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. España. Recuperado de: <file:///C:/Users/pc/Downloads/3077-Texto%20del%20art%C3%ADculo-11738-1-10-20190613.pdf>. DOI: 10.19230/jonnpr.3077

Geddes, H. (2010). *El apego en el aula: Relación entre las primeras experiencias infantiles, el bienestar emocional y el rendimiento escolar*. 1era Edición en español. Editorial imprimeix. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=GYXgQAYVbQUC&pg=PA44&dq=cuidados+maternos+en+el+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjskZGK9Y_tAhVF11kKHQedD6wQ6AEwAXo

ECAQQA#v=onepage&q=cuidados%20maternos%20en%20el%20apego&f=false

Gojman de Millán, S. Herreman, C. & Sroufe, A. (2018). *La teoría del apego: Investigación e intervención en distintos contextos socioculturales*. Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=IQR6DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=teoria+del+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjwz7mGvYDtAhWFzVkKHXHFC44Q6AEwAXoECAQQA#v=onepage&q&f=false>

Gonçalves, S., Vieira, A. I., Rodrigues, T., Machado, P. P., Brandão, I., Timóteo, S., Machado, B. (2019). *Adult attachment in eating disorders mediates the association between perceived invalidating childhood environments and eating psychopathology*. *Current Psychology*. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-019-00524-2>
doi:10.1007/s12144-019-00524-2

Güel, M. (2005). *¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro?: Técnicas asertivas para el profesorado y formadores*. 2da edición. Editorial Grao. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=OCfA7n8Hm9AC&pg=PA90&dq=distorsiones+cognitivas&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiM4NWZzdjtAhVRrFkKHYvbAEEQ6AEwAXoECAUQA#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas&f=false>

Guerreo, R. & Barroso, O. (2019). *El desarrollo emocional de tu hijo: Cuentos desde la teoría del apego*. Editorial Océano. Recuperado de:

https://books.google.com.ec/books?id=mTSsDwAAQBAJ&pg=PT23&dq=estilo+de+apego+seguro&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwj5uaJxL_tAhWSmlkKHazFAB0Q6AEwBXoECAUQA#v=onepage&q=estilo%20de%20apego%20seguro&f=false

Gutiérrez, G., Fontanil, Y., Paz, D., Ezama, E., Alonso, Y. (2017). *Patología alimentaria en adolescentes: efecto del apego y de la regulación emocional*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 17, núm. 2, junio, 2017, pp. 209-220 Universidad de Almería Almería, España. ISSN: 1577-7057

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. American Psychologist, 13(12), 673–685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>

Henschel, Nandirino, & Dpba K (2020). *The moderating effect of gender role on the relationships between gender and attitudes about body and eating in a sample of Italian adolescents. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0372-2> doi: 10.1007/s40519-017-0372-2

Hoxha, E. (2016). *Linking Attachment Avoidance And Attachment Anxiety With Eating Disorder Attitudes And Behaviours In A Sample Of Nonclinical Albanian Female College Students*. Richtmann.org. Recuperado de: <http://www.richtmann.org/journal/index.php/mjss/article/view/9346> doi: 10.5901/mjss.2016.v7n4p506

J. Lampis, S. Cataudella, A. Busonera, S. De Simone & M. Tommasi (2019). *The moderating effect of gender role on the relationships between gender and*

attitudes about body and eating in a sample of Italian adolescents. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0372-2>

Keating, C., Castle, D., Newton, R., Huang, C., Rossell, S. (2016). *Attachment Insecurity Predicts Punishment Sensitivity in Anorexia Nervosa*, *The Journal of Nervous and Mental Disease*: Volume 204 - Issue 10 - p 793-798. Recuperado de: https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2016/10000/Attachment_Insecurity_Predicts_Punishment.12.aspx doi: 10.1097/NMD.0000000000000569

Lazarević, J., Batinić, B. and Vukosavljević-Gvozden, T. (2016). *Risk factors and the prevalence of anorexia nervosa among female students in Serbia*. [online] Scindeks.ceon.rs. Recuperado de: <http://scindeks.ceon.rs/article.aspx?artid=0042-84501601034L> Doi: 10.2298/VSP130709121L

McClure, J. & Friedberg, R. (2011). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales*. Editorial Grupo Planeta Spain. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=l-sRmvKx_VoC&pg=PT10&dq=distorsiones+cognitivas&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiM4NWZzdjtAhVRrFkKHYvbAEEQ6AEwBXoECAYQAg#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas&f=false

Manaj, S. (2016). *Attachment Style And The Predisposition To Eating Disorders In Adolescence*. [online] Journals.euser.org. Available at:

http://journals.euser.org/files/articles/ejis_sep_dec_16/Semiramida.pdf

doi: <http://dx.doi.org/10.26417/ejis.v2i4.p112-120>

Marcelli, D. (2007). *Manual de psicopatología del niño*. 7ma Edición. España.

Editorial Elsevier. Recuperado de:

[https://books.google.com.ec/books?id=XpDotrGCtGsC&dq=tipos+de+apego
&source=gbs_navlinks_s](https://books.google.com.ec/books?id=XpDotrGCtGsC&dq=tipos+de+apego&source=gbs_navlinks_s)

Marcos del Cano, A. & Topa, G. (2012) *Salud mental comunitaria*. Editorial UNED.

Recuperado de: [https://books.google.com.ec/books?id=hXFH-](https://books.google.com.ec/books?id=hXFH-7Adsj4C&pg=PT150&dq=tipos+de+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwj727K5pr_tAhXOxVkKHY7aB4U4ChDoATAJegQICRAC#v=onepage&q=tipos%20de%20apego&f=false)

[7Adsj4C&pg=PT150&dq=tipos+de+apego&hl=es-](https://books.google.com.ec/books?id=hXFH-7Adsj4C&pg=PT150&dq=tipos+de+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwj727K5pr_tAhXOxVkKHY7aB4U4ChDoATAJegQICRAC#v=onepage&q=tipos%20de%20apego&f=false)

[419&sa=X&ved=2ahUKEwj727K5pr_tAhXOxVkKHY7aB4U4ChDoATAJeg](https://books.google.com.ec/books?id=hXFH-7Adsj4C&pg=PT150&dq=tipos+de+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwj727K5pr_tAhXOxVkKHY7aB4U4ChDoATAJegQICRAC#v=onepage&q=tipos%20de%20apego&f=false)

[QICRAC#v=onepage&q=tipos%20de%20apego&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=hXFH-7Adsj4C&pg=PT150&dq=tipos+de+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwj727K5pr_tAhXOxVkKHY7aB4U4ChDoATAJegQICRAC#v=onepage&q=tipos%20de%20apego&f=false)

Martija, J. (2018). *El método AEDA: Una estrategia eficaz para el tratamiento de conductas adictivas*. Editorial Grupo AEDA. Recuperado de:

[https://books.google.com.ec/books?id=9sIWDwAAQBAJ&pg=PT300&dq=4](https://books.google.com.ec/books?id=9sIWDwAAQBAJ&pg=PT300&dq=4+tipos+de+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjDI42p3r3tAhWiwFkKHa55CcEQ6AEwAnoECAYQAQ#v=onepage&q=4%20tipos%20de%20apego&f=false)

[+tipos+de+apego&hl=es-](https://books.google.com.ec/books?id=9sIWDwAAQBAJ&pg=PT300&dq=4+tipos+de+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjDI42p3r3tAhWiwFkKHa55CcEQ6AEwAnoECAYQAQ#v=onepage&q=4%20tipos%20de%20apego&f=false)

[419&sa=X&ved=2ahUKEwjDI42p3r3tAhWiwFkKHa55CcEQ6AEwAnoEC](https://books.google.com.ec/books?id=9sIWDwAAQBAJ&pg=PT300&dq=4+tipos+de+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjDI42p3r3tAhWiwFkKHa55CcEQ6AEwAnoECAYQAQ#v=onepage&q=4%20tipos%20de%20apego&f=false)

[AYQAQ#v=onepage&q=4%20tipos%20de%20apego&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=9sIWDwAAQBAJ&pg=PT300&dq=4+tipos+de+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjDI42p3r3tAhWiwFkKHa55CcEQ6AEwAnoECAYQAQ#v=onepage&q=4%20tipos%20de%20apego&f=false)

Millo, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2da edición.

Editorial Masson. Recuperado de: [https://books.google.com.ec/books?id=U-](https://books.google.com.ec/books?id=U-KyxYBIWmYC&pg=PA54&dq=distorsiones+cognitivas&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiM4NWZzdjtAhVRrFkKHYvbAEEQ6AEwBnoECACQAg#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas&f=false)

[KyxYBIWmYC&pg=PA54&dq=distorsiones+cognitivas&hl=es-](https://books.google.com.ec/books?id=U-KyxYBIWmYC&pg=PA54&dq=distorsiones+cognitivas&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiM4NWZzdjtAhVRrFkKHYvbAEEQ6AEwBnoECACQAg#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas&f=false)

[419&sa=X&ved=2ahUKEwiM4NWZzdjtAhVRrFkKHYvbAEEQ6AEwBno](https://books.google.com.ec/books?id=U-KyxYBIWmYC&pg=PA54&dq=distorsiones+cognitivas&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiM4NWZzdjtAhVRrFkKHYvbAEEQ6AEwBnoECACQAg#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas&f=false)

[ECACQAg#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=U-KyxYBIWmYC&pg=PA54&dq=distorsiones+cognitivas&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiM4NWZzdjtAhVRrFkKHYvbAEEQ6AEwBnoECACQAg#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas&f=false)

Ministerio de Salud de Colombia. Subdirección de enfermedades no transmisibles. (2017). *Boletín de salud mental: Salud mental en niños, niñas y adolescentes*.

Bogotá: Colombia. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>

Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: una integración*.

Editorial Siglo XXI. Primera edición en español. Recuperado de:
<https://books.google.com.ec/books?id=8EjNFrVW12kC&pg=PA34&dq=necesidad+afectivas+en+el+infante+y+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwju3eCq9YjtAhVLu1kKHZQHBIQ6AEwAHoECAAQAq#v=onepage&q=necesidad%20afectivas%20en%20el%20infante%20y%20apego&f=false>

Monteleone AM, e. (2019). *The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the trier social stress test - PubMed - NCBI*. [online]

Ncbi.nlm.nih.gov. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30594746>. Doi.
10.1016/j.psyneuen.2018.12.232

Münch, A. L., Hunger, C., & 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*, Recuperado de: [https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-016-0141-44\(1\)](https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-016-0141-44(1)) doi: 10.1186/s40359-016-0141-4

- Nalbant, K., Kalayci, B. & Akdemir, D. (2019). *Attachment Security and Perceived Expressed Emotion in Adolescents whit Anorexia Nervosa*. Turkish Journal of Psychiatry. Recuperado de: <http://submission.turkpsikiyatri.com/MGSDosyalar/Yayinlanmamis/TPD19010NALBANTanorexiaP-ctyut5.pdf>.
- National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (2020). *Estadísticas sobre los desórdenes alimenticios*. Recuperado de: <https://anad.org/education-and-awareness/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>
- Nóblega, M. & Traverso, P. (2013). *Confiabilidad y validez de constructo del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir*. Pensamiento Psicológico, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 7-25 Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia
- Oliva, Y., et al., (2016). *Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán*. Scielo.org.mx [online] recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v27n2/2007-8447-revbiomed-27-02-00002.pdf>. Doi: 10.32776/revbiomed.v27j2.24
- Palou, S. & Arnaiz, V. (2004). *Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infancia: Propuestas educativas*. 1era Edición. Editorial Graó. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=PIKGhYM-jxsC&pg=PA29&dq=vinculos+afectivos+en+la+infancia&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiJv4qUvZHtAhXHjFkKHS9DCm8Q6AEwAHoECAEQAg#v=onepage&q=vinculos%20afectivos%20en%20la%20infancia&f=false>

Pinto, C. Beyzaga, M. Cantero, M. Oviedo, X. & Vergara, V. (2018). *Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [online] Recuperado de: <https://pt.scribd.com/document/412319367/Apego-y-Psicopatologia-en-La-Adolescencia>. Doi: 10.21134/rpcna.2018.05.3.3

Prada, J. (2004). *Madurez afectiva, concepto de sí y la adhesión en el ministerio sacerdotal: estudio teórico-empírico según la "teoría del apego"*. Editorial San Pablo. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=fLRL18ns4XJgC&pg=PA51&dq=representaciones+del+apego&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi_7JKj6bTtAhXOuFkKHf-HAVs4ChDoATABegQIBRAC#v=onepage&q=representaciones%20del%20apego&f=false

Ribes, M. (2006). *Educador Infantil de la Generalitat de Valencia. Temario*. Editorial MAD Eduforma. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=-KJO5AgttWcC&pg=SL20-PA123&dq=apego+ansioso+ambivalente&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwit8dDR_sHtAhUPnlkKHdGaAroQ6AEwAXoECAEQAg#v=onepage&q=apego%20ansioso%20ambivalente&f=false

Spitz, R. (1983). *René A. Spitz, Dialogues from Infancy: Selected Papers*. Editorial International Universities Press. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=2vIeAQAAIAAJ&q=Ren%C3%A9+Spitz&dq=Ren%C3%A9+Spitz&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiRpu7Xyr3tAhWCwFkKHUkIC2wQ6AEwBnoECAQQAg>.

Villanueva, L. (2002). *El menor ante la violencia: procesos de victimización*. 4ta Edición. Editorial Publicacions de la Universitat Jaume I. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=F69M_-lYD-MC&pg=PP52&dq=apego+desorganizado&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiUyYPJ_NXtAhWDjVkJHdGuBmEQ6AEwAHoECAEQAg#v=onepage&q=apego%20desorganizado&f=false

Base de datos UTA

Linkografía

- Ávila de Encío, C. (2018). *La relación de apego y sus posibilidades educativas*. Narcea Ediciones. <https://elibro.net/es/ereader/uta/46297?page=17>
- Beltrán Veraza, M. (2014). *Desarrollo de habilidades del pensamiento y creatividad*. Grupo Editorial Éxodo. <https://elibro.net/es/ereader/uta/153623?page=19>
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. (6a. ed.). Ediciones Morata, S. L. <https://elibro.net/es/ereader/uta/116208?page=16>
- Márquez Romero, P. (2014). *Cómo desarrollar habilidades de pensamiento*. Ediciones de la U. <https://elibro.net/es/ereader/uta/93365?page=9>
- Onnis, L. (2015). *EL tiempo congelado: anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Editorial Gedisa. <https://elibro.net/es/ereader/uta/61195?page=17>
- Ovejero Hernández, M. (2013). *Desarrollo cognitivo y motor*. Macmillan Iberia, S.A. <https://elibro.net/es/ereader/uta/43265?page=115>

- Ramos Ramos, P. (Coord.). (2015). *Intervención psicológica en trastornos de la conducta alimentaria*. (2a. ed.). Editorial ICB.
<https://elibro.net/es/ereader/uta/106627?page=6>
- Requena Peláez, J. M. (Coord.). (2012). *Anorexia y bulimia*. (2a. ed.). Editorial ICB.
<https://elibro.net/es/ereader/uta/106680?page=8>
- Tinahones Madueño, F. J. (2004). *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*. Ediciones Díaz de Santos. <https://elibro.net/es/ereader/uta/53030?page=70>
- Valteroni, E. y Nardone, G. (2018). *La anorexia juvenil: una terapia eficaz y eficiente para los trastornos alimentarios*. Herder Editorial.
<https://elibro.net/es/ereader/uta/116920?page=8>
- Zusman, L. (2013). *Los desórdenes de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
<https://elibro.net/es/ereader/uta/79326?page=11>

ANEXOS

Anexo 1. CAMIR-R

Anexos 1. CAMIR-R*

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Fecha de hoy:

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

Opciones de respuesta:

5.- Muy de acuerdo

2.- En desacuerdo

4.- De acuerdo

1.- Muy en desacuerdo

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

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

Anexo 2. EAT-26

Nombre: _____
 Colegio: _____
 Curso: _____
 Edad: _____

Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	siempre	casi siempre	frecuentemente	a veces	rara vez	nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						

11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como mas lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

Anexo 3. Consentimiento informado a padres de familia

Estudio: "Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato"

Autor: Johanna Maricela Palacios Cortez
(jpalacios5794@uta.edu.ec)

Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los estilos de apego y las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de bachillerato.

Se solicita de su valiosa colaboración para responder los siguientes cuestionarios (con una duración aproximada de 20 minutos). Es necesario que el/la participante sea lo más honesto/a posible, de manera que los datos aportados sean de gran utilidad para esta investigación.

Toda la información será **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA**, esto significa que habrá total reserva de sus datos de identificación. Los resultados serán socializados a las autoridades con miras al aporte de la salud mental en los estudiantes.

Agradecemos su colaboración.

Dirigido al representante legal del alumno participante: De manera libre y voluntaria acepto y autorizo a mi hijo o representado a participar en el presente estudio.

Sí

No

Datos del representante legal

Como parte del consentimiento informado, se solicita de la manera más cordial se otorgue la siguiente información:

Nombres completos *

Tu respuesta

Número de cédula *

Tu respuesta
