

TESIS DOCTORAL

2020



**APEGO, IMAGEN CORPORAL Y
CALIDAD DE VIDA EN
ADOLESCENTES CON
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

M^a ISABEL LAPORTA HERRERO

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DIRECTOR: MIGUEL ÁNGEL SANTED GERMÁN
CODIRECTOR: IGNACIO JÁUREGUI LOBERA**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN
A DISTANCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos*



TESIS DOCTORAL

**APEGO, IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD
DE VIDA EN ADOLESCENTES CON
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

M^a ISABEL LAPORTA HERRERO

Licenciada en Psicología

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica

DIRECTOR: MIGUEL ÁNGEL SANTED GERMÁN

CODIRECTOR: IGNACIO JÁUREGUI LOBERA

UNED 2020

AGRADECIMIENTOS

Estas palabras de agradecimiento van dirigidas a quiénes directa o indirectamente me han transmitido los valores de aprendizaje, esfuerzo, perseverancia, superación y esperanza, tan necesarios en este largo y tedioso camino.

Me gustaría agradecer, en primer lugar, a mis directores Miguel Ángel e Ignacio por haberme ayudado, enseñado y guiado en el camino. Gracias por vuestra profesionalidad, disponibilidad, accesibilidad, y apoyo.

En segundo lugar, a las personas que me han ayudado a recoger la muestra en diferentes lugares de España, como Mari Carmen, Eduard, María, Ignacio... Sin ellos, este estudio multicéntrico no habría sido posible y la generalización de los resultados no sería la misma.

En tercer lugar, a mis padres, mis vínculos seguros, aquellos que sé que siempre están, y que son y serán siempre mis apoyos incondicionales. Gracias por vuestro amor, comprensión y cariño mostrado ahora y siempre.

Y, por último, a Os; porque los vínculos seguros no sólo se inician en la infancia y éste es un claro ejemplo de ello. Gracias por tu paciencia y por ser mi sostén durante este proceso de noria emocional caracterizada por subidas y bajadas, pequeñas alegrías y aflicciones.

*“Cuando te abres para tocar a otros seres humanos, no importa si lo llamas
terapia, enseñanza o poesía”*

Audre G. Lorde

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Trastornos de la conducta alimentaria	12
1.1.1. Concepto y criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria	12
1.1.2. Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria	21
1.1.3. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria	22
1.1.4. Curso, evolución y pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria	23
1.1.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia	26
1.1.6. Trastornos de la conducta alimentaria: la teoría del apego y la imagen corporal	28
1.2. Marco teórico: La teoría del apego.....	28
1.2.1. El concepto y la teoría del apego de Bowlby	28
1.2.2. Evolución de la teoría del apego: El modelo representacional	30
1.2.3. Tipos de apego.....	32
1.2.4. El apego en la adolescencia.....	35
1.2.5. El apego a padres y amigos en la adolescencia	37
1.2.6. La teoría del apego y los trastornos de la conducta alimentaria.....	38
1.3. Imagen corporal	43
1.3.1. Aspectos evolutivos de la imagen corporal: la adolescencia	45
1.3.2. Aspectos afectivos de la imagen corporal: la insatisfacción corporal	46
1.3.3. Aspectos sociales de la imagen corporal: el modelo estético-corporal	58
1.3.4. Aspecto positivos de la imagen corporal: la apreciación corporal.....	60
1.3.5. Calidad de vida respecto a la imagen corporal.....	65
2. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	67
2.1. Justificación.....	67
2.2. Objetivos e hipótesis.....	69
3. MÉTODO	71
3.1. Participantes.....	71
3.2. Variables e instrumentos.....	73
3.3. Procedimiento.....	78
3.4. Análisis estadísticos	79

4. ESTUDIOS	82
4.1. Estudio 1: Insatisfacción corporal en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria	82
4.2. Estudio 2: Apego a padres y amigos e insatisfacción corporal en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria	101
4.3. Estudio 3: Apego, apreciación corporal y calidad de vida respecto a la imagen corporal en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria	114
5. DISCUSIÓN	126
6. CONCLUSIONES.....	138
7. REFERENCIAS.....	140
8. ANEXOS	167
8.1 Consentimientos informados	167
8.1.1. Hoja de información y consentimiento informado para la familia del paciente	167
8.1.2. Hoja de información y consentimiento informado para el paciente menor maduro	169
8.1.3. Hoja de información y consentimiento informado para el estudiante	171
8.2. Cuestionarios	173
8.2.1. Índice de posición social de Hollingshead	173
8.2.2. Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA)	174
8.2.3. Escala de Autoestima (RSES)	176
8.2.4. Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI-II)	177
8.2.5. Cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-40)	179
8.2.6. Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-40).....	181
8.2.7. Cuestionario sobre la Forma Corporal (BSQ-34).....	185
8.2.8. Escala de Apreciación Corporal (BAS)	187
8.2.9. Inventario de influencia de imagen corporal sobre calidad de vida (BIQLI-SP)	189

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS

α	Alfa de Cronbach
AN	Anorexia nerviosa
ANOVA	Análisis de la varianza
AN-R	Anorexia nerviosa tipo restrictivo
AN-P	Anorexia nerviosa tipo con atracones/purgas
BAS	Escala de apreciación corporal
BD	<i>Body dissatisfaction</i>
BED	<i>Binge Eating Disorder</i>
BIQLI	Inventario de influencia de imagen corporal sobre calidad de vida
BN	Bulimia nerviosa
BMI	<i>Body Mass Index</i>
BSQ	Cuestionario sobre la Forma Corporal
CEDI	Cuestionario Español de Depresión Infantil
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIMEC	Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
doi	<i>Digital Object Identifier</i>
DT	Desviación típica
EAT-40	Cuestionario de actitudes ante la alimentación
ED	<i>Eating disorder</i>
ed. / eds.	Editor / editores
EDU	<i>Eating Disorder Unit</i>
EDNOS	<i>Unspecified Feeding and Eating Disorder</i>
Ej.	Ejemplo
IC	Imagen corporal
IMC	Índice de masa corporal
IPPA	Inventario de Apego con Padres y Pares
M	Media
MCMC	<i>Markov Chain Monte Carlo</i>
n	Número de participantes de la muestra

OMS	Organización Mundial de la Salud
p	Nivel de significación
p. / pp.	Página / páginas
PPC	<i>Posterior Predictive Checking</i>
PPP	<i>Posterior Predictive P-value</i>
PSR	<i>Potential Scale Reduction</i>
RSES	Escala de autoestima de Rosenberg
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SD	<i>Standard Deviation</i>
TA	Trastorno de atracones
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
TCANE	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia
χ^2	Chi-Cuadrado

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según DSM-5 (APA, 2013)	13
Tabla 2. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según CIE-10 (OMS, 2000)....	15
Tabla 3. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa atípica según CIE-10 (OMS, 2000)	16
Tabla 4. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa según DSM-5 (APA, 2013).....	17
Tabla 5. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa según CIE-10 (OMS, 2000)	18
Tabla 6. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa atípica según CIE-10 (OMS, 2000)	18
Tabla 7. Criterios diagnósticos del trastorno de atracones según DSM-5 (APA, 2013).	19
Tabla 8. Datos descriptivos de las variables clínicas, sociodemográficas e IMC de los participantes en el estudio 1	71
Tabla 9. Datos descriptivos de las variables clínicas y sociodemográficas de los participantes en los estudios 2 y 3	72
Tabla 10. Datos descriptivos de las variables clínicas y sociodemográficas en el grupo TCA (n = 131) y en el grupo control (n = 129)	106
Tabla 11. Datos descriptivos y comparaciones entre grupos y puntuaciones del IPPA y BSQ en el grupo TCA (n = 131) y el grupo control (n = 129).....	109
Tabla 12. Límites de confianza (95%), correlaciones entre las puntuaciones del BSQ y del IPPA en el grupo TCA (n=131) y en el grupo control (n = 129).....	110
Tabla 13. Datos descriptivos de las variables clínicas y sociodemográficas en el grupo TCA (n = 131) y en el grupo control (n = 129)	116
Tabla 14. Datos descriptivos y comparaciones entre grupos y puntuaciones del IPPA, BAS y BIQLI en grupo TCA (n = 131) y grupo control (n = 129)	120
Tabla 15. Límites de confianza (95%), correlaciones entre las puntuaciones del BAS y del IPPA en el grupo TCA (n=131) y en el grupo control (n = 129).....	121
Tabla 16. Análisis de mediación que explora los efectos directos e indirectos del apego parental, sexo y edad en las puntuaciones de BIQLI a través de las puntuaciones del BAS.....	122

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Trastornos de la conducta alimentaria

1.1.1. Concepto y criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada sobre la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos para el control del peso. Representan en la actualidad cuadros de gran relevancia social. Esta patología se caracteriza por la gravedad de la sintomatología asociada, elevada resistencia al tratamiento y riesgo alto de recaídas, así como alto grado de comorbilidad o presencia de otros trastornos como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o abuso de sustancias (Ulfvebrand et al., 2015).

Existen dos clasificaciones de trastornos mentales donde tienen cabida los TCA: el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición* (DSM-5) (APA, 2013) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión* (CIE-10) (OMS, 1992), en su capítulo V “Trastornos mentales y del comportamiento”.

En el DSM-5 se ha producido un cambio en la denominación del capítulo referido a los TCA, de “Trastornos de la conducta alimentaria” ha pasado a llamarse “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos”, donde se definen como “una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (APA, 2013, p. 329). Incluye los siguientes trastornos: pica, trastorno de rumiación, trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de atracones (TA), trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta alimentaria no especificado (TCANE), otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos especificado.

En la CIE-10, los TCA se engloban en una categoría más amplia: “Los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” (OMS, 2000, p. 140), dentro de la categoría “F50. Trastornos de la conducta alimentaria”. Incluye los siguientes trastornos: anorexia nerviosa (AN), anorexia

nerviosa atípica, bulimia nerviosa (BN), bulimia nerviosa atípica, hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos, vómitos asociados a otros trastornos psicológicos, otros TCA, TCA sin especificación (TCANE).

1.1.1. Anorexia nerviosa

Ya en 1973, Bruch señalaba que lo esencial para la AN es la alteración de la IC, la alteración de la percepción de los estímulos procedentes del propio cuerpo y el sentimiento paralizante de ineficacia personal.

Para el DSM-5 (APA, 2013) son tres los principales síntomas: 1) restricción alimentaria, 2) miedo intenso a ganar peso o a engordar, y 3) alteración de la IC. En la Tabla 1 se recogen los criterios diagnósticos para la AN según el DSM-5 (APA, 2013), en el que se especifican dos subtipos: AN tipo restrictivo (AN-R) y AN con atracones/purgas (AN-P). Se hipotetiza que la insatisfacción extrema con el tamaño o la forma del cuerpo o algunas partes del cuerpo conduce al miedo a engordar o la aversión por la comida (Herpetz-Dahlmann, 2015). Algunos pacientes perciben sus cuerpos con mayor tamaño de lo que son a pesar de la restricción alimentaria severa, otros reconocen su extrema delgadez pero les resulta atractivo. El bajo peso corporal es el resultado de restricción alimentaria y/o ejercicio físico excesivo. La mayoría de los pacientes experimentan sus síntomas como egosintóticos, y se sienten distinguidos por padecer AN (Herpetz-Dahlmann, 2015).

Tabla 1

Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según DSM-5 (APA, 2013)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA DSM-5 (APA, 2013)
A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. <i>Peso significativamente bajo</i> se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Tabla 1

Continuación

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

Especificar si:

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

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Especificar si:

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

En remisión total:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC.

Leve: IMC > 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Nota. Adaptado de “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5” de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 191-192. Copyright 2014 de Asociación Americana de Psiquiatría.

Según la CIE-10 (OMS, 1992), la AN es un “trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el paciente... Los síntomas incluyen una dieta restrictiva voluntaria, ejercicio físico excesivo, inducción al vómito o purgas intestinales y uso de anorexígenos y diuréticos” (OMS, 2000, p. 140). Los criterios diagnósticos correspondientes aparecen reflejados en la Tabla 2. En la CIE-10 se incluye el diagnóstico de AN atípica para cuando no se cumplen todos los criterios citados previamente (Tabla 3).

Tabla 2

Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según CIE-10 (OMS, 2000)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA CIE-10 (OMS, 2000)
1) Pérdida significativa de peso (Índice de Masa Corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
2) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
4) Trastorno endocrino-gonadal generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual. También puede presentarse concentraciones altas de hormona de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de la insulina.
5) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Nota. Adaptado de “Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación” de Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000, pp. 140-141. Copyright 2000 de Edición Médica Panamericana.

Tabla 3

Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa atípica según CIE-10 (OMS, 2000)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA
CIE-10 (OMS, 2000)

Trastornos que cumplen con algunas de las características de la Anorexia Nerviosa, pero cuyo cuadro clínico completo no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, uno de los síntomas clave, tal como amenorrea o un pavor marcado a estar gordo, pueden faltar en la presencia de una pérdida de peso marcada y conductas de adelgazamiento. Este diagnóstico no debe hacer si está presente algún trastorno orgánico conocido que se asocie a pérdida de peso.

Nota. Adaptado de “Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación” de Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000, p. 141. Copyright 2000 de Edición Médica Panamericana.

1.1.1.2. Bulimia nerviosa

Russell (1979) acuñó el término BN, para hacer referencia a “una complicación de la AN caracterizada por una poderosa urgencia por comer, la evitación de los efectos del atracón en el peso a través de vómitos, purgas o ambos y el miedo mórbido a engordar”. De manera similar a la AN, el miedo a engordar y los intentos de perder peso son síntomas centrales de la BN. En muchos pacientes, existe una alteración de la IC y puede caracterizarse por una profunda insatisfacción con la forma y el peso del propio cuerpo. Los episodios de ayuno y restricción alimentaria se ven interrumpidos por episodios de atracones acompañados de una sensación de pérdida de control. Los atracones son seguidos de miedo por el aumento de peso y el deseo de purgar para compensar las calorías consumidas (Herpetz-Dahlmann, 2015). Los pacientes con BN generalmente tienen un peso dentro de un rango normal, sin embargo, el porcentaje de sobrepeso y adiposidad en BN ha aumentado durante los últimos años (Bulik et al., 2012).

Para el DSM-5 (APA, 2013) son tres las principales características diagnósticas de la BN: 1) los episodios recurrentes de atracones, 2) los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y 3) la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso. Véase Tabla 4.

Según la CIE-10 (OMS, 2000, p.141), la BN es un “síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación excesiva por el peso corporal, que conducen a un patrón de atracones seguidos de vómitos o uso de

purgantes. Este trastorno comparte muchas características psicológicas con la AN, incluyendo la preocupación excesiva por el peso y la figura corporales”. Véase Tabla 5. La CIE-10 (OMS, 1992) también contempla el diagnóstico de BN atípica cuando no se cumplen todos los criterios diagnósticos de BN (Tabla 6).

Tabla 4

Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa según DSM-5 (APA, 2013)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA DSM-5 (APA, 2013)
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.</p> <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <p>Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Moderado: Un promedio de 4-7 episodios.</p> <p>Grave: Un promedio de 8-13 episodios.</p> <p>Extremo: Un promedio de 14 episodios o más.</p>

Nota. Texto extraído de “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5” de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 192-194. Copyright 2014 de Asociación Americana de Psiquiatría.

Tabla 5

Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa según CIE-10 (OMS, 2000)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA
CIE-10 (OMS, 2000)

- 1) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- 2) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- 3) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Nota. Adaptado de “Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación” de Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000, p. 142. Copyright 2000 de Edición Médica Panamericana.

Tabla 6

Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa atípica según CIE-10 (OMS, 2000)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA
CIE-10 (OMS, 2000)

Trastornos que siguen algunas de las características de la BN, pero en los cuales el cuadro clínico global no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, puede haber episodios repetidos de ingesta excesiva y uso de purgantes sin un cambio significativo de peso, o puede estar ausente la típica preocupación excesiva por la figura corporal y el peso.

Nota. Adaptado de “Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación” de Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000, p. 142. Copyright 2000 de Edición Médica Panamericana.

1.1.1.3. Trastorno de atracones

Stunkard (1958) define el TA como una ingesta en un breve periodo de tiempo de una gran cantidad de comida tras la que se genera una fuerte sensación de

autodenigración. Según Spitzer et al. (1993), los pacientes con TA se caracterizan por: mayor deterioro en el trabajo y en el funcionamiento social, exceso de preocupación por el cuerpo/figura y el peso, psicopatología general, una importante cantidad de tiempo de la vida adulta haciendo dieta, antecedentes de depresión, abuso de alcohol/drogas, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa (IMC por encima de 35), inicio precoz del sobrepeso e inicio temprano de dietas.

En el DSM-5 (APA, 2013) aparece por primera vez recogido el TA como diagnóstico principal. En su anterior edición, DSM-IV-TR (APA, 2000) se planteaban una serie de criterios diagnósticos para su investigación. Según el DSM-5 (APA, 2013) el TA se caracteriza por episodios recurrentes de atracones pero, a diferencia de la BN, no se produce una conducta compensatoria inapropiada ni distorsión de la IC. Véase Tabla 7. Señalar que el TA no aparece como categoría diagnóstica en la CIE-10 (OMS, 1992).

En niños y adolescentes, el TA o cualquier otro tipo de alimentación desinhibida suele ir precedida por la pérdida de control de la alimentación (LOC) (Tanofsky et al., 2009). La pérdida de control con la comida se define como la experiencia de comer sin poder controlar las cantidades de lo que se come. Se ha observado en niños y adolescentes, una relación constante entre los atracones y el sobrepeso/obesidad y psicopatologías comórbidas actuales y futuras (Sonneville et al., 2013).

Tabla 7

Criterios diagnósticos del trastorno de atracones según DSM-5 (APA, 2013)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ATRACONES
DSM-5 (APA, 2013)
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (Ej. sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando se siente hambre físicamente.

Tabla 7

Continuación

-
- 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 - 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Nota. Texto extraído de “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5” de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 194-195. Copyright 2014 de Asociación Americana de Psiquiatría.

1.1.1.4. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

En el DSM-5 (APA, 2013) se muestran tres apartados denominados “Otro trastorno alimentario o de la ingestión especificado”, “Otro trastorno alimentario o de la ingestión no especificado” y “Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificados” que engloban el apartado de “Trastorno de la conducta alimentaria no especificado” de su anterior edición, DSM-IV-TR (APA, 2000). Estas categorías incluyen los cuadros clínicos que producen malestar y deterioro significativo, pero que no cumplen todos los criterios para un diagnóstico concreto. En la CIE-10 (OMS, 1992), aparecen reflejados como “F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin

especificación”. La categoría “F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria” incluye pica en adultos o pérdida de apetito psicógena, y excluye pica en la infancia.

1.1.2. Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria

La etiología del TCA es todavía desconocida pero hay evidencia de que tanto la genética como el ambiente contribuyen al riesgo (Bulik, Kleiman y Zeynep, 2016). Se conoce que múltiples influencias biopsicosociales están implicadas en el desarrollo de los TCA y/o sintomatología alimentaria, y varios de ellos pueden considerarse factores de riesgo (Culbert et al., 2015).

Entre los factores biológicos se encuentran los efectos genéticos y la neurobiología. Un creciente número de estudios con gemelos confirma que hay un innegable enlace entre los factores genéticos y los TCA (Hübel et al., 2018). Sin embargo, este tipo de estudios cuenta con una serie de limitaciones como el corto período de seguimiento y el pequeño tamaño muestral (Rikani et al., 2012). Por otra parte, la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT) se cree que participa en la regulación del apetito y del estado de ánimo. Hasta la fecha, hay diferentes estudios que intentan dilucidar si la alteración de las actividades del receptor 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A}, el 5-HTT (5-HT transportador), los niveles del CSF 5-HIAA, y el genotipo 5-HTTLPR, entre otros, pueden estar involucrados en pacientes con TCA (Solmi et al., 2016).

Entre los factores psicológicos se encuentra la insatisfacción con la IC y determinados rasgos de personalidad. Del primero de ellos se hablará con profundidad en próximos apartados. Varios estudios han encontrado que rasgos de personalidad como la emocionalidad negativa, el neuroticismo, la impulsividad o el perfeccionismo, entre otros, son comunes en personas con TCA (Culbert et al., 2015).

Uno de los factores de desarrollo, que se ha tenido en cuenta en la etiología de los TCA, es el abuso sexual infantil. Éste ha sido una fuente de debate entre clínicos e investigadores. Mientras algunos estudios muestran una fuerte relación entre ambos, algunos rehúsan aceptar esta relación (Madowitz et al., 2015). La discrepancia entre los resultados de los diferentes estudios puede deberse a una falta de uniformidad en la definición del abuso sexual infantil.

Respecto a los factores socioculturales, destaca la influencia del modelo sociocultural de la cultura occidental. Esta cultura valora, entre otros aspectos, un cuerpo delgado. La influencia del modelo sociocultural, su internalización y otros

aspectos relacionados, serán explicados con más detalle en próximos apartados. Por último, los factores parentales, el entorno familiar y social son de relevada importancia. Ciertos factores parentales pueden aumentar el riesgo de TCA en su descendencia (Bould et al., 2015a). Por ejemplo, el estrés materno prenatal (Su et al., 2016) o la presencia de trastornos mentales como trastorno bipolar, trastorno de personalidad, depresión y ansiedad de los progenitores incrementan el riesgo de TCA en los hijos (Bould et al., 2015b). Por otro lado, el alto nivel educativo (Bould et al., 2016) y las altas expectativas de los padres (Gonçalves et al., 2016) son también factores de riesgo de TCA en la descendencia. Por otra parte, la imagen corporal (IC) y los factores relacionados con el peso son factores personales de riesgo de TCA (Micali et al., 2015).

1.1.3. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria

Existe una gran cantidad de estudios que analiza la epidemiología de los TCA desde los años 70. La mayor parte de los estudios se ha realizado en Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá. Hasta ahora la mayor frecuencia de TCA la encontrábamos entre mujeres jóvenes occidentales, pero se ha comprobado que también ocurre en mujeres mayores, hombres y en personas de países no occidentales (Hoek, 2014; Smink et al., 2013). Con la creciente industrialización, urbanización y globalización está creciendo la incidencia en los países árabes y asiáticos (Pike et al., 2014). No obstante se obtiene una baja prevalencia de AN en países africanos y de América Latina en comparación con los países occidentales y asiáticos (Kolar et al., 2016; van Hoeken et al., 2016).

En Europa, se estima una prevalencia en mujeres que sufren AN inferior a 1-4%, inferior a 1-2% para la BN, inferior a 1-4% en el TA y entre 2-3% en TCANE. De los hombres, entre 0,3 a 0,7% informan de TCA (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). En base a algunos estudios europeos recientes, la AN podría haber aumentado en el tiempo (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). Sin embargo, esto parece ser debido a los cambios en los criterios diagnósticos. En general, se tiende a pensar que la incidencia de la AN parece estable, mientras que la BN parece estar disminuyendo (Smink et al., 2016).

En líneas generales, en España se podría decir que si bien existe discrepancia y variedad en los estudios epidemiológicos, también se puede admitir un riesgo de TCA entre el 4-12% (las cifras que se barajan alcanzan hasta un 25%) con una prevalencia de los TCA de entre el 1 y el 5% (Calvo, 2012). Hasta los años 90 no se habían llevado a

cabo estudios epidemiológicos sobre los TCA en España. En la revisión bibliográfica realizada por Peláez-Fernández et al. (2010) se señala que la mayoría de los estudios llevados a cabo en España están realizados con datos de algunas Comunidades Autónomas - por ejemplo, en las Islas Canarias se han descrito unas tasas de prevalencia del 0,2% para la AN, 0,6% para la BN y 3,3% para el TCANE (Álvarez-Male et al., 2015) -. Estos autores indican que las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados (en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; entre 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes). A su vez, se detecta un amplio rango de variación en las tasas de prevalencia de los TCA de unos estudios a otros, algo que puede atribuirse tanto a las dificultades metodológicas generales inherentes a este tipo de estudios, como a problemas metodológicos. Además, son los síndromes incompletos o no especificados los cuadros más prevalentes en población comunitaria escolar, adolescente y juvenil; siendo todos estos datos coincidentes con los encontrados en otros países desarrollados (Peláez-Fernández et al., 2010).

1.1.4. Curso, evolución y pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria

Respecto a la AN, los estudios indican que comienza típicamente en la adolescencia con una restricción en la dieta extrema y rígida que produce una pérdida de peso (Rohde et al., 2015). Según el DSM-5 (APA, 2013), la AN suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana y rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío. El inicio de este trastorno se suele asociar a un acontecimiento vital estresante, aunque el curso y el desenlace del mismo son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, sin embargo, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. Una revisión realizada por Keel y Brown (2010) indica que las tasas de remisión varían considerablemente entre los estudios, y que influye el tiempo de seguimiento. En general, se puede afirmar que la tasa de remisión de la AN es relativamente baja (20-30%) al poco tiempo de seguimiento, pero aumenta a casi un 70-80% después de 5 o más años de seguimiento (Keel y Brown, 2010). El curso a largo plazo de la AN es favorable para la mayoría, pero una minoría sustancial de pacientes con TCA experimenta síntomas y problemas somáticos de larga data. Los trastornos

mentales de los padres, el estrés materno prenatal, diversos factores familiares, el sobrepeso infantil y la insatisfacción corporal en la adolescencia aumentan el riesgo de TCA (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se indica que una fracción significativa de individuos que padecen AN-R empieza a recurrir a atracones, lo que indica un cambio al subtipo AN-P. De modo que, un cambio sostenido en el cuadro clínico (aumento de peso junto a presencia de atracones y purgas) puede permitir, a veces, un cambio en el diagnóstico al de BN. El suicidio es una de las causas más frecuentes de muerte prematura en la AN. Un meta-análisis llevado a cabo por Arcelus et al. (2011) encontró que la causa de uno de cada cinco fallecidos con AN era el suicidio. La tasa de mortalidad total se estima en 0,56% por año o en, aproximadamente, el 5,6% por década (Dalle, 2011). La mortalidad se ha asociado con la edad, pero no con el IMC (Arcelus et al., 2011). En muestras clínicas la tasa de mortalidad, especialmente en AN, es alta (Smink et al., 2013; Fichter y Quadflieg, 2016). En un estudio de seguimiento a largo plazo de más de 5000 pacientes hospitalizados, las tasas de mortalidad estandarizadas fueron 5,35 para la AN, 1,49 para la BN, y 1,50 para el TCANE (Fichter y Quadflieg, 2016).

La BN, según DSM-IV-TR (APA, 2000), tiene su inicio al final de la adolescencia o principio de la vida adulta, con una persistencia de la alteración de la conducta alimentaria de, al menos, varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. En el DSM-5 (APA, 2013) se especifica que es infrecuente el inicio antes de la pubertad o después de los 40 años. Según describen, la BN, por lo general, comienza con una restricción en la dieta extrema y rígida, y una cuarta parte de los casos tiene un periodo en el que satisface criterios diagnósticos para la AN. Sin embargo, es frecuente que después de un cierto periodo de tiempo los atracones interrumpen la dieta restrictiva y, como consecuencia, el peso del cuerpo tienda a permanecer en un rango normal. Como sucede en la AN, la tasa de remisión para la BN es baja en seguimientos a corto plazo (27-28% al año de seguimiento) y mejora en seguimientos más largos (hasta un 70% o más a los 10 años de seguimiento) (Keel y Brown, 2010). La mayoría de los pacientes con BN logran la remisión, sugiriéndose un curso crónico del trastorno si no se logra la remisión a los 5 años (Keel y Brown, 2010). Las tasas brutas de mortalidad de la BN han oscilado entre el 0 y el 2% entre los estudios con una tasa mortalidad acumulada del 0,4% (2 muertes en 459 individuos en un seguimiento promedio de 7 años). Estas tasas son más bajas que las encontradas para la AN. Ajustando la duración

del seguimiento, la muerte parece ser casi cinco veces más probable que ocurra en la AN en comparación con la BN en los estudios revisados (Keel y Brown, 2010).

Respecto al TA, inicialmente se consideró que se iniciaba en la edad adulta. Sin embargo, estudios recientes sugieren que el TA ocurre en la infancia y adolescencia (Kupfer et al., 2013). Un inicio temprano del trastorno puede predecir un peor resultado y requerir mayor intervención (Kessler y Wang, 2008). La clínica del diagnóstico tiende a mostrarse estable (Paris, 2013). La tasa de remisión es alta en seguimientos de un año (de 25 a 80%), llegando a más del 80% en seguimientos de cuatro años. Esta tasa de remisión es considerablemente más alta que la observada en la AN y en la BN (Keel y Brown, 2010). Las tasas brutas de mortalidad del TA han oscilado entre el 0 y el 3% entre los estudios con una tasa mortalidad acumulada del 0,5% (2 muertes en 425 individuos en un seguimiento promedio de 3 años). Estas tasas pueden deberse a la asociación entre TA y obesidad, y de ésta con el mayor riesgo de muerte prematura (Keel y Brown, 2010). En comparación con las personas con un IMC alto similar, las personas con TA a menudo presentan altas comorbilidades psiquiátricas, especialmente trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Pauli-Pott et al., 2013).

Las personas con TCA pueden padecer otras condiciones psiquiátricas y trastornos mentales que pueden complicar el tratamiento. Más del 70% de las personas con TCA informan de trastornos comórbidos (Ulfvebrand et al., 2015). Los más comunes son los trastornos de ansiedad (53%) y los trastornos del estado de ánimo (43%), seguidos del uso de sustancias (10%) (Ulfvebrand et al., 2015). En el país vecino, Francia, el 75-85% de pacientes con AN y el 80-90% de pacientes con BN informaron de haber presentado al menos un episodio del trastorno del estado de ánimo durante su vida, siendo los episodios depresivos más frecuentes (Godart et al., 2015). Aunque aproximadamente el 10% de la población general sufre algún tipo de trastorno alimentario, los pacientes tienden a negar u ocultar la sintomatología y evitan la ayuda profesional (Musolino et al., 2015), por lo que se hace difícil detectarlo desde Atención Primaria (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). A diferencia de los pacientes con AN, muchas personas con BN pueden ocultar su trastorno (Herpertz-Dahlmann, 2015). El riesgo de suicidio es elevado en los TCA (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). Las autolesiones, los intentos de suicidio y la muerte constituyen algunas de las posibles consecuencias más graves de los TCA. La autolesión no suicida fue referida por el 21%

de las mujeres y el 17% de los hombres con TCA en Cataluña (Islam et al., 2015). Las autolesiones estaban frecuentemente asociadas con impulsividad y uso de sustancias.

Los TCA también tienen una alta tasa de comorbilidad médica (Herpertz-Dahlmann, 2015). A menudo presentan problemas somáticos, como sobrepeso, diabetes o enfermedad celiaca (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). La gravedad y las consecuencias de las secuelas somáticas dependen del alcance y la rapidez de la pérdida de peso, el grado actual de bajo peso, la duración del TCA, la intensidad de purga y la edad del paciente. En general, debido a una menor cantidad de masa ósea, los niños sufren más comorbilidades médicas en comparación con los adolescentes. A diferencia de los pacientes adultos, los niños y adolescentes con AN experimentan graves efectos sobre su desarrollo y crecimiento puberal, siendo el aspecto somático el más importante. En la AN, los signos de desnutrición a menudo facilitan el diagnóstico, mientras que los pacientes con BN suelen presentar pesos normales y a menudo niegan sus síntomas. Los pacientes con AN presentan demacración de extremidades, desgaste del tejido adiposo subcutáneo y muscular, prominencias óseas, y costillas sobresalientes. La evolución dental puede mostrar erosión en el esmalte de los dientes, que es una característica del vómito en pacientes con AN y BN. El ayuno y la restricción alimentaria extrema producen bradicardia, baja temperatura corporal, hipotensión y problemas ortostáticos. Las anomalías electrolíticas pueden ser especialmente graves en pacientes que presentan atracones/purgas. La hipocalcemia es especialmente frecuente en pacientes con BN y representa una complicación grave que puede provocar un paro cardíaco. Las complicaciones gastrointestinales también son frecuentes en la AN y BN, e incluyen disfunciones en el páncreas y el hígado, aumento de los niveles de amilasa, lipasa y enzimas hepáticas. Muchos pacientes se quejan de pérdida de cabello, uñas quebradizas, estreñimiento, dolor de cabeza o fatiga, entre otros (Norris et al., 2012).

1.1.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia

La adolescencia es una etapa de elevado riesgo para la aparición de trastornos mentales (Merikangas et al., 2010). Los estudios epidemiológicos indican una prevalencia de trastorno mental desde la infancia hasta los 18 años del 25 al 30% (Litmanen et al., 2017). Los TCA son uno de los trastornos más prevalentes en la adolescencia, y a menudo toman un curso crónico e incapacitante (Herpertz-Dahlmann,

2015). Son la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes, después de la obesidad y el asma (González et al., 2007).

En un estudio reciente llevado a cabo en España (Llanes-Álvarez et al., 2019) sobre los ingresos psiquiátricos hospitalarios en población infanto-juvenil durante los años 2005 a 2015, se concluyó que las hospitalizaciones de niños y adolescentes por TCA son las más frecuentes y prolongadas, y han ido aumentando un 7,8% al menos hasta 2015. Estudios epidemiológicos han sugerido tasas de prevalencia más altas de lo que se pensaba anteriormente (Micali et al., 2013; Swanson et al., 2011) con aumento sustancial del TCANE en los últimos años. Mientras que la incidencia de la AN permanece estable en la edad adulta, parece que está aumentando en niños y adolescentes (Smink et al., 2013). Por el contrario, las tasas de incidencia de BN en niños y adolescentes se mantienen estables (Micali et al., 2013). Algunas investigaciones indican que se diagnostica la BN a edades cada vez más tempranas (Favaro et al., 2009). Hay controversia respecto a si la prevalencia de la BN está disminuyendo de acuerdo con las tasas de incidencia (Smink et al., 2013). Respecto al TA, los datos de prevalencia en adolescentes son aproximadamente del 1 al 5%. En un estudio longitudinal, la prevalencia del TA aumentó significativamente en las chicas entre 14 y 20 años (Allen et al., 2013). La prevalencia en chicos fue menor que en chicas, sin embargo, la diferencia de género fue menos pronunciada que en AN y BN.

La comorbilidad también es muy común entre los adolescentes. En España, más de la mitad (63%) de los adolescentes con TCA sufren un trastorno psiquiátrico comórbido (Rojo-Moreno et al., 2015). Los más comunes son los trastornos de ansiedad (51%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (31%), trastorno oposicionista desafiante (11%) y trastorno obsesivo-compulsivo (7%). La ideación suicida se encuentra en aproximadamente la mitad de los pacientes adolescentes con AN, y los intentos de suicidio se producen en un rango de 3 a 7% (Fenning y Hadas, 2010). Aunque la tendencia suicida es mucho menor en los adolescentes con AN que en los adultos, ésta se ha asociado con depresión, AN tipo purgativo y la duración de la enfermedad (Fenning y Hadas, 2010).

1.1.6. Trastornos de la conducta alimentaria: la teoría del apego y la imagen corporal

La teoría del apego (Bowlby, 1969) es un marco potencialmente relevante para ayudar a comprender y tratar los TCA (Tasca y Balfour, 2014). En los modelos teóricos psicológicos más importantes del TCA, entre ellos el modelo cognitivo-conductual, se abordan principalmente las cogniciones y los comportamientos relacionados con los TCA, pero se ignoran en gran medida la regulación afectiva y la calidad de las relaciones que pueden afectar a la sintomatología y a la calidad de vida de estas personas (Tasca, 2019). En este sentido, cuestiones del desarrollo relacionadas con la regulación del afecto, el estilo interpersonal, el autoconcepto y la mentalización, se encuentran bien conceptualizadas dentro de la teoría del apego. Éste será, por tanto, el modelo teórico donde se sustenta esta Tesis Doctoral y será desarrollado en el próximo apartado.

Por otro lado, como ya se ha comentado anteriormente, la IC es uno de los factores personales de riesgo de TCA (Micali et al., 2015). La IC se enmarca en un continuo desde sentimientos positivos de apreciación y disfrute a sentimientos negativos de odio y angustia (McLean y Paxton, 2019). Ambos enfoques, tanto el negativo como el positivo son factores relevantes para el desarrollo y el mantenimiento de los TCA, así como para la prevención y el tratamiento del mismo. En nuestra Tesis Doctoral, pondremos el foco tanto en la IC negativa (insatisfacción corporal) como en la IC positiva (apreciación corporal). Todo ello será expuesto en los próximos apartados.

1.2. Marco teórico: La teoría del apego

La teoría del apego (Bowlby, 1969) es uno de los marcos conceptuales empíricamente fundamentado en el campo del desarrollo emocional y social (Cassidy y Shaver, 2008). Esta teoría ha experimentado importantes modificaciones y ha ido recogiendo críticas y aportaciones de distintos investigadores que la han dotado de un vigor y una solidez considerable.

1.2.1. El concepto y la teoría del apego de Bowlby

Para John Bowlby (1988) la teoría del apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas

personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de la personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva. Siguiendo a este autor (Bowlby, 1997), la teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida. Se ha considerado al apego como el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica, que une a ambos en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable a mantener la proximidad y cuya vertiente subjetiva es la sensación de seguridad (Ortiz Barón y Yárnoz Yaben, 1993).

John Bowlby (1969), a pesar de mostrar una indudable orientación etológica al considerar el apego entre madre e hijo como una conducta instintiva con un claro valor adaptativo, planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino que se trataba de un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta, modificándose, a las condiciones ambientales. El modelo propuesto por Bowlby (1969) se basaba en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. El *sistema de conductas de apego* se refiere a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (sonrisas, lloros, contactos táctiles, etc.). Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad. El *sistema de exploración* está en estrecha relación con el anterior, ya que muestra una cierta incompatibilidad con él: cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. El *sistema de miedo a los extraños* muestra también su relación con los anteriores, ya que su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego. El *sistema afiliativo* se refiere al interés que muestran los individuos, no sólo de la especie humana, por mantener proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos.

Por lo tanto, el apego para Bowlby (1969) hacía referencia a una serie de conductas diversas, cuya activación y desactivación, así como la intensidad y morfología de sus manifestaciones, iba a depender de diversos factores contextuales e individuales. “La teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato, y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez. Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo. Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos” (Bowlby, 1995, p. 142).

1.2.2. Evolución de la teoría del apego: El modelo representacional

Bowlby (1969) inicialmente realizó una descripción meramente conductual; la necesidad aparece en ausencia del cuidador y la presencia de éste hace desaparecer esa necesidad. Posteriormente, empleó el término *disponibilidad* para sostener que la meta del sistema de apego era mantener al cuidador accesible y receptivo (Bowlby, 1973). Más adelante, incorporó la noción de que las experiencias con el cuidado, mediante una serie de procesos cognitivos, dan lugar a los *modelos representacionales* (1980).

Para Bowlby (1969, 1980, 1995, 1997, 2003), la teoría del apego describe y conceptualiza la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos o vínculos entre sí, en especial entre las madres o cuidadores y sus hijos. Esta tendencia se traduce en las conductas que establecen los infantes, y posteriormente los adultos, para lograr la proximidad de las figuras de apego en momentos de temor, ansiedad o estrés, lo que confiere a estas conductas un estatus de supervivencia y autoconservación. Estas conductas que permiten establecer relaciones significativas entre los cuidadores y los niños y entre los adultos, surgen a partir de representaciones mentales internalizadas, a las cuales Bowlby (1969, 1980, 1995, 1997, 2003) definió como pautas o estilos de apego, que en el caso de los adultos reciben el nombre de *modelos internos* o *mapas representacionales de las relaciones*.

Para Bowlby (1988), el modelo interno activo o modelo representacional (*internal working model*) es una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros. Este modelo se va a construir a partir de las relaciones con las figuras de apego y va a servir al sujeto para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los

demás y para dirigir su conducta. Un aspecto clave de estos modelos, que incluyen componentes afectivos y cognitivos, es la noción de quiénes son las figuras de apego, dónde han de encontrarse y qué se espera de ellas. También incluyen información sobre uno mismo; por ejemplo, si se es una persona valorada y capaz de ser querida por las figuras de apego. En este sentido constituyen la base de la propia identidad y de la autoestima. El hecho de que estos modelos deriven de las experiencias de interacción con los cuidadores supone que distintas experiencias llevarán a distintas representaciones mentales. Desde este punto de vista sería posible la existencia de infinitos modelos, no obstante, este autor considera que el aspecto determinante de la relación con el cuidador es su reacción ante los intentos del niño de buscar su proximidad. Las posibles respuestas del cuidador pueden clasificarse en tres tipos: mostrarse sensible a las llamadas del niño y permitir su acceso, que llevaría a un modelo de apego *seguro*; mostrarse insensible e impedir el acceso del niño que supondría un modelo de apego *inseguro evitativo*; y atender y permitir el acceso del niño de forma imprevisible, sólo en algunas ocasiones, lo que generaría un modelo *inseguro-ambivalente*. Los *modelos representacionales* pueden construirse también en ausencia de interacción con la figura de apego, ya que si el niño llora y pide la proximidad del adulto y éste no está presente, lo importante será la falta de respuesta del cuidador. Para Bowlby (1980) este modelo de funcionamiento interno continuará influyendo en el desarrollo futuro del niño y en la conducta que asuma en las relaciones a través de su vida. Si bien estos modelos tienden a tener una alta estabilidad durante la vida de la persona, pueden sufrir modificaciones durante el curso del desarrollo. Asimismo, es posible que estos modelos cambien con el tiempo, debido principalmente a nuevas experiencias, que pueden ser positivas o negativas, frustrantes o gratificadoras y, además a nuevas relaciones con otras figuras importantes y significativas de apego, más allá de los propios cuidadores.

Según Bowlby (1988), los niños que han mantenido una relación de apego seguro con sus progenitores han recibido la disponibilidad, la comprensión y la capacidad de respuesta de sus cuidadores, y por ello, se consideran a sí mismos competentes y valiosos; y es más probable que desarrollen *modelos de trabajo internos* generalmente positivos. Sin embargo, cuando los cuidadores muestran una respuesta de rechazo o inconsistente a las señales de sus hijos, éstos tienden a sentirse incompetentes y a creer que no son dignos de ser amados (George y West, 2012). A medida que los

niños progresan hacia la adolescencia, la teoría del apego postula que las experiencias de cuidado y el apoyo proporcionado por sus cuidadores (generalmente, los padres) promueven que los adolescentes desarrollen sistemas adaptativos de cognición, afecto y comportamiento.

1.2.3. Tipos de apego

Durante los años sesenta, Schaffer y Emerson (1964) realizaron en Escocia una serie de observaciones sobre sesenta bebés y sus familias durante los dos primeros años de vida. Este estudio puso de manifiesto que el tipo de vínculo que los niños establecían con sus padres dependía fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta del adulto con respecto a las necesidades del bebé.

Mary Ainsworth (1989), tras las observaciones en la interacción niño-madre que recogió en Uganda entre 1954 y 1955 y más tarde en Baltimore, encontró tres patrones principales de apego: niños de apego seguro que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de su madre; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres. Ainsworth diseñó una situación experimental, la *situación del extraño* (Ainsworth et al., 1978), para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condicionantes de alto estrés. La *situación del extraño* es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración con ocho episodios. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña. Como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir de estos datos quedaba claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias. Ainsworth halló claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos:

1. Niños de apego seguro. Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Cuando Ainsworth examinó las observaciones que había realizado en los hogares de estos niños, encontró que sus madres habían sido calificadas como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban. En cuanto a los niños, lloraban poco en casa y usaban a su madre como una base segura para explorar. Ainsworth creía que estos niños mostraban un patrón saludable en sus conductas de apego. La responsividad diaria de sus madres les había dado confianza en ellas como protección, por lo que su simple presencia en la *situación del extraño* les animaba a explorar los alrededores. Al mismo tiempo, sus respuestas a su partida y regreso revelaban la fuerte necesidad que tenían de su proximidad. Este modelo ha sido encontrado en un 65-70% de los niños observados en distintas investigaciones realizadas en EE.UU (Ainsworth et al., 1978).

2. Niños de apego inseguro-evitativo. Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la *situación del extraño*. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Debido a su conducta independiente en la *situación del extraño* en principio su conducta podría interpretarse como saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Las observaciones en el hogar apoyaban esta interpretación, ya que las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación. La interpretación global de Ainsworth era que cuando estos niños entraban en la *situación del extraño* comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando

una postura de indiferencia. Habiendo sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella. Estos niños suponen el 20% del total de niños estudiados en EE.UU (Ainsworth et al., 1978).

3. Niños de apego inseguro-ambivalente. Estos niños se mostraban tan preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploraban en la *situación del extraño*. Pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitase. El porcentaje que los estudios realizados en EE.UU. encuentran de este tipo de apego ronda el 10% (Ainsworth et al., 1978).

Los tres tipos de apego descritos por Ainsworth han sido los considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego. Sin embargo, más recientemente se ha propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado *inseguro desorganizado/desorientado* que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos, y que inicialmente eran considerados como indefinibles (Main y Solomon, 1986). Se trata de los niños que muestran mayor inseguridad. Cuando se reúnen con su madre tras la separación, estos niños muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias. Por ejemplo, pueden mirar hacia otro lado mientras son sostenidos por la madre, o se aproximan a ella con una expresión monótona y triste. La mayoría de ellos comunican su desorientación con una expresión de ofuscación. Algunos lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados.

Los tipos de apego infantil descritos por Ainsworth y Bowlby (1991) han servido de base para desarrollar diferentes clasificaciones de apego adulto. Así, Bartholomew elaboró una clasificación dimensional y prototípica del apego a partir de la percepción que una persona tiene de sí misma (*self*) y de los demás (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991). La combinación de una visión positiva o negativa de uno mismo y de los otros da como resultado cuatro estilos de apego: seguro,

preocupado, temeroso y evitativo. El estilo de apego *seguro* se caracteriza por el predominio de una valoración positiva de sí mismo y por la capacidad de percibir a los otros como personas en quien confiar, accesibles y sensibles a las propias necesidades. La persona con estilo *evitativo* tiende a evitar la intimidad, tiene la visión positiva de sí mismo y desconfía de los demás, se muestra escéptica en las relaciones de proximidad y se protege poniendo distancia y sobrevalorando su necesidad de independencia (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991). Los estilos preocupado y temeroso tienen una visión del self negativa. El estilo *preocupado* tiende a devaluarse a sí mismo y a ensalzar a los otros, de manera que busca la aprobación y la valoración de los demás. Estas personas pueden confiar ciegamente, sin percibir defectos, limitaciones o riesgos, y son más vulnerables a la soledad y a la depresión. Por último, las personas con estilo de apego *temeroso* tienen una visión negativa tanto del *self* como de los otros, se autodevalúan y tienden a permanecer en un estado de hipervigilancia defensiva y a establecer relaciones en las que se demuestran reservados y suspicaces. Buscan la relación y la proximidad pero con desconfianza y miedo a ser rechazados (Castillo y Medina, 2007).

1.2.4. El apego en la adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición, de niño/a a hombre/mujer. Abarca uno de los cambios psicosociales más grandes y dramáticos dentro de la vida humana (Rapee et al., 2019). Los cuatro a seis años que dura la adolescencia (según las sociedades occidentales, entre los 13 y 18 años) incluyen el desarrollo de factores físicos, cogniciones, emocionales y sociales. La mayoría de los adolescentes viven este periodo en un sentido positivo para ellos mismos, generan relaciones sólidas y mantienen una buena calidad de vida. Sin embargo, la adolescencia es también un periodo en el que emergen muchas formas de psicopatología o aumentan notablemente su prevalencia. De hecho, muchos autores han señalado este periodo de riesgo para la psicopatología general (Ullsperger y Nikolas, 2017). Este periodo está caracterizado por diferentes características como la búsqueda de sí mismo y la identidad, los que supone el duelo por la pérdida de las condiciones infantiles (Allen, 2008). El autoconcepto se va desarrollando y se busca la identidad en uno mismo o a través del grupo de amigos. El adolescente inicia un proceso de separación y de independencia de sus padres, en la que tiene la necesidad de identificarse fuera de la familia aunque también se siente parte de

ella. El grupo de amigos constituye la transición necesaria en el mundo exterior para lograr la individuación adulta (Allen, 2008).

Durante la adolescencia la redefinición del vínculo padre-hijo de acuerdo al proceso de desarrollo de individuación representa una de las tareas más desafiantes (Allen, 2008; Dubois-Comtois et al., 2013). Los adolescentes logran la independencia de sus figuras de apego primarias en diferentes niveles emocionales y conductuales. Por ejemplo, empiezan a tomar decisiones de forma independiente y tienen sus propias actitudes y creencias personales respecto a la espiritualidad, la política y los valores morales (Allen, 2008). De este modo, la adolescencia, momento de profundas transformaciones cognitivas, emocionales y sociales, tiene una repercusión directa sobre el significado y expresión de los procesos de apego. Así, el surgimiento del pensamiento formal va a poner a disposición del adolescente una potente herramienta cognitiva que le va a permitir razonar con una mayor complejidad sobre sus relaciones con las figuras de apego, ya sea para pensar en alternativas, compararlas con otras figuras o desidealizarlas y contemplarlas de forma más realista (Allen, 2008). Es en este periodo cuando el sistema de apego podrá ser considerado como una organización global, única e integrada surgida a partir de la reflexión sobre las experiencias relacionales previas, que mostrará estabilidad y que predecirá el comportamiento del adolescente dentro y fuera de la familia. Los estilos de apego adquieren un protagonismo especial, ya que es un periodo evolutivo en el que se establecen vínculos intensos de amistad y de pareja. También se incrementa la capacidad reflexiva sobre uno mismo y los demás, lo que favorece que se revisen los vínculos establecidos con los progenitores o figuras sustitutivas (Allen et al., 2004). Un apego *seguro* permite a la persona conseguir con facilidad proximidad, confianza y reciprocidad en las relaciones íntimas, relaciones más abiertas, productivas y flexibles, favoreciéndose así un funcionamiento psicosocial saludable (McLewin y Muller, 2006). Los adolescentes y jóvenes en los que predomina un apego *seguro* tienden a ser más abiertos, autónomos y socialmente aceptados, presentan menos sintomatología depresiva, menos conductas delictivas y, en general, niveles más bajos de psicopatología (Allen et al., 2007). Por el contrario, los apegos *inseguros* (temeroso, preocupado, evitativo) se asocian a mayor riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos (Allen et al., 2007; Keskin y Çam, 2010; McLewin y Muller, 2006; Soares y Dias, 2007).

1.2.5. El apego a padres y amigos en la adolescencia

Durante la adolescencia disminuye la cercanía emocional, las expresiones de afecto (Collins y Repinski, 1994) y la cantidad de tiempo que pasa el adolescente con sus padres (Larson et al., 1996), y aumenta la necesidad de privacidad (Steinberg y Silk, 2002). El adolescente se aleja de los padres en busca de autonomía. Se produce un choque entre la necesidad de apoyo parental en un momento en el que tienen que afrontar muchas tareas evolutivas, y la exigencia de exploración que requiere la resolución de dichas tareas. Al igual que ocurría con los niños pequeños en la *Situación del Extraño*, los adolescentes mostrarán una mayor tendencia a la exploración cuando sientan que sus padres están disponibles y les muestran su apoyo. De hecho, y aunque los adolescentes aumentan sus conductas exploratorias y reducen las manifestaciones abiertas de apego en su tránsito a la adolescencia, la mayoría disfrutan de relaciones cálidas y estrechas con sus padres, necesitan su respeto y aprecio, y en condiciones de estrés recurren a ellos, ya que continúan siendo importantes figuras de apego, incluso durante la adultez emergente (Delgado et al., 2011). Esto también va a depender del estilo de apego que hayan establecido con sus figuras parentales. Los adolescentes con modelos de apego *seguro* manejan los conflictos con sus padres implicándose en discusiones en las que ambas partes tienen la oportunidad de expresar sus pensamientos, y que tratan de encontrar soluciones a sus desacuerdos mediante fórmulas que equilibren sus necesidades de mayor autonomía con esfuerzos por preservar una buena relación con sus padres (Allen, 2008). Es probable que en estas familias el proceso sea menos problemático porque estos adolescentes tienen la confianza de que a pesar de los desacuerdos, la relación con sus padres se mantendrá intacta, ya que es más fácil y seguro discutir con los padres cuando se sabe que se podrá seguir contando con ellos (Scharf y Mayseless, 2007). Sin embargo, el distanciamiento emocional de los padres puede resultar especialmente estresante en aquellas familias con adolescentes *inseguros*. La búsqueda de la autonomía puede ser experimentada como una amenaza para la autoridad paterna o materna y para la relación parento-filial, y tanto los adolescentes como sus padres pueden verse abrumados por la fuerte carga afectiva suscitada por sus conflictos y desacuerdos (McElhaney et al., 2009). En definitiva, la seguridad en el modelo de apego favorece un distanciamiento de los padres más saludable.

Por otra parte, el distanciamiento con respecto a los padres suele ir emparejado a una mayor vinculación con los iguales, ya que estas relaciones van ganando intimidad,

reciprocidad y apoyo emocional hasta convertirse de forma gradual en auténticas relaciones de apego que cumplirán muchas de las funciones que anteriormente asumían los padres (Collins y Laursen, 2004). La percepción de los padres como principal fuente de apoyo declina mientras que aumenta el apoyo recibido por los amigos (Collins y Steinberg, 2006). A partir de la pubertad los iguales desempeñan un importante papel a la hora de proporcionar sentimientos de seguridad y de ayudar a regular el estrés en situaciones de dificultad. Algunas características propias de las relaciones de apego, como la búsqueda de proximidad y de apoyo emocional, están presentes en las relaciones de amistad. En un estudio realizado por Zeifman y Hazan (2008) se observó que de los cuatro componentes del apego (búsqueda de proximidad, apoyo emocional, ansiedad ante la separación y base segura), durante la adolescencia los iguales iban asumiendo un papel fundamental en los dos primeros, mientras que los padres continuaban aún siendo figuras importantes en las dos restantes. Este cambio supone una transformación de la relación de apego jerárquica propia de la niñez, en la que el niño recibe cuidados de sus padres, a una relación horizontal, en la que ambos dan y reciben cuidados, y que estará marcada en sus inicios por una excesiva dependencia emocional de los iguales (Hartup, 1993). Asimismo, en la adolescencia, ya Ainsworth (1989) señalaba que los cambios hormonales y cognitivos impulsan al adolescente a la búsqueda de la relación con un igual, generalmente de su mismo sexo, edad, en la que están implicados los sistemas reproductivos y de apego. Las relaciones con iguales son importantes para la vida social y emocional del adolescente. Para Scharf y Mayseless (2007) el proceso normativo de acercamiento a iguales cumple tres funciones diferentes. En primer lugar ayuda al adolescente a relajar los lazos con los padres y a conseguir cierta autonomía emocional. En segundo lugar, es una experiencia en relaciones igualitarias que le van a preparar el camino para el comienzo de las relaciones de pareja. Y, en tercer lugar, va a suponer una diversificación de la inversión emocional en distintas figuras de apego, lo que puede resultar muy útil en situaciones de estrés en que algunas de estas figuras pudieran no estar disponibles.

1.2.6. La teoría del apego y los trastornos de la conducta alimentaria

La teoría del apego es un marco teórico valioso para comprender la influencia de los padres y los amigos en relación a la evolución y el desarrollo del adolescente y sus problemas de salud mental, entre ellos, los TCA (Tasca y Balfour, 2014). Hay tres

perspectivas teóricas diferentes sobre cómo el apego influye en los TCA (Zachrisson y Skårderud, 2010).

El primero es un enfoque retrospectivo, en el que se postula que el apego en la primera infancia afecta al modo en que la persona con un TCA manifiesta sus síntomas. Esta aproximación postularía que el apego se mantiene estable durante toda la vida, sin embargo, la investigación no muestra datos concluyentes acerca de esta estabilidad (Fearon y Roisman, 2017), por lo que esta aproximación es difícil de confirmar.

La segunda perspectiva hace referencia al enfoque de riesgo general, que establece que patrones de apego inadecuados (ya sean pasados o presentes) pueden considerarse un factor de riesgo para desarrollar un TCA (Zachrisson y Skårderud, 2010). Esta perspectiva adopta un enfoque más general y se centra en estudiar la prevalencia del apego inseguro en personas con TCA. Diversas aproximaciones teóricas de los TCA sostienen que los problemas de vinculación constituyen un elemento central en estos trastornos (van Durme et al., 2015). Los resultados de los estudios realizados en TCA y teoría del apego reportan que el patrón de apego inseguro es el más común de los pacientes con TCA (Bäck, 2001; Dakanalis et al. 2015). Un meta-análisis realizado en 2014 por Caglar-Nazali et al. sobre apego, comunicación y procesos sociales en TCA concluyó que los pacientes con TCA, en comparación con una muestra control, reportaron mayor apego inseguro siendo grande el tamaño del efecto ($d = 1,31$). Resultados similares obtienen las revisiones realizadas por Zachrisson y Skårderud (2010), y Kuipers y Bekker (2012) sobre el estilo de apego y TCA; así como la revisión más reciente realizada por Tasca y Balfour (2014) con las investigaciones desarrolladas sobre el tema de estudio entre 2000 y 2014, en el que enfatizan el impacto negativo que tiene el estilo de apego inseguro en los resultados del tratamiento psicológico. En población clínica adolescente se obtienen los mismos resultados, tal y como refleja la revisión realizada por Gander et al. (2015).

Por último, la tercera perspectiva es el enfoque teórico del apego, el cual desarrolla varias hipótesis acerca de cómo el apego inseguro se asocia a los TCA (Koskina y Giovazolias, 2010). Una de estas hipótesis establece que los síntomas del trastorno son expresiones directas del patrón de apego inseguro. Por ejemplo, el apego ambivalente/resistente puede darse en una persona que sufre AN porque siente que sus figuras de apego son impredecibles; por ello, buscan algún control sobre sus vidas y lo intentan a través del control de la comida. Personas con un apego evitativo suelen ver a

sus figuras de apego como “rechazantes” y compensan este sentimiento mediante el rechazo a sí mismos. Se consideran que no son dignos de ser amados, y por eso rechazan la comida, o sienten mayor sensibilidad al rechazo social (Bäck, 2011). Para resarcir estos aspectos, pueden esforzarse por ser socialmente más aceptables, intentado conseguir el ideal de delgadez marcado en la sociedad.

Gran parte de la investigación sobre el apego y los TCA se ha basado en el uso de cuestionarios de autoinforme que incluyen el apego evitativo y el ansioso (Tasca, 2019). Las investigaciones hasta la fecha muestran una asociación moderada significativa entre el apego inseguro y la psicopatología general del TCA (Abbate-Daga et al., 2010; Amianto et al., 2011; Illing et al., 2011; Tasca et al., 2009; Troisi et al., 2006). La investigación, sin embargo, es inconsistente sobre si los diferentes tipos de apego se asocian a las diferentes categorías diagnósticas de TCA (Tasca, 2019). En una revisión realizada por Tasca y Balfour (2014) se concluye que el apego inseguro está asociado con más sintomatología alimentaria y es un factor que opera de forma transdiagnóstica para conferir un mayor riesgo de TCA. Varios estudios transversales han señalado el apego inseguro como una variable clave potencial que contribuye a las manifestaciones del TCA, como mayor preocupación por el peso (Bosmans et al., 2009), insatisfacción corporal (Rodgers et al., 2009), restricción alimentaria (Meesters et al., 2007) y atracones (Boone, 2013; Pace et al., 2012).

Los resultados de los estudios realizados en TCA y teoría del apego reportan que el patrón de apego inseguro es el más común de los pacientes adolescentes (Gander et al., 2015) y adultos con TCA (Caglar-Nazali et al., 2014; Kuipers y Bekker, 2012; Zachrisson y Skårderud, 2010). La revisión realizada por Gander et al. (2015) de los estudios realizados sobre el apego en adolescentes con TCA pone de relieve la escasez de estudios que analizan específicamente las posibles diferencias en apego entre adolescentes con TCA y sin TCA. Por ejemplo, Orzolek-Kronner (2002) evaluó las diferencias en el apego a padres en un grupo de adolescentes con TCA, un grupo clínico de comparación y un grupo control. Los adolescentes con TCA, comparado con el grupo control, mostraban una peor comunicación y confianza con sus padres, y una mayor alienación con estos. Vega et al. (2011), en un estudio con mujeres adolescentes de 12 a 18 años, compararon la relación entre el apego a madres y amigos en una muestra TCA y un grupo control. En cuanto al apego a la madre, confirmaron que los grupos TCA y control se diferenciaban en cuanto al apego a la madre, ya que las

adolescentes con TCA presentaban un apego a la madre de tipo inseguro, y las adolescentes sin TCA mostraban una mejor comunicación y confianza en sus madres que las adolescentes con TCA. Respecto al apego a amigos, las adolescentes sin TCA tenían relaciones de apego más seguras, y confiaban más y se comunicaban un poco mejor que las adolescentes con TCA; siendo estas diferencias mínimas. Concluían que las adolescentes con TCA se diferenciaban más del grupo control en cuanto al vínculo con la madre que en cuanto al vínculo con sus amigos. Nada se dice en su estudio sobre la alienación.

Respecto a la relación específica que los adolescentes establecen con sus madres y padres, en la revisión realizada por Gander et al., 2015 sobre apego y adolescentes con TCA desde una perspectiva del desarrollo, se concluye que los adolescentes con TCA tienden a idealizar a sus padres y ven a sus madres como grandes facilitadoras de su independencia (Orzolek-Kronner, 2002). Por el contrario, los estudios del apego en adultos encuentran más problemas subjetivos referidos a la relación entre madre-hija. Estas relaciones están basadas en el cariño pero al mismo tiempo en la negligencia, rechazo y roles invertidos entre madres e hijas, lo que conduce a sentimientos de enfado, elevadas exigencias y confusión en el comportamiento de las madres respecto a sus hijas adultas (Barone y Guiducci, 2009; Ringer y Crittenden, 2007). Son escasos los estudios en adolescentes con TCA que incluyan a los padres. El principal hallazgo muestra que los adolescentes con TCA informan de mayor alienación con sus padres en comparación con adolescentes clínicos (sin TCA) y no clínicos (Orzolek-Kronner, 2002). Horesh et al. (2015), en un estudio de mujeres adultas diagnosticadas de TCA, descubrieron que los atributos negativos en el apego hacia su padre se asociaban al TCA y a la sintomatología depresiva. Encontraron dos perfiles de relaciones padres-hijas, uno ‘cariñoso y benevolente y otro ‘sobreprotector y evitativo’. Con este último, los pacientes mostraban mayor restricción alimentaria, mayor preocupación por la comida, la IC y su apariencia, así como mayores niveles de depresión. Concluyeron que la negativa percepción en el estilo paterno y la calidad de la relación con él, era crucial para entender el desarrollo y la persistencia del TCA. Gander et al. (2015) ya señalaban en su revisión la necesidad de realizar estudios que incluyan a los padres de los pacientes para poder sacar conclusiones sobre la naturaleza diádica del apego en los TCA.

Por otro lado, varios estudios en muestras clínicas han considerado mecanismos potenciales por los cuales el apego inseguro conduce a mayor sintomatología alimentaria. Una reciente revisión sistemática y meta-análisis (Cortés-García et al., 2019) sobre los mediadores que relacionan el apego inseguro y la sintomatología alimentaria, demuestra que la regulación emocional inadaptativa y la sintomatología depresiva obtienen el mayor tamaño de efecto en la mediación entre el apego inseguro y la sintomatología alimentaria. Además, la insatisfacción corporal, el neuroticismo, el perfeccionismo, la atención plena y la comparación social presentaron efectos mediadores significativos, de moderados a bajos. Tasca et al. (2009) encontraron que la hiperactivación emocional mediaba la relación entre el apego ansioso y la sintomatología alimentaria. Para Keating et al. (2013) la alexitimia, un concepto relacionado con la baja regulación emocional, mediaba la relación entre el apego inseguro y la insatisfacción corporal. Estos estudios sugieren que la desregulación afectiva vinculada al apego inseguro puede jugar un papel clave en la expresión y mantenimiento de los TCA, así como las cogniciones relacionadas con sus síntomas. Dicho de otra forma, la sintomatología del TCA pueden ser conceptualizada como una forma de afrontar la desregulación afectiva (Tasca, 2019). En una línea similar, Dakanalis et al. (2015) mostraron que el perfeccionismo desadaptativo mediaba la relación entre el apego inseguro y la sintomatología TCA. Los autores argumentaron que el apego ansioso o evitativo puede sensibilizar los efectos negativos del perfeccionismo desadaptativo, siendo éste un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Fairburn, 2008).

Dos estudios han analizado relatos retrospectivos de experiencias en la infancia con el objetivo de comprender los TCA desde una perspectiva del desarrollo del apego. En un estudio sobre el vínculo parental, Grenon et al. (2016) evaluaron en una gran muestra clínica de adultos con TCA, por un lado la atención percibida por la madre y el padre en la infancia mediante preguntas retrospectivas, y por otro lado, los niveles actuales de apego inseguro, la internalización de los medios sobre la IC ideal, y la insatisfacción corporal. Los autores hallaron que el haber experimentado una falta de afecto de las madres parece tener un efecto directo en la insatisfacción con la IC. Sin embargo, la falta de afecto de los padres podría tener un efecto indirecto sobre la insatisfacción corporal mediado por el apego ansioso y la internalización de los medios. Es decir, una menor atención percibida del padre puede conducir a un mayor apego

ansioso que a su vez puede hacer a uno más vulnerable a los medios que conducen a la insatisfacción corporal. Usando un enfoque similar, Tasca et al. (2013) preguntaron a una muestra clínica de adultos con TCA relatos retrospectivos de abuso y trauma infantil, así como el actual apego inseguro y la sintomatología alimentaria. Los resultados revelaron que el 72,8% de la muestra refirieron haber sufrido al menos un incidente de trauma relacionado con abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia parental, intimidación entre pares o muerte de una figura de apego. El 53,5% informó de al menos un incidente físico o abuso sexual. Los autores encontraron que una retrospectiva notificación de traumas infantiles estaba directamente asociada con la psicopatología propia del TCA. Adicionalmente, el apego inseguro o evitativo independientemente y parcialmente explicaba esta relación. Los resultados sugerían que la adversidad infantil podría conducir al apego inseguro, y éste a su vez puede mantener o aumentar la vulnerabilidad a padecer sintomatología alimentaria. Estos dos estudios concluyen que experiencias infantiles de vinculación parental o adversidad, hacen a uno vulnerable a desarrollar un TCA, explicado parcialmente por el apego inseguro.

1.3. Imagen corporal

El estudio científico de la IC es relativamente reciente. Hasta la década de los 60 las investigaciones en relación a este tema eran escasas y sus conclusiones se mezclaban con otros constructos psicológicos relacionados como la autoestima o el autoconcepto personal. El concepto de IC no es simple y lineal. La investigación se ha desarrollado progresivamente, por lo que este constructo ha ido cambiando y enriqueciéndose considerablemente. Actualmente se define desde un contexto multidimensional proveniente de los estudios realizados desde diversas perspectivas científicas.

Posiblemente fue Schilder (1935) quien primero definió la IC como la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta, lo que implica que, más que una réplica exacta de nuestra forma o imagen física, es una valoración acerca de esa IC. Slade (1988) más tarde extendió la definición describiendo los aspectos perceptivos y actitudinales: la imagen que tenemos en nuestra mente en cuanto a la talla, figura y forma de nuestros cuerpos; y nuestros sentimientos respecto a estas características y nuestras partes constituyentes del cuerpo. Y Rosen (1995, p. 369) añadió el componente conductual en la definición: “la imagen y la evaluación mental que una persona tiene... de su aspecto

y la influencia de estas percepciones y actitudes sobre su conducta”. Stice (2003) la definió simplemente como percepciones cognitivas y emocionales sobre nuestro propio cuerpo.

Slade y Russell (1973) distinguieron dos aspectos de la IC: la precisión en la estimación del tamaño corporal, y los sentimientos hacia distintas partes del cuerpo y hacia el cuerpo como globalidad. Años más tarde, Garner y Garfinkel (1981) hablaron por primera vez de la distorsión de la IC a nivel cognitivo y distinguieron dos aspectos: por un lado, un componente afectivo, que se refiere al desprecio de la forma corporal y, por otro lado, a los aspectos perceptuales referentes a una percepción equivocada del tamaño corporal. Para Cash (1990), la IC implica: perceptivamente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa. Este autor y sus colaboradores (Cash y Deagle, 1997; Cash y Pruzinsky, 2002) diferencian dos componentes, uno de evaluación y otro de inversión (la importancia o la relevancia del aspecto de uno). La evaluación se refiere a la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo y las creencias sobre nuestra imagen física. La inversión alude a la importancia que la persona confiere a su aspecto.

Thompson (1990) describió los tres componentes que constituyen el constructo de la IC: el perceptual, el cognitivo-afectivo y el componente conductual. En primer lugar, el componente perceptual se refiere a la precisión con que se percibe o estima el tamaño corporal, bien de partes aisladas del cuerpo o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la *distorsión*, bien por sobreestimación o por subestimación (Holder y Keates, 2006). Es decir, la distorsión es la tendencia de algunas personas a percibirse más gruesas o más delgadas de lo que en realidad están. En segundo lugar, el componente subjetivo (cognitivo-afectivo) refiere sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo como objeto de percepción. Este aspecto afectivo-emocional aporta la connotación de satisfacción con dicha representación mental. Contiene los factores emocionales ligados al cuerpo, aspectos de malestar y rechazo vinculados a él. La alteración se denomina *insatisfacción* (Annis et al., 2004), y puede provenir tanto de una distorsión previa de la percepción del propio cuerpo, como de la percepción objetiva de la apariencia física. En cualquier caso,

se refiere al rechazo total o parcial del cuerpo y consecuentemente el deseo de cambiar el mismo. Finalmente, el componente conductual elicit conductas que la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados evocan. Es la respuesta comportamental ante las actitudes y la percepción del cuerpo. Éstas pueden ser *conductas de exhibición* y/o *conductas de evitación*. Toma diversas formas de expresión en función de la edad, sexo y contexto.

Por otro lado, según Pruzinsky y Cash (1990), la IC que cada persona tiene de sí es subjetiva y no siempre es fiel al reflejo de la realidad social del sujeto. Cuenta con ciertas características: es asumida como un concepto multifacético, se interrelaciona por los llamados sentimientos de autoconciencia, está determinada social y culturalmente, es un constructo siempre en movimiento (varía durante la vida en función de las experiencias personales e influencias sociales y culturales), influye en los procesos de información, e interviene definitivamente en la conducta.

En este contexto, la IC está influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales. Cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y figura del cuerpo.

1.3.1. Aspectos evolutivos de la imagen corporal: la adolescencia

La IC va construyéndose evolutivamente. Se han descrito varios factores predisponentes en la formación de la IC negativa como los factores sociales y culturales que proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal; modelos familiares y amistades; características personales como la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia; y el desarrollo físico y feedback social tales como los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, etc. Todos estos factores dan lugar a la construcción de la IC, incorporando actitudes, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso. El suceso activante puede ser la exposición del cuerpo, el escrutinio y la comparación social, entre otros. La disforia y el malestar conducen a la realización de conductas de evitación, rituales, comprobaciones que activan pensamientos y autoevaluaciones negativas que realimentan la disforia y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los

pensamientos negativos; y que resultan factores de mantenimiento (Salaberria et al., 2007).

Recientes investigaciones indican que incluso entre niños pequeños, la IC negativa puede estar relacionada con el uso de técnicas de pérdida de peso e indicadores de patología alimentaria (Kroon van Diest et al., 2016) y este hecho se observa en edades cada vez más tempranas. Sin embargo, aunque niños de 8 y 9 años con sobrepeso están descontentos con sus cuerpos, esto no necesariamente conlleva que su autoestima general disminuya (Mendelson y White, 1985). Esta asociación se observa en la adolescencia. La adolescencia es conocida como la etapa más vulnerable en relación con los problemas de IC, ya que es un momento en el ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física (Valverde et al., 2010). En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de autoconcepto y autoestima. Es la etapa de la introspección y el auto-escrutinio, de la comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo (Markey, 2010). Según la mayoría de los estudios, el rango de edad más crítico para la IC se considera al período entre los 11 y 19 años, que incluye preadolescencia, adolescencia y juventud temprana (Rodgers et al., 2016).

1.3.2. Aspectos afectivos de la imagen corporal: la insatisfacción corporal

No hay un consenso en la definición de insatisfacción corporal. En general, se han abordado las preocupaciones por el peso y la forma, y la insatisfacción corporal de la misma manera. Las primeras reflejan un malestar o descontento normativo (Phares et al., 2004), mientras que para hablar de insatisfacción con la IC, este descontento debe ir acompañado de la realización de conductas nocivas para la salud con la finalidad de modificar la IC, en busca de un ideal que parece cada vez más inalcanzable (Vázquez et al., 2011).

La insatisfacción corporal, evaluación negativa subjetiva de nuestro cuerpo, está asociado a una amplia variedad de comportamientos y estados psicológicos negativos (Sutter et al., 2015). Es común en la población general y prevalente en todas las cohortes de edad (Quittkat et al., 2019). Aunque potencialmente se presente en ambos sexos y en todas las etapas de la vida, incluida en la infancia y mediana edad, la

insatisfacción corporal con frecuencia se desarrolla durante la adolescencia (Rohde et al., 2015) y es más frecuente en mujeres y niñas. Además se cree que la insatisfacción corporal parece estable desde la adolescencia hasta la edad adulta (Wang et al., 2019). En un estudio con muestra adulta, se informó de insatisfacción corporal de moderada a grave en 33% de las mujeres y el 15% de los hombres (Griffiths et al., 2016). Aunque pueda estar presente en hombres y en mujeres, y en niños y niñas, se producen ciertas discrepancias en función del género. Mientras que mujeres y niñas, la insatisfacción corporal generalmente se relaciona con preocupaciones sobre el peso y la figura y suele estar asociado a un deseo de estar más delgado; en hombres y en niños generalmente se relaciona con preocupaciones sobre ser insuficientemente delgado o musculoso (Grogan, 2017).

Las consecuencias negativas de altos niveles de insatisfacción corporal son cada vez más evidentes (McLean y Paxton, 2019). La insatisfacción corporal se asocia con distress, deterioro físico y calidad de vida psicosocial (Griffiths et al., 2016). Aunque la insatisfacción corporal ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, la fuerza de la asociación adversas entre el deterioro de la calidad de vida y la insatisfacción corporal es más pronunciada en los hombres (Griffiths et al., 2016). Las personas que tienen mayor insatisfacción corporal pueden presentar problemas de salud, y está asociada con baja detección en los cribados de cáncer (Ridolfi y Crowther, 2013), bajo éxito en el abandono del consumo de tabaco (King et al., 2005), baja calidad de vida saludable (Wilson et al., 2013), disminución de la salud mental y el funcionamiento sexual (Davison, y McCabe, 2005), un índice de masa corporal (IMC) más alto (McLaren et al., 2003), y en general menor calidad de vida (Ganem et al., 2009). Además, los estudios demuestran que la insatisfacción corporal es una preocupación común entre los adolescentes (Juli, 2017) y se asocia al inicio de la pubertad en las niñas (Markey, 2010). La insatisfacción corporal predice el desarrollo de baja autoestima y síntomas depresivos en adolescentes (Murray et al., 2018), y una variedad de comportamientos poco saludables, incluido el inicio del hábito de fumar regularmente (Kaufman y Augustson, 2008) y comportamientos sexuales de riesgo (Schooler, 2013). Este constructo ha sido relacionado con baja autoestima, depresión y un mayor riesgo a desarrollar TCA, especialmente en adolescentes (Baile et al., 2003; Stice, 2002; Swami et al., 2009; Thompson, 2004).

Se han propuesto varios modelos para explicar el desarrollo de la insatisfacción corporal, pero tres han sido los más prominentes: 1) el modelo sociocultural o modelo de la influencia tripartita (Thompson et al., 1999), 2) una extensión de este modelo, el modelo biopsicosocial (Rodgers et al., 2014), y 3) la teoría de la objetivación (Fredrickson y Roberts, 1997; Tiggemann, 2013).

El *modelo sociocultural* enfatiza la influencia de la IC de tres fuentes socioculturales de presión sobre la apariencia: medios, familia y pares (Thompson et al., 1999). Cuando un individuo experimenta presiones para ajustarse a los ideales de la apariencia poco realistas de una o más de estas fuentes, estos ideales se internalizan y la apariencia ideal se convierte en una meta o valorar personal al que aspirar (descrito como internalización de la apariencia ideal). Esto contribuye a focalizarse excesivamente en la apariencia y a comparar la propia apariencia con las cualidades de apariencia positiva percibidas de los demás. La dificultad para alcanzar el ideal lleva a la insatisfacción corporal. Este modelo ha recibido apoyo empírico transversal y prospectivo de numerosos estudios en adolescentes y jóvenes adultos (Rodgers et al., 2015; Yamamiya et al., 2008).

El *modelo biopsicosocial* del desarrollo de la insatisfacción corporal es una extensión del modelo sociocultural al incluir varias biológicas y psicológicas como factores de riesgo para la insatisfacción corporal (Rodgers et al., 2014). Los factores de riesgo biológicos incluyen las influencias genéticas (Suisman y Klump, 2011) y el mayor tamaño del cuerpo (Paxton et al., 2006). Los factores psicológicos incluyen el afecto negativo, la baja autoestima y el perfeccionismo. En este modelo, el afecto negativo aumenta el sesgo atribucional negativo y, por lo tanto, la probabilidad de evaluar negativamente el propio cuerpo (Bearman et al., 2006). La baja autoestima puede contribuir de manera similar a una visión negativa del cuerpo, al igual que aumentar la vulnerabilidad a la internalización de la apariencia ideal (Rodgers et al., 2014). En relación con el perfeccionismo, se ha sugerido que las personas perfeccionistas aplican criterios de evaluación inflexibles a la hora de lograr el cuerpo perfecto, algo que rara vez se consigue, lo que genera insatisfacción corporal.

La *teoría de la objetivación* (Fredrickson y Roberts, 1997) se basa en la premisa de que en las sociedades occidentales, el cuerpo femenino (y cada vez más el cuerpo masculino), es visto como un objeto para ser mirado y evaluado según su apariencia (Tiggemann, 2013). A través de esta experiencia, las personas aprenden a internalizar la

perspectiva de un observador en su propio cuerpo y a evaluarla en relación con sus ideales sociales prevalentes. Se propone que esta auto-objetivación conduce a sentir vergüenza por el cuerpo debido al fracaso percibido al no estar a la altura del ideal de apariencia social, y a aumentar la vigilancia corporal y, en consecuencia, la insatisfacción corporal (Tiggemann, 2013). En muestras de hombres y mujeres, existe un considerable apoyo correlacional a este modelo (Manago et al., 2015). Se ha demostrado que la auto-objetivación predice problemas de apariencia posteriores en adolescentes (Dakanalis et al., 2015). Algunas investigaciones experimentales indican que cuando la auto-objetivación aumenta, las actitudes negativas hacia el cuerpo también aumentan en hombres y mujeres (Aubrey et al., 2009; Hebl et al., 2004).

1.3.2.1. La insatisfacción corporal y la teoría del apego

En la actualidad, la insatisfacción corporal es una variable que recibe gran atención por parte de la comunidad científica dado que es un factor relevante en la génesis, desarrollo y recuperación de los TCA (Rohde et al., 2015). En la revisión de Tasca (2019) se concluye que modelos de trabajo internos que tienen su origen en relaciones de apego tempranas pueden conducir a dificultades en la regulación afectiva, perfeccionismo y apego inseguro adulto, que a su vez puede conllevar a una vulnerabilidad a padecer síntomas del TCA como la insatisfacción corporal. En particular, pero teniendo en cuenta que aún se necesita más apoyo científico, el tipo de apego ansioso se asocia con la insatisfacción corporal (Abbate-Daga et al., 2010; Grenon et al., 2016; Illing et al., 2011; Troisi et al., 2006).

En el meta-análisis realizado por Cortés-García et al. (2019), las estimaciones agrupadas del efecto indirecto de la insatisfacción corporal fueron significativas en dos estudios con población no clínica (72%) (Bäck, 2011; Koskina y Giovazolias, 2010). Sin embargo, la insatisfacción corporal no medió significativamente la relación entre el apego inseguro y los síntomas de TCA en dos estudios con muestras clínicas (Monteleone et al., 2017; Tasca et al., 2006); el 26% del efecto total explicado por el efecto indirecto. Estos resultados iban en contra de las expectativas esperadas y lo explicaban, al menos parcialmente, debido a las características de dos de los cuatro estudios incluidos. Por un lado, el modelo probado por Tasca et al. (2006), específicamente diseñado para pacientes con BN, se aplicó a una muestra heterogénea de mujeres mayoritariamente con AN. Además, los autores simultáneamente analizaron

el efecto negativo que podría haber reducido el efecto de la insatisfacción corporal. Por otro lado, Cortes-García et al. (2019) incluyen dentro de su meta-análisis un estudio que no evaluó adecuadamente la IC sino la corporalidad vivida. En vista de estas consideraciones, sugerían líneas de investigación futuras que estudien estas relaciones en muestras clínicas. Bäck (2011) en un estudio con 80 estudiantes, encontró que la relación entre el apego y la insatisfacción con el cuerpo/peso solo se producía en estudiantes mujeres con sus madres. En las chicas, el apego seguro materno se relacionó con una mejor IC y con menos problemas de alimentación. Por el contrario, el apego temeroso materno se relacionó con una mayor IC. No se encontraron estas relaciones en los chicos ni en el apego que mantenían los estudiantes con sus padres. Kosnika y Giovazolias (2010) estudiaron los efectos del apego inseguro en el desarrollo de una IC negativa como factor contribuyente del desarrollo de patrones alimentarios patológicos en estudiantes universitarios. Los autores afirmaron que los jóvenes que presentan un tipo de apego inseguro se encuentran en una constante búsqueda de compensación por el sentimiento de pérdida de control personal que experimentan en cuanto a las relaciones con otros, por lo que prestan una excesiva atención a su cuerpo utilizando la comida como medio para alcanzar nuevamente el control. En su estudio, la insatisfacción corporal mediaba completamente la relación entre el apego ansioso y la alimentación desordenada en mujeres y la dieta en los hombres. Además, el apego evitativo tuvo un impacto directo en los comportamientos alimentarios para ambos sexos, sin mediación de ninguna variable. Los resultados sugirieron que el tipo de apego, ansioso o evitativo, afecta al comportamiento alimentario de manera diferente, y los efectos son diferentes según el género. Otros estudios han sugerido que las personas con apego inseguro, sobre todo aquellas con apego ansioso, tienden a depender de otros para aceptar su apariencia física (Park y Beaudet, 2007). Este hallazgo sugiere que las personas que han establecido vínculos de apego inseguro dependen de otros para su aprobación y que la insatisfacción con la IC se relaciona con una autoestima disminuida y alto temor a ser rechazados (Troisi et al., 2006). Asimismo, se ha demostrado que el apego inseguro de tipo ansioso conduce a una mayor importancia por la apariencia y el atractivo con el fin de evitar el rechazo interpersonal (Bamford y Halliwell, 2009) y a una mayor idealización de la apariencia física que aparecen en los medios de comunicación (Greenwood et al., 2008).

Se han propuesto varios modelos que intentan integrar estas variables, por ejemplo, Cheng y Mallickrodt (2009) proponen que el vínculo paterno-filial está positivamente relacionado con la insatisfacción corporal a través de dos mediadores: el estilo de apego ansioso y la influencia de los medios de comunicación. Saroj y Hannum (2012), sitúan al apego ansioso como un moderador significativo sobre los efectos de la influencia sociocultural en la insatisfacción corporal. En el estudio realizado por Dakanalis et al. (2013) se mostró que la autoestima amortiguaba los efectos nocivos de la insatisfacción con el cuerpo, mientras que la ansiedad ante la interacción social, la vigilancia del cuerpo, la internalización del modelo de delgadez y el apego ansioso intensificaban la insatisfacción corporal que se relacionaba con una mayor sintomatología alimentaria. Por otra parte, Patton et al. (2014) sugieren que determinados factores en la relación paterno-filial pueden incrementar indirectamente la insatisfacción corporal a través de la mediación del apego inseguro y la susceptibilidad a la presión socio-cultural por la delgadez.

En la literatura científica la mayoría de los estudios que analizan la relación entre apego y la insatisfacción corporal en muestras clínicas de TCA han sido realizados en población adulta. Tasca et al. (2006) en un estudio con una muestra clínica de 268 mujeres diagnosticadas de TCA, sugirió que el apego inseguro puede conducir a la insatisfacción corporal, lo que a su vez puede conllevar a una alimentación restringida en mujeres con TCA. Concluían que la inseguridad en el apego podría ser un posible factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la sintomatología del TCA en mujeres. Troisi et al. (2006) en un estudio de una muestra clínica de 96 mujeres diagnosticadas de AN y BN, encontraron que el apego inseguro se correlacionaba consistentemente con la insatisfacción corporal en ambos diagnósticos concluyendo que el apego inseguro conducía a la insatisfacción corporal que puede llegar a desencadenar un TCA. Por otro lado, Abbate-Daga et al. (2010) en un estudio con 586 pacientes adultos con TCA que evaluaba la relación entre estilo de apego y personalidad en la predicción de la insatisfacción corporal, encontraron que el apego inseguro, presente en todos los subtipos de TCA, era el mejor predictor de la insatisfacción con el cuerpo, más que la personalidad y de forma independiente a ésta. Keating et al. (2013) en su estudio con una muestra de 300 mujeres diagnosticadas de TCA encontraron una relación negativa directa entre el apego ansioso y la estima del cuerpo. Además, el apego evitativo mantenía una relación negativa indirecta con la autoestima a través de la alexitimia. En

sus resultados hacían énfasis al foco terapéutico en el apego inseguro y en las estrategias de regulación afectiva al abordar problemas de IC en pacientes con trastornos alimentarios. En un estudio más reciente, Grenon et al. (2016), en una muestra clínica de 232 mujeres diagnosticadas de TCA, demostraron que aquellas pacientes que refirieron mayor apego inseguro hacia sus progenitores sufrían una mayor internalización del modelo de delgadez promovido por los medios de comunicación, lo que a su vez, se relacionaba con una mayor insatisfacción corporal. El cuidado de la madre se asoció negativamente con la IC, lo que sugirió que el recuerdo de las madres menos cariñosas estaba directamente relacionado con una pobre IC. Por otra parte, el cuidado bajo del padre se asoció indirectamente con una mayor insatisfacción corporal mediada por un mayor ansiedad en el apego y una mayor internalización de los medios. Concluyeron que las madres y los padres pueden afectar a la insatisfacción corporal por diferentes mecanismos en muestras clínicas.

Respecto a las investigaciones realizadas en población adolescente, son escasos los estudios. En muestras no clínicas, Bäck (2011), en el estudio ya comentado anteriormente, demostró que la insatisfacción con el cuerpo y con el peso mediaba fuertemente la relación entre el apego seguro de la madre y los problemas alimentarios del hijo, y mediaba parcialmente la relación entre el apego ansioso de la madre y los problemas de alimentación. Wick et al. (2012) estudiaron la relación entre los patrones de apego, el comportamiento alimentario y la satisfacción corporal en una muestra no clínica de adolescentes (de 13 a 18 años) que incluía ambos sexos. Encontraron una relación positiva significativa entre el apego inseguro, el desarrollo de un TCA y la insatisfacción con el cuerpo. Otro estudio con una muestra infanto-juvenil de 5214 sujetos (Szalai et al., 2017) halló que el apego disfuncional parental se asociaba a una baja satisfacción corporal mediado por el nivel de depresión. Sin embargo, no hemos encontrado estudios científicos publicados en la actualidad que valoren esta relación en muestras clínicas de adolescentes.

La mayoría de las investigaciones hasta ahora mencionadas han estudiado la relación entre la insatisfacción corporal y el apego a padres. Se sabe que la adolescencia es una etapa de transición de las dependencias de las relaciones parentales a las de los iguales (Cassidy y Shaver, 2008). En este sentido, el cambio del predominio en el vínculo paterno-filial al vínculo de pares es uno de los ejes fundamentales; siendo los vínculos con los amigos cada vez más significativos. Las relaciones con los amigos

durante la adolescencia van cobrando mayor terreno e intensidad, el grupo de pares pasa a ser el espacio de socialización preferente y una importante fuente de apoyo para la separación del joven con sus padres. La importancia que estas nuevas relaciones tienen para el desarrollo del adolescente queda reflejada en los estudios que encuentran una fuerte asociación entre el hecho de tener unas buenas relaciones amistosas durante la adolescencia y una alta autoestima o satisfacción vital, y un menor riesgo a tener problemas emocionales o de conducta (Marion et al., 2013).

Respecto a esta relación en adolescentes con TCA, el estudio ya comentado de Vega et al. (2011) halló que las adolescentes sin TCA mostraban con sus amigos relaciones de apego más seguras y por ende, confiaban un poco más y se comunicaban un poco mejor con sus amigos que los adolescentes con TCA; concluyendo que la confianza y la comunicación con los padres permite en la adolescencia tener vínculos seguros y positivos con los amigos. En cuanto a nuestra variable de interés se refiere, la insatisfacción corporal, un estudio llevado a cabo con 216 adolescentes concluía que aquellos que referían relaciones amistosas de peor calidad mostraban mayor sintomatología de TCA y mayor insatisfacción corporal (Sharpe et al., 2014). En otra investigación con adolescentes (Schutz y Paxton, 2007), hallaron relaciones consistentes entre la insatisfacción con el cuerpo, sintomatología TCA y cualidades negativas de amistad (conflicto y alienación), pero no observaron esta relación con las cualidades positivas de amistad como la comunicación, confianza y aceptación.

1.3.2.2. La insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria

En la actualidad, la insatisfacción corporal es una variable que recibe gran atención por parte de la comunidad científica debido a que es un factor relevante en la génesis, desarrollo y recuperación de los TCA (Rohde et al., 2015).

A principios de los sesenta, ya Bruch (1962) enfatizaba el papel determinante de la IC en el inicio y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Fue la primera autora que sugirió que la distorsión e insatisfacción corporal era una característica patognomónica de la AN. Desde esta fecha muchos estudios han mostrado interés por la importancia que tiene la distorsión e insatisfacción de la IC, en la génesis de los trastornos alimentarios (Behar et al., 2011). Sepúlveda et al. (2001) en su meta-análisis de 83 estudios sobre la alteración de la IC en los TCA, destacaron que la insatisfacción corporal es más específica de los trastornos alimentarios, que la alteración de la

percepción de la silueta corporal. Además se ha observado como la distorsión por infraestimación corporal y la insatisfacción con la propia imagen pueden dar lugar a problemas emocionales vinculados con la alimentación (Ferreiro et al., 2014), confirmándose igualmente la correlación positiva entre la insatisfacción, distorsión corporal y TCA (Berg et al., 2009; Cahill y Mussap, 2007).

Se conoce que es un constructo muy importante desde el punto de vista clínico. La insatisfacción corporal clínicamente significativa o la sobrevaloración del peso y la forma del cuerpo, es un criterio necesario para dos de los trastornos primarios enumerados dentro de los TCA del DSM-5 (APA, 2013), la AN y la BN. Aunque no es un síntoma requerido para el diagnóstico de TA, la insatisfacción corporal es común en este tipo de pacientes, y su presencia se asocia con psicopatología más grave y un pronóstico más negativo (Grilo, 2013). En general podría afirmarse que las personas que padecen TCA sufren de mayor insatisfacción corporal (Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2016).

Diversos autores destacan que la insatisfacción corporal juega un papel importante como factor predisponente, perpetuante y pronóstico de estos desórdenes y su persistencia constituye un riesgo de recaída (Behar, 2010; Berkman et al., 2007). En un estudio llevado a cabo en Reino Unido, la insatisfacción corporal en la infancia se asoció con trastornos alimentarios posteriores en niñas (Micali et al., 2015). Entre los niños en el mismo entorno, la insatisfacción corporal se consideraba un riesgo de TCA sólo en presencia de sobrepeso u obesidad. La autoestima alta se consideró un factor protector frente a los TCA, especialmente en niños. También se ha observado que la insatisfacción corporal predice intentos de cambiar el cuerpo a través de conductas extremas de pérdida de peso o desarrollo muscular en adolescentes (Neumark-Sztainer et al., 2006). Asimismo, la insatisfacción con la IC y una dieta poco saludable predice el desarrollo de sobrepeso y obesidad en chicas adolescentes, aunque los mecanismos involucrados no están del todo claros (Haines et al., 2010). La insatisfacción corporal, con un enfoque basado en la preocupación por el peso y la figura, ha sido considerado uno de los factores de riesgo más potentes y replicados para la BN y en menor grado para la AN, en adolescentes (Stice et al., 2017). En un análisis de red con mujeres adultas diagnosticadas de BN (Levinson et al., 2017), la insatisfacción corporal estaba directamente relacionada con los vómitos autoprovocados, un comportamiento compensatorio de la BN. Asimismo, la insatisfacción corporal en adolescentes es un

factor de riesgo para la realización de dietas y la implicación en conductas no saludables de control de peso, que a su vez, pueden dar lugar a TCA (Chen et al., 2020; Cruz-Sáez et al., 2018).

Los modelos teóricos basados en la evidencia de los TCA, incluidos los modelos cognitivo-conductuales, señalan la IC como factor clave de riesgo y mantenimiento (Stice, 2001; Fairburn, 2008). Por ello, identificar factores que contribuyan a la insatisfacción corporal severa podría proporcionar información sobre cómo tratarlo o prevenirlo. La *teoría de la autodiscrepancia*, que se ha aplicado recientemente a los TCA y su tratamiento (ej. terapia cognitivo-afectiva integrativa (ICAT) para la BN), ofrece un marco para conceptualizar cómo las experiencias de la vida y predisposiciones temperamentales pueden conducir a dificultades psicológicas (Wonderlich et al., 2010), incluida la insatisfacción corporal. La teoría plantea tres dominios del yo: el yo real (es decir, cómo los individuos se perciben a sí mismos), el yo debería (es decir, lo que los individuos creen que deberían lograr) y el yo ideal (es decir, lo que los individuos desean ser) (Higgins, 1987). La discrepancia entre el yo real y el yo ideal pueden conducir a afectos negativos y motivar a realizar comportamientos desadaptativos para intentar reducir esa discrepancia. El nivel de importancia otorgado a la discrepancia es un componente adicional que influye en el nivel de insatisfacción corporal de un individuo. Dentro de la terapia cognitivo-afectiva integrativa, la auto-discrepancia se aplica tanto a las creencias personales como interpersonales, así como al cuerpo. Varias investigaciones han apoyado la idea de que las personas con BN sufren mayor discrepancia entre el yo real-ideal y el yo actual-debería que las personas sanas, y que estas discrepancias se relacionan con el estado de ánimo negativo, la insatisfacción corporal, y los síntomas bulímicos (Strauman et al., 1991; Wonderlich et al., 2008). Otra investigación apoya la presencia de auto-discrepancia relacionada con el cuerpo en la AN y en el TA y su relación con la gravedad de la sintomatología (Mason et al., 2016), lo que sugiere que la insatisfacción corporal es un concepto trandiagnóstico clave en los TCA.

El número de investigaciones que comparan el grado de insatisfacción corporal en adolescentes, en función de las diferentes categorías diagnósticas de TCA es escaso. La mayoría de los estudios se centran en población adulta (Carretero et al., 2010; Zanetti et al., 2013). En el meta-análisis realizado por Cash y Deagle en 1997, sobre 66 estudios publicados entre 1974 y 1993 con mujeres adultas, el grupo BN presentó

mayores niveles de insatisfacción con el cuerpo, en comparación los pacientes diagnosticados de AN. Semejantes resultados aparecen en el estudio meta-analítico sobre la naturaleza de la alteración de la IC asociada a los trastornos de la alimentación, realizado por Sepúlveda et al. (2001) sobre 83 estudios primarios independientes, publicados entre 1970 y 1998; en el que las pacientes bulímicas alcanzaron puntuaciones más altas en insatisfacción corporal. Ruuska et al. (2005) confirmaron tales diferencias en la insatisfacción corporal entre BN y AN en pacientes adolescentes. Ellos estudiaron las diferencias en insatisfacción corporal junto con otras variables, en un grupo de pacientes diagnosticadas de AN y BN, con edades comprendidas entre los 14 a los 21 años, y llegaron a la conclusión de que el grupo BN presentaba mayor insatisfacción con la IC que el grupo AN, y de que el constructo insatisfacción corporal debía ser tenido en cuenta en la evaluación y en las intervenciones terapéuticas de TCA. Schneider et al. (2009) encontraron un impulso significativamente mayor para la delgadez e insatisfacción corporal en adolescentes con BN en comparación con AN-R, pero no en comparación con AN-P. Además, informaron que los dos subtipos de la AN diferían significativamente en términos de insatisfacción corporal e impulso a la delgadez: los adolescentes diagnosticados de AN-P mostraron puntuaciones significativamente más altas que los adolescentes con AN-R.

1.3.2.3. La insatisfacción corporal y su relación con variables psicológicas

Hay una fuerte evidencia de que el rechazo de la configuración del cuerpo es un factor de riesgo causal de los comportamientos y actitudes alimentarias negativas (Blodgett y Gondoli, 2011); sin embargo, las investigaciones han prestado menos atención hacia el papel de la insatisfacción corporal como un predictor significativo de otros problemas psicológicos, como la depresión y la baja autoestima (Paxton et al., 2006). Hay suficiente evidencia para apoyar la inclusión de la baja autoestima y la sintomatología depresiva en los modelos predictivos de la insatisfacción corporal (Rodgers et al., 2014), aunque no siempre es el caso (Wojtowicz y von Ranson, 2012).

1.3.2.3.1. La autoestima

La autoestima se refiere al juicio general que uno hace de uno mismo. Tener alta autoestima significa ser capaz de evaluar con precisión los atributos positivos y negativos, y vivir cómodamente con ese conocimiento (O'Dea, 2004). Se considera la

dimensión evaluativa y afectiva del autoconcepto y es importante para la buena salud mental (Triana et al., 2019). Implica el reconocimiento y la aceptación personal.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima. En algunas investigaciones con muestras de adolescentes, la IC se asocia a una baja autoestima tanto en chicas como en chicos (Amaya et al., 2010; E. Choi e I. Choi, 2016, Mäkinen et al., 2012; Smith, 2010). Se ha sugerido que esta relación es más fuerte en la adolescencia tardía y la edad adulta emergente que en las etapas anteriores (Wichstrom y von Soest, 2016). No obstante, algunos estudios reportaron no haber encontrado dicha relación (Dohnt y Tiggemann, 2006; Shaw et al., 2004). Asimismo se ha sugerido que la insatisfacción corporal es la variable que predice la presencia de una baja autoestima y no a la inversa (Johnson y Wardle, 2005; Leahey et al., 2007).

1.3.2.3.2. La depresión

Varios estudios han asociado la insatisfacción corporal con la depresión (Chan et al., 2020; Carrard et al., 2019; Cruz-Sáez et al., 2015; Dooley et al., 2015; Murray et al., 2018). Así, en un estudio longitudinal de 4 años, Stice et al. (2000) demostraron que la insatisfacción corporal orientada a adelgazar predecía la sintomatología depresiva posterior, incluso después de controlar los niveles basales de depresión. En otro estudio con una amplia muestra de adolescentes (Chen et al., 2015), hallaron que la insatisfacción corporal se asociaba con la depresión en la mayoría de los adolescentes, y variaba según el peso de los hombres y los de menor edad. Los autores sugerían reducir la sintomatología depresiva a través de programas preventivos que trabajasen la insatisfacción con el cuerpo. Stice y Bearman (2001) propusieron una justificación teórica para el papel de la insatisfacción corporal en la predicción del aumento de la depresión en los adolescentes. Según estos autores, los cambios propios de la pubertad en las chicas adolescentes se alejan del ideal de delgadez que impera en la cultura, y que este cambio precipita la insatisfacción corporal, y ésta, a su vez, contribuye directamente a incrementar el estado de ánimo depresivo. En su investigación, observaron cómo la insatisfacción con el cuerpo mantenía una relación directa con el estado de ánimo depresivo, y una relación indirecta con el efecto de la dieta y los síntomas bulímicos. Asimismo, la depresión debe ser considerada como una influencia negativa sobre el peso y aumenta el riesgo de insatisfacción corporal y las preocupaciones sobre la alimentación (Calderon et al., 2010; Rodgers et al., 2010).

1.3.3. Aspectos sociales de la imagen corporal: el modelo estético-corporal

Los problemas con la insatisfacción corporal se enmarcan en un contexto sociocultural determinado. Si bien, tradicionalmente, la insatisfacción corporal se ha circunscrito de manera exclusiva a contextos o sociedades occidentalizadas, el paso del tiempo y la globalización han puesto de manifiesto que este fenómeno, conjuntamente con la preocupación por el peso, son elementos presentes en casi todas las culturas (Cruzat et al., 2012; O'Garó et al., 2019).

Desde que Vandereycken y Meermann (1984) analizaron el impacto que la “cultura de la delgadez” tiene entre las adolescentes y jóvenes, confirmando la influencia que el ideal de belleza tiene entre este grupo poblacional, así como el papel que juega en el incremento de los trastornos de alimentación; el interés por este tema no ha dejado de persistir en la investigación y literatura científica.

Según el modelo sociocultural propuesto por Thompson et al. (1999), los adolescentes reciben mensajes sobre cómo deberían ser sus cuerpos de diferentes fuentes, como sus padres, compañeros y medios de comunicación. Estos mensajes pueden señalar que es importante ser delgado o musculoso. Si los adolescentes internalizan estas ideas de apariencia como los estándares a seguir para su propio cuerpo, comparará su cuerpo con estos ideales. Cuando su apariencia no coincida con los ideales internalizados, aparecerá la insatisfacción corporal (Thomson et al., 1999). Este modelo será explicado con más detalle posteriormente.

La internalización de la apariencia ideal también se conoce como internalización de los medios, internalización del ideal de delgadez o idealización de la belleza en la literatura científica (Dunstan et al., 2017). Este concepto es definido como el grado en que un individuo “adquiere ideales de atracción socialmente definidos” (Thompson y Stice, 2001) y juega un papel central en los modelos socioculturales relacionados con el inicio y mantenimiento de los TCA (Akoury et al., 2019). Homan (2010) postuló que la internalización del ideal de delgadez promueve directamente la insatisfacción corporal aumentando las tasas de conductas de control de la dieta y peso. La presión percibida por ser delgado y la internalización del ideal de delgadez es un factor predictivo del TCA, siendo este último factor el que media entre la presión y el desarrollo de TCA (Akoury et al., 2019).

En este contexto, los medios de comunicación promueven el ideal de belleza y de éxito como el equivalente a estar delgado/a e incentivan el uso de estrategias para

alcanzar el nivel de belleza establecido (Juli, 2019). Varios estudios han confirmado la importancia de dichas influencias, así como el papel que juegan los medios de comunicación en la divulgación de los modelos estéticos (Biolcati et al., 2017). Los estudios muestran cómo la televisión, Internet, las revistas, el cine, la propaganda sobre cosméticos, productos de belleza, etc., ofrecen influyentes mensajes acerca de lo aceptable o inaceptable de ciertos atributos físicos (Juli, 2019). Los ideales de apariencia hoy en día también se comunican a través de las redes sociales, y el uso de redes sociales ha sido asociado con la insatisfacción corporal de los adolescentes (Kleemans et al., 2018).

La influencia del modelo estético-corporal, a través de los medios de comunicación, ha sido relacionado con la insatisfacción corporal y la sintomatología TCA (Dogan et al., 2018). En esta línea, un estudio reciente con una amplia muestra de adolescentes (Uchôa et al., 2019) muestra como la influencia de los medios de comunicación se asocia con una mayor probabilidad de insatisfacción corporal en adolescentes. Un incremento de insatisfacción corporal se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar TCA en adolescentes de ambos sexos, siendo mayor esta influencia en chicas adolescentes. Además, la influencia de los medios de comunicación y el IMC son predictores de la insatisfacción corporal en ambos sexos, y ésta es un predictor de riesgo del TCA en adolescentes.

En nuestro país, Rodríguez y Cruz (2008) describen que desde los 13 y hasta los 17 años, el malestar por la IC y la influencia que ejercen la publicidad, los mensajes verbales, los modelos y situaciones sociales, generan en el 14,2% de las adolescentes españolas, una gran insatisfacción con el propio cuerpo. Un estudio realizado recientemente con chicas universitarias (de 18 a 25 años) del sur de España (Aparicio-Martinez et al., 2019), pone de manifiesto la relación entre la insatisfacción corporal y la internalización del modelo de delgadez. Otro estudio con adolescentes españoles diagnosticados de TCA (Barajas-Iglesias et al., 2018), pone de relieve que la mayoría de los adolescentes con TCA están influenciados por el modelo estético corporal de delgadez. Los pacientes con BN están significativamente más influenciadas que las pacientes con AN. Esta mayor influencia provoca en las pacientes con BN una mayor insatisfacción corporal y propicia la aparición de síntomas bulímicos, sobre todo de tipo purgativo. Por otro lado, parecen existir rasgos de personalidad más susceptibles a la

influencia de los factores socioculturales, que pueden mediar entre la influencia del modelo estético, la insatisfacción corporal y la aparición de síntomas de TCA.

1.3.4. Aspectos positivos de la imagen corporal: la apreciación corporal

La investigación de la IC tiene una rica historia, que abarca casi un siglo y revela muchas ideas sobre sus asociaciones, predictores, consecuencias y tratamientos (Cash, 2004). Sin embargo, tras un examen más detallado, gran parte de esta historia está dominada por un enfoque patológico que tenía como objetivo comprender la IC negativa en ausencia de considerar la IC positiva (Smolak y Cash, 2011; Tylka 2012). Centrarse en aliviar los síntomas de una IC negativa sin considerar cómo promover una IC positiva ha limitado nuestro campo, al prescindir de una comprensión integral de la IC (Smolak y Cash, 2011). Si las terapias de la IC reducen los síntomas de la IC negativa, pero no mejoran aspectos de la IC positiva pueden promover una IC neutra en el mejor de los casos (por ejemplo, “yo no odio mi cuerpo, simplemente lo tolero”). Ayudar a los pacientes a adoptar una IC positiva puede ayudarlos a apreciar, respetar, celebrar y honrar sus cuerpos, lo que puede conllevar ganancias en el tratamiento más efectivas y duraderas (Tylka y Wood-Barcalow, 2015a).

Thomas Cash es el innovador y denominador común de dos de los eventos que impulsaron la investigación en la IC positiva: el énfasis de la IC positiva como una dirección futura para la investigación de la primera edición de *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (Cash y Pruzinsky, 2002) y la inclusión de la IC positiva dentro de *Aims and Scope of Body Image: An International Journal of Research*. Además de estas contribuciones fundamentales, también es importante reconocer las aportaciones adicionales de Cash (y sus colaboradores) para comprender y evaluar la IC positiva. Por ejemplo, Cash y sus colegas realizaron el primer estudio que documenta la IC positiva como una construcción única (Williams et al., 2004). Cash también ha contribuido al concepto de calidad de vida respecto a la IC, el afrontamiento de aceptación racional positivo, e intervenciones clínicas en IC positiva en escolares. Otros investigadores especializados en la prevención de los TCA, como Michael Levine, Lori Irving, Niva Piran, Linda Smolak, Catherine Steiner-Adair, Susan Paxton y Catherine Cook-Cottone, también ayudaron a desarrollar estudios escolares y en la práctica clínica relacionados con la IC positiva (Tylka y Wood-Barcalow, 2015a).

Varias disciplinas psicológicas han influido en el estudio de la IC positiva. Por un lado, la psicología humanista, formada en gran parte por Carl Rogers y Abraham Maslow, propusieron las metas de autorrealización y trascendencia (Maslow, 1943), que implican ir más allá de la apariencia y la forma física del cuerpo resaltando el significado espiritual (Jacobson et al., 2013). Por otro lado, el *counseling* psicológico, desde sus inicio a principios de 1900, ha reconocido la importancia de considerar las fortalezas junto con las debilidades, la apreciación de la diversidad cultural y relacionada con el cuerpo, y ha trabajado para prevenir las enfermedades promoviendo la salud (Gelso y Fretz, 2001). Por último, la psicología positiva amplía el estudio de las fortalezas humanas en diversas áreas de investigación y práctica clínica (Seligman y Csikszentmihaly, 2000). Según este enfoque, eliminar las características negativas o desadaptativas sin enseñar características positivas y adaptativas genera una salud mental “a medias” caracterizada por la falta de patología, pero la ausencia de vitalidad (Fredrickson y Losada, 2005). En última instancia, el budismo también ha contribuido a la teoría, investigación y práctica de la IC positiva. En relación a ello, la autocompasión puede promover la compasión corporal al amortiguar la angustia provocada por las amenazas relacionadas con la IC (Neff, 2003).

La IC positiva ha sido definida como: a) distinta de la IC negativa, b) multifacética (incluyendo la apreciación corporal, aceptación/amor corporal, conceptualización de la belleza en general, inversión adaptativa en apariencia, positividad interna, interpretación de la información de manera protectora con el cuerpo; c) holística; d) estable y maleable; e) protectora; f) vinculada a la aceptación corporal autopercebida por otros; y g) conformada por identidades sociales (Tylka y Wood-Barcalow, 2015a). Asimismo, implica un amor y respeto general por el cuerpo que permite a las personas: a) apreciar la belleza única de su cuerpo y las funciones que desempeña para ellos, b) aceptar e incluso admirar su cuerpo, incluidos aquellos aspectos que son inconsistentes con las imágenes idealizadas, c) sentirse hermoso, cómodo, seguro y feliz con su cuerpo, que a menudo se refleja como un “resplandor”, d) enfatizar las cualidades de su cuerpo en lugar de detenerse en sus imperfecciones, y f) interpretar la información entrante de manera que se internalice la mayor parte de la información positiva y se rechace o reformule la mayoría de la información negativa (Wood-Barcalow et al., 2010, p. 112). Williams et al. (2004) llevaron a cabo un análisis de conglomerados en mujeres universitarias de EE.UU, en función de la evaluación de

su IC, sus experiencias emocionales y el impacto de la IC en su calidad de vida. Se dividió la muestra en tres grupos: un grupo que presentaban IC positiva (54%), un grupo con IC negativa (24%) y un grupo de “descontento normativo” con su IC. El grupo de IC positiva tenía niveles similares de insatisfacción corporal, el grupo de IC negativa informó de una mayor disfunción de la IC (es decir, mayor angustia emocional de su IC y un mayor impacto adverso de la IC respecto a la calidad de vida). Es de destacar que el grupo de IC positiva demostró un patrón único de bienestar superior en comparación con los otros dos grupos: estaban relativamente satisfechas con su apariencia, rara vez expresaban angustia emocional por su IC y sentían que su IC influía favorablemente en su calidad de vida.

Siguiendo a Avalos et al. (2005), la IC positiva y negativa son constructos independientes, ya que la IC positiva implica aceptar y apreciar el cuerpo tal y como es, aunque haya aspectos de la apariencia que a la persona le gustaría cambiar; por tanto, una persona puede referir altos niveles de apreciación de su cuerpo pero estar a la vez insatisfecho con éste. Un aspecto de la IC positiva es la *flexibilidad de la IC*, derivada del budismo. Ésta implica una disposición a aceptar y experimentar percepciones, sensaciones, sentimientos, pensamientos y creencias sobre el propio cuerpo de una manera intencional sin intentar cambiar su intensidad, frecuencia o forma, mientras se busca su eficacia y acción en los dominios de la vida (Webb et al., 2014). Un estudio demostró que la flexibilidad de la IC (evaluada como baja evitación experimental de la IC) se asoció de manera única con la alimentación desordenada de mujeres y hombres universitarios de EE.UU., después de extraer la varianza compartida con la insatisfacción corporal (Sandoz et al., 2013). Además, los factores predictores de tener una imagen o percepción corporal positiva han sido muy pocos estudiados, aunque se sabe que no son los predictores opuestos de una IC negativa (Tylka, 2012). Hay evidencia convincente de que una IC positiva y negativa establecen una relación exclusiva con otras variables (Tiggemann y McCourt, 2013).

Una de las dimensiones relacionadas con la IC positiva que ha abarcado especial atención en la literatura científica es la *apreciación corporal* (“*body appreciation*”), que tiene en cuenta las características, la funcionalidad y la salud corporal. La apreciación corporal no es solo apreciar la apariencia de uno o en la medida en la que se asemeja al ideal de apariencia cultural, sino que implica elogiar al cuerpo por lo que es capaz de hacer, lo que representa y sus características únicas. Abarca aspectos como tener una

opinión favorable de los rasgos físicos de uno mismo, la aceptación del propio cuerpo (a pesar de su peso, forma o imperfecciones), el respeto y la atención hacia las necesidades del cuerpo a través de la adopción de conductas saludables, y la auto-protección al rechazar los ideales del cuerpo que se presentan en los medios de comunicación (Avalos et al., 2005).

Revisando la literatura científica realizada en el campo de la apreciación corporal, encontramos que la apreciación corporal está negativamente relacionada con mensajes críticos o restrictivos respecto a la alimentación que refieren los padres o cuidadores al adolescente (ej. “No debes comer tarta, si lo haces engordarás”) (Kroon et al., 2010); y está positivamente relacionada con la aceptación del cuerpo por parte de otros y la alimentación intuitiva, es decir, comer de acuerdo a las señales de hambre y saciedad, en lugar de por causas situacionales o emocionales (Augustus-Horvath y Tylka, 2011; Avalos y Tylka, 2006). En otro estudio (Avalos et al., 2005) la apreciación corporal, medida mediante el BAS de Avalos et al. (2005), se asoció, en mujeres universitarias de EE.UU., de manera única con factores de bienestar (autoestima, optimismo y afrontamiento proactivo), después de extraer la varianza compartida con la IC negativa. Hallazgos similares se obtuvieron en otro estudio utilizando el BAS-2 de Tylka y Wood-Barcalow (2015b): después de extraer la varianza compartida con la insatisfacción corporal, la apreciación corporal representaba una varianza única en el bienestar de las mujeres universitarias estadounidenses (autoestima y afrontamiento proactivo), alimentación intuitiva (es decir, comer según las señales de hambre y saciedad), y sintomatología del TCA. En los hombres universitarios representaba una varianza única en el bienestar y en la alimentación intuitiva. Tiggemann y McCourt (2013) examinaron las relaciones entre la apreciación corporal, la insatisfacción corporal y la edad de las mujeres australianas. La fuerza de la correlación inversa entre la apreciación corporal y la insatisfacción corporal disminuyó a medida que aumentó la edad de las mujeres. Además, la IC positiva estaba positivamente relacionada con la edad, mientras que la insatisfacción corporal no. Tiggemann y McCourt (2013) concluyeron que la IC positiva y la insatisfacción corporal no son imágenes especulares entre sí, ya que cada vez es más posible que las mujeres experimenten simultáneamente cierto nivel de insatisfacción corporal, pero también aprecian y respetan el cuerpo, especialmente con la edad. Por último, otro estudio puso de manifiesto que la apreciación corporal se relacionó gradualmente con el mayor uso de protección solar

por parte de mujeres australianas, la realización de pruebas de cribado del cáncer de piel y menores prácticas inadecuadas para perder peso después de extraer la varianza compartida con la insatisfacción corporal (Andrew et al., 2014). Por lo tanto, la IC positiva tiene asociaciones únicas con el bienestar, el cuidado personal y el comportamiento alimentario que no se explican únicamente por la IC negativa. Además, la apreciación corporal está relacionada con varios índices de bienestar psicológico como la autoestima, el optimismo, el afrontamiento proactivo, el afecto positivo, la autocompasión, la felicidad subjetiva y la satisfacción vital (Avalos et al., 2005; Swami et al., 2008; Swami et al., 2014; Tylka y Kroon van Diest, 2013; Wasylikiw et al., 2012).

1.3.4.1. La apreciación corporal y la teoría del apego

Sólo recientemente se han comenzado a desarrollar modelos teóricos desde un enfoque relacionado con la psicología positiva y más específicamente sobre la IC positiva que permiten relacionar diferentes variables. Uno de los modelos teóricos se ha centrado en el apego y en los mensajes transmitidos por los cuidadores principales relacionados con la alimentación. El apoyo preliminar para este modelo son los resultados del estudio transversal con estudiantes realizado por Iannantuono y Tylka (2012), en el que concluyen que el apego ansioso y los mensajes críticos o restrictivos respecto a la alimentación que realizan los cuidadores se asocian a bajos niveles de apreciación corporal y alimentación intuitiva.

Revisando las investigaciones que han estudiado la relación entre el estilo de apego y variables relacionadas con el TCA, se conoce que mientras que el estilo de apego inseguro en adolescentes se ha relacionado con insatisfacción corporal (Gander et al., 2015), pobre autoconcepto, identidad menor diferenciada, baja aceptación de su propio cuerpo y de sí mismos, un inadecuado reconocimiento de la sensación de hambre y saciedad (Demidenko et al., 2010); el estilo de apego seguro se ha relacionado con una mayor satisfacción corporal de los adolescentes (Lev-Ari et al., 2014), postulándose que cuanto menor es el apego disfuncional con los padres, mejor es la satisfacción corporal percibida de los hijos (Szalai et al., 2017). Sin embargo, no hemos encontrado estudios que valoren la relación entre el apego y la apreciación corporal en muestras poblacionales o clínicas de adolescentes.

1.3.5. Calidad de vida respecto a la imagen corporal

La evaluación de las autopercepciones y actitudes del cuerpo puede ayudar a comprender la prevalencia creciente de las imágenes corporales negativas, especialmente entre individuos susceptibles, como jóvenes (Heron et al., 2015) y mujeres (Manaf et al., 2016). Por lo tanto, los investigadores se han esforzado por evaluar el impacto que una IC positiva/negativa tiene en la vida de las personas (Cash y Fleming, 2002; Tod y Edwards, 2015; Tylka y Wood-Barcalow, 2015; Sobanko et al., 2018).

Cash y Fleming (2002) investigaron el impacto positivo y negativo de la IC en la calidad de vida de mujeres universitarias. Sin excepción, las mujeres universitarias informaron consecuencias más positivas que negativas respecto a su IC en 19 dominios de vida (por ejemplo, sentimiento de adecuación personal, interacciones con amigos, aceptación como pareja sexual, felicidad en la vida cotidiana, actividades de aseo, capacidad para controlar el peso), en un estudio de validación inicial. Este hallazgo fue clave, ya que contrarrestaba las nociones predominantes de que a la mayoría de las mujeres no les gusta su cuerpo y la IC negativa afecta a su bienestar. En un segundo estudio, Cash et al. (2004) investigaron más a fondo la calidad de vida respecto a la IC en mujeres y hombres universitarios. Tanto en hombres como en mujeres, la calidad de vida de la IC se asoció inversamente con la insatisfacción corporal, las emociones negativas de la IC en diversos contextos situaciones y la importancia de la autoevaluación (una valoración disfuncional de la apariencia que está conectada a la autoestima), y positivamente asociada con la autoestima, estima, optimismo y apoyo social. Los hombres – en comparación con las mujeres -, las mujeres afroamericanas – en comparación con las mujeres blancas -, y las mujeres con un IMC más bajo – en comparación con el más alto – informaron de una calidad de vida respecto a la IC más favorable.

El impacto negativo y positivo que la IC tiene en la vida de las personas se conoce como *calidad de vida respecto a la IC* (Cash y Fleming, 2002). Las personas con una negativa calidad de vida respecto a la IC es más probable que se salten comidas y desarrollen patrones alimenticios disfuncionales (Levine y Smolak, 2018), eviten ver a amigos o familiares, e incluso acudan al médico. Los individuos con baja estima corporal también es más probable que sean menos asertivos que aquellos que se sienten satisfechos con sus cuerpos (Ahadzadeh et al., 2018). Además, este concepto se ha

relacionado con una mala IC, pobre funcionamiento psicosocial y alimentación desordenada en estudiantes universitarios (Cash et al., 2004), así como personas con TCA (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2011a).

Varios estudios han destacado el efecto negativo de la sintomatología TCA sobre la calidad de vida del paciente (de la Rie et al., 2005, Doll et al., 2005). Las personas que sufren BN o TA ven afectada su calidad de vida mostrando deterioro significativo en el funcionamiento psicosocial. Del mismo modo, comportamientos como la purga y la patología bulímica parecen predecir el deterioro de la calidad de vida (González-Pinto et al., 2004; Hay, 2003; Padierna et al., 2000). Además, algunos investigadores han encontrado una relación entre mayor severidad de la sintomatología TCA y menor calidad de vida (Mond y Hay, 2005; Mond et al., 2004). En un estudio (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2011a) cuyo objetivo era examinar cómo la IC afecta a la calidad de vida en una muestra clínica de TCA, una muestra clínica sin TCA y un grupo control, la calidad de vida de la IC se vio afectada por patologías específicas relacionadas con las alteraciones de la IC y otros síndromes psicopatológicos. Sin embargo, el mayor efecto se relacionó con los TCA y parecía ser más negativo en hombres.

2. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Justificación

La justificación de esta Tesis Doctoral se basa en los siguientes argumentos.

Primero y a tener en cuenta es que la adolescencia es una etapa evolutiva clave para el inicio y desarrollo de trastornos mentales, especialmente los TCA. En la adolescencia emergen muchas formas de psicopatología o aumentan notablemente su prevalencia. De hecho, muchos autores han señalado este periodo de riesgo para la psicopatología general (Ullsperger y Nikolas, 2017). Por otro lado, la adolescencia es conocida como la etapa más vulnerable en relación con los problemas de IC, ya que es un momento en el ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física (Valverde et al., 2010). En esta etapa evolutiva se vive el cuerpo como fuente de identidad, de autoconcepto y autoestima, y la IC adquiere una especial importancia.

Segundo, las relaciones que los adolescentes establecen con sus figuras de apego (padres y amigos) son claves para su óptimo desarrollo y salud mental. Se conoce que un vínculo paterno-filial seguro es crucial para resolver las tareas de desarrollo propias de la adolescencia, como adaptarse a los cambios físicos, crear una identidad propia o definir metas para el futuro y, por lo tanto, representa un importante factor protector y amortiguador del desarrollo de problemas de salud mental (McComish, 2015), entre ellos, los TCA (Daly, 2015). Por el contrario, la falla en el vínculo primario con la figura de apego constituye un factor tanto etiopatogénico como de salud mental para la adolescencia (Grzegorzewska y Farnicka, 2016).

Tercero, el apego inseguro se ha relacionado con la psicopatología general de los TCA (Abbate-Daga et al., 2010). Sin embargo, no se conoce con claridad si existen diferencias respecto al apego a padres y amigos en adolescentes diagnosticados con TCA y sin TCA.

Cuarto, consideramos que la vinculación establecida con padres y amigos podría influir en cómo el adolescente percibe su IC. La inseguridad en el apego podría ser un posible factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la sintomatología del TCA, especialmente, en lo referente a la IC.

Quinto, la IC es un factor relevante en la génesis, desarrollo y recuperación de los TCA (Rohde et al., 2015), así como una de las áreas de trabajo terapéutico a nivel preventivo y de tratamiento. Respecto a la insatisfacción corporal, aunque hay gran investigación al respecto, hay aspectos a esclarecer. Por un lado, creemos necesario conocer mejor la relación que establece la insatisfacción corporal con otras variables significativas como la autoestima, sintomatología depresiva, presencia de conductas alimentarias anómalas e influencia del modelo estético corporal. Por otro lado, analizar estas relaciones y el nivel de insatisfacción corporal en adolescentes que presentan TCA. Y por último, saber si hay diferencias en cuanto a la insatisfacción corporal entre las diferentes categorías diagnósticas de TCA.

Sexto, la investigación en el tema se ha centrado mayoritariamente en estudiar la IC negativa, por lo que vemos necesario dar la relevancia que se merece a la IC positiva. Tal y como señalan algunos autores (Tylka y Wood-Barcalow, 2015a), ayudar a los pacientes a adoptar una IC positiva puede ayudarlos a apreciar, respetar, celebrar y honrar sus cuerpos, lo que puede conllevar ganancias en el tratamiento más efectivas y duraderas.

Séptimo, consideramos importante conocer si la IC positiva, en concreto, la apreciación corporal, guarda relación con el tipo de apego que el adolescente establece con sus padres y amigos, dada la ausencia de estudios científicos en este área en la actualidad.

Octavo, teniendo en cuenta la consideración que una IC positiva influirá en la calidad de vida de las personas, nos planteamos si la IC positiva (apreciación corporal) actuará de mediador entre el apego y la calidad de vida respecto a la IC en adolescentes. Hasta el momento de la realización de esta Tesis Doctoral, ningún investigador se había planteado esta cuestión.

Por último, consideramos que los resultados obtenidos en este estudio podrían aportar resultados novedosos y suponer aportaciones relevantes dirigidas tanto a la prevención como al tratamiento de los adolescentes con TCA.

Atendiendo a estos argumentos, la presente Tesis Doctoral pretende abordar estos retos que se detallan en los objetivos e hipótesis, y estudios recogidos en los siguientes epígrafes.

2.2. Objetivos e hipótesis

En relación con el tema del apego, IC y calidad de vida en adolescentes con TCA, se han planteado 8 objetivos principales e hipótesis, que han sido objeto de tres estudios, el primero de ellos publicado en una revista incluida en el *Journal Citation Reports* (SCI y/o SSCI) y en SCOPUS.

Los objetivos e hipótesis del primer estudio son:

1) Conocer la relación entre la insatisfacción corporal (BSQ-34) y las siguientes variables: autoestima (determinada con la escala RSES), sintomatología depresiva (estimada mediante el cuestionario CEDI-II), presencia de conductas alimentarias anómalas (valoradas con el cuestionario EAT-40) e influencia del modelo estético corporal (medida a través del cuestionario CIMEC-40), en adolescentes diagnosticados de TCA.

En relación con el objetivo anterior, nuestra hipótesis es que la insatisfacción corporal se relacione negativamente con la autoestima, y positivamente con la depresión, presencia de conductas alimentarias anómalas e influencia del modelo estético corporal.

2) Comparar la insatisfacción corporal (evaluada a través del cuestionario BSQ-34) en los diferentes subgrupos de adolescentes con TCA: AN-R, AN-P, BN, TA y TCANE.

En relación con el objetivo anterior, nuestra hipótesis es que los adolescentes con BN presenten mayor insatisfacción corporal que los adolescentes con otra patología alimentaria (AN-R, AN-P, TA y TCANE).

Los objetivos e hipótesis del segundo estudio son:

3) Analizar si existen diferencias respecto al apego a padres y amigos (evaluado mediante el cuestionario IPPA) en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA.

En relación con el objetivo anterior, nuestra hipótesis es que los adolescentes con TCA presentarán una menor comunicación y confianza, y una mayor alienación con sus padres y amigos.

4) Estudiar la relación entre el estilo de apego a padres y amigos (IPPA), y la insatisfacción corporal (BSQ-34) en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA.

En relación con el objetivo anterior, nuestra hipótesis es que los sujetos que presenten mayor confianza y comunicación con sus padres y amigos, y menor alienación con éstos mostrarán una menor insatisfacción corporal.

5) Determinar si existen diferencias entre los adolescentes con TCA y sin TCA en las relaciones que se establecen entre el apego a padres y amigos (IPPA), y la insatisfacción corporal (BSQ-34).

En relación con el objetivo anterior, nuestra hipótesis es que haya diferencias entre los grupos (grupo TCA vs. grupo control) en la relación entre el apego a padres y amigos, y la insatisfacción corporal. Los adolescentes con TCA presentarán una relación más fuerte entre el apego a padres y amigos, y la insatisfacción corporal, en comparación con los adolescentes sin TCA.

Los objetivos e hipótesis del tercer estudio son:

6) Describir la relación entre el apego a padres (IPPA) y la apreciación corporal (determinada mediante el cuestionario BAS) en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA.

En relación con el objetivo anterior, nuestra hipótesis es que el apego a padres se relacione con la apreciación corporal en adolescentes con TCA y sin TCA.

7) Conocer si existen diferencias entre la relación de apego a padres (IPPA) y la apreciación corporal (BAS) entre adolescentes con TCA y sin TCA.

En relación con el objetivo anterior, nuestra hipótesis es que existan discrepancias entre los grupos (grupo TCA vs. grupo control) en la relación que se establece entre el apego a padres y la apreciación corporal.

8) Examinar si la apreciación corporal (BAS) actúa como mediador de la relación entre el apego a padres (IPPA) y la calidad de vida respecto a la IC (estimada a través del cuestionario BIQLI-SP) en adolescentes con TCA y sin TCA.

En relación con el objetivo anterior, nuestra hipótesis es que la apreciación corporal actúe como mediador de la relación entre el apego a padres y la calidad de vida respecto a la IC en adolescentes con TCA y sin TCA.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

Para el primer estudio se recogieron los datos de los pacientes que fueron derivados a lo largo de un periodo de 6 años consecutivos (2008-2013) a la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA) infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Cabe destacar que se trata de una unidad especializada en el tratamiento de TCA y que es el hospital de referencia en la comunidad autónoma de Aragón, por lo que acuden pacientes de toda la región aragonesa. Se obtuvo una muestra total de 204 pacientes que cumplían criterios diagnósticos de TCA según el DSM-5 (APA, 2000). Las variables clínicas, sociodemográficas e IMC de los participantes en el estudio 1 se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8

Datos descriptivos de las variables clínicas, sociodemográficas e IMC de los participantes en el estudio 1

	Media (DT)
Edad	14,91 (1,16)
IMC	20,27 (5,21)
	N (%)
Diagnóstico:	
- AN-R	72 (35,3)
- AN-P	28 (13,7)
- BN	35 (17,2)
- TA	21 (10,3)
- TCANE	45 (23,5)
Sexo:	
- Mujeres	183 (89,7)
- Hombres	21 (10,3)
Lugar de residencia:	
- Zona rural	73 (35,8)
- Zona urbana	131 (64,2)
Tipo de colegio:	
- Público	130 (63,7)
- Concertado/privado	74 (36,3)
Categoría IMC:	
- Infrapeso	56 (27,5)
- Bajo peso	65 (31,9)
- Peso normal	57 (27,9)
- Sobrepeso	17 (8,3)
- Obeso	9 (4,4)

Nota. AN-R = Anorexia nerviosa tipo restrictivo; AN-P = Anorexia nerviosa con atracones/purgas; BN = Bulimia nerviosa; TA = Trastorno de atracones; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Para el segundo y tercer estudios, la muestra se compuso de 260 sujetos con una edad comprendida entre 13 y 17 años ($M_{\text{edad}} = 15,35$, $SD_{\text{edad}} = 1,461$). El 45,39% (118/260) de la muestra total eran mujeres y el 54,62% (142/260) hombres. La muestra clínica comprendía 131 pacientes ambulatorios (50,39%) que cumplían criterios diagnósticos de TCA según la CIE-10 (OMS, 1992). El 90,1% (118/131) de la muestra clínica eran mujeres y el 9,9% (13/131) eran hombres. Recibían tratamiento de forma ambulatoria en cinco centros situados en cinco diferentes comunidades autónomas de España (Andalucía, Aragón, Cataluña, Murcia y Navarra): 1) Instituto de Ciencias de la Conducta de Sevilla (21,4% de la muestra clínica), 2) Unidad de TCA infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (31,3%), 3) Unidad de TCA infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (22,9%), 4) Asociación de familiares y enfermos de la región de Murcia con TCA (AFECTAMUR) de Murcia (14,5%), 5) Centro de salud mental infanto-juvenil de Pamplona (9,9%). La otra muestra (49,61%, 129/260) formaba el grupo control - 49.6% (64/129) mujeres y 50.4% hombres (65/129) -, adolescentes que no habían acudido ni acudían a Salud Mental. Acudían a dos institutos de educación secundaria de dos de las comunidades autónomas participantes en el estudio: una del norte, Navarra (58,1% de la muestra control) y otra del sur de España, Andalucía (41,9%). Las variables clínicas y sociodemográficas de los participantes en los estudios 2 y 3 se recogen en la Tabla 9.

Tabla 9

Datos descriptivos de las variables clínicas y sociodemográficas de los participantes en los estudios 2 y 3

	GRUPO TCA Media (DT)	GRUPO CONTROL Media (DT)
Edad	15,26 (1,40)	15,43 (1,53)
	GRUPO TCA N (%)	GRUPO CONTROL N (%)
Diagnóstico		
- AN	90 (68,7)	-
- BN	13 (9,9)	-
- TCANE	28 (21,4)	-
Sexo:		
- Mujeres	118 (90,1)	64 (49,6)
- Hombres	13 (9,9)	65 (50,4)
Lugar de residencia:		
- Zona rural	56 (42,7)	50 (38,8)
- Zona urbana	75 (57,3)	79 (61,2)
Tipo de colegio:		
- Público	82 (62,6)	129 (100)
- Concertado/privado	49 (37,4)	-

Tabla 9*Continuación*

Clase social padre:		
- Nivel I	26 (19,8)	9 (7)
- Nivel II	15 (11,5)	7 (5,4)
- Nivel III	22 (16,8)	21 (16,3)
- Nivel IV	35 (26,7)	52 (40,3)
- Nivel V	26 (19,8)	37 (28,7)
Clase social madre:		
- Nivel I	13 (9,9)	4 (3,1)
- Nivel II	18 (13,7)	17 (13,2)
- Nivel III	42 (32,1)	23 (17,8)
- Nivel IV	23 (17,6)	26 (20,2)
- Nivel V	33 (25,2)	59 (45,7)

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

3.2. Variables e instrumentos

En el estudio 1, como variables sociodemográficas se consideraron las variables sexo, edad en la primera consulta, zona de residencia (rural-urbana), tipo de colegio (público-concertado-privado) y el diagnóstico específico según DSM-5 (APA, 2013): AN-R, AN-P, BN, TA y TCANE. Por otro lado, se midió el IMC de todos los sujetos y la influencia del modelo estético corporal estimado a través del cuestionario CIMEC-40 de Toro et al. (1994). Asimismo se evaluó la autoestima evaluado con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) y la depresión medida a través de CEDI-II de Rodríguez Sacristán et al. (1984), y se determinó la IC valorada mediante el cuestionario BSQ-34 de Cooper et al. (1987) y las conductas alimentarias anómalas evaluadas con el cuestionario EAT-40 de Garner y Garfinkel (1979). A continuación, se exponen los instrumentos psicométricos que fueron utilizados para el estudio de las variables anteriormente citadas.

Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI-II) de Rodríguez Sacristán et al. (1984), adaptación española del Inventario de Depresión para niños (CDI) de Kovacs (1992). Valora síntomas depresivos (tristeza, pesimismo, baja autoestima, elevada autocrítica, sentimientos de culpabilidad, inseguridad, preocupación, sentimientos de soledad, indecisión, apatía, estado de ánimo, irritabilidad, rebeldía y sentimientos de fracaso) en la infancia y en la adolescencia. Existen dos versiones, una para niños de 5 a 10 años que debe ser contestada por los padres o la persona encargada del niño y que presenta tres alternativas de respuesta, y otra para niños y adolescentes de 11 a 16 años que es autoaplicada y que consta de 16 ítems, con cuatro posibles opciones de respuesta

en cada uno de ellos. Ésta última versión fue la utilizada en esta Tesis Doctoral. Se considera ‘sin depresión’ una puntuación por debajo de 7 se considera, ‘depresión ligera’ una puntuación entre 7-12 puntos, ‘depresión moderada’ una puntuación entre 13-17, y ‘depresión grave’ una puntuación igual o mayor de 18 puntos.

Escala de Autoestima (*Self-esteem Scale*, RSES) de Rosenberg (1965). Adaptada en población española por Vázquez et al. (2004). Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima en adolescentes e incluye 10 ítems con contenidos centrados en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Una puntuación de 30 a 40 puntos corresponde a una autoestima elevada-normal; una puntuación de 26 a 29 puntos indica una autoestima media, no muestra problemas graves pero es conveniente mejorarla; y una puntuación menor a 25 puntos implica una autoestima baja, que indica que existen problemas significativos de autoestima. La facilidad de aplicación de esta prueba y sus aceptables características psicométricas constituyen un importante apoyo para su utilización en contextos clínicos. La adaptación española del cuestionario cuenta con una alta consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad temporal. El coeficiente α de Cronbach muestra una puntuación de 0,97 (Vázquez et al., 2004).

Cuestionario de actitudes ante la alimentación (*Eating Attitudes Test*, EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979). En España, la versión adaptada y validada fue realizada por Castro et al. (1991). Se trata de un cuestionario diseñado para detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Además, proporciona un índice de riesgo de desarrollar el trastorno y, gracias a la alta concordancia de sus puntuaciones con el diagnóstico clínico, se considera un buen instrumento para iniciar con el diagnóstico y para detectar casos incipientes de TCA que aún no se han diagnosticado. Evalúa características psicológicas y/o conductuales asociadas a los TCA, agrupadas en 3 subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral. Está compuesto por 40 ítems que cuentan con seis posibilidades de respuesta, que van desde “nunca” a “siempre”. El rango de puntuaciones varía de 0 a 120 en donde, a mayor puntuación, mayor nivel de riesgo de desarrollo de TCA. El punto de corte establecido por los autores originales (Garner y Garfinkel, 1979) es de

30. La adaptación española del cuestionario obtiene un α de Cronbach de 0,92 a 0,93 (Castro et al., 1991).

Cuestionario sobre la Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire*, BSQ-34) de Cooper et al. (1987). Está adaptado a población española por Raich et al. (1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado cuyo objetivo es medir la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de otros. El BSQ-34 incluye cuatro subescalas (insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso), y consta de 34 ítems que son respondidos en una escala tipo Likert estándar de 6 puntos que varía de “nunca” a “siempre”. La puntuación total oscila entre 34 y 204. El punto de corte generalmente se establece en 105, siendo las puntuaciones más altas indicativas de una insatisfacción corporal más alta. La fiabilidad de este cuestionario en la versión española (Raich et al., 1996) ha sido confirmada con altos niveles de consistencia interna (α de Cronbach de 0,95-0,97).

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-40) de Toro et al. (1994). Se trata de un autoinforme creado con la finalidad de evaluar la presión percibida por el individuo de los medios de comunicación y del entorno social inmediato para adelgazar. Evalúa cinco áreas o problemas: preocupación por la IC, influencia de los anuncios, mensajes verbales, modelos sociales y situaciones sociales. Dicho instrumento está compuesto de 40 ítems cuyas respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos: sí, siempre (2 puntos), sí, a veces (1 punto), no, nunca (0 puntos). Su puntuación máxima es de 80 y la mínima de 0. Una puntuación mayor denota una mayor influencia de los modelos sociales. Fue elaborado y validado en una muestra española obteniendo una consistencia interna (α de Cronbach) de 0,93. Con una sensibilidad de 81,4% y una especificidad del 55,9%, el punto de corte se estableció en 23-24 (Toro et al., 1994).

En el estudio 2, se tuvieron en cuenta las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, zona de residencia (rural-urbana), tipo de colegio (público-concertado-privado) y la clase social de los padres determinada por el Índice de posición social de Hollingshead (Hollingshead, 1975). Se obtuvo el diagnóstico específico de la muestra TCA según los criterios CIE-10 (OMS, 1992). Se midió la insatisfacción corporal mediante el BSQ-34 de Cooper et al. (1987) y el apego a padres y a amigos con el

Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) de Armsdem y Greemberg (1989). Los instrumentos psicométricos empleados se detallan a continuación.

Índice de posición social de Hollingshead (Hollingshead, 1975). Evalúa clase social de los padres, basado en dos indicadores: grado académico y profesión. Mide el estado socioeconómico en función del nivel de estudios que ha alcanzado el sujeto y de su profesión. Establece siete categorías diferentes para la profesión del padre y de la madre (ej. directores comerciales, propietarios de medianas empresas, oficinistas, vendedores...), y otras siete para los estudios, tanto del padre como de la madre (ej. licenciado universitario, diplomado universitario...). Aporta un índice global que permite clasificar a los individuos en cinco clases: clase baja (nivel V), medio-baja (nivel IV), media (nivel III), medio-alta (nivel II) y alta (nivel I).

Cuestionario sobre la Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire*, BSQ-34) de Cooper et al. (1987). La información relacionada con este cuestionario ya ha sido presentada en el apartado de variables e instrumentos del estudio 1.

Inventario de Apego con Padres y Pares (*Inventory of Parent and Peer Attachment*, IPPA) de Armsdem y Greemberg (1989), adaptado a población española por Delgado et al. (2016). Tiene la ventaja de estar diseñado específicamente para adolescentes de 12 a 19 años. Evalúa la percepción de la calidad de las relaciones del adolescente con sus padres y sus amigos en términos de comunicación (comprensión, respeto y confianza mutua), confianza (calidad de la comunicación verbal y calidad percibida de la comunicación) y alienación (sentimientos de alienación y aislamiento hacia los padres/amigos pero con el reconocimiento de su necesidad de cercanía), mediante un cuestionario compuesto por 75 ítems. Para cada una de las evaluaciones de la percepción de la relación de apego con la madre, con el padre y con los amigos, se calcula la puntuación total combinando las puntuaciones de las tres subescalas (confianza, comunicación y alienación) y al mismo tiempo se analizan las puntuaciones específicas para cada escala en cada figura de apego (madre, padre y amigos). Los ítems del instrumento se califican con una escala tipo Likert de cuatro puntos: 1 (casi nunca o nunca), 2 (algunas veces), 3 (a menudo) y 4 (casi siempre o siempre). En la validación española del inventario (Delgado et al., 2016), se ha obtenido una fiabilidad test-retest de 0,97 para madres, 0,93 para padres y 0,96 para amigos, y una consistencia interna satisfactoria ($\omega \geq 0.68$) para cada una de las escalas de las tres formas del cuestionario.

El α de Cronbach de la muestra de estudio fue de 0,78 para padres, 0,79 para madres y 0,84 para amigos.

Por último, en el estudio 3 se tuvieron en cuenta las mismas variables sociodemográficas del estudio 2. En este caso, se evaluó la apreciación corporal mediante la Escala de Apreciación Corporal (BAS) de Avalos et al. (2005) y la calidad de vida respecto a la IC con el Inventario de influencia de IC sobre calidad de vida (BIQLI) de Cash y Fleming (2002). Los instrumentos utilizados fueron los siguientes.

Índice de posición social de Hollingshead (Hollingshead, 1975). La información relacionada con este cuestionario ya ha sido presentada en el apartado de variables e instrumentos del estudio 1.

Inventario de Apego con Padres y Pares (*Inventory of Parent and Peer Attachment*, IPPA) de Armsdem y Greenberg (1989). La información relacionada con este cuestionario ya ha sido presentada en el apartado de variables e instrumentos del estudio 1.

Escala de Apreciación Corporal (*Body Appreciation Scale*, BAS) de Avalos et al. (2005). Se empleó la versión española de esta escala (Jáuregui y Bolaños, 2011b). Es útil para el estudio de los aspectos positivos de la IC (una opinión favorable de los rasgos físicos de uno mismo; la aceptación del propio cuerpo a pesar de su peso, forma, o imperfecciones; respeto y atención hacia las necesidades del cuerpo a través de la adopción de conductas saludables; y auto-protección al rechazar los ideales del cuerpo que se presentan en los medios de comunicación). Los 13 ítems del BAS se puntúan en una escala de cinco puntos de uno (*nunca*) a cinco (*siempre*) y se obtiene una puntuación global de apreciación corporal. La escala presenta una estructura unifactorial, muestra una consistencia interna adecuada (α de Cronbach = 0,91) y validez de constructo (Jáuregui y Bolaños, 2011b). El α de Cronbach para la muestra de estudio fue de 0,95.

Inventario de influencia de IC sobre calidad de vida (*Body Image Quality of Life Inventory*, BIQLI) de Cash y Fleming (2002). Se empleó el BIQLI-SP, versión española del BIQLI (Jáuregui y Bolaños, 2011c). Se trata de un cuestionario autoinformado compuesto por 19 ítems. Es útil para determinar la calidad de vida en función a la IC en diferentes condiciones físicas. Para evitar sesgos, los ítems son evaluados en una escala de siete puntos bipolar, de +3 (efecto muy positivo) a 0 (sin impacto) a -3 (efecto muy negativo). El cuestionario presenta una estructura unifactorial, alta consistencia interna

(α de Cronbach = 0,95) y buena estabilidad durante un período de 3 semanas (fiabilidad test-retest, $r = 0,84$) (Jáuregui y Bolaños, 2011c). El α de Cronbach para la muestra de estudio fue de 0,97. La validez convergente de BIQLI se ha evidenciado por sus relaciones significativas con diferentes medidas estandarizadas de la IC.

3.3. Procedimiento

En el estudio 1, para recoger los datos de la investigación, se utilizaron las historias clínicas de todos los participantes. Por cuestiones metodológicas y de homogeneización, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión: 1) cumplir los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para los subgrupos de TCA: AN-R, AN-P, TA y TCANE, 2) tener entre 13 a 16 años, 3) no tener un diagnóstico clínico comórbido, y 4) no presentar una inteligencia límite o discapacidad intelectual y 5) recibir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en la Unidad de TCA. Se decidieron utilizar los criterios diagnósticos del DSM-5 para poder tener en cuenta el TA que no aparece como categoría diagnóstica específica en la CIE-10. Los pacientes fueron derivados desde atención primaria o especializada a las consultas externas de la sección de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Tras realizarles una valoración psiquiátrica inicial y comprobar el riesgo o la existencia de psicopatología alimentaria, se efectuó una derivación a la UTCA infanto-juvenil del mismo hospital. Una vez que el paciente acudía a la unidad, se le realizaba una primera entrevista psicodiagnóstica por parte de psiquiatría, psicología clínica y enfermería; y se llevaba a cabo un protocolo de evaluación psicométrica exhaustivo en la que se medían aspectos clínicos, de personalidad, inteligencia, adaptación y alimentarios. De este conjunto de pruebas psicométricas, recogimos los resultados de los cuestionarios que nos interesaban para la investigación, junto con las variables sociodemográficas ya comentadas.

En los estudios 2 y 3, para obtener la muestra clínica, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. El psicólogo de cada unidad era el responsable de reclutar a los participantes del estudio en cada centro en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión: 1) tener entre 13 y 17 años, 2) cumplir los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) para la categoría diagnóstica de TCA, 3) no tener un diagnóstico clínico comórbido, 4) no presentar una inteligencia límite o discapacidad intelectual, y 5) recibir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en cada uno de los centros. Se

decidieron utilizar los criterios diagnósticos de la CIE-10 por tratarse de un estudio multicéntrico, y ser estos criterios los más utilizados por los psicólogos (Evans et al., 2013). Cada vez que el psicólogo atendía en consulta a un paciente que cumplía los criterios de inclusión le explicaba verbalmente el fin de la investigación y le invitaba a participar voluntariamente en la misma. Además, le entregaba una hoja informativa que señalaba los objetivos de la investigación, las instrucciones de cumplimentación de los cuestionarios, los riesgos y molestias, beneficios, voluntariedad, y los criterios de confidencialidad. El proyecto de investigación fue previamente aprobado por el comité ético de investigación clínica de cada centro. El propio paciente firmaba el consentimiento informado si era un menor maduro. En caso contrario, el padre, madre o tutor legal firmaba el consentimiento informado. Una vez firmado, los pacientes cumplimentaron los cuestionarios. El diagnóstico según CIE-10 (OMS, 1992), que es establecido por el psiquiatra o el psicólogo clínico de cada centro mediante una entrevista estructurada, fue recogido de la historia clínica del paciente. Respecto al grupo control, se contactó con dos institutos de educación secundaria de dos de las comunidades autónomas participantes en el estudio (una del norte, Navarra y otra del sur de España, Andalucía). Tras obtener los permisos oportunos de la dirección del centro escolar, un profesor de cada centro, colaborador de la investigación, seleccionó clases enteras de alumnos de entre 13 a 17 años, y explicó a los miembros de cada clase el objetivo de la investigación invitándoles a participar en la misma. Este colaborador fue el encargado de informar, entregar y recoger los cuestionarios cumplimentados por los alumnos, previa firma del consentimiento informado. Se estableció como criterio de exclusión que los participantes hubieran recibido o recibiesen tratamiento psicológico/psiquiátrico para evitar el efecto que pudiera tener la sintomatología presentada sobre la vinculación paterna, por lo que 26 sujetos no participaron en el estudio. Toda la información obtenida se trató conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal, y la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente.

3.4. Análisis estadísticos

En el estudio 1 los datos obtenidos fueron tratados mediante el paquete estadístico para Windows SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 19. En primer lugar, se respondió al primer objetivo comprobando el supuesto de

normalidad de los residuos mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov y el de homocedasticidad con el estadístico de Levene, para finalmente realizar un ONE-WAY, con las correspondientes comparaciones múltiples post-hoc. En segundo y último lugar, para responder al segundo objetivo de investigación, se calculó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman para obtener el grado de asociación entre las variables cuantitativas, puesto que no se cumplía el criterio de normalidad. Para todos los análisis estadísticos, se estableció como límite de significación estadística $p < 0,05$.

En el estudio 2, para conseguir el tercer objetivo de la tesis se examinaron las diferencias entre grupos (grupo TCA vs. control) en el apego a madre, padre y amigos, mediante ANOVA de un factor. Para el cuarto objetivo se realizaron correlaciones de Pearson para conocer la relación entre el apego a padres y amigos y la IC en ambos grupos. Por último y para cumplir con el quinto objetivo, se compararon las correlaciones de Pearson entre las variables de estudio en el grupo TCA y el grupo control, mediante el método de Zou (2007). Este método basado en intervalos de confianza permite examinar las diferencias entre dos correlaciones independientes. La premisa es que el intervalo de confianza informa de la magnitud y la precisión de la relación, mientras que la prueba de hipótesis estándar mezcla estas dos características (Zou, 2007). Utilizamos para ello el programa estadístico COMPCOR (Silver et al., 2015) que requiere el tamaño muestral, las correlaciones de cada grupo y el porcentaje del intervalo de confianza (95%). Se consideró un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

En el estudio 3, inicialmente se analizó descriptivamente la muestra estudiada. Para responder al sexto objetivo, se realizaron correlaciones de Pearson para conocer la relación entre el apego a padres y la apreciación corporal en ambos grupos. Para contestar al séptimo objetivo de la tesis doctoral, se compararon las correlaciones de Pearson entre las variables de estudio en el grupo TCA y sin TCA, mediante el método de Zou (2007) basado en intervalos de confianza y utilizando para ello el programa estadístico COMPCOR (Silver et al., 2015). Por último, el octavo objetivo fue resuelto mediante un análisis de mediación para cada grupo. De esta manera se evaluaba la hipótesis de que las puntuaciones del BAS mediaban la relación entre el apego a padres y el BIQLI. Para el análisis de datos y teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestra se usó el estimador Bayesiano con el muestreador de Gibbs. Se utilizaron dos cadenas independientes Markov Chain Monte Carlo (MCMC) con 50.000 iteraciones sin

“*thinning*” e utilizando probabilidades a priori no informativas (25.000 iteraciones fueron descartadas en el proceso de quemado). La convergencia fue evaluada utilizando el potencial *scale reduction* ($PSR \leq 1.1$; Gelman y Rubin, 1992). El ajuste del modelo se evaluó con el valor p predictivo posterior (*posterior predictive p-value*, PPP) con valores alrededor de 0,5 indicando un ajuste excelente (Muthén y Asparouhov, 2012) y el control predictivo posterior (*posterior predictive checking*, PPC) que muestra un buen ajuste cuando la diferencia entre el intervalo de credibilidad al 95% de χ^2 observado y el replicado se centra alrededor de cero (Gelman et al., 1996). Los datos perdidos oscilaron entre el 0% y 4,2% y fueron tratados por el algoritmo de Gibbs. Todos los análisis de datos se realizaron en Mplus 8.2 (Muthén y Muthén, 2017).

4. ESTUDIOS

4.1. Estudio 1: Insatisfacción corporal en adolescentes con TCA

Estudio publicado en una revista incluida en el *Journal Citation Reports* (JCR) y en SCOPUS (índice de impacto año publicación – 2018: 2.730, cuartil y ranking JCR: Q2 – 65/146). La cita del artículo es la siguiente: Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Barajas-Iglesias, B., y Santed-Germán, M. A. (2018). Body dissatisfaction in adolescents with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 23, 339-347. doi:10.1007/s40519-016-0353-x

ABSTRACT

Purpose: This study aims to analyze and compare the level of body dissatisfaction (BD) in different eating disorders (ED) subtypes. In addition, the relationship between BD and certain aesthetic body shape model influence and psychological variables was analyzed.

Methods: The sample consisted of 204 adolescent patients, who were attending in an ED Unit in Zaragoza (Spain). The following instruments were applied: the Spanish Children's Depression Questionnaire (CEDI-II), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Eating Attitudes Test (EAT-40), the Body Shape Questionnaire (BSQ-34) and the Questionnaire of Influences of Aesthetic Body shape Model (CIMEC-40).

Results: The group of Bulimia Nervosa (BN) showed the greatest BD. Those patients who showed higher levels of BD had lower self-esteem, more depressive symptoms, a greater presence of disordered eating attitudes, and more influence of the aesthetic body shape model.

Conclusions: This study contributes to highlight the idea of implementing effective prevention programs and specific interventions related to BD in the treatment of ED.

Key words: Eating disorders; body dissatisfaction; adolescence; aesthetic body shape model; self-esteem.

INTRODUCTION

Considering body image disturbances, adolescence is the most vulnerable life stage because it is a period characterized by physiological, emotional, cognitive and, above all, social changes. As result there is a greater concern for physical appearance

[1]. During adolescence, the body is experienced as a source of identity, self-concept and self-esteem. Some psychosocial facets of adolescence are a high tendency to introspection and self-scrutiny, social comparisons, self-awareness related to physical image and social development [2].

Several studies have shown evidence of an increasing concern about body image among adolescents, this happening progressively in earlier ages [3-6]. As a result, BD is very frequent [7], affecting their normal development and wellbeing, thus leading to self-esteem problems [8], depressive symptoms [9] and risk for ED [10].

On the one hand, adolescence is one of the most critical periods to self-esteem development. Some studies, based on samples of adolescents, have reported that self-esteem is negatively related to body dissatisfaction [11, 12]; other studies state that self-esteem is a mediator between body dissatisfaction and restrictive eating [13, 14].

On the other hand, Stice y Bearman [15] have proposed a theoretical model in which body dissatisfaction would have a role as predictor of depression in adolescents. These authors state that specific changes of puberty in adolescent girls cause a gap between their body image and the prevalent ideal of thinness in our culture. Thus, these changes trigger BD and BD increases depressive symptoms. At the same time depression is considered as a negative factor on the weight, increasing the risk for BD and concerns related to eating [16 - 18].

Up to now, studies emphasize the importance of knowing and analyzing the variables involved in BD, how it is originated, what factors precipitate BD and how it is related to other variables [19]. In addition, due to the relevant role of BD in the genesis, development and recovery of ED [20, 21], this variable is considered the most relevant in the current study, since it seems imperative to intervene on the acceptance of body image during the ED treatment.

It must be taken into account that sociocultural environment, as different authors have reported, influences the development of personality and self-esteem and therefore body satisfaction. In this field of study, authors such as Harrison [22], Sung-Yeon [23] or Rajagopalan and Shejwal [24] have noted that sociocultural pressure is a relevant factor, which exerts great influence on body perception. In addition, Homan [25] postulated that the thin-ideal internalization directly promotes BD-related behaviors increasing the tendency to control diet and weight.

Otherwise, there is a shortage of research comparing the level of BD in adolescents according to different diagnostic categories of ED due to the fact that most studies have focused on adult populations [26]. Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen and Koivisto [27] studied the BD differences, along with other variables, in a group of patients diagnosed with AN and BN, aged 14 to 21, and they concluded that the BN group showed higher levels of BD than the AN group. They highlighted that the construct "body dissatisfaction" should be taken into account in the assessment and therapeutic interventions for ED. In addition, the meta-analysis conducted by Cash & Deagle [28] on 66 studies published between 1974 and 1993, revealed that the BN group had higher levels of BD compared with AN patients. Similar results appear in a meta-analytical study on the nature of the body image disturbances associated with ED, by Sepulveda, Botella and Leon [29], on 83 independent primary studies published between 1970 and 1998. In this study bulimic patients achieved higher scores on BD comparing with other ED patients.

Considering the relevance that the current literature gives to the concept of BD, and bearing in mind the few studies comparing this construct in different diagnostic categories of ED in samples of adolescents, the objectives and hypotheses of this study were: a) to establish the relationship between BD and the following variables: self-esteem, depression, presence of abnormal eating behavior and influence of the aesthetic body shape model (the assumption being that the BD is negatively related to self-esteem, and positively with depression, presence of abnormal eating behaviors and influence of the aesthetic body shape model); and b) to compare BD in different subgroups of ED (the hypothesis being that patients with BN have higher BD than other ED patients).

METHOD

Participants

In the present study data of patients who were referred over a period of 6 consecutive years (2008-2013) to child and adolescent ED Unit (EDU) of University Hospital Lozano Blesa (Zaragoza) were collected. It must be noted that this EDU is the reference Unit in Aragon (Spain) and therefore where all patients belonging to this geographic area are referred to.

For methodological reasons and aiming to make the sample homogeneous, the following inclusion and exclusion criteria were applied: 1) meet DSM-5 criteria [30] for subgroups of ED: Anorexia Nervosa-restrictive type (AN-R), Anorexia Nervosa-binge/purging type (AN-P), Bulimia Nervosa (BN), Binge-Eating Disorder (BED) and Unspecified Feeding and Eating Disorder (EDNOS); and 2) age between 13 to 16 years old.

Following this procedure a total sample of 204 patients was obtained: 72 of them diagnosed with AN-R (35.3%), 28 patients with AN-P (13.7%), 35 with BN (17.2%), 21 patients diagnosed of BED (10.3%) and 45 with EDNOS (23.5%). There were 10.3% boys (21/204) and 89.7% girls (183/204), all of them aged between 13-16 years old (mean age 14.91 (SD = 1.16). With respect to their residence, 35.8% came from rural areas and 64.2% from urban areas. Considering their education, 63.7% attended public schools and 36.3% concerted-private schools. Regarding the BMI categories, 27.5% (56/204) had severe underweight, 31.9% (65/204) underweight, 27.9% (57/204) normal weight, 8.3% (17 / 204) overweight and 4.4% (9/204) obesity. The mean BMI was 20.27 (SD = 5.21).

Instruments

As demographic variables, sex, age (when first consultation), residence (rural-urban) and type of school (public and concerted-private) were considered. The specific diagnostics were AN-R, AN-P, BN, BED and EDNOS. On the other hand, the Body Mass Index (BMI) of all subjects was assessed by a nurse who weighed and measured every single patient who attended the ED Unit. BMI was calculated according to standard procedures (weight-kg-/height-m²). Height was measured using a wall-mounted stadiometer (Holtain, Dyfed, UK), to the nearest 0.5 cm, with the participant's head in the Frankfort plane. In addition, the following variables were measured by means of the corresponding instruments: the influence of the aesthetic body shape model (CIMEC-40), self-esteem (Rosenberg's Self-Esteem Scale), depressive symptoms (CEDI-II), BD (BSQ-34) and abnormal eating behaviors (EAT-40).

Children Depression Spanish Questionnaire (CEDI-II) by Rodriguez Sacristan et al. [29]; Spanish adaptation of the Kovacs's Children Depression Inventory (CDI) [30]. This questionnaire rates depressive symptoms (sadness, pessimism, low self-esteem, high self-criticism, feelings of guilt, insecurity, worry, feelings of loneliness, indecision,

apathy, mood, irritability, sense of failure and rebellion) in childhood and adolescence. The questionnaire has an internal consistency from 0.71 to 0.89 (total) and 0.59 to 0.68 (factors), it has good predictive validity and it is useful to detect the effectiveness of treatment.

Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES) [33] adapted for Spanish population by Vázquez, Jiménez and Vázquez [34]. This is one of the most used scales to measure the global self-esteem in adolescents and it includes items focusing on feelings of respect and acceptance of oneself. The Spanish adaptation for clinical populations has high internal consistency (Cronbach's alpha coefficient = 0.87) and adequate test-retest reliability (for two months, $r = 0.72$ and for a year, $r = 0.74$).

Eating Attitudes Test (EAT-40) by Garner and Garfinkel [35]; Spanish version of Castro, Toro and Salamero [36]. It is an instrument designed to detect the presence of abnormal eating attitudes, especially those related to the fear of gaining weight, drive for thinness and restrictive eating patterns. It evaluates psychological and/or behavioral characteristics associated with ED, grouped into three subscales: diet, bulimia and food concerns, and oral control [37]. The reliability of this instrument is adequate with a Cronbach's alpha of 0.79 in clinical samples and 0.94 in mixed samples -clinical and control participants- [38].

Body Shape Questionnaire (BSQ-34) by Cooper, Taylor, Cooper and Fairburn [39]. The Spanish version of Raich et al. [40] was used, which has acceptable psychometric guarantees. It is a self-reported questionnaire designed to measure BD, fear of gaining weight, physical appearance-related self-devaluation, specific desires to lose weight and the avoidance of those situations where physical appearance would attract the attention of others. The BSQ-34 comprises 4 subscales (BD, fear of gaining weight, appearance-related low esteem and desire to lose weight) and consists of 34 items that are answered by a standard 6-point Likert scale ranging from "never" to "always ". The total score ranges between 34 and 204. The cut-off point is usually established at 105; higher scores indicate higher BD. The reliability of this questionnaire has been reported with high levels of internal consistency (Cronbach's alpha of 0.95-0.97).

Questionnaire of Influences of the Aesthetic Body Shape Model (CIMEC-40) by Toro, Salamero and Martinez [41]. In Spanish samples it presents adequate psychometric properties. It is a self-reported instrument to assess the individual's

perceived pressure for weight loss related to the media and the immediate social environment. It evaluates 5 areas or problems: body image concerns, influence of advertising, influence of verbal messages, influence of social models and influence of social situations. In Spanish samples it presents an adequate internal consistency (Cronbach's alpha= 0.93), the sensitivity and specificity being 81.4% and 55.9% respectively.

Procedure

In order to collect the data from this study, medical records of all participants were used. Anonymity was maintained. Patients were referred to the EDU from primary care or from the specialized outpatient section of child and adolescent psychiatry at University Hospital Lozano Blesa in Zaragoza (Spain) after an initial psychiatric assessment to check the risk or the existence of specific eating psychopathology. Once in the EDU, a first diagnostic interview (psychiatry, clinical psychology and nursing) was performed. Then a psychometric evaluation was carried out in which clinical, personality, intelligence, adaptation and food data were obtained. From this set of psychometric data, those appropriate for this research, along with the already mentioned sociodemographic variables, were collected.

RESULTS

Data were analyzed with the SPSS statistical package for Windows (Statistical Package for the Social Sciences), version 19. First of all, a descriptive and exploratory analysis of the results of the questionnaire BSQ-34, in each diagnostic group, was conducted. In order to carry out that descriptive analysis, the BSQ-34 scores were categorized considering the cut-off point (> 105). A significant relationship was observed between the diagnosis and body dissatisfaction ($X^2_{(8)} = 23.167$; $p < .005$). As it is shown in Table 1, in 35 cases there were not valid measures for all the variables included in this study so in this sample 17.2% are considered missing values. Taking into account the rest of the sample, 49% of patients were satisfied with their body image, while 33.3% showed body dissatisfaction. Among the group of patients without body dissatisfaction, the subgroup AN-R represented 23.5%, the AN-P 5.4%, the BN 3.4%, the BED 5.4% and EDNOS 11.8%. Moreover, within the group of patients with body dissatisfaction, the subgroup AN-R represented 6.9%, the AN-P 6.4%, the BN 8.3%, the BED 3.4% and EDNOS 8.3%. Therefore, considering the total sample, BN

and EDNOS subgroups presented 8.3% and 8.3% of the dissatisfaction group respectively, followed by the AN-R (6.9%), the BED subgroup manifesting the lowest percentage of body dissatisfaction (3.4%).

Table 1

Contingency table for Body Shape Questionnaire-34 (BSQ-34) scores > 105 (cut-off point) x Eating Disorders categories

Diagnosis		Body dissatisfaction (BSQ-34)			Total
		No	Yes	Missing values	
AN-R	Count	48	14	10	72
	% Within diagnosis	66.7%	19.4%	13.9%	100.0%
	% Total	23.5%	6.9%	4.9%	35.3%
AN-P	Count	11	13	4	28
	% Within diagnosis	39.3 %	46.4%	14.3%	100.0%
	% Total	5.4%	6.4%	2.0%	13.7%
BN	Count	7	17	11	35
	% Within diagnosis	20.0 %	48.6%	31.4%	100.0%
	% Total	3.4%	8.3%	5.4%	17.2%
BED	Count	11	7	3	21
	% Within diagnosis	52.4 %	33.3%	14.3%	100.0%
	% Total	5.4%	3.4%	1.5%	10.3%
EDNOS	Count	24	17	7	48
	% Within diagnosis	50.0 %	35.4%	14.6%	100.0%
	% Total	11.8%	8.3%	3.4%	23.5%
Total	Count	101	68	35	204
	% Within diagnosis	49.5 %	33.3%	17.2%	100.0%
	% Total	49.5%	33.3%	17.2%	100.0%

Following Cooper and Taylor [42] and taking into account the total scores, four categories were established with respect to body image concerns: no concern (score <80), mild (score between 81 and 110), moderate (score between 111 and 140) and extreme concern (score > 141 points). A significant relationship between the diagnostic groups and these categories of BSQ-34 was found ($X^2_{(16)} = 44.585$ $p < .005$). As it is shown in Table 2, 38.7% of the sample was not concerned about their body image, 14.7% had a slight concern, 24.5% moderate and 4.9% showed extreme concern. Referring to the no-concern group, the AN-R represented 19.1%, the AN-P 2%, BN 2.9%, BED 4.4% and EDNOS 10.3%. Among those patients with mild concern, the subgroup AN-R represented 5.9%, the AN-P 3.9%, the BN 1%, the BED 2% and EDNOS 2%. In the group of patients showing a moderate concern, AN-R represented 4.9%, AN-P 3.9%, BN 1%, BED 2% and EDNOS 7.8 %. Finally, among patients who exhibited an extreme concern with their body image, the percentages were 0.5% (AN-R), 1.5% (AN-P), 2.5% (BN), 0.5% (BED) and 0% (EDNOS).

An analysis of the relationship between the BD (BSQ-34) and self-esteem (RSES), depressive symptoms (CEDI-II), the presence of abnormal eating behaviors (EAT-40), and the influence of the aesthetic body shape model (CIMEC-40) was performed.

Since not all variables fitted a normal distribution, the bivariate correlations by means of Spearman's *rho* coefficient were explored. The results showed positive associations between BD and depressive symptoms ($\rho = .633$; $p < .001$); abnormal eating behaviors ($\rho = .720$; $p < .001$); and influence of aesthetic body shape model ($\rho = .796$; $p < .001$). The BD was negatively related to self-esteem ($\rho = -.308$; $p < .005$).

Possible BD differences (BSQ-34) in the subgroups of ED were analyzed. A one-way ANOVA was performed which showed significant differences between the diagnostic subgroups ($F_{(4)} = 7.726$; $p < .001$). The diagnostic categories of BN ($M = 111.79$, $SD = 31.41$) and AN-P ($M = 106.46$, $SD = 29.59$) showed the highest rates in body dissatisfaction compared to the other diagnostic categories (Figure 1).

The Levene's test ($W_{(4; 163)} = 4.847$, $p < .001$) indicated that the homoscedasticity criterion was not met, so the Welch's *t*-test (unequal variance *t*-test) was considered ($t_{(4; 63, 29)} = 10.156$; $p < .001$), revealing the existence of significant differences among the groups. As result, the post-hoc Games-Howell test was performed to determine between which pairs of groups differed the means (the Games-Howell test is used with unequal variances and also takes into account unequal group sizes). The AN-R group differed significantly from the groups AN-P ($p < .001$) and BN ($p < .001$). The AN-P group had differences with AN-R ($p < .001$) and EDNOS ($p < .05$). The BN group showed differences with respect to AN-R ($p < .001$) and EDNOS ($p < .01$), and finally the EDNOS group differed from the BN group ($p < .01$).

These results confirm that groups with purgative characteristics such as BN ($M = 111.79$, $SD = 31.41$) and AN-P ($M = 106.46$, $SD = 29.59$) have more BD than the other diagnostic categories: BED ($M = 83.94$, $SD = 42.19$), EDNOS ($M = 74.27$, $SD = 49.04$) and AN-R ($M = 66.41$, $SD = 42.84$), in all cases with statistically significant differences ($p < .05$).

Table 2

Contingency table for Body Shape Questionnaire-34 (BSQ-34) concern categories x Eating Disorders categories.

Diagnosis		BSQ-34 categories					Total
		No concern	Mild concern	Moderate concern	Extreme concern	Missing values	
AN-R	Count	39	12	10	1	10	72
	% Within diagnosis	54.2%	16.7%	13.9%	1.4%	13.9%	100.0%
	% Total	19.1%	5.9%	4.9%	.5%	4.9%	35.3%
AN-P	Count	4	8	9	3	4	28
	% Within diagnosis	14.3%	28.6%	32.1%	10.7%	14.3%	100.0%
	% Total	2.0%	3.9%	4.4%	1.5%	2.0%	13.7%
BN	Count	6	2	11	5	11	35
	% Within diagnosis	17.1%	5.7%	31.4%	14.3%	31.4%	100.0%
	% Total	2.9%	1.0%	5.4%	2.5%	5.4%	17.2%
BED	Count	9	4	4	1	3	21
	% Within diagnosis	42.9%	19.0%	19.0%	4.8%	14.3%	100.0%
	% Total	4.4%	2.0%	2.0%	.5%	1.5%	10.3%
EDNOS	Count	21	4	16	0	7	48
	% Within diagnosis	43.8%	8.3%	33.3%	.0%	14.6%	100.0%
	% Total	10.3%	2.0%	7.8%	.0%	3.4%	23.5%
Total	Count	79	30	50	10	35	204
	% Within diagnosis	38.7%	14.7%	24.5%	4.9%	17.2%	100.0%
	% Total	38.7%	14.7%	24.5%	4.9%	17.2%	100.0%

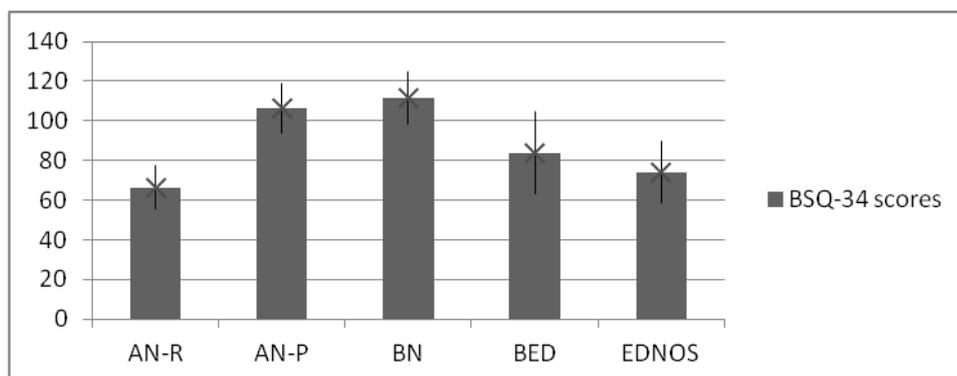


Figure 1 Mean scores on BSQ-34 for each diagnostic subgroup (95% CI)

DISCUSSION

This study has as one of its main objectives to explore the relationship between BD and certain aesthetic body shape model influence and psychological variables. First of all, our results highlight the significant and positive correlation between BD and

depression. Patients showing more BD have more depressive symptoms such as sadness, apathy, guilt and feelings of personal failure, among others. This result is in accordance to previous ones [43, 44].

Secondly, we also found a significant and negative correlation between BD and self-esteem. Apparently, physical appearance and the concept we have about this construct play an important role during adolescence [45]. The results allow us to support the initial hypothesis in the line of other previous studies [46, 47], suggesting that a poor body image is usually associated with low self-esteem. Studies confirm that at least one third of the self-esteem is linked to positive or negative self-image. It could be said that if a person does not like his/her body, it is difficult to live in it. It is also very difficult to appreciate personal qualities as dexterity, intelligence or work regardless his/her body appreciation, especially in women, who usually subordinate many of these qualities to the physical appeal [48].

Another finding in this study, according to the Homan's results [23], is that BD is directly related to socio-cultural influences that contribute to the internalization of the current aesthetic body shape model (extreme thinness). This fact highlights the importance of pressure to lose weight from media and the immediate social environment. In this context, media are very important factors to transmit and empower messages about the desire of thinness. These media along with the immediate social context transmit the social pressure to be thin thus being an influential variable in the development of ED [49, 50].

Finally, there is a significant and positive relationship between BD and eating-related psychopathology. Our data show consistency with the results of other authors such as Stice and Shaw [51]. Therefore, based on these findings, patients who show higher BD usually have more abnormal eating attitudes, especially those related to the fear of gaining weight, drive for thinness and restrictive eating patterns [52]. That is why our research identifies BD as one of the most consistent risk factors for developing an ED.

Another objective of this study was to compare BD among the different diagnostic categories of ED in a sample of adolescents. In this regard, significant differences among subgroups of ED have been found, the BN group being the one with the highest values in this construct. The hypothesis gained support from these results confirming the meta-analysis conducted by Cash & Deagle [28] and Sepulveda et al.

[29] as well as the study of Ruuska et al., [27] in a sample of adolescents. All of them also found a higher value in the BN group. The second group with the highest body dissatisfaction was the AN-P group. Therefore, it appears that subjects exhibiting purging behavior are the most dissatisfied with their body image. Some studies claim that patients with AN-P and BN have higher levels of psychopathology [53], and it seems that bulimic symptoms are associated with a worse course of ED [54].

Considering these results, it may be stated that the focus of primary prevention would be the acceptance of body image; specifically, it would be necessary to intervene in order to promote proper recognition, appreciation and acceptance of body image in children and adolescents; that would be a way to prevent behaviors such as going on unnecessary diet or, in extreme cases, the development of an ED during this developmental period. For this programs of prevention, interventions have to exceed individual consultations, due to the fact that the problem goes beyond the limits of clinical context, being a part of the field of society and culture; therefore, it would be important to involve families, schools, pediatricians and media, thus integrating the prevention of ED as a priority in the field of adolescents' health problems [55]. Prevention programs should be focused on general population campaigns or on special risky groups (dancers, models, etc.). Traditionally, the prevention of such problems has been focused on the negative factors of behavior (traditional model of diseases), which has pointed to the prevention of risk factors [56]. Prevention programs developed under this psychological approach have aimed at different types of intervention. The best results (to improve body image and avoid eating problems) have been obtained by means of promoting a critical view of the media information [57], employing the technique of cognitive dissonance [58- 61] and improving self-esteem [62]. In order to change this conception of disease, it is currently recommended to focus prevention programs on the perspective of "normality and health", considering the role of protective factors in the prevention of negative body image in ED [63, 64]. The Health Psychology and the paradigm of Positive Psychology as the main sources to get a more comprehensive concept of health, and to implement more flexible and less default behaviors, thus helping the individual to develop more adaptive behavioral repertoires and, in general, a better performance [65]. Levine and Smolak [63] suggested that ED and body image specialist have turned their attention to positive body image, body acceptance, and other strengths.

In short, we believe that BD is a predisposing factor for ED that can be modified, since it is derived from a cognitive process of comparison, self-evaluation and orientation; therefore, a greater knowledge of this variable will allow us to establish preventive programs for premorbid populations.

This study has some limitations. It is a retrospective cross-sectional study, so the results should be interpreted in this context. Despite only relations (but not causalities) have been found, we believe that body self-perception and the possible and consequent BD in adolescents constitute a key factor to develop ED.

Another aspect to be considered is that the clinical sample used belongs to a specific Unit of ED, in which patients are derived solely from the community of Aragon (it has a population approximately 1.4 million). In this regards, for a generalization of the results, it would be adequate to replicate this research with clinical samples from other regions.

It must be noted that to measure BD, we have used a cognitive-affective method, the Body Shape Questionnaire -BSQ-34- [38] which reflects attitudinal and affective variables, and has a number of limitations. However, the meta-analysis by Sepulveda et al. [29] of 83 studies on the alteration of body image in ED showed that attitudinal measures of body image cause greater effect sizes than perceptual measures and, therefore, it might be thought that the attitudes and beliefs about oneself are those that show a closer association with dissatisfaction. Still, our results must be interpreted with caution until further research confirms them.

With respect to future lines of intervention in the field of BD, it would be particularly important to analyze this construct and its relationship with different variables in child population, since studies at these ages are still scarce [66]. Recent research indicates that even among young children, negative body image may be related to the use of weight loss behaviors and with indicators of eating pathology [67]. It seems that this fact is increasing in progressively younger ages [3 – 6].

Another aspect to be considered is that methodologically relationships between different variables and BD have been proven, but longitudinal studies are necessary to precisely establish what is the direction of these variables. In addition, statistically significant BD-indicators are needed.

We also consider that is necessary to replicate this research in other cultures. Traditionally BD has been confined exclusively to Western contexts or Westernized

societies but over time and considering the phenomenon of globalization it has been shown that these problems are a present element in almost all cultures [68].

CONCLUSIONS

1. Those adolescents suffering from BN showed more severe BD than other ED patients.
2. Patients with the worst body image reported lower self-esteem, more depressive symptoms and more presence of disturbed eating attitudes. In addition they were more influenced by the aesthetic body shape model.
3. This study tries to propose the body image acceptance as the core of the primary prevention of ED, highlighting a specific intervention on ED, which focuses on BD.

ETHICAL APPROVAL

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. For this type of study formal consent is not required (retrospective study).

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they have no conflict of interest.

REFERENCES

1. Lawler M, Nixon E (2011) Body dissatisfaction among adolescents boys and girls: The effects of body mass, peer appearance cultura and internalization of appearence ideals. *J Youth Adolesc* 40 (1): 59-71. doi: 10.1007/s10964-009-9500-2
2. Helfert S, Warschburger P (2013) The face of appearance-related social pressure: Gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 7:16. doi: 10.1186/1753-2000-7-16
3. Bun CJ, Schwiebbe L, Schütz FN, Bijlsma-Schlösser, JF, Hirasing RA (2012) Negative body image and weight loss behavior in Dutch school children. *Eur J Public Health* 22 (1): 130-133. doi: 10.1093/eurpub/ckr027

4. Davison TE, McCabe MP (2006) Adolescent body image and psychosocial functioning. *J Soc Psychol* 146 (1): 15-30. doi:10.3200/SOCP.146.1.15-30
5. Lee J, Lee Y (2016) The association of body image distortion with weight control behaviors, diet behaviors, physical activity, sadness, and suicidal ideation among Korean high school students: a cross-sectional study. *BCM Public Health* 16: 39. doi: 10.1186/s12889-016-2703-z
6. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA (2014) A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescents girls. *J Youth Adolesc* 43 (5): 814-823. doi: 10.1007/s10964-013-0013-7
7. Espinoza P, Penelo E, Raich, RM (2010) Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 3 years later? *Body Image* 7: 70-73. doi:10.1016/j.bodyim.2009.09.002
8. Jones DC, Newman JB (2009) Early adolescent adjustment and critical evaluations by self and other: The prospective impact of body image dissatisfaction and peer appearance teasing on global self-esteem. *Eur J Dev Sci* 3 (1): 17-26. doi: 10.3233/DEV-2009-3104
9. Rosenström T, Jokela M, Hintsanen M, Josefsson K, Juonala M, Kivimäki M, Pulkki-Raback L, Viikari J, Hutri-Kähönen N, Heinonen E, Raitakari OT, Keltikangas-Järvinen L (2013) Body-image dissatisfaction is strongly associated with chronic dysphoria. *J Affect Disord* 150 (2): 253-260. doi: 10.1016/j.jad.2013.04.003
10. Rohde P, Stice E, Marti CN (2015) Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *Int J Eat Disord* 48 (2): 187-198. doi: 10.1002/eat.22270
11. Mäkinen M, Puuko-Viertomies, LR, Lindberg N, Siimes MA, Aalberg V (2012) Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits. *BMC Psychiatry* 12: 1-9. doi: 10.1186/1471-244X-12-35
12. Van den Berg PA, Mond J, Eisenberg M, Ackard D, Neumark-Sztainer D. (2010) The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *J Adolescent Health* 47 (3): 290-296. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.004

13. Brechan I, Lundin I (2015) Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eat Behav* 17: 49-58. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.12.008
14. Kong F, Zhang Y, You Z, Fan C, Tian Y, Zhou Z (2013) Body dissatisfaction and restrained eating: mediating effects of self-esteem. *Soc Behav Personal* 41 (7): 1165-1170. doi: 10.2224/sbp.2013.41.7.1165
15. Stice E, Bearman, SK (2001) Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Dev Psychol* 37: 597–607. doi: 10.1037/0012-1649.37.5.597
16. Ferreiro F, Seoane G, Senra C (2014) Toward understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: A longitudinal study during adolescence. *J Adolescence* 37 (1): 73-84. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.10.013
17. Haynos AF, Watts, AW, Loth KA, Pearson CM, Neumark-Stzainer, D (2016) Factors predicting an escalation of restrictive eating during adolescence. *J Adolescent Health* 59 (4): 391-396. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.011
18. Rodgers RF, Paxton SJ, Chabrol H (2010) Depression as a moderator of sociocultural influences on eating disorder symptoms in adolescent females and males. *J Youth Adolescence* 39: 393-402. doi: 10.1007/s10964-009-9431-y
19. Dakanalis A, Favagrossa L, Clerici M, Prunas A, Colmegna F, Zanetti MA, Riva G (2015) Body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: A latent structural equation modeling analysis of moderating variables in 18-to-28-year-old males. *J Psychol* 149 (1): 85-112. doi: 10.1080/00223980.2013.842141
20. Sharpe H, Damazer K, Treasure J, Schmidt U (2013) What are adolescents' experiences of body dissatisfaction and dieting, and what do they recommend for prevention? A qualitative study. *Eat Weight Disord* 18 (2): 133-141. doi: 10.1007/s40519-013-0023-1
21. Jackson T, Chen H (2014) Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: A two year longitudinal study of mainland Chinese boys and girls. *J Abnorm Child Psychol* 42 (5): 791-802. doi: 10.1007/s10802-013-9823-z

22. Harrison K (2000) Television viewing, fat stereotyping, body shape standards and eating disorder symptomatology in Grade School children. *Communic Res* 27: 617–640. doi: 10.1177/009365000027005003
23. Sung-Yeon P (2005) The Influence of Presumed Media Influence on Women's Desire to Be Thin. *Communic Res* 32 (5): 594-614. doi: 10.1177/0093650205279350
24. Rajagopalan J, Shejwal B (2014) Influence of sociocultural pressures on body image dissatisfaction. *Psychological Studies* 59 (4): 357-364. doi: 10.1007/s12646-014-0245-y
25. Homan K (2010) Athletic-ideal and thing-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image* 7: 240-245. doi:10.1016/j.bodyim.2010.02.004
26. Zanetti T, Santonastaso P, Sgaravatti E, Degortes D, Favaro A. (2013). Clinical and temperamental correlates of Body Image Disturbance in Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev* 21: 32-37. doi: 10.1002/erv.2190
27. Ruuska J, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Koivisto AM (2005) Are there differences in the attitudinal body image between adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa? *Eat Weight Disord* 10: 98–106. doi: 10.1007/BF03327531
28. Cash T, Deagle E (1997) The nature and extent of body image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Disord* 22: 107-25. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J
29. Sepulveda AR, Botella J, Leon JA (2001) La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema* 13: 7-16
30. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Arlington VA
31. Rodríguez-Sacristán J, Cadorze D, Rodríguez J, Gómez-Añón ML, Benjumea P, Pérez J (1984) Sistemas objetivos de medida: experiencia con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (CEDI). Modificado de Kovacs y Beck. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 3: 65-74
32. Kovacs M (1992) *Children's Depression Inventory, CDI*. Multi-Health Systems Inc, Toronto

33. Rosenberg M (1965) La autoimagen del adolescente y la sociedad. Paidós, Buenos Aires
34. Vázquez A, Jiménez R, Vázquez R (2004) Escala de Autoestima de Rosenberg. Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología* 22: 247-255
35. Garner DM, Garfinkel PE (1979) The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9: 273-279. doi: 10.1017/S0033291700030762
36. Castro J, Toro J, Salamero M (1991) The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica* 7: 175-190
37. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE (1982) The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and clinical correlates. *Psychol Med* 12: 871-878. doi: 10.1017/S0033291700049163
38. Merino H, Pombo MG, Godás A (2001) Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema* 13: 539-545
39. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord* 6: 485-494. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
40. Raich RM, Mora M, Soler A, Ávila C, Clos I, Zapater L (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud* 7: 51-66
41. Toro J, Salamero M, Martínez E (1994) Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiat Scand* 89: 147-151. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x
42. Cooper PJ, Taylor MJ (1988) Body image disturbance in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 153: 32-36
43. Rodgers RF, Paxton SJ, Chabrol H (2010) Depression as a moderator of sociocultural influences on eating disorder symptoms in adolescent females and males. *J Youth Adolescence* 39: 393-402. doi: 10.1007/s10964-009-9431-y
44. Rawana JS, Morgan AS, Nguyen H, Craig SG (2010) The relation between eating- and weight- related disturbances and depression in adolescence: A

- review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 13(3): 213-230. doi: 10.1007/s10567-010-0072-1
45. Amaya A, Álvarez GL, Mancilla JM (2010) Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 1: 76-89
 46. Mäkinen M, Puuko-Viertomies LR, Lindberg N, Siimes MA, Aalberg V (2012) Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits. *BMC Psychiatry* 12: 1-9. doi: 10.1186/1471-244X-12-35
 47. Smith AJ (2010) Body image, eating disorders and self-esteem problems during adolescence. In: Guindon MH (ed) *Self-esteem across the lifespan: Issues and interventions*. Taylor & Francis Group, New York, pp 125-141
 48. Whale K, Gillison FB, Smith PC (2014) ‘Are you still on that stupid diet?’: Women’s experiences of societal pressure and support regarding weight loss, and attitudes towards health policy intervention. *J Health Psychol*: 19 (12): 1536-1546. doi: 10.1177/1359105313495072
 49. Giordano S (2015) Eating disorders and the media. *Curr Opin Psychiatry* 28 (6): 478-482. doi: 10.1097/YCO.0000000000000201
 50. Grabe S, Ward L, Hyde J (2008) The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull* 134: 460-476. doi: 10.1037/0033-2909.134.3.460
 51. Stice E, Shaw HE (2002) Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res* 53 (5): 985-993. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00488-9
 52. Skemp-Arlt KM (2006) Body image dissatisfaction and eating disturbances among children and adolescents: Prevalence, risk factors and prevention strategies. *J Pshys Educ Recreat Dance* 75: 32-39. doi:10.1080/07303084.2006.10597813
 53. Espina A (2003) Eating Disorders and MMPI profiles in a Spanish sample. *Eur J Psychiatry* 17 (4): 201-211. doi: 10.1037/t06908-000
 54. Thomas JJ, Crosby RD, Wonderlich SA, Striegel-Moore RH, Beckler AE (2011) A latent profile analysis of the typology of bulimic symptoms in an indigenous

- Pacific population: evidence of cross-cultural variation in phenomenology. *Psychol Med* 41 (1): 195-206. doi: 10.1017/S003329170000255
55. Rohde P, Stice E, Marti CN (2015) Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *Int J Eat Disord* 48(2): 187-198. doi: 10.1002/eat.22270
56. Linville D, Cobb E, Lenee-Bluhm T, López-Zerón G, Gau JM, Stice E (2015) Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. *Behav Res Ther* 75: 32-39. doi: 10.1016/j.brat.2015.10.004
57. Grabe S, Ward L, Hyde J (2008) The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull* 134: 460-476. doi: 10.1037/0033-2909.134.3.460
58. Stice E, Marti N, Spoor S, Presnell K, Shaw, H (2008) Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clinic Psychol* 76: 329-340. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.329
59. Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H (2012) Effect of a dissonance-based prevention program on risk for eating disorder onset in the context of eating disorder risk factors. *Prev Sci* 13 (2): 129-139. doi: 10.1007/s11121-011-0251-4
60. Stice E, Butryn M, Rohde P, Shaw H, Marti N (2013) An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. *Behav Res Ther* 51: 862-871. doi: 10.1016/j.brat.2013.10
61. Rohde P, Auslander BA, Shaw H, Raineri KM, Gau JM, Stice E (2014) Dissonance-based prevention of eating disorder risk factors in middle school girls: Results from two pilot trials. *Int J Eat Disord* 47 (5): 483-494. doi: 10.1002/eat.22253
62. Yager Z, O’Dea JA (2008) Preventions programs for body image and eating disorders on university campus: A review of large controlled interventions. *Health Promot Int* 23: 173-189. doi: 10.1093/heapro/dan004
63. Levine MP, Smolak L (2016) The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eat Disord* 24 (1): 39-46. doi: 10.1080/10640266.2015.1113826

64. Ciao AC, Loth K, Neumark-Sztainer D (2014) Preventing eating disorder pathology: common and unique features of successful eating disorders programs. *Curr Psychiatry Rep* 16 (7): 453. doi: 10.1007/s11920-014-0453-0
65. Góngora V (2010) Hacia una integración de los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicodebate* 10: 279-296
66. Parkinson KN, Drewett RF, Le Couter AS, Adamson AJ (2012) Earlier predictors of eating disorder symptoms in 9-year-old children. A longitudinal study. *Appetite* 59 (1): 161-167. doi: 10.1016/j.appet.2012.03.022
67. Jendrzyca A, Warschburger P (2016) Weight stigma and eating behaviours in elementary school children: A prospective population-based study. *Appetite* 102: 51-59. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.005
68. Hui M, Brown J (2013). Factors that influence body dissatisfaction: comparisons across culture and gender. *J Hum Behav Soc Environ* 23: 312-329. doi: 10.1080/10911359.2013.763710

4.2. Estudio 2: Apego a padres y amigos e insatisfacción corporal en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

INTRODUCCIÓN

El estudio del apego, constructo originario de la teoría del apego de Bowlby (1969), es un marco teórico valioso para comprender la influencia de los padres y los amigos en relación a la evolución y el desarrollo del adolescente y sus problemas de salud mental, entre ellos, los TCA. Distintas investigaciones han confirmado que la falla en el vínculo primario con la figura de apego constituye un factor tanto etiopatogénico como de salud mental para la adolescencia (Grzegorzewska y Farnicka, 2016). Los resultados de los estudios realizados en TCA y teoría del apego reportan que el patrón de apego inseguro es el más común de los adolescentes (Gander et al., 2015) y adultos con TCA (Caglar-Nazali et al., 2014; Kuipers y Bekker, 2012; Zachrisson y Skarderud, 2010).

La revisión realizada por Gander et al. (2015) de los estudios realizados sobre el apego en adolescentes con TCA, pone de relieve la escasez de estudios que analizan específicamente las posibles diferencias en apego entre adolescentes con TCA y sin TCA. Orzolek-Kronner (2002) evaluó las diferencias en el apego a padres en un grupo

de adolescentes con TCA, un grupo clínico de comparación y un grupo control. Los adolescentes con TCA, comparado con el grupo control, mostraban una peor comunicación y confianza con sus padres, y una mayor alienación con estos. Vega et al. (2011), en un estudio con mujeres adolescentes de 12 a 18 años, compararon la relación entre el apego a madres y amigos en una muestra TCA y un grupo control. En cuanto al apego a la madre, confirmaron que los grupos TCA y control se diferenciaban en cuanto al apego a la madre, ya que las adolescentes con TCA presentaban un apego a la madre de tipo inseguro, y las adolescentes sin TCA mostraban una mejor comunicación y confianza en sus madres que las adolescentes con TCA. Respecto al apego a amigos, las adolescentes sin TCA tenían relaciones de apego más seguras, y confiaban más y se comunicaban un poco mejor que las adolescentes con TCA; siendo estas diferencias mínimas. Concluían que las adolescentes con TCA se diferenciaban más del grupo control en cuanto al vínculo con la madre que en cuanto al vínculo con sus amigos. Nada se dice en su estudio sobre la alienación.

Por otra parte, en la actualidad, la insatisfacción corporal es una variable que recibe gran atención por parte de la comunidad científica dado que es un factor relevante en la génesis, desarrollo y recuperación de los TCA (Rohde et al., 2015). Además, las personas que sufren TCA muestran, en general, mayor IC (Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2016).

Una reciente revisión sistemática y meta-análisis sobre los mediadores que relacionan el apego inseguro y la sintomatología alimentaria (Cortés-García et al., 2019), reveló que en general el porcentaje del efecto total explicado por el efecto indirecto fue del 58%. Las estimaciones agrupadas del efecto indirecto de la insatisfacción corporal fueron significativas en dos estudios con población no clínica (72%) (Bäck, 2011; Koskina y Giovazolias, 2010). Sin embargo, la insatisfacción con el cuerpo no medió significativamente la relación entre el apego inseguro y los síntomas de TCA en dos estudios con muestras clínicas (Monteleone et al., 2017; Tasca et al., 2006); el 26% del efecto total explicado por el efecto indirecto. Estos resultados iban en contra de las expectativas esperadas y lo explicaban, al menos parcialmente, debido a las características de dos de los cuatro estudios incluidos. Por un lado, el modelo probado por Tasca et al. (2006), específicamente diseñado para pacientes con BN, se aplicó a una muestra heterogénea de mujeres mayoritariamente con AN. Además, los autores analizaron simultáneamente el efecto negativo que podría haber reducido el

efecto de la insatisfacción corporal. Además, otro trabajo incluido no evaluó adecuadamente la insatisfacción corporal sino la corporalidad vivida (Monteleone et al., 2017). En vista de estas consideraciones, sugerían líneas de investigación futuras que estudien estas relaciones en muestras clínicas.

Bäck (2011) en un estudio con 80 estudiantes, encontró que la relación entre el apego y la insatisfacción con el cuerpo/peso solo se producía en estudiantes mujeres con sus madres. En las chicas, el apego seguro materno se relacionó con una mejor IC y con menos problemas de alimentación. Por el contrario, el apego temeroso materno se relacionó con una mayor insatisfacción corporal. No se encontraron estas relaciones en los chicos ni en el apego que mantenían los estudiantes con sus padres. Kosnika y Giovazolias (2010) estudiaron los efectos del apego inseguro en el desarrollo de una IC negativa como factor contribuyente del desarrollo de patrones alimentarios patológicos en estudiantes universitarios. Los autores afirmaron que los jóvenes que presentan un tipo de apego inseguro se encuentran en una constante búsqueda de compensación por el sentimiento de pérdida de control personal que experimentan en cuanto a las relaciones con otros, por lo que prestan una excesiva atención a su cuerpo utilizando la comida como medio para alcanzar nuevamente el control. En su estudio, la insatisfacción corporal mediaba completamente la relación entre el apego ansioso y la alimentación desordenada en mujeres, y entre el apego ansioso y la dieta en los hombres. Además, el apego evitativo tuvo un impacto directo en los comportamientos alimentarios para ambos sexos, sin mediación de ninguna variable.

Otros estudios han sugerido que las personas con apego inseguro tienden a depender de otros para aceptar su apariencia física (Park y Beaudet, 2007). Este hallazgo sugiere que las personas que han establecido vínculos de apego inseguro dependen de otros para su aprobación y que la insatisfacción corporal se relaciona con una autoestima disminuida y un alto temor a ser rechazados (Troisi et al., 2006). Además, autores como Patton et al. (2014) sugirieron que determinados factores en la relación paterno-filial pueden incrementar indirectamente la insatisfacción corporal a través de la mediación del apego inseguro y la susceptibilidad a la presión socio-cultural por la delgadez.

En la literatura científica la mayoría de los estudios que analizan la relación entre apego y la insatisfacción corporal en muestras clínicas de TCA han sido realizados en población adulta. En un estudio con una muestra de 300 mujeres diagnosticadas de

TCA, Keating et al. (2013) encontraron una relación negativa directa entre el apego ansioso y la estima del cuerpo. Además, el apego evitativo mantenía una relación negativa indirecta con la autoestima a través de la alexitimia. En sus resultados hacían énfasis al foco terapéutico en el apego inseguro y en las estrategias de regulación afectiva al abordar problemas de IC en pacientes con trastornos alimentarios. En otro estudio con una muestra clínica de 232 mujeres, Grenon et al. (2016) concluyeron que aquellas pacientes que refirieron mayor apego inseguro hacia sus progenitores sufrían una mayor internalización del modelo de delgadez promovido por los medios de comunicación, lo que a su vez, se relacionaba con una mayor insatisfacción corporal. El cuidado de la madre se asoció negativamente con la insatisfacción corporal, lo que sugirió que el recuerdo de las madres menos cariñosas estaba directamente relacionado con una pobre IC. Por otra parte, el cuidado bajo del padre se asoció indirectamente con una mayor insatisfacción corporal mediada por un mayor ansiedad en el apego y una mayor internalización de los medios. Estos datos sugerían que las madres y los padres pueden afectar a la insatisfacción corporal por diferentes mecanismos en muestras clínicas.

Respecto a las investigaciones realizadas en población adolescente, los estudios son escasos. En muestras no clínicas, Wick et al. (2012) examinaron la relación entre los patrones de apego, el comportamiento alimentario y la satisfacción corporal en una muestra no clínica de adolescentes (de 13 a 18 años) que incluía ambos sexos. Los resultados confirmaron una relación positiva significativa entre el apego inseguro, el desarrollo de un TCA y la insatisfacción corporal. Otro estudio con una muestra infantojuvenil de 5214 sujetos (Szalai et al., 2017) halló que el apego disfuncional parental se asociaba a una baja satisfacción corporal mediado por el nivel de depresión. Sin embargo, no hemos encontrado estudios científicos publicados en la actualidad que valoren esta relación en muestras clínicas de adolescentes.

La mayoría de las investigaciones hasta ahora mencionadas han estudiado la relación entre la insatisfacción corporal y el apego a padres. Sabemos que en la adolescencia el cambio del predominio en el vínculo paterno-filial al vínculo de amigos es uno de los ejes fundamentales, siendo los vínculos con los amigos cada vez más significativos (Marion et al., 2013). Un estudio llevado a cabo con 216 adolescentes concluía que aquellos que referían relaciones amistosas de peor calidad mostraban mayor sintomatología de TCA y mayor insatisfacción corporal (Sharpe et al., 2014). En

otra investigación con adolescentes (Schutz y Paxton, 2007), hallaron relaciones consistentes entre la insatisfacción corporal, sintomatología TCA y cualidades negativas de amistad (conflicto y alienación), pero no observaron esta relación con las cualidades positivas de amistad como la comunicación, confianza y aceptación. No obstante, no hemos encontrado estudios que investiguen la relación entre el apego a amigos y la insatisfacción corporal en población clínica de adolescentes.

Teniendo en cuenta la literatura revisada y la falta de estudios que relacionan el apego tanto a padres como amigos y la insatisfacción corporal en muestras clínicas de adolescentes con TCA, creemos que este estudio podría conllevar aportaciones novedosas dirigidas tanto a la prevención como al tratamiento de los adolescentes con TCA. Los objetivos e hipótesis de la presente investigación serán los siguientes: 1) Conocer si existen diferencias respecto al apego a padres y amigos en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA. Se hipotetiza que los adolescentes con TCA tendrán una peor comunicación y confianza, y una mayor alienación con sus padres y amigos. 2) Estudiar la relación entre el estilo de apego a padres y amigos y la IC en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA. Se hipotetiza que los sujetos que presenten mayor confianza y comunicación con sus padres y amigos, y menor alienación con estos presentarán una menor insatisfacción corporal. 3) Determinar si existen diferencias en el grupo TCA frente al grupo control en las relaciones que se establecen entre el apego a padres y amigos y la insatisfacción corporal. Se hipotetiza que habrá diferencias entre los grupos. Los adolescentes con TCA presentarán una relación más fuerte entre el apego a padres y amigos, y la insatisfacción corporal, en comparación con los adolescentes sin TCA.

MÉTODO

Participantes

La muestra se compone de 260 sujetos con una edad comprendida entre 13 y 17 años ($M_{\text{edad}} = 15,35$, $DT_{\text{edad}} = 1,461$). El 45,4% (118/260) eran mujeres y el 54,6% (142/260) hombres. La muestra clínica comprendía 131 pacientes ambulatorios (50,4%) que cumplían criterios diagnósticos de TCA según la CIE-10 (OMS, 1992). Recibían tratamiento de forma ambulatoria en cinco centros situados en cinco diferentes comunidades autónomas de España (Andalucía, Aragón, Cataluña, Murcia y Navarra).

El resto de la muestra (49,6%, 129/260) formaba el grupo control, adolescentes que no habían acudido ni acudían a Salud Mental. Véase la Tabla 10.

Tabla 10

Datos descriptivos de las variables clínicas y sociodemográficas en el grupo TCA (n = 131) y en el grupo control (n = 129)

	GRUPO TCA	GRUPO CONTROL
	Media (DT)	Media (DT)
Edad	15,26 (1,40)	15,43 (1,53)
	GRUPO TCA	GRUPO CONTROL
	N (%)	N (%)
Diagnóstico		
- AN	90 (68,7)	-
- BN	13 (9,9)	-
- TCANE	28 (21,4)	-
Sexo:		
- Mujeres	118 (90,1)	64 (49,6)
- Hombres	13 (9,9)	65 (50,4)
Lugar de residencia:		
- Zona rural	56 (42,7)	50 (38,8)
- Zona urbana	75 (57,3)	79 (61,2)
Tipo de colegio:		
- Público	82 (62,6)	129 (100)
- Concertado/privado	49 (37,4)	-
Clase social padre:		
- Nivel I	26 (19,8)	9 (7)
- Nivel II	15 (11,5)	7 (5,4)
- Nivel III	22 (16,8)	21 (16,3)
- Nivel IV	35 (26,7)	52 (40,3)
- Nivel V	26 (19,8)	37 (28,7)
Clase social madre:		
- Nivel I	13 (9,9)	4 (3,1)
- Nivel II	18 (13,7)	17 (13,2)
- Nivel III	42 (32,1)	23 (17,8)
- Nivel IV	23 (17,6)	26 (20,2)
- Nivel V	33 (25,2)	59 (45,7)

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Instrumentos

Índice de posición social de Hollingshead (Hollingshead, 1975). Evalúa clase social de los padres, basado en dos indicadores: grado académico y profesión. Mide el estado socioeconómico en función del nivel de estudios que ha alcanzado el sujeto y de su profesión. Aporta un índice global que permite clasificar a los individuos en cinco clases: clase baja (nivel V), medio-baja (nivel IV), media (nivel III), medio-alta (nivel II) y alta (nivel I).

Cuestionario sobre la Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire*, BSQ-34) de Cooper et al. (1987). Está adaptado a población española por Raich et al. (1996). Incluye cuatro subescalas (insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso), y consta de 34 ítems que son respondidos en una escala tipo Likert estándar de 6 puntos que varía de “nunca” a “siempre”. La puntuación total oscila entre 34 y 204, siendo 105 el punto de corte. La fiabilidad de este cuestionario en la versión española (Raich et al., 1996) ha sido confirmada con altos niveles de consistencia interna (α de Cronbach de 0,95-0,97).

Inventario de Apego con Padres y Pares (*Inventory of Parent and Peer Attachment*, IPPA) de Armsdem y Greemberg (1989), adaptado a población española por Delgado et al. (2016). Evalúa la percepción de la calidad de las relaciones del adolescente con sus padres y sus amigos en términos de comunicación, confianza y alienación, mediante un cuestionario compuesto por 75 ítems. Los ítems del instrumento se califican con una escala tipo Likert de cuatro puntos: 1 (casi nunca o nunca), 2 (algunas veces), 3 (a menudo) y 4 (casi siempre o siempre). El α de Cronbach de la muestra de estudio fue de 0,78 para padres, 0,79 para madres y 0,84 para amigos.

Diseño y procedimiento

Se trata de un diseño observacional, analítico y retrospectivo realizado durante los años 2016 y 2018.

Para obtener la muestra clínica, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. El psicólogo de cada unidad era el responsable de reclutar a los participantes del estudio en cada centro en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión: 1) tener entre 13 y 17 años, 2) cumplir los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) para la categoría diagnóstica de TCA, 3) no tener un diagnóstico clínico comórbido, 4) no presentar una inteligencia límite o discapacidad intelectual, y 5) recibir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en cada uno de los centros. Cada vez que el psicólogo atendía en consulta a un paciente que cumplía los criterios de inclusión le explicaba verbalmente el fin de la investigación y le invitaba a participar voluntariamente en la misma. Además, le entregaba una hoja informativa que señalaba los objetivos de la investigación, las instrucciones de cumplimentación de los cuestionarios, los riesgos y molestias, beneficios, voluntariedad, y los criterios de confidencialidad. El proyecto de investigación fue previamente aprobado por el comité ético de investigación clínica de cada centro. Una vez informado del proyecto de investigación y siendo firmado el

consentimiento informado por la madre, padre o tutor legal en caso de que fuera un menor, o por el mismo paciente si era menor maduro, los pacientes cumplimentaron los cuestionarios. El diagnóstico según CIE-10 (OMS, 1992), que es establecido por el psiquiatra o el psicólogo clínico de cada centro mediante una entrevista estructurada, fue recogido de la historia clínica del paciente.

Respecto al grupo control, se contactó con dos institutos de educación secundaria de dos de las comunidades autónomas participantes en el estudio. Tras obtener los permisos oportunos de la dirección del centro escolar, un profesor de cada centro, colaborador de la investigación, seleccionó clases enteras de alumnos de entre 13 a 17 años, y explicó a los miembros de cada clase el objetivo de la investigación invitándoles a participar en la misma. Este colaborador fue el encargado de informar, entregar y recoger los cuestionarios cumplimentados por los alumnos, previa firma del consentimiento informado. Se estableció como criterio de exclusión que los participantes hubieran recibido o recibiesen tratamiento psicológico/psiquiátrico para evitar el efecto que pudiera tener la sintomatología presentada sobre la vinculación paterna, por lo que 26 sujetos no participaron en el estudio. Toda la información obtenida se trató conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal, y la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente.

Análisis de datos

Con respecto a los análisis estadísticos, se seleccionaron las pruebas estadísticas en función de los objetivos planteados, considerando la naturaleza y distribución de las variables estudiadas. Para conseguir el primer objetivo se examinaron las diferencias entre grupos (grupo TCA vs. control) en el apego a madre, padre y amigos, mediante ANOVA de un factor. Para el segundo objetivo se realizaron correlaciones de Pearson para conocer la relación entre el apego a padres y amigos y la IC en ambos grupos. Por último y para cumplir con el tercer objetivo, se compararon las correlaciones de Pearson entre las variables de estudio en el grupo TCA y el grupo control, mediante el método de Zou (2007). Este método basado en intervalos de confianza permite examinar las diferencias entre dos correlaciones independientes. La premisa es que el intervalo de confianza informa de la magnitud y la precisión de la relación, mientras que la prueba de hipótesis estándar mezcla estas dos características (Zou, 2007). Utilizamos para ello el programa estadístico COMPCOR (Silver et al., 2015) que requiere el tamaño

muestral, las correlaciones de cada grupo y el porcentaje del intervalo de confianza (95%). Se consideró un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Para cumplir con el primer objetivo, determinar si había diferencias entre el grupo TCA y el grupo control respecto a las puntuaciones del IPPA, se realizó un ANOVA de un factor. Tal y como se ve en la Tabla 11, los adolescentes con TCA presentan una menor confianza con sus padres, una peor comunicación con sus padres y amigos, y una mayor alienación con padres y amigos. Además, el grupo TCA presentó mayor insatisfacción corporal que el grupo control, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 11

Datos descriptivos y comparaciones entre grupos y puntuaciones del IPPA y BSQ en el grupo TCA (n = 131) y el grupo control (n = 129)

	Grupo TCA M (DT)	Grupo control M (DT)	Comparaciones entre grupos
IPPA			
Confianza madre	35,8 (9,28)	41,27 (6,22)	$F(1) = 30,94^{***}$
Confianza padre	33,9 (9,40)	40,41 (6,48)	$F(1) = 41,13^{***}$
Confianza amigos	40,36 (9,13)	41,96 (7,72)	$F(1) = 2,33$
Comunicación madre	31,00 (8,36)	34,82 (7,26)	$F(1) = 15,36^{***}$
Comunicación padre	26,40 (8,42)	32,29 (7,28)	$F(1) = 35,26^{***}$
Comunicación amigos	29,50 (7,12)	31,40 (7,33)	$F(1) = 4,53^*$
Alienación madre	15,23 (5,10)	14,06 (5,40)	$F(1) = 3,20$
Alienación padre	15,63 (5,14)	13,93 (5,08)	$F(1) = 6,72^*$
Alienación amigos	17,73 (5,33)	16,07 (5,93)	$F(1) = 5,67^*$
BSQ	73,83 (40,95)	24,95 (26,27)	$F(1) = 131,75^{***}$

Nota. IPPA = Inventario de Apego con Padres y Pares; BSQ = Cuestionario sobre la Forma Corporal; TCA = Trastornos de la conducta alimentaria.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

En segundo lugar, para determinar la relación entre el estilo de apego a padres y amigos y la insatisfacción corporal en adolescentes, se analizaron las correlaciones r de Pearson entre las puntuaciones del IPPA y del BSQ en el grupo TCA y en el grupo control. Como se observa en la Tabla 12, en el grupo TCA y en el grupo control se producen correlaciones estadísticamente significativas entre la comunicación, confianza y alienación a padres (IPPA) y la insatisfacción corporal (BSQ). No así, respecto a los amigos, donde sólo en el grupo TCA la alienación con los amigos correlaciona positivamente con la insatisfacción corporal (BSQ).

Por último para determinar el tercer objetivo, examinamos las diferencias entre las correlaciones estudiadas en los dos grupos independientes (grupo TCA y grupo control) a través de los intervalos de confianza (95%). Como se observa en la Tabla 12, únicamente en la alienación con los amigos se obtiene diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < 0,05$).

Tabla 12

Límites de confianza (95%), correlaciones entre las puntuaciones del BSQ y del IPPA en el grupo TCA (n=131) y en el grupo control (n = 129)

	BSQ		95% IC
	Grupo TCA	Grupo control	
IPPA			
Confianza madre	-0,31**	-0,23*	[-0,31, 0,15]
Confianza padre	-0,38**	-0,38*	[-0,20, 0,22]
Confianza amigos	-0,08	-0,14	[-0,18, 0,30]
Comunicación madre	-0,31**	-0,24**	[-0,30, 0,16]
Comunicación padre	-0,32**	-0,34*	[-0,20, 0,23]
Comunicación amigos	0,07	0,03	[-0,20, 0,29]
Alienación madre	0,34**	0,18*	[-0,06, 0,39]
Alienación padre	0,34**	0,19*	[-0,08, 0,37]
Alienación amigos	0,37**	0,08	[0,06, 0,52]

Nota. IPPA = Inventario de Apego con Padres y Pares; BSQ = Cuestionario sobre la Forma Corporal; TCA = Trastornos de la conducta alimentaria; IC = Intervalo de confianza.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

DISCUSIÓN

El primer objetivo de la investigación consistía en conocer si existían diferencias entre los adolescentes con TCA vs. adolescentes sin TCA en el apego que establecen con sus padres, madres y amigos. Nuestra hipótesis de partida se cumple parcialmente. En nuestro estudio los adolescentes con TCA presentan una menor confianza con sus padres, una peor comunicación con sus padres y amigos, y una mayor alienación con padres y amigos. Los resultados van en la línea del estudio realizado por Vega et al. (2011) y presentan ciertas diferencias respecto al estudio de Orzolek-Kronner (2002). En nuestro estudio los adolescentes con TCA no presentan una mayor alienación con la madre, en comparación a sus iguales sin TCA. Parece que la falta de los aspectos positivos de la relación, es decir, comunicación y confianza, tienen mayor peso en el vínculo que se establece entre los padres y los adolescentes con TCA.

El segundo objetivo de la investigación consistía en estudiar la relación entre el estilo de apego con padres y amigos, por un lado, y la insatisfacción corporal, por otro, en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA. En el grupo TCA un apego basado en una mayor confianza y comunicación con padres y menor alienación con éstos correlaciona de forma negativa con la IC. Una alienación con los amigos correlaciona de forma positiva con la insatisfacción corporal. En el grupo control, únicamente el apego parental guarda relación con la insatisfacción corporal. De estos datos es de destacar que el tipo de apego que establecen los adolescentes con TCA con sus amigos es crucial para su IC. Estos hallazgos van en la línea de lo hallado en los estudios en muestras no clínicas (Szalai et al., 2017; Wick et al., 2012) respecto al apego a padres. Además, los resultados son similares a los obtenidos por Schultz y Paxton (2007), ya que ellos tampoco encontraron asociación entre el apego a los amigos y la insatisfacción corporal en adolescentes. De nuestro estudio se deduce que el vínculo que se establece con los padres guarda relación con la insatisfacción que muestra el adolescente con su propio cuerpo, tanto en adolescentes que sufren patología alimentaria como los que no. Por otro lado, el vínculo con los amigos no parece ser relevante para los adolescentes sin patología alimentaria, sin embargo, sí que afecta la alienación con sus amigos que perciben los adolescentes con TCA en la satisfacción con su cuerpo. Esto podría explicarse por la mayor influencia que tienen los amigos en el desarrollo de la imagen que tiene de sí mismo en el adolescente con TCA (Hosseini et al., 2017). La experiencia con los amigos proporciona un contexto social importante, en el que las normas de apariencia y los ideales se comunican, modelan y refuerzan y, por lo tanto, pueden tener una consecuencia significativa para el desarrollo de la IC (Rodgers et al., 2015). En este contexto, una vinculación con los amigos basada en alienación y aislamiento pero con el reconocimiento de su necesidad de cercanía, donde a la vez se muestran sentimientos de ira y de no involucración emocional, puede afectar a la IC que tiene el adolescente con patología alimentaria.

El tercer objetivo del estudio consistía en determinar si existían diferencias en el grupo TCA frente al grupo control en las relaciones que se establecen entre el apego y la insatisfacción corporal. Los resultados indican que no existen diferencias en el apego parental pero sí en el apego con los amigos. En nuestro estudio no se observa relación entre el apego a amigos e insatisfacción corporal en adolescentes sin TCA. Estos datos van en contra de la reciente revisión sistemática y meta-análisis de Cortés-

García et al. (2019) que encuentra diferencias en las relaciones que se establecen entre la insatisfacción corporal, el apego y la sintomatología alimentaria en muestras clínicas frente a muestras no clínicas. Esto podría explicarse por las limitaciones que reconocían los propios autores en su meta-análisis (Cortés-García et al., 2019), en la que únicamente tenían en cuenta cuatro estudios, dos de ellos con características dudosas.

Por otra parte, los resultados ponen de relieve la importancia del apego a padres en la insatisfacción corporal. Desde esta perspectiva, los adolescentes con un apego inseguro pueden internalizar ciertos estándares estéticos, como la delgadez en mujeres o la musculatura en hombres, en la búsqueda de aceptación y aprobación social (Ferreiro et al., 2014). Cuando estos objetivos no son alcanzados, aumenta la insatisfacción corporal, variable relacionada con el desarrollo de un TCA (Rohde et al., 2015).

El estudio aporta como novedoso en primer lugar, estudiar las relaciones de interés en adolescentes diagnosticados de TCA. En segundo lugar, el incluir a la figura paterna, ya que es escasa la literatura científica que evalúa la relación del apego entre padre e hijo con TCA (Gander et al., 2015). La mayoría de los estudios de apego se han centrado principalmente en la vinculación entre madre e hija (Smith et al., 2016). En tercer lugar, en introducir a los amigos, ya que estos adquieren especial relevancia durante la adolescencia, quedando los padres relegados en un segundo plano en la línea de ir adquiriendo la autonomía e independencia necesaria para su desarrollo personal. Y, por último, señalar su carácter multicéntrico ya que ha sido desarrollo en cinco comunidades diferentes de un mismo país, lo que facilita la generalización de los resultados.

Una de las implicaciones clínicas del estudio del apego en relación con los adolescentes con TCA y específicamente con la insatisfacción corporal, es ayudar al clínico en la evaluación, la formulación del caso y el tratamiento del paciente. Este trabajo invita a incluir como objetivo psicoterapéutico en las intervenciones con adolescentes que sufren TCA la intervención sobre el apego, enfatizando la mejora de la comunicación y confianza entre padres e hijos, ya que esto podría repercutir en la satisfacción con el cuerpo del adolescente y, por ende, en la disminución de la psicopatología alimentaria. También en trabajar los sentimientos de alienación hacia los amigos que sufren los adolescentes con TCA, enfocando el trabajo en la mejora de la relación interpersonal.

No obstante, nuestro estudio tiene una serie de limitaciones a tener en cuenta. La muestra no ha sido seleccionada de manera aleatoria, no se trata de un estudio experimental y las relaciones entre las variables podrían estar afectadas por el efecto de variables no controladas.

Dos de las limitaciones importantes del estudio hacen referencia a la selección de la muestra. Por un lado, no se han tenido en cuenta las variables raciales o étnicas de los participantes del estudio. Por otra parte, el único criterio de exclusión para seleccionar la muestra control fue que el estudiante no hubiera o no estuviera recibiendo tratamiento psiquiátrico/psicológico. De esta forma excluíamos a los adolescentes que tuvieran una patología mental o problema que hubiese requerido atención psicológica/psiquiátrica tanto en el pasado como en el presente. Sin embargo, no hubo ningún psicólogo clínico que realizase una entrevista estructurada para determinar si los participantes cumplían criterios clínicos de TCA y excluirlos del grupo control. Es por ello, que podría haber algún adolescente que presentase patología alimentaria en el momento de cumplimentar los cuestionarios. No obstante, pensamos que serían los mínimos y que esto no invalida los resultados. Otro aspecto a señalar es que la muestra control la hemos obtenido en centros escolares públicos. Hubiera sido interesante haber obtenido muestra control de centros escolares concertados o privados.

Otra limitación del estudio es la medida de autoinforme para evaluar el apego. Esta medida evalúa directamente las percepciones conscientes de los sentimientos y comportamientos de la otra persona, pero no tiene en cuenta los procesos defensivos que se producen cuando los participantes hablan sobre sus experiencias de apego.

Respecto a las futuras líneas de intervención, consideramos que sería interesante la evaluación de resultados tras una intervención específica sobre el apego a padres y amigos en la IC y en la sintomatología TCA del adolescente. Otra propuesta sería realizar un estudio longitudinal para observar si el estilo de apego y la relación con la insatisfacción corporal se mantiene con el paso del tiempo, ya que los estudios realizados hasta la fecha han sido controvertidos. Un meta-análisis realizado por Pinquart et al. (2013) concluyó que si bien la estabilidad a corto plazo puede ser relativamente alta, a largo plazo la estabilidad es bastante débil. Por último, cabría la posibilidad de replicar los resultados de nuestra investigación evaluando el estilo de apego con otro tipo de medida que no fuera de autoinforme como por ejemplo, el *Adult*

Attachment Interview (AAI) de George et al. (1996) o el *Adult Attachment Projective Picture System* (APP) de George y West (2012).

Como conclusión, este estudio pone de relieve que el vínculo paterno y los sentimientos de alienación que se produzcan con los amigos pueden influir en la satisfacción con el cuerpo del adolescente con TCA. Por tanto, una adecuada comunicación y confianza con los padres, y una baja alienación del adolescente con sus padres y amigos puede ayudar a crear una satisfacción corporal adecuada y prevenir el desarrollo de un TCA.

4.3. Estudio 3: Apego, apreciación corporal y calidad de vida respecto a la imagen corporal en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

INTRODUCCIÓN

El estudio del apego, constructo originario de la teoría del apego de Bowlby (1969), es un marco teórico valioso para comprender la influencia de los padres y los amigos en relación a la evolución y el desarrollo del adolescente y sus problemas de salud mental, entre ellos, los TCA. La tesis fundamental del apego (Bowlby, 1969) es que el estado de seguridad, ansiedad o miedo de los niños está determinado, en gran medida, por la accesibilidad y la capacidad de respuesta de su figura de apego principal (la persona con la que establece el vínculo). Se conoce que un vínculo paterno-filial seguro representa un importante factor protector y amortiguador del desarrollo de los TCA (Daly, 2015).

Respecto a la relación específica que los adolescentes establecen con sus madres y padres, en la revisión realizada por Gander et al., 2015 sobre apego y adolescentes con TCA desde una perspectiva del desarrollo, se concluye que los adolescentes con TCA tienden a idealizar a sus padres y ven a sus madres como grandes facilitadoras de su independencia (Orzolek-Kronner, 2002). Por el contrario, los estudios del apego en adultos encuentran más problemas subjetivos referidos a la relación entre madre-hija. Estas relaciones están basadas en el cariño pero al mismo tiempo en la negligencia, rechazo y roles invertidos entre madres e hijas, lo que conduce a sentimientos de enfado, elevadas exigencias y confusión en el comportamiento de las madres respecto a sus hijas adultas (Barone y Guiducci, 2009; Ringer y Crittenden, 2007). Son escasos los estudios en adolescentes con TCA que incluyan a los padres. El principal hallazgo

muestra que los adolescentes con TCA informan de mayor alienación con sus padres en comparación con adolescentes clínicos (sin TCA) y no clínicos (Orzolez-Kronner, 2002). En un estudio con mujeres adultas diagnosticadas de TCA, Horesh et al. (2015) descubrieron que los atributos negativos en el apego hacia su padre se asociaban al TCA y a la sintomatología depresiva. Gander et al. (2015) ya señalaban en su revisión la necesidad de realizar estudios que incluyan a los padres de los pacientes para poder sacar conclusiones sobre la naturaleza diádica del apego en los TCA.

Revisando las investigaciones que han estudiado la relación entre el estilo de apego y variables relacionadas con el TCA, se conoce que mientras que el estilo de apego inseguro en adolescentes se ha relacionado con insatisfacción corporal – aspecto negativo de la IC - (Gander et al., 2015). Por el contrario, el estilo de apego seguro se ha asociado a una mayor satisfacción corporal – aspecto positivo de la IC - (Lev-Ari et al., 2014), postulándose que cuanto menor es el apego disfuncional con los padres, mejor es la satisfacción corporal percibida de los hijos (Szalai et al., 2017). La IC se podría definir como un constructo complejo y multidimensional que incluiría actitudes (pensamientos, sentimientos y comportamientos) y autopercepciones relacionados con el cuerpo (Avalos et al., 2005). Una de las dimensiones relacionadas con la IC positiva que ha tenido especial atención en la literatura científica es la apreciación corporal, que abarcaría aspectos como tener una opinión favorable de los rasgos físicos de uno mismo, la aceptación del propio cuerpo (a pesar de su peso, forma o imperfecciones), el respeto y la atención hacia las necesidades del cuerpo a través de la adopción de conductas saludables, y la auto-protección al rechazar los ideales del cuerpo que se presentan en los medios de comunicación (Avalos et al., 2005). La apreciación corporal está relacionada con varios índices de bienestar psicológico como la autoestima, el optimismo, el afrontamiento proactivo, el afecto positivo, la autocompasión, la felicidad subjetiva y la satisfacción vital (Avalos et al., 2005; Swami et al., 2014; Tylka et al., 2013). En relación a ello, el impacto negativo y positivo que la IC tiene en la vida de las personas se conoce como calidad de vida respecto a la IC (Cash y Fleming, 2002). Este concepto se ha relacionado con una mala IC, pobre funcionamiento psicosocial y alimentación desordenada en estudiantes universitarios (Cash et al., 2004), así como personas con TCA (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2011a).

Por tanto, teniendo en cuenta la literatura revisada, concluimos por un lado que la conexión entre el apego y la apreciación corporal en muestras adolescentes

poblacionales o clínicas es desconocida. Además, creemos que puede haber algunas diferencias entre muestras clínicas y no clínicas, con una mayor influencia del apego parental en la apreciación corporal en muestras clínicas, ya que estos adolescentes se verían más afectados por los vínculos parentales inseguros. Por otro lado, no hemos encontrado estudios que evalúen la asociación entre la calidad de vida con la IC y la apreciación corporal. Esta es la razón por la cual nuestra investigación tiene como objetivo estudiar el apego parental como un predictor de la IC positiva en adolescentes con TCA, y la calidad de vida respecto a la IC como consecuencia de ello. Consideramos que este estudio podría proporcionar nuevos datos y contribuciones relevantes centradas tanto en la prevención como en el tratamiento de los adolescentes con TCA. Los objetivos de la presente investigación serán los siguientes: 1) Determinar la relación entre el estilo de apego a padres y la apreciación corporal en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA. 2) Conocer si existen diferencias entre la relación de apego y apreciación corporal entre adolescentes con TCA y sin TCA. 3) Estudiar la asociación entre el apego, los aspectos positivos de la IC y la calidad de vida respecto a ésta en adolescentes con TCA y sin TCA.

MÉTODO

Participantes

La muestra total estaba formada por 260 sujetos con una edad comprendida entre 13 y 17 años ($M_{\text{edad}} = 15,35$, $DT_{\text{edad}} = 1,461$). El grupo clínico supuso un 50,39% (131/260) de la muestra total y cumplía criterios diagnósticos de TCA según la CIE-10 (OMS, 1992). Recibían tratamiento de forma ambulatoria en cinco centros situados en cinco diferentes comunidades autónomas de España (Andalucía, Aragón, Cataluña, Murcia y Navarra). El 49,61% (129/260) formaba el grupo control, adolescentes que no habían acudido ni acudían a Salud Mental y no padecían un TCA. Véase la Tabla 13.

Tabla 13

Datos descriptivos de las variables clínicas y sociodemográficas en el grupo TCA (n = 131) y en el grupo control (n = 129)

	GRUPO TCA	GRUPO CONTROL
	Media (DT)	Media (DT)
Edad	15,26 (1,40)	15,43 (1,53)

Tabla 13*Continuación*

	GRUPO TCA N (%)	GRUPO CONTROL N (%)
Diagnóstico		
- AN	90 (68,7)	-
- BN	13 (9,9)	-
- TCANE	28 (21,4)	-
Sexo:		
- Mujeres	118 (90,1)	64 (49,6)
- Hombres	13 (9,9)	65 (50,4)
Lugar de residencia:		
- Zona rural	56 (42,7)	50 (38,8)
- Zona urbana	75 (57,3)	79 (61,2)
Tipo de colegio:		
- Público	82 (62,6)	129 (100)
- Concertado/privado	49 (37,4)	-
Clase social padre:		
- Nivel I	26 (19,8)	9 (7)
- Nivel II	15 (11,5)	7 (5,4)
- Nivel III	22 (16,8)	21 (16,3)
- Nivel IV	35 (26,7)	52 (40,3)
- Nivel V	26 (19,8)	37 (28,7)
Clase social madre:		
- Nivel I	13 (9,9)	4 (3,1)
- Nivel II	18 (13,7)	17 (13,2)
- Nivel III	42 (32,1)	23 (17,8)
- Nivel IV	23 (17,6)	26 (20,2)
- Nivel V	33 (25,2)	59 (45,7)

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Instrumentos

Índice de posición social de Hollingshead (Hollingshead, 1975). Evalúa clase social de los padres, basado en dos indicadores: grado académico y profesión. Mide el estado socioeconómico en función del nivel de estudios que ha alcanzado el sujeto y de su profesión. Aporta un índice global que permite clasificar a los individuos en cinco clases: clase baja (nivel V), medio-baja (nivel IV), media (nivel III), medio-alta (nivel II) y alta (nivel I).

Inventario de Apego con Padres y Pares (*Inventory of Parent and Peer Attachment*, IPPA) de Armsdem y Greemberg (1989), adaptado a población española por Delgado et al. (2016). Evalúa la percepción de la calidad de las relaciones del adolescente con sus padres y sus amigos en términos de comunicación, confianza y alienación, mediante un cuestionario compuesto por 75 ítems. Los ítems del instrumento se califican con una

escala tipo Likert de cuatro puntos: 1 (casi nunca o nunca), 2 (algunas veces), 3 (a menudo) y 4 (casi siempre o siempre). El α de Cronbach de la muestra de estudio fue de 0,78 para padres, 0,79 para madres y 0,84 para amigos.

Escala de Apreciación Corporal (*Body Appreciation Scale*, BAS) de Avalos et al. (2005). Se empleó la versión española de esta escala (Jáuregui y Bolaños, 2011b). Estudia los aspectos positivos de la IC. Los 13 ítems se puntúan en una escala de cinco puntos de uno (*nunca*) a cinco (*siempre*) y se obtiene una puntuación global de apreciación corporal. La escala presenta una estructura unifactorial, muestra una consistencia interna adecuada (α de Cronbach = 0,91) y validez de constructo (Jáuregui y Bolaños, 2011b). El α de Cronbach para la muestra de estudio fue de 0,95.

Inventario de influencia de IC sobre calidad de vida (*Body Image Quality of Life Inventory*, BIQLI) de Cash y Fleming (2002). Se empleó el BIQLI-SP, versión española del BIQLI (Jáuregui y Bolaños, 2011c). Se trata de un cuestionario autoinformado compuesto por 19 ítems. Determina la calidad de vida en función a la IC en diferentes condiciones físicas. Para evitar sesgos, los ítems son evaluados en una escala de siete puntos bipolar, de +3 (efecto muy positivo) a 0 (sin impacto) a -3 (efecto muy negativo). El cuestionario presenta una estructura unifactorial, alta consistencia interna (α de Cronbach = 0,95) y buena estabilidad durante un período de 3 semanas (fiabilidad test-retest, $r = 0,84$) (Jáuregui y Bolaños, 2011c). El α de Cronbach para la muestra de estudio fue de 0,97.

Diseño y procedimiento

Para obtener la muestra clínica, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. El psicólogo de cada unidad era el responsable de reclutar a los participantes del estudio en cada centro en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión: 1) tener entre 13 y 17 años, 2) cumplir los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) para la categoría diagnóstica de TCA, 3) no tener un diagnóstico clínico comórbido, 4) no presentar una inteligencia límite o discapacidad intelectual, y 5) recibir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en cada uno de los centros. El proyecto de investigación fue previamente aprobado por el comité ético de investigación clínica de cada centro. Una vez informado del proyecto de investigación y siendo firmado el consentimiento informado por la madre, padre o tutor legal en caso de que fuera un menor, o por el mismo paciente si era menor maduro, los pacientes cumplimentaron los cuestionarios.

El diagnóstico según CIE-10 (OMS, 1992), que es establecido por el psiquiatra o el psicólogo clínico de cada centro mediante una entrevista estructurada, fue recogido de la historia clínica del paciente.

Respecto al grupo control, se contactó con dos institutos de educación secundaria de dos de las comunidades autónomas participantes en el estudio. Tras obtener los permisos oportunos de la dirección del centro, un responsable fue el encargado de informar, entregar y recoger los cuestionarios cumplimentados por los alumnos, previa firma del consentimiento informado. Se estableció como criterio de exclusión que los participantes hubieran recibido o recibiesen tratamiento psicológico/psiquiátrico para evitar el efecto que pudiera tener la sintomatología presentada sobre la vinculación paterna, por lo que 26 sujetos no participaron en el estudio. Toda la información obtenida se trató conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal, y la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente.

Análisis de datos

Con respecto a los análisis estadísticos, se seleccionaron las pruebas estadísticas en función de los objetivos planteados, considerando la naturaleza y distribución de las variables estudiadas. Se analizó descriptivamente la muestra estudiada, se realizaron correlaciones r de Pearson para conocer la relación entre el apego a padres y la apreciación corporal en ambos grupos. Se compararon las correlaciones r de Pearson entre las variables de estudio en el grupo TCA y sin TCA, mediante el método de Zou (2007) basado en intervalos de confianza y utilizando para ello el programa estadístico COMPCOR (Silver et al., 2015). Y por último, mediante un análisis de mediación para cada grupo, se evaluó la hipótesis de que las puntuaciones del BAS mediaban la relación entre el apego a padres y el BIQLI. Para el análisis de datos y teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestra se usó el estimador Bayesiano con el muestreador de Gibbs. Se utilizaron dos cadenas independientes *Markov Chain Monte Carlo* (MCMC) con 50.000 iteraciones sin “*thinning*” e utilizando probabilidades a priori no informativas (25.000 iteraciones fueron descartadas en el proceso de quemado). La convergencia fue evaluada utilizando el *potential scale reduction* ($PSR \leq 1.1$; Gelman y Rubin, 1992). El ajuste del modelo se evaluó con el valor p predictivo posterior (*posterior predictive p-value*, PPP) con valores alrededor de 0,5 indicando un ajuste excelente (Muthén y Asparouhov, 2012) y el control predictivo posterior (*posterior*

predictive checking, PPC) que muestra un buen ajuste cuando la diferencia entre el intervalo de credibilidad al 95% de χ^2 observado y el replicado se centra alrededor de cero (Gelman et al., 1996). Los datos perdidos oscilaron entre el 0% y 4,2% y fueron tratados por el algoritmo de Gibbs. Todos los análisis de datos se realizaron en Mplus 8.2 (Muthén y Muthén, 2017).

RESULTADOS

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones de los cuestionarios (Tabla 14). Como se muestra en la Tabla 14, el grupo TCA obtuvo puntuaciones significativamente más bajas ($p < 0,05$) que el grupo control en confianza con la madre ($F = 30,94$, $p < 0,001$) y padre ($F = 41,13$, $p < 0,001$), comunicación con la madre ($F = 15,36$, $p < 0,001$) y padre ($F = 35,26$, $p < 0,001$), alienación con el padre ($F = 6,72$, $p < 0,010$), BAS ($F = 119,24$, $p < ,001$) y BIQLI ($F = 86,82$, $p < 0,001$).

Table 14

Datos descriptivos y comparaciones entre grupos y puntuaciones del IPPA, BAS y BIQLI en grupo TCA (n = 131) y grupo control (n = 129)

	Grupo TCA	Grupo control	Comparaciones entre
	M (DT)	M (DT)	grupos
IPPA			
Confianza madre	35,8 (9,28)	41,27 (6,22)	$F(1) = 30,94^{***}$
Confianza padre	33,9 (9,40)	40,41 (6,48)	$F(1) = 41,13^{***}$
Comunicación madre	31,00 (8,36)	34,82 (7,26)	$F(1) = 15,36^{***}$
Comunicación padre	26,40 (8,42)	32,29 (7,28)	$F(1) = 35,26^{***}$
Alienación madre	15,23 (5,10)	14,06 (5,40)	$F(1) = 3,20$
Alienación padre	15,63 (5,14)	13,93 (5,08)	$F(1) = 6,72^*$
BAS	37,41 (11,51)	52,70 (11,05)	$F(1) = 119,24$, $p < ,001$
BIQLI	-0,36 (1,38)	1,18 (1,29)	$F(1) = 86,82$, $p < ,001$

Nota. IPPA = Inventario de Apego con Padres y Pares; BAS = Escala de Apreciación Corporal; BIQLI = Inventario de influencia de imagen corporal sobre calidad de vida; TCA = Trastornos de la conducta alimentaria.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

En segundo lugar para determinar la relación entre el estilo de apego a los padres y la apreciación corporal en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA, se analizaron las correlaciones r de Pearson entre las puntuaciones del IPPA y del BAS en el grupo TCA y grupo control. Tal y como muestra la Tabla 15, en ambos grupos se producen relaciones positivas estadísticamente significativas entre la confianza y comunicación con los padres (IPPA) y la apreciación corporal (BAS), y relaciones negativas estadísticamente significativas entre la alienación a los padres (IPPA) y la apreciación

corporal (BAS). Posteriormente, se estudió la relación entre las puntuaciones del BAS y el BIQLI en el grupo control y en el de TCA. Las correlaciones son estadísticamente significativas en ambos grupos (grupo TCA: $r = 0,333$, $p < 0,05$; grupo control: $r = 0,326$, $p < 0,05$).

En tercer lugar para conocer si existían diferencias entre la relación de apego y apreciación corporal entre adolescentes con TCA y sin TCA, se examinaron las diferencias entre las correlaciones en los dos grupos independientes (grupo TCA y grupo control) a través de los intervalos de confianza (95%). Como se observa en la Tabla 15 no se obtiene ningún resultado estadísticamente significativo (todos los intervalos de confianza incluyen el 0).

Tabla 15

Límites de confianza (95%), correlaciones entre las puntuaciones del BAS y del IPPA en el grupo TCA (n=131) y en el grupo control (n = 129)

	BAS		95% IC
	Grupo TCA	Grupo control	
IPPA			
Confianza madre	0,31**	0,39**	[-0,28, 0,15]
Confianza padre	0,39**	0,32**	[-0,10, 0,33]
Comunicación madre	0,34**	0,40**	[-0,27, 0,15]
Comunicación padre	0,36**	0,32**	[-0,14, 0,31]
Alienación madre	-0,35**	-0,20*	[-0,38, 0,07]
Alienación padre	-0,39**	-0,18*	[-0,42, 0,02]

Nota. IPPA = Inventario de Apego con Padres y Pares; BAS = Escala de Apreciación Corporal; TCA = Trastornos de la conducta alimentaria; IC = Intervalo de confianza.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Por último, para conocer la asociación entre el apego parental (IPPA), la apreciación corporal (BAS) y la calidad de vida respecto a la IC (BIQLI), realizamos un análisis de mediación en el que las puntuaciones obtenidas en el cuestionario BAS actuaban como mediador en la relación entre el apego parental, edad, sexo y calidad de vida respecto a la IC. Se analizaron los efectos directos e indirectos del apego parental (IPPA), sexo y edad en las puntuaciones de BIQLI a través de las puntuaciones del BAS. El modelo de mediación propuesto se ajustó correctamente a los datos (PPP = 0,469; diferencia entre el IC observado y replicado χ^2 95% IC [-18,70, 19,87]). Los resultados del análisis de mediación mostraron un efecto significativo, positivo e indirect del estilo paterno en las puntuaciones de BIQLI a través de las puntuaciones del BAS ($b = 0,11$, IC 95% [0,03, 0,21]) en el grupo TCA, mostrando esas puntuaciones

más altas que el apego con el padre está asociado con las puntuaciones BIQLI, mientras que este efecto no fue significativo en el grupo control ($b = 0,00$, IC 95% [-0,07, 0,07]). Ambos efectos indirectos fueron significativamente diferentes entre los grupos, $b = 0,07$, IC 95% [0,003, 0,193]. En el grupo control hubo un efecto directo significativo entre el apego a la madre y la apreciación corporal ($b = 2,97$, IC 95% [0,59, 5,33]), y un efecto indirecto significativo entre el apego a la madre y la calidad de vida respecto a la IC ($b = 0,07$, IC 95% [-0,20, 0,193]). Véase la Tabla 16.

Tabla 16

Análisis de mediación que explora los efectos directos e indirectos del apego parental, sexo y edad en las puntuaciones de BIQLI a través de las puntuaciones del BAS

Parámetro	β	b	DT posterior	95% IC		Sig.
				Inferior 2,5%	Superior 2,5%	
Control						
<i>Efecto directo</i>						
IPPA padre → BIQLI	-0,04	-0,04	0,14	-0,32	0,23	
IPPA madre → BIQLI	0,09	0,10	0,15	-0,20	0,39	
BAS → BIQLI	0,23	0,03	0,01	0,00	0,05	*
IPPA padre → BAS	0,00	-0,02	1,18	-2,32	2,28	
IPPA madre → BAS	0,33	2,97	1,21	0,59	5,33	*
Sexo → BAS	-0,09	-1,94	1,83	-5,51	1,69	
Edad → BAS	-0,09	-0,64	0,62	-1,87	0,58	
<i>Efecto indirecto</i>						
IPPA padre → BIQLI ¹	0,00	0,00	0,03	-0,072	0,07	
IPPA madre → BIQLI	0,07	0,07	0,05	0,00	0,19	*
Sexo → BIQLI	-0,02	-0,04	0,06	-0,19	0,05	
Edad → BIQLI	-0,02	-0,01	0,02	-0,06	0,02	
<i>Varianza residual</i>						
BAS	0,85	104,24	9,74	87,48	125,56	*
BIQLI	0,92	1,55	0,15	1,30	1,87	*
TCA						
<i>Efecto directo</i>						
IPPA padre → BIQLI	-0,03	-0,02	0,09	-0,21	0,16	
IPPA madre → BIQLI	0,12	0,10	0,09	-0,08	0,28	
BAS → BIQLI	0,41	0,05	0,01	0,03	0,07	*
IPPA padre → BAS	0,33	2,19	0,73	0,76	3,63	*
IPPA madre → BAS	0,13	0,87	0,75	-0,60	2,33	
Sexo → BAS	-0,08	-3,24	3,11	-9,38	2,89	
Edad → BAS	-0,05	-0,44	0,70	-1,83	0,95	

Tabla 16*Continuación*

Parámetro	β	b	DT posterior	95% IC		Sig.
				Inferior 2,5%	Superior 2,5%	
<i>Efecto indirecto</i>						
IPPA padre → BIQLI ¹	0,13	0,11	0,05	0,03	0,21	*
IPPA madre → BIQLI	0,05	0,04	0,04	-0,03	0,13	
Sexo → BIQLI	-0,03	-0,16	0,16	-0,51	0,15	
Edad → BIQLI	-0,02	-0,02	0,04	-0,10	0,05	
<i>Varianza residual</i>						
BAS	0,77	104,24	9,74	87,48	125,56	*
BIQLI	0,78	1,55	0,15	1,30	1,87	*

Nota. IPPA = Inventario de Apego con Padres y Pares; BAS = Escala de Apreciación Corporal; BIQLI = Inventario de influencia de imagen corporal sobre calidad de vida; IC = Intervalo de credibilidad; Sig. = Significación. ¹ Indica que el parámetro es diferente entre los grupos.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue determinar la relación el apego parental y la apreciación corporal en adolescentes con y sin TCA. Los resultados señalan que un apego entre padres e hijos basado en una mayor confianza y comunicación, y menor alienación se relaciona con una mayor apreciación corporal en adolescentes con y sin TCA. Además, los resultados muestran que existe un efecto positivo indirecto entre el apego del padre y la calidad de vida respecto a la IC que está mediada por la apreciación corporal en el grupo TCA.

Nuestro estudio señala una relación significativa entre el apego parental seguro y la apreciación corporal en adolescentes con y sin TCA. Aunque no hay estudios disponibles con los que comparar nuestros resultados, éstos van en la línea de los resultados obtenidos por Lev-Ari et al. (2014) y Szalai et al. (2017) en cuyas investigaciones encuentran relaciones estadísticamente significativas entre el apego y la satisfacción corporal. Por otro lado, en el grupo TCA encontramos un efecto directo significativo entre el apego al padre y la apreciación corporal, y un efecto indirecto significativo entre el apego al padre y la calidad de vida respecto a la IC. En el grupo control se produjo un efecto directo significativo entre el apego a la madre y la apreciación corporal, y un efecto indirecto significativo entre el apego a la madre y la calidad de vida respecto a la IC. Esto apoyaría al modelo interactivo del desarrollo de la IC propuesto por Ogden y Steward (2000), que propone que las cualidades en la

relación madre-hija, y no solo el modelo materno, predicen la IC de la hija; postulando que determinados factores en la relación entre madre e hija pueden actuar como protectores o facilitadores de la conciencia del peso en las hijas. Cabe señalar que los estudios previos con los que pudimos comparar nuestros resultados, sólo incluyeron chicas adolescentes y no tuvieron en cuenta a los chicos. Sin embargo, consideramos que estos resultados diferenciados entre el apego a la madre y al padre en muestras clínicas vs. no clínicas podría estar relacionado con diferencias en el género de los adolescentes. En nuestro estudio el grupo TCA contaba con solo un 10% de muestra masculina, mientras que en el grupo control era del 50%. Podríamos especular que las chicas adolescentes muestran mayor influencia del apego con el padre en su IC. Pero esto es solo una especulación, y se necesitan más estudios que investiguen estas posibles diferencias de género.

El estudio aporta como novedoso los objetivos en sí mismos, ya que no hemos encontrado estudios previos que determinen estas relaciones. En segundo lugar, el incluir a la figura paterna, ya que es escasa la literatura científica que evalúa la relación del apego entre padre e hijo con TCA (Gander et al., 2015); la mayoría de los estudios de apego se han centrado principalmente en la vinculación entre madre e hija (Smith et al., 2016). También señalar su carácter multicéntrico ya que ha sido desarrollo en cinco comunidades diferentes de un mismo país, lo que facilita la generalización de los resultados.

No obstante, este estudio tiene una serie de limitaciones que hay que tener en cuenta. Las limitaciones relevantes del estudio hacen referencia a la selección de la muestra que no ha sido seleccionada de manera aleatoria. Por un lado, se desconoce cuánto tiempo habían estado los participantes en tratamiento psicológico/psiquiátrico en el momento en que cumplimentaron los cuestionarios, por lo que las variables podrían haberse visto afectadas por la duración del tratamiento o la gravedad del caso. Por otro lado, el único criterio de exclusión para seleccionar la muestra control fue si el estudiante había recibido o estaba recibiendo tratamiento psicológico/psiquiátrico. De esta forma, excluíamos a los adolescentes que sufrían una patología mental o un problema que habría requerido atención psicológica/psiquiátrica tanto en el pasado como en el presente. Sin embargo, no hubo un psicólogo clínico que realizase una entrevista estructurada para determinar si los participantes cumplían los criterios clínicos de TCA y, de esta forma, ser excluidos del grupo control. Puede, por tanto,

haber habido adolescentes que presentaran patología alimentaria al momento de cumplimentar los cuestionarios. Podemos hacer una estimación aproximada considerando la prevalencia de TCA en población adolescente en nuestro país que es similar a la obtenida en los países desarrollados (Peláez-Fernández et al., 2010), de entre un 1-3%. Por lo tanto, entre el 0,78 al 2,4% de los participantes podrían haber padecido TCA en el momento de la investigación. Dada esta estimación, creemos que estos datos no invalidarían los resultados. Además, debe tenerse en cuenta que se ha utilizado un estudio transversal en el contexto de la mediación, que idealmente debería evaluarse longitudinalmente. Otra limitación fue la medida de autoinforme para evaluar el apego. En este contexto, los adolescentes con TCA podrían evaluar su relación con los padres como más severa que los participantes en el grupo control. Los adolescentes que están en tratamiento en el momento de la evaluación pueden ser más conscientes de la relación deficiente con sus padres. Esta mayor conciencia podría basarse en el hecho de haber abordado aspectos relevantes de su autobiografía o haber reflexionado sobre sus propias experiencias de crianza, cuidado y vinculación emocional.

Entre las futuras líneas de intervención sería interesante realizar más estudios que tengan en cuenta chicos adolescentes diagnosticados de TCA y verificar si existen diferencias de género entre el apego parental y la apreciación corporal. Otra línea de investigación consistiría en replicar los resultados desde el enfoque utilizado por Tylka y Wood-Barcalow (2015a). Este enfoque se centra en las características internas de aceptación, amor y respeto por el propio cuerpo, y da menos peso a la apariencia externa. Asimismo, se necesita más investigación enfocada en los modelos teóricos propuestos sobre la IC positiva.

Entre las implicaciones para la práctica clínica del estudio cabe destacar la importancia del apego parental en el desarrollo de una IC positiva en la adolescencia. Una IC positiva puede ser un factor protector contra los TCA. Creemos que tanto la promoción de un apego seguro entre padres e hijos como una IC positiva deberían ser elementos clave en los programas de prevención de TCA dirigidos a adolescentes.

5. DISCUSIÓN

El primer objetivo de la Tesis Doctoral era conocer la relación entre la insatisfacción corporal y determinadas variables socioculturales y psicológicas: autoestima, sintomatología depresiva, presencia de conductas alimentarias e influencia del modelo estético corporal, en adolescentes diagnosticados de TCA (estudio 1).

Nuestra hipótesis de partida se cumple. Nuestros resultados indican que la insatisfacción corporal: 1) Se relaciona negativamente con la autoestima, en la línea de estudios previos como Amaya et al. (2010), E. Choi e I. Choi (2016), Mäkinen et al. (2012) y Smith (2010). 2) Se asocia con la depresión. Parece ser que los pacientes que se muestran más insatisfechos con su IC presentan más síntomas depresivos, como tristeza, apatía, sentimientos de culpabilidad y de fracaso, entre otros; lo que iría en la línea de otras investigaciones realizadas como la de Chan et al. (2020), Carrard et al. (2019), y Murray et al. (2018). 3) Establece una relación positiva significativa con la psicopatología alimentaria, en consistencia con los resultados obtenidos en estudios previos como el de Chen et al. (2020) y Cruz-Sáez et al. (2018). Los pacientes que muestran mayor insatisfacción corporal presentan más actitudes alimentarias anómalas, especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. 4) Se relaciona directamente con las influencias socioculturales que contribuyen a la internalización del modelo estético corporal vigente, en la línea de estudios previos como el de Aparicio-Martínez et al. (2019), Barajas-Iglesias et al. (2018), Dogan et al. (2018), y Uchôa et al. (2019).

De estos resultados se deduce que la insatisfacción corporal se relaciona con una serie de factores, como la mayor presencia de conductas alimentarias anómalas, sintomatología depresiva, baja autoestima y mayor influencia del modelo estético corporal. Como ya se ha comentado, la adolescencia es una etapa crítica, en el sentido de que es un momento clave para la (re)construcción y (re)definición de la propia identidad. La apariencia física y el concepto que se tiene sobre la misma juegan un papel importante en esta etapa vital. Según se describe, “el adolescente que haya desarrollado una imagen positiva sobre sí mismo estará más capacitado para actuar de forma autónoma e independiente, asumir responsabilidades, afrontar nuevos retos y dificultades con entusiasmo, estar orgulloso de sus logros, demostrar amplitud de emociones y sentimientos, y tolerar bien la frustración” (Izquierdo Moreno, 2006, p. 104). Sin embargo, el adolescente que no se siente satisfecho con su imagen personal

podría ver afectada la percepción evaluativa de él mismo. En este proceso, la apariencia física es importante en esta etapa, pues es un aspecto que afecta a la autoestima. Tal y como se conoce hasta la actualidad, “los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo, es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza o trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo” (Raich, 2004, p. 19). Además, los adolescentes, que presentan todavía una IC poco definida e inestable, son especialmente vulnerables a la presión ejercida por el entorno por alcanzar un ideal de belleza difícil de conseguir y que es transmitido a través de su familia, amigos o medios de comunicación. La adolescencia es una etapa especialmente vulnerable ya que, en muchos casos, no se han adquirido los recursos psíquicos necesarios para hacer frente a dichas influencias. La dificultad para alcanzar el modelo estético corporal actual puede conducir a la insatisfacción corporal, y ésta al desarrollo de conductas alimentarias anómalas para intentar conseguir ese ideal.

El segundo objetivo pretendía comparar la insatisfacción corporal en las diferentes categorías diagnósticas de adolescentes con TCA (estudio 1).

En nuestro estudio aparecen diferencias significativas entre los subgrupos de TCA, el grupo BN presenta los valores más elevados en este constructo, por lo que se cumple nuestra hipótesis de partida. Estos resultados confirman los meta-análisis llevados a cabo por Cash y Deagle (1997) y Sepúlveda et al. (2001) en población adulta, así como los estudios realizados por Ruuska et al. (2005) y Schneider et al. (2009) en población clínica adolescente, en el que también encontraron unos valores más elevados en el grupo BN. El segundo grupo que presenta más insatisfacción con su figura es el correspondiente con la AN-P. Por tanto, tal y como concluyeron algunos estudios realizados en nuestro país, las pacientes con AN-P y BN tienen mayores niveles de psicopatología, y parece que la sintomatología bulímica agrava el diagnóstico (Perpiña, 2008).

El tercer objetivo consistía en analizar si existían diferencias entre los adolescentes con TCA y sin TCA en el apego que establecen con sus padres, madres y amigos (estudio 2).

Nuestra hipótesis de partida se cumple parcialmente. En nuestro estudio los adolescentes con TCA presentan una menor confianza con sus padres, una peor comunicación con sus padres y amigos, y una mayor alienación con padres y amigos, en comparación con los adolescentes sin TCA. Los resultados van en la línea del estudio realizado por Vega et al. (2011) y presentan ciertas diferencias respecto al estudio de Orzolek-Kronner (2002). En nuestro estudio los adolescentes con TCA no presentan una mayor alienación con la madre, en comparación a sus iguales sin TCA. Parece que la falta de los aspectos positivos de la relación, es decir, comunicación y confianza, tienen mayor peso en el vínculo que se establece entre los padres y los adolescentes con TCA.

El cuarto objetivo fue estudiar la relación entre el estilo de apego con padres y amigos, por un lado, y la insatisfacción corporal, por otro, en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA (estudio 2).

Nuestra hipótesis de partida no se cumple totalmente. En el grupo TCA un apego basado en una mayor confianza y comunicación con padres y menor alienación con éstos correlaciona de forma negativa con la insatisfacción corporal. Asimismo, una alienación con los amigos correlaciona de forma positiva con la insatisfacción corporal. En el grupo control, únicamente el apego parental guarda relación con la insatisfacción con el cuerpo del adolescente. De estos datos es de destacar que el tipo de apego que establecen los adolescentes con TCA con sus amigos es crucial para su IC. Estos hallazgos van en la línea de lo hallado en los estudios en muestras no clínicas de Wick et al. (2012) y de Szalai et al. (2017) respecto al apego a padres; y de la investigación de Schultz y Paxton (2007) con adolescentes en relación al apego a amigos, insatisfacción corporal y sintomatología TCA, ya que ellos tampoco encontraron asociación entre la comunicación, confianza y las variables de estudio.

El quinto objetivo perseguía determinar si existían diferencias entre los adolescentes con TCA y sin TCA en las relaciones que se establecen entre el apego a padres y amigos, y la insatisfacción corporal (estudio 2).

Nuestra hipótesis inicial no se cumple en los términos previstos. Los resultados muestran que no existen diferencias en el apego parental pero sí en el apego con los amigos. En nuestro estudio no se observa relación entre apego a pares e insatisfacción corporal en adolescentes sin TCA. Estos datos van en contra de la reciente revisión sistemática y meta-análisis de Cortés-García et al. (2019) que encuentra diferencias en las relaciones que se establecen entre la insatisfacción corporal, el apego y la

sintomatología alimentaria en muestras clínicas frente a muestras no clínicas. Esto podría explicarse por las limitaciones que reconocían los propios autores en su meta-análisis (Cortés-García et al., 2019), en la que únicamente tenían en cuenta cuatro estudios, dos de ellos con características dudosas.

Estos resultados indican que el vínculo que se establece con los padres guarda relación con la insatisfacción que muestra el adolescente con su propio cuerpo, tanto en adolescentes que sufren patología alimentaria como los que no. Por otro lado, el vínculo con los pares no parece ser relevante para los adolescentes sin patología alimentaria, sin embargo, sí que afecta la alienación con sus amigos que perciben los adolescentes con TCA en la satisfacción con su cuerpo. Esto podría explicarse por la mayor influencia que tienen los amigos en el desarrollo de la imagen que tiene de sí mismo en el adolescente con TCA (Hosseini et al., 2017). La experiencia con los amigos proporciona un contexto social importante, en el que las normas de apariencia y los ideales se comunican, modelan y refuerzan y, por lo tanto, pueden tener una consecuencia significativa para el desarrollo de la IC (Rodgers et al., 2015). En este contexto, una vinculación con los amigos basada en alienación y aislamiento pero con el reconocimiento de su necesidad de cercanía, donde a la vez se muestran sentimientos de ira y de no involucración emocional, puede afectar a la IC que tiene el adolescente con patología alimentaria. Igualmente, los resultados ponen de relieve la importancia del apego a padres en la IC. Desde esta perspectiva, los adolescentes con un apego inseguro pueden internalizar ciertos estándares estéticos, como la delgadez en mujeres o la musculatura en hombres, en la búsqueda de aceptación y aprobación social (Ferreiro et al., 2014). Cuando estos objetivos no son alcanzados, aumenta la insatisfacción corporal, variable relacionada con el desarrollo de un TCA (Rohde et. al, 2015).

El sexto objetivo era describir la relación entre el apego a padres y la apreciación corporal en adolescentes diagnosticados con TCA y sin TCA (estudio 3).

Se cumple nuestra hipótesis inicial. Los resultados indican que una relación de apego entre padres e hijos basada en una mayor confianza y comunicación y menor alienación con sus padres, se relaciona con una mayor apreciación corporal en adolescentes con TCA y sin TCA. Aunque no hay estudios disponibles con los que comparar nuestros resultados, éstos van en la línea de los resultados obtenidos por Lev-Ari et al. (2014) y Szalai et al. (2017) en cuyas investigaciones encuentran relaciones estadísticamente significativas entre el apego y la satisfacción corporal.

El séptimo objetivo consistía en conocer si existen diferencias entre la relación de apego a padres y la apreciación corporal entre adolescentes con TCA y sin TCA (estudio 3).

En contra de nuestra hipótesis de partida, no encontramos diferencias entre los grupos. La relación significativa entre el apego y la apreciación corporal se da en ambos grupos. Nuestro estudio pone de relieve la relación entre el apego seguro y la apreciación corporal en adolescentes con o sin patología alimentaria.

El octavo y último objetivo fue examinar si la apreciación corporal actúa como mediador de la relación entre el apego a padres y la calidad de vida respecto a la IC en adolescentes con TCA y sin TCA (estudio 3).

Se cumple la hipótesis de partida. Los resultados muestran que se produce un efecto positivo indirecto entre el apego del padre y la calidad de vida respecto a la IC mediado por la apreciación corporal en el grupo TCA. En el grupo TCA hallamos un efecto directo significativo entre el apego del padre y la apreciación corporal, y un efecto indirecto significativo entre el apego del padre y la calidad de vida respecto a la IC. Estos resultados diferenciados entre el apego al padre y a la madre en muestras clínicas ya fue sugerido en estudios previos como el de Grenon et al. (2016) en el que un bajo cuidado del padre estaba indirectamente asociado con una alta insatisfacción corporal mediado por un alto apego ansioso y la internalización de los medios de comunicación. Por otra parte, en el grupo control se produce un efecto directo significativo entre el apego de la madre y la apreciación corporal, y un efecto indirecto significativo entre el apego de la madre y la calidad de vida respecto a la IC. Esto apoyaría al modelo interactivo del desarrollo de la IC propuesto por Ogden y Steward (2000), que propone que las cualidades en la relación madre-hija, y no sólo el modelo materno, predicen la IC de la hija; postulando que determinados factores en la relación entre madre e hija pueden actuar como protectores o facilitadores de la conciencia del peso en las hijas. Además estudios como el de Smith et al. (2016) determinaron que una relación sólida entre madre e hija se asociaba a una IC saludable y proponían la mejora de las relaciones entre padres e hijos como uno de los objetivos de la prevención de TCA. Hay que señalar que estos estudios previos con los que podemos comparar nuestros resultados sólo incluyen chicas adolescentes, dejando de lado a los chicos adolescentes. Consideramos que estos resultados diferenciados entre el apego a la madre y al padre en muestras clínicas vs. no clínicas podría estar relacionado con diferencias

en el género de los adolescentes. En nuestro estudio el grupo TCA contaba con solo un 10% de muestra masculina, mientras que en el grupo control era del 50%. Podríamos especular que las chicas adolescentes muestran mayor influencia del apego con el padre en su IC. Pero esto es solo una especulación, y se necesitan más estudios que investiguen estas posibles diferencias de género.

Entre las implicaciones para la práctica clínica de esta Tesis Doctoral, en primer lugar, desde nuestra perspectiva, consideramos que la IC es un factor predisponente de los TCA que puede ser modificable, ya que se deriva de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y orientación. Por ello, un mayor conocimiento de esta variable nos permitirá establecer propuestas preventivas en población premórbida. A la luz de los resultados obtenidos, creemos que el eje central de la prevención primaria sería la aceptación de la IC y la promoción de una IC positiva. En concreto, sería necesario intervenir para promover el correcto reconocimiento, valoración y aceptación de la propia IC en niños y adolescentes; y, de esta forma, contribuir a evitar conductas, como la de realizar dieta cuando realmente no es necesario o, en casos extremos, el desarrollo de TCA, que puedan llegar a poner en riesgo la salud durante esta etapa evolutiva. Tradicionalmente, la prevención de este tipo de problemática se ha realizado desde la psicología enfocada en los factores negativos de la conducta, el modelo de la enfermedad, el cual ha apuntado hacia la prevención de los factores de riesgo (Chua et al., 2019). Los programas de prevención para combatir la insatisfacción corporal y los TCA han sido desarrollados y probados durante las últimas décadas como se indica en diferentes revisiones y meta-análisis (Le et al., 2017; O'Dea, y Maloney, 2000; Smolak et al., 1998; Stice et al., 2007; Yager et al., 2013). Estos programas de prevención suelen enfocarse en población general o en individuos con factores de riesgo conocidos.

A los fines de modificar esa concepción de enfermedad, actualmente se recomienda enfocar los programas de prevención desde la perspectiva de la normalidad y de la salud, amparados tanto en la Psicología de la Salud, desde la que se ha formulado un concepto más completo de salud, como desde el paradigma de la Psicología Positiva en la que se facilita la puesta en marcha de conductas más flexibles y menos predeterminadas, que ayudan a la persona a ampliar sus repertorios conductuales haciéndolos más adaptativos y, en general, a un mejor funcionamiento (Seligman y Csikszentmihaly, 2000). Este paradigma se centra en la promoción de la salud, bien sea salud mental o física general. Siguiendo esta línea, se hace necesario, por

tanto, incluir la IC positiva en los programas de prevención, ya que los niños que poseen una IC positiva están más protegidos de desarrollar un TCA (Tylka y Wood-Barcalow, 2015a). Este hecho podría suponer un cambio en la evaluación de resultados, ya que no sólo se valoraría la reducción de síntomas sino que incluiría también los cambios positivos. Además podría conllevar una mejora en la investigación determinando los mediadores del cambio y los factores de protección (Piran, 2015). Desde esta perspectiva, se propone adoptar un enfoque de prevención universal y ecológico, a fin de estandarizar los mensajes recibidos del entorno social respecto a llevar una alimentación saludable, un estilo de vida activo, y el respeto por la diversidad en el peso, forma y belleza (Carrard et al., 2019). En Noruega, se ha establecido recientemente uno de los primeros programas específicos de prevención de TCA (*Healthy Body Image*) en centros escolares de educación secundaria, que utiliza estrategias específicas para promover activamente una IC positiva (Sundgot-Borgen et al., 2018). Los resultados son prometedores y esperamos que pronto se pueda aplicar este tipo de programas en adolescentes españoles.

En segundo lugar, sería necesario incidir en la intervención sobre la IC en los adolescentes con TCA, especialmente en la promoción de una IC positiva. Este hecho proporciona un cambio de perspectiva tanto para los terapeutas como para los pacientes. En el tratamiento, al igual que se trabaja para reducir la sintomatología, se puede iniciar una práctica de cuidado personal consciente con el objetivo de cultivar una IC positiva (Cook-Cottone, 2015). Una reciente revisión sistemática realizada sobre la efectividad de las intervenciones existentes en la promoción de una IC positiva en adultos (Guest et al., 2019), revela una fuerte evidencia de la efectividad de una intervención online basada en la escritura en mujeres adultas ("*Expand your horizon*"). No obstante, hasta lo que conocemos en la actualidad, no hay meta-análisis o revisiones sistemáticas que permitan ofrecer mayor rigor científico a las intervenciones específicas llevadas a cabo con adolescentes.

En tercer y último lugar, otra de las implicaciones clínicas sería ayudar al clínico en la evaluación, la formulación de los casos y el tratamiento de los pacientes. Desde esta perspectiva, se podría incluir como objetivo psicoterapéutico en las intervenciones con adolescentes que sufren TCA la intervención sobre el apego. Por un lado, en el apego parento-filial, enfatizando la mejora de la comunicación y confianza entre padres e hijos. Estudios como el de Beijersbergen et al. (2012) descubrieron que el apoyo

materno sensible durante la adolescencia promovió un cambio hacia la seguridad del apego en los adolescentes que habían presentado apego inseguro durante su infancia. Como se ha comentado previamente, los resultados obtenidos en esta Tesis Doctoral señalan la relación entre un adecuado vínculo paterno-filial y la IC. Por lo que esta intervención podría repercutir en la apreciación del cuerpo del adolescente y, por ende, en la disminución de la psicopatología alimentaria y en la mejora de la calidad de vida respecto a la IC. Por otro lado, se podría trabajar los sentimientos de alienación hacia los amigos que sufren los adolescentes con TCA, enfocando el trabajo en la mejora de la relación interpersonal.

Entre las fortalezas del primer estudio cabe señalar los análisis de los objetivos planteados en una amplia muestra de adolescentes con TCA, teniendo en cuenta el diagnóstico específico e incluyendo el TA. Hasta lo que conocemos en la actualidad, los estudios con similares características (Ruuska et al., 2005; Schneider et al., 2009) han utilizado una muestra menos amplia y se han limitado a comparar el grado de insatisfacción corporal en adolescentes con AN y BN.

En el segundo y tercer estudio destaca la inclusión de la figura paterna, ya que es escasa la literatura científica que evalúa la relación del apego entre padre e hijo con TCA (Gander et al., 2015). La mayoría de los estudios de apego se han centrado principalmente en la vinculación entre madre e hija (Smith et al., 2016), de forma que el rol del padre en los pacientes con TCA es un área apenas investigada (Bauer et al., 2013; Mushquash y Sherry, 2013). Se ha sugerido que las chicas diagnosticadas con TCA describen a sus padres como fríos y distantes, y esta percepción de la actitud de sus padres es un predictor de la insatisfacción corporal (Pace et al., 2012). La explicación que proporcionan Grenon et al. (2016) es que las personas diagnosticadas de TCA que perciben a sus padres en la infancia como carentes de calidez y cercanía muestran un mayor apego ansioso. Éste conduce a una mayor dificultad de regulación emocional, gran necesidad de aprobación y una creencia negativa de sí mismas y de otros, que puede ser exacerbado por padres que transmiten mensajes inadecuados con la apariencia. De nuestra Tesis Doctoral, se extrae que los pacientes con TCA presentan una mayor calidad de vida respecto a la IC si perciben una mejor comunicación y confianza con su padre, lo cual se encuentra mediado por la apreciación corporal que presentan. También consideramos una fortaleza, en estos estudios, la inclusión de los amigos, ya que estos adquieren especial relevancia durante la adolescencia, quedando

los padres relegados en un segundo plano en la línea de ir adquiriendo la autonomía e independencia necesaria para su desarrollo personal. Asimismo, los estudios previos no incluyen chicos adolescentes por lo que este aspecto también sería un hecho novedoso. Y, por último, señalar su carácter multicéntrico ya que ha sido desarrollo en cinco comunidades diferentes de un mismo país, lo que facilita la generalización de los resultados.

Entre las limitaciones del primer estudio se encuentra su corte transversal y su carácter retrospectivo, por lo que los resultados deben ser interpretados en este contexto. Otro aspecto a considerar es que la muestra clínica utilizada pertenece a una unidad específica de TCA, en la que se derivan pacientes únicamente de la comunidad de Aragón, por lo que de cara a disponer de una mayor generalización de los resultados sería recomendable replicar la investigación con muestras clínicas correspondientes a unidades de otras regiones. Asimismo, cabe señalar que para medir la insatisfacción corporal hemos utilizado un instrumento de medida cognitivo-afectivo: el Cuestionario sobre Forma Corporal BSQ-34 (Cooper et al., 1987) que refleja variables actitudinales y afectivas. Una de las ventajas que conlleva la administración de este tipo de cuestionario es la obtención de datos más precisos sobre aspectos actitudinales que también están presentes en el complejo constructo de la IC. Además, a diferencia de los métodos perceptivos, éstos no generan una situación artificial y poseen la ventaja de poderse administrar de una manera sencilla, rápida y económica. Sin embargo, este tipo de métodos actitudinales tampoco está exento de limitaciones, como el requerimiento de un alto grado de honestidad por parte del sujeto, pues existe cierta facilidad por parte de los pacientes de falsear los autoinformes. En concreto, trabajar con una población clínica muy sensible a la intervención ajena conlleva en ocasiones la ocultación y falseamiento de ítems como mecanismo de defensa de la patología.

Respecto a las limitaciones del segundo estudio, consideramos que las más importantes hacen referencia a la selección de la muestra, la cual no se ha llevado a cabo de manera aleatoria. Por un lado, no se han tenido en cuenta las variables raciales o étnicas de los participantes del estudio. Por otro lado, se desconoce cuánto tiempo llevaban los participantes en el tratamiento en el momento en el que cumplimentaron los cuestionarios, por lo que las variables medidas podrían verse afectadas en función del momento del tratamiento o de la gravedad del caso. Además, el único criterio de exclusión para seleccionar la muestra control fue que el estudiante no hubiera o no

estuviera recibiendo tratamiento psiquiátrico/psicológico. De esta forma excluíamos a los adolescentes que tuvieran una patología mental o problema que hubiese requerido atención psicológica/psiquiátrica tanto en el pasado como en el presente. Sin embargo, no hubo ningún psicólogo clínico que realizase una entrevista estructurada para determinar si los participantes cumplían criterios clínicos de TCA y excluirlos del grupo control. Es por ello, que podría haber algún adolescente que presentase patología alimentaria en el momento de cumplimentar los cuestionarios. Podemos hacer una estimación aproximada considerando la prevalencia de TCA en población adolescente en nuestro país que es similar a la obtenida en los países desarrollados (Peláez-Fernández et al., 2010), de entre un 1-3%. Por lo tanto, entre el 0,78 al 2,4% de los participantes podrían haber padecido TCA en el momento de la investigación. Dada esta estimación, creemos que estos datos no invalidarían los resultados. Otro aspecto a señalar es que la muestra control la hemos obtenido en centros escolares públicos. Hubiera sido interesante haber obtenido muestra control de centros escolares concertados o privados. Además de ello, hay que tener en cuenta que no se trata de un estudio experimental y las relaciones entre las variables podrían estar afectadas por el efecto de variables no controladas. Otra limitación del estudio es la medida de autoinforme para evaluar el apego. Esta medida evalúa directamente las percepciones conscientes de los sentimientos y comportamientos de la otra persona, pero no tiene en cuenta los procesos defensivos que se producen cuando los participantes hablan sobre sus experiencias de apego. Asimismo, los adolescentes con TCA podrían evaluar su relación con los padres como más severa que los participantes en el grupo control. Los adolescentes que están en tratamiento en el momento de la evaluación pueden ser más conscientes de la relación deficiente con sus padres. Esta mayor conciencia podría basarse en el hecho de haber abordado aspectos relevantes de su autobiografía o haber reflexionado sobre sus propias experiencias de crianza, cuidado y vinculación emocional.

Entre las limitaciones del tercer estudio se encuentran todas aquellas relacionadas con la selección de la muestra y la evaluación del apego ya comentadas entre las limitaciones del segundo estudio. Entre las limitaciones específicas de este estudio cabe señalar que se ha utilizado un estudio de corte transversal en el contexto de la mediación, que idealmente debería evaluarse longitudinalmente. Otra limitación es que para la evaluación de la apreciación corporal hemos utilizado la escala BAS de

Avalos et al. (2005) que evalúa cuatro componentes de la IC positiva. Creemos que sería interesante utilizar una versión más actualizada, la escala BAS-2 (Tylka y Wood-Barcalow, 2015a) que incorpora los tres componentes identificados por Menzel y Levine (2011): apreciación de la apariencia y función del cuerpo, el ser consciente y estar atento a las experiencias y necesidades del cuerpo; y la adquisición de un estilo cognitivo autoprotector a la hora de procesar los mensajes relacionados con el cuerpo. Este enfoque modifica la apreciación corporal, definiendo ampliamente la belleza, la aceptación corporal y la actitud interior que influye en la conducta exterior (Tylka y Wood-Barcalow, 2015a).

De cara a realizar futuras líneas de intervención en el marco de la IC, sería de especial relevancia analizar este constructo y su relación con las diferentes variables en población infantil diagnosticada de TCA. Los estudios realizados en estas edades tan tempranas aún son escasos, en comparación a las que existen en preadolescentes que tienen un mayor entendimiento de su IC y de los conceptos relacionados con ella. Sería necesario dar mayor importancia a las etapas evolutivas tempranas, con el fin de profundizar en el porqué y cómo se desarrollan los TCA. Es importante resaltar que la evaluación en los niños pequeños debe realizarse con pruebas específicas, e ir acompañados de un método que asegure que están comprendiendo los conceptos relacionados con la IC. También consideramos como futura línea de intervención la inclusión de otras culturas; ya que, si bien tradicionalmente, la IC se ha circunscrito de manera exclusiva a contextos o sociedades occidentalizadas, el paso del tiempo y la globalización ha puesto de manifiesto que este fenómeno es un elemento presente en casi todas las culturas (Cruzat et al., 2012).

En lo que respecta al apego, cabría la posibilidad de replicar los resultados de nuestra investigación evaluando el estilo de apego con otro tipo de medida que no fuera de autoinforme como por ejemplo, la entrevista *Adult Attachment Interview* (AAI) de George et al. (1996), uno de los instrumentos de carácter narrativo más ampliamente utilizados para evaluar el apego en la adolescencia y en la edad adulta. O la *Attachment Interview for Childhood and Adolescence* (AICA), de Ammaniti et al. (2000), entre otros. En este contexto, una interesante línea de intervención sería realizar un estudio longitudinal para observar si el estilo de apego y la relación con la IC se mantiene con el paso del tiempo, ya que los estudios realizados hasta la fecha han sido controvertidos.

Un meta-análisis realizado por Pinquart et al. (2013) concluyó que si bien la estabilidad a corto plazo puede ser relativamente alta, a largo plazo es bastante débil.

Otra línea consistiría en determinar si existen diferencias de género en las relaciones que se establecen entre el apego a padres y amigos y la IC. En la actualidad ya hay estudios que sugieren discrepancias en este término (Kosnika y Giovazolias, 2010). Por último, consideramos interesante la evaluación de las relaciones estudiadas tras una intervención específica sobre el apego a padres y amigos en la IC y en la sintomatología TCA del adolescente.

6. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en los diferentes estudios de esta Tesis Doctoral, se pueden establecer las siguientes conclusiones, en función de los objetivos e hipótesis formuladas:

La primera conclusión extraída en relación con el objetivo 1 (“Conocer la relación entre la insatisfacción corporal y las siguientes variables: autoestima, sintomatología depresiva, presencia de conductas alimentarias anómalas e influencia del modelo estético corporal, en adolescentes diagnosticados de TCA”) es que: La insatisfacción corporal se relaciona negativamente con la autoestima, y positivamente con la depresión, presencia de conductas alimentarias anómalas e influencia del modelo estético corporal.

La segunda conclusión extraída en relación con el objetivo 2 (“Comparar la insatisfacción corporal en los diferentes subgrupos de adolescentes con TCA”): Los adolescentes diagnosticados de BN presentan mayor insatisfacción corporal que los adolescentes con otra patología alimentaria (AN-R, AN-P, TA y TCANE).

La segunda conclusión extraída en relación con el objetivo 3 (“Analizar si existen diferencias respecto al apego a padres y amigos en adolescentes diagnosticados con TCA y sin TCA”) es que: Los adolescentes con TCA presentan una menor confianza con sus padres, una peor comunicación con sus padres y amigos, y una mayor alienación con padres y amigos.

La cuarta conclusión extraída en relación con el objetivo 4 (“Estudiar la relación entre el estilo de apego a padres y amigos y la insatisfacción corporal en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA”) es que: En los adolescentes con TCA, un apego basado en una mayor confianza y comunicación con sus padres y una menor alienación con éstos, se relaciona con una menor insatisfacción corporal. Una alta alienación con los amigos se asocia con una mayor insatisfacción corporal. En los adolescentes sin TCA, únicamente el apego parental guarda relación con la insatisfacción con el cuerpo del adolescente.

La quinta conclusión extraída en relación con el objetivo 5 (“Determinar si existen diferencias entre los adolescentes con TCA y sin TCA en las relaciones que se establecen entre el apego a padres y amigos, y la insatisfacción corporal”) es que: No existen diferencias entre grupos en la relación que se establece entre el apego parental y la insatisfacción corporal. Existen diferencias respecto al apego a amigos. La alienación

con los amigos se relaciona con la insatisfacción corporal en adolescentes con TCA, no así en adolescentes sin patología alimentaria.

La segunda conclusión extraída en relación con el objetivo 6 (“Describir la relación entre el apego a padres y la apreciación corporal en adolescentes diagnosticados de TCA y sin TCA”) es que: Una relación de apego entre padres e hijos basada en una mayor confianza y comunicación y menor alienación con sus padres, se relaciona con una mayor apreciación corporal en adolescentes con y sin TCA.

La séptima conclusión extraída en relación con el objetivo 7 (“Conocer si existen diferencias entre adolescentes con TCA y sin TCA en la relación entre el apego a padres y la apreciación corporal”) es que: No existen diferencias entre adolescentes con TCA y sin TCA en la relación que se establece entre el apego a padres y la apreciación corporal. Se establece una relación entre el apego a padres y la apreciación corporal en adolescentes con y sin TCA.

La octava conclusión extraída en relación con el objetivo 8 (“Examinar si la apreciación corporal actúa como mediador de la relación entre el apego a padres y la calidad de vida respecto a la IC en adolescentes con TCA y sin TCA”) es que: La apreciación corporal media la relación entre el apego a padres y la calidad de vida respecto a la IC en adolescentes con y sin TCA. En el grupo TCA hallamos un efecto directo significativo entre el apego del padre y la apreciación corporal, y un efecto indirecto significativo entre el apego del padre y la calidad de vida respecto a la IC. En el grupo control se produce un efecto directo significativo entre el apego de la madre y la apreciación corporal, y un efecto indirecto significativo entre el apego de la madre y la calidad de vida respecto a la IC.

7. REFERENCIAS

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E., y Fassino, S. (2010). Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 520-524. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4c6f7>
- Ahadzadeh, A. S., Rafik-Galea, S., Alavi, M., y Amini, M. (2018). Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: moderating role of self-esteem. *Health Psychology Open*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1177/2055102918774251>
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. <https://doi.org/10.1037/0003066X.44.4.709>
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Walls, S. (1978). *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.
- Ainsworth, M. S., y Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 331-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Akoury, L. M., Warren, C. S., y Culbert, K. M. (2019). Disordered eating in Asian American women: Sociocultural and culture-specific predictors. *Frontiers in Psychology*, 10, 1950. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01950>
- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 419-435). The Guilford Press.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., y Crosby, R. D. (2013). Early onset binge eating and purging eating disorders: course and outcome in a population-based study of adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1083-1096. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9747-7>
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., y Jodl, K. M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development*, 75(6), 1792-1805. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00817.x>
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., y Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescent's paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78(4), 1222-1239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01062.x>
- Álvarez-Male, M. L., Bautista, C. I., y Serra, M. L. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>
- Amaya, A., Álvarez, G. L., y Mancilla, J. M. (2010). Body dissatisfaction in interaction with self-esteem, peer influence and dietary restraint: A systematic review. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 76-89.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Amianto, F., Abbate-Daga, G., Morando, S., Sobrero, C., y Fassino, S. (2011). Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: what prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research*, 187(3), 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.10.028>
- Ammaniti, M., van Ijzendoorn, M. H., Speranza, A. M., y Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment and Human Development*, 2(3), 328-346. <https://doi.org/10.1080/14616730010001587>
- Andrew, R., Tiggemann, M., y Clark, L. (2014). Positive body image and young women's health: Implications for sun protection, cancer screening, weight loss and alcohol consumption behaviours. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 28-39. <https://doi.org/10.1177/1359105314520814>
- Annis, N. M., Cash, T. F., y Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formally overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2003.12.001>
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., y Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Armsden, G., y Greenberg, M. (1989). *The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)*. Unpublished manuscript. University of Washington.
- Aubrey, J. S., Henson, J., Hopper, K. M., y Smith, S. E. (2009). A picture is worth twenty words (about the self): testing the priming influence of visual sexual objectification on women's self-objectification. *Communication Research Reports*, 26(4), 271-284. <https://doi.org/10.1080/08824090903293551>
- Augustus-Horvath, C.L., y Tylka, T.L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 110-125. <https://doi.org/10.1037/a0022129>
- Avalos, L.C., y Tylka, T.L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486-497. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.486>
- Avalos, L., Tylka, T.L., y Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285-297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Bäck, E. A. (2011). Effects of parental relations and upbringing in troubled adolescent eating behaviors. *Eating Disorders*, 19(5), 403-424. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.609091>

- Baile, J. A., Raich, R., y Garrido, E. (2003). Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de administración de una escala. *Anales de psicología*, *19*(2), 187-192.
- Bamford, B., y Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *European Eating Disorders Review*, *17*(5), 371-379. <https://doi.org/10.1002/erv.951>
- Barajas-Iglesias, B., Jáuregui-Lobera, I., Laporta-Herrero, I., y Santed-Germán, M. A. (2018). The influence of the aesthetic body shape model on adolescents with eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, *35*(5), 1131-1137. <https://doi.org/10.20960/nh.1826>
- Barone, L., y Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the adult attachment review. *Attachment Human & Development*, *11*(4), 405-417. <https://doi.org/10.1080/14616730902814770>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of social and Personal Relationships*, *7*, 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K., y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bauer, K. W., Bucchianeri, M. M., y Neumark-Sztainer, D. (2013). Mother-reported parental weight talk and adolescent girls' emotional health, weight control attempts, and disordered eating behaviors. *Journal of Eating Disorders*, *1*, 45. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-45>
- Bearman, S. K., Martinez, E., Stice, E., y Presnell, K. (2006). The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth Adolescence*, *35*(2), 229-241. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9010-9>
- Behar R. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (2nd ed., pp. 121-147). Editorial Mediterráneo.
- Behar, R., Vargas C., y Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, *49*, 26-36.
- Beijersbergen, M., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M., y van Ijzendoorn, M. (2012). Remaining or becoming secure: Parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Developmental Psychology*, *48*(5), 1277-1282. <https://doi.org/10.1037/a0027442>
- Berg, K. C., Frazier, P., y Sherr, L. (2009). Change attitudes and behavior of eating disorder in college women: prevalence and predictors. *Eating Behaviors*, *10*(3), 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.03.003>
- Berkman, N., Lohr, K., y Bulik, C. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 293-309.

- Biolcati, R., Ghigi, R., Mameli, C., y Passini, S. (2017). What can I do with my body? Boys and girls facing body dissatisfaction. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(3), 283-295. <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1167748>
- Blodgett, E. H., y Gondoli, D. M. (2011). A 4-year longitudinal investigation of the processes by which parents and peers influence the development of early adolescent girls's bulimic symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 31(3), 390-414. <https://doi.org/10.1177/0272431610366248>
- Boone, L. (2013). Are attachment styles differentially related to interpersonal perfectionism and binge eating symptoms? *Personality and Individual Differences*, 54(8), 931-935. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.006>
- Bosmans, G., Goossens, L., y Braet, C. (2009). Attachment and weight and shape concerns in inpatient overweight youngsters. *Appetite*, 53(4), 545-546. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.08.011>
- Bould, H., de Stavola, B., Magnusson, C., Micali, N., Dal, H., Evans, J., Dalma, C., y Lewis, G. (2016). The influence of school on whether girls develop eating disorders. *International journal of epidemiology*, 45(2), 480-488. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw037>
- Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., y Magnusson, C. (2015b). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22325>
- Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., y Magnusson, C. (2015a). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 132(1), 51-59. <https://doi.org/10.1111/acps.12389>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Pimlico.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation, anger and anxiety*. Pimlico.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. Pimlico.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Tavistock.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Paidós.
- Bowlby, J. (1997). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194. <https://doi.org/10.1097/00006842-196203000-00009>
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books.
- Bulik, C. M., Kleiman, S. C., y Yilmaz, Z. (2016). Genetic epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 383-388. <https://doi.org/10.1097/YCOO.0000000000000275>

- Bulik, C. M., Marcus, M. D., Zerwas, S., Levine, M. D., y La Via, M. (2012). The changing “weightscape” of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1031-1036. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010147>
- Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Scognamiglio, P., Eshkevari, E., Micali, N., y Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of ‘Systems for Social Processes’ in eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 42, 55-92. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.002>
- Cahill, S., y Mussap, A. J. (2007). Emotional reactions following exposure to idealized bodies predict unhealthy changes in attitudes and behaviours of men and women body. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 631-639.
- Calderon, C., Forns, M., y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y de la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647.
- Calvo, M. D. (2012). *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza]. Prensas de la Universidad, Universidad de Zaragoza.
- Carrard, I., Argyrides, M., Ioannou, X., Kvaem, I. L., Waldherr, K., Harcourt, D., y McArdle, S. (2019). Associations between body dissatisfaction, importance of appearance, and aging anxiety with depression, and appearance-related behaviors in women in mid-life. *Journal of women & aging*. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1681882>
- Carrard, I., della Torre, S. B., y Levine, M. (2019). La promotion d’une image corporelle positive chez les jeunes. *Santé Publique*, 31(4), 507. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0507>
- Carretero, G., Raich, E., Sánchez, P., Rusiñol, E., y Sánchez, D. (2010). Relevant risk factors, current eating psychopathology, body shape concern and psychological functioning in eating disorders. *Psychology in Spain*, 14, 32-41.
- Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. Guilford.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T., F. y Deagle, E. (1997). The nature and extent of body image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-25. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J)
- Cash, T. F., y Fleming, E. C. (2002). The impact of body-image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 455-460. <https://doi.org/10.1002/eat.10033>
- Cash, T. F., Jakatdar, T. A., y Williams, E. F. (2004). The Body Image Quality of Life Inventory: Further validation with college men and women. *Body Image*, 1(3), 279-287. [https://doi.org/10.1016/S1740-1455\(03\)00023-8](https://doi.org/10.1016/S1740-1455(03)00023-8)

- Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. En T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A Handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 509-519). Guilford.
- Cassidy, J., y Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). Guilford Press.
- Castillo, J. A., y Medina, P. (2007). Maltrato en la relación de pareja: apego, intimidad y cambios sociales. En A. Talarn (Comp.), *Globalización y salud mental* (pp. 393-416). Herder.
- Castro, J., Toro, J., y Salamero, M. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-190.
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., y Tang, C. S. K. (2020). Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.032>
- Chen, G., Guo, S. P., Gong, J. B., y Xiao, S. Y. (2015). The association between body dissatisfaction and depression: An examination of the moderating effects of gender, age, and weight status in a sample of Chinese adolescents. *Journal of psychologists and counsellors in schools*, 25(2), 245-260. <https://doi.org/10.1017/jgc.2015.6>
- Chen, G., He, J., Zhang, B., y Fan, X. (2020). Revisiting the relationship between body dissatisfaction and eating disorder symptoms in Chinese adolescents: the mediating roles of regulatory emotional self-efficacy and depression symptoms. *Eating and weight disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00848-0>
- Cheng, H., y Mallinckrodt, B. (2009). Parental bonds, anxious attachment, media internalization, and body image dissatisfaction: Exploring a mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 365-375. <https://doi.org/10.1037/a0037111>
- Choi, E., y Choi, I. (2016). The associations between body dissatisfaction, body figure, self-esteem, and depressed mood in adolescents in the United States and Korea: A moderated mediation analysis. *Journal of Adolescence*, 53, 249-259. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.10.007>
- Chua, J. Y. X., Tam, W., y Shorey, S. (2019). Research review: Effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in improving body image among children: a systematic review and meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13164>
- Collins, W. A., y Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. En R. M. Lerner, y Steinberg, L. (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 331-361). Willey.
- Collins, W. A., y Repinski, D. J. (1994). Relationships during adolescence: Continuity and change in interpersonal perspective. En R. Montemayor, G. R. Adams, y T. P. Gullotta (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 7-36). Sage.
- Collins, W. A., y Steinberg, L. (2006). Adolescent Development in Interpersonal Context. En N. Eisenberg, W. Damon, y R. M., Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 1003-1067). John Wiley & Sons Inc.

- Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, *14*, 158-167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060408>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060408>3.0.CO;2-O)
- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., y Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *14*(3):e0213099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213099>
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Salaberria, K., y Echeburúa, E. (2015). Normal-weight and overweight female adolescents with and without extreme weight-control behaviours: Emotional distress and body image concerns. *Journal of Health Psychology*, *20*(6), 730-740. <https://doi.org/10.1177/1359105315580214>
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Wlodarczyk, A., y Echeburúa, E. (2018). The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *Journal of health psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105317748734>
- Cruzat, C. V., Haemmerli, C. V. y García, A. L. (2012). Eating Disorders: Reflecting on the socio-cultural variables. *Mexican Journal of Eating Disorders*, *3*, 54-61.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., y Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., y Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*(8), 997-1010. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carra, G., Riva, G., y Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: a latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatric Research*, *215*(1), 176-184.
- Dakanalis, A., Zanetti, M.A., Riva, G., y Clerici, M. (2013). Psychosocial moderators of the relationship between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders: A look at a sample of Young Italian women. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *63*(5), 323-324. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2013.08.001>
- Dalle, R. (2011). Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*, *22*(2), 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2010.12.010>
- Daly, S. B. (2015). Secure body attachment and the prevention of eating disorders: A case application. *Smith College Studies in Social Work*, *85*(3), 311-329. <https://doi.org/10.1080/00377317.2015.1067425>

- Davison, T. E., y McCabe, M. P. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles* 52(7), 463-475. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-3712-z>
- de la Rie, S. M., Noordenbos, G., y van Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14(6), 1511-1522. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0585-0>
- Delgado, I., Oliva, A., y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología*, 27(1), 155-163.
- Delgado, L., Penelo, E., Fornieles, A., Brun-Gasca, C., y Ollé, M. (2016). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Inventario de Apego a Padres y Pares para Adolescentes (IPPA). *Universitas Psychologica*, 15(1), 327-3338. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-Lefci>
- Demidenko, N., Tasca, G.A., Kennedy, N., y Bissada, H. (2010). The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with and eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(10), 1131-1152. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.10.1131>
- Dogan, O., Bayhan, P., Yukselen, A., e Isitan, S. (2018). Body image in adolescents and its relationship to socio-cultural factors. *Educational Sciences-Theory & Practice*, 18(3), 561-577. <https://doi.org/10.12738/estp.2018.3.0569>
- Dohnt, H. K., y Tiggemann, M. (2006). The contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-esteem in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 42(5), 929-936. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.929>
- Doll, H. A., Petersen, S. E., y Stewart-Brown, S. L. (2005). Eating disorders and emotional and physical well-being: Associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Quality of Life Research*, 14(3), 705-717. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-0792-0>
- Dooley, B., Fitzgerald, A., y Giollabhui, N. M. (2015). The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of Irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 93-105. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.83>
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., y Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(8), 1311-1324. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9764-6>
- Dunstan, C. J., Paxton, S. J., y McLean, S. A. (2017). An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings. *Eating Behaviors*, 25, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.016>
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M., y Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48(3), 177-193. <https://doi.org/10.1080/00207594.2013.804189>

- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Favaro, A., Caregari, L., Tenconi, E., Bosello, R., y Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1715-1721. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05176blu>
- Fearon, R. M. P., y Roisman, G. I. (2017). Attachment theory: progress and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.002>
- Fenning, S., y Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), 32-39. <https://doi.org/10.3109/08039480903265751>
- Ferreiro, F., Seoane, G., y Senra, C. (2014). Toward understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: a longitudinal study during adolescence. *Journal of Adolescence*, 37(1), 73-84. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.10.013>
- Fichter, M. M., y Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 391-401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Fredrickson, B. L., y Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678>
- Fredrickson, B. L., y Roberts, T-A. (1997). Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21 (2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402>
- Gander, M., Sevecke, K., y Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6, 1136. <https://doi.org/10.3389/fpsyq.2015.01136>
- Ganem, P. A., Heer, H. D., y Morera, O. F. (2009). Does body dissatisfaction predict mental health outcomes in a sample of predominantly Hispanic college students? *Personality and Individual Differences*, 46(4), 557-561. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9535-4>
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11(3), 263-284.
- Gelman, A., Meng, X. L., y Stern, H. (1996). Posterior predictive assessment of model fitness via realized discrepancies. *Statistica Sinica*, 6, 733-807.
- Gelman, A., y Rubin, D. (1992). Inference from iterative simulation using multiple sequences. *Statistical Science*, 7, 457-472. <https://doi.org/10.1214/ss/1177011136>
- Gelso, C., y Fretz, B. (2001). *Counseling psychology* (2nd ed.). Harcourt.

- George, C., Kaplan, N., y Main, M. (1996). *The Adult Attachment Interview*. University of California.
- George, C., y West, M. L. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture System: Attachment Theory and Assessment in Adults*. Guilford Press.
- Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., y Flament, M. F. (2015). Mood disorders in eating disorder patients: prevalence and chronology of ONSET. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.039>
- Gonçalves, S., Machado, B. C., Martins, C., Hoek, H. W., y Machado, P. P. (2016). Retrospective correlates for bulimia nervosa: A matched case-control study. *European Eating Disorders Review*, *24*(3), 197-205. <https://doi.org/10.1002/erv.2434>
- González-Pinto, A., Failde, I., Rodríguez, C., Fernández de Corres, B., Enjuto, S., Ramírez, F., y López, F. (2004). Purging behaviors and comorbidity as predictive factors of quality of life in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *36*(4), 445-450. <https://doi.org/10.1002/eat.20058>
- González, A., Kohn, M. R., y Clarke, S. D. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, *36*(8), 614-619.
- Greenwood, D. N., Pietromonaco, P. R., y Long, C. R. (2008). Young women's attachment style and interpersonal engagement with female TV stars. *Journal of Social and Personal Relationships*, *25*(3), 387-407. <https://doi.org/10.1177/0265407507087964>
- Grenon, R., Tasca, G.A., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G., y Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*, *19*, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.005>
- Griffiths, S., Hay, P., Mitchison, D., Mond, J. M., McLean, S. A., Rodgers, B., Massey, R., y Paxton, S. J. (2016). Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *40*(6), 518-522. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12538>
- Grilo, C. M. (2013). Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 208-211. <https://doi.org/10.1002/eat.22082>
- Grogan, S. (2017) *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3rd ed.). Routledge.
- Grzegorzewska, I., y Farnicka, M. (2016). Attachment and the risk of mental health disorders during adolescence. *Health Psychology Report*, *4*(1), 8-15. <https://doi.org/10.5114/hpr.2016.54545>
- Guest, E., Costa, B., Williamson, H., Meyrick, J., Halliwell, E., y Harcourt, D. (2019). The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. *Body Image*, *30*, 10-25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.04.002>

- Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E., y Austin, S. B. (2010). Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(4), 336-343. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.19>
- Hartup, W. W. (1993). Adolescents and their friends. En B. Laursen (Ed.), *New directions for child development: Close friendships in adolescence* (pp. 3-22). Jossey-Bass.
- Hay, P. (2003). Quality of life and bulimic eating disorder behaviours: Findings from a community-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 434-442. <https://doi.org/10.1002/eat.10162>
- Hebl, M. R., King, E. B., y Lin, J. (2004). The swimsuit becomes us all: ethnicity, gender, and vulnerability to self-objectification. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 30(10), 1322-1331.
- Heron, K. E., Mason, T. B., Sutton, T. G., y Myers, T. A. (2015). Evaluating the real-world predictive validity of the Body Image Quality of Life Inventory using ecological momentary assessment. *Body Image*, 15, 105-108. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.004>
- Herpetz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 177-196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60306-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60306-8)
- Hoek, H. W. (2014). Epidemiology of eating disorders in persons other than the high-risk group of young Western females. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 423-425.
- Holder, M.D., y Keates, J. (2006). Size of drawings influences body size estimates by women with and without eating concerns. *Body Image*, 3(1), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.10.002>
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four factor index of social status*. Unpublished manuscript. Yale University.
- Homan K. (2010). Athletic-ideal and thing-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image*, 7(3), 240-45. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.02.004>
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E., y Zalsman, G. (2015). Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.004>
- Hosseini, E., Talepasand, S., y Boogar, I. R. (2017). Body image and eating problems: Testing a tripartite model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(2), 192-207. <https://doi.org/10-29252/nirp-ijpcp.23.2.192>
- Hübel, C., Leppä, V., Breen, G., y Bulik, C. M. (2018). Rigor and reproducibility in genetic research on eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 51(7), 593-607. <https://doi.org/10.1002/eat.22896>

- Iannantuono, A.C., y Tylka, T.L. (2012). Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. *Body Image*, 9(2), 227-235. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.004>
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., y Bissada, H. (2011). Attachment dimensions and group climate growth in a sample of women seeking treatment for an eating disorder. *Psychiatry*, 74(3), 237-251. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.3.255>
- Islam, M. A., Steiger, H., Jimenez-Murcia, S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z., Castro, R., Sánchez, I., Riesco, N., Menchón, J. M., y Fernández-Aranda, F. (2015). Non-suicidal self-injury in different eating disorder types: Relevance of personality traits and gender. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 553-560. <https://doi.org/10.1002/erv.2374>
- Izquierdo Moreno, C. (2006). *Adolescencia: Guía útil para padres, maestros y jóvenes*. Paulinas Editorial.
- Jacobson, H. L., Hall, E. L., y Anderson, T. L. (2013). Theology and the body: Sanctification and bodily experiences. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(1), 41-50. <https://doi.org/10.1037/a0028042>
- Jáuregui-Lobera, I., y Bolaños-Ríos, P. (2011a). Body image quality of life in eating disorders. *Patient Preference and Adherence*, 5, 109-116. <https://doi.org/10.2147/PPA.S17452>
- Jáuregui-Lobera, I., y Bolaños-Ríos, P. (2011b). Spanish version of the Body Appreciation Scale (BAS) for adolescents. *Spanish Journal Psychology*, 14(01), 411-20. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.37
- Jáuregui-Lobera, I., y Bolaños-Ríos, P. (2011c). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63-72. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S16201>
- Johnson, F., y Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospect analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 119–125. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.119>
- Juli, M. R. (2017). Perception of body image in early adolescence. An investigation in secondary schools. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 409-415.
- Juli, M. R. (2019). The “Imperfect Beauty” in Eating Disorders. *Psychiatria Danubina*, 31(1), 447-451.
- Kaufman, A. R., y Augustson, E. M. (2008). Predictors of regular cigarette smoking among adolescent females: does body image matter? *Nicotine & Tobacco Research*, 10(8), 1301-1309. <https://doi.org/10.1080/14622200802238985>
- Keating, L., Tasca, G.A., y Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 366-373. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.013>
- Keel, P. K., y Brown, T. A. (2010). Update on Course and Outcome in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204. <https://doi.org/10.1002/eat20810>
- Keski-Rahkonen, A., y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk

- factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Keskin, G., y Çam, O. (2010). Adolescent's strenghts and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 433-441. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01540.x>
- Kessler, R. C., y Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115-129. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847>
- King, T. K., Matacin, M., White, K. S., y Marcus, B. H. (2005). A prospective examination of body image and smoking cessation in women. *Body Image* 2(1), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.01.003>
- Kleemans, M., Daalmans, S., Carbaat, I., y Anschütz, D. (2018). Picture perfect: the direct effect of manipulated Instagram photos on body image in adolescent girls. *Media Psychology*, 21(1), 93-110. <https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1257392>
- Kolar, D. R., Mejía Rodríguez, D. L., Chams, M. M., y Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Koskina, N., y Giovazolias, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: the role of body dissatisfaction. *The Journal of Psychology*, 144(5), 449-471. <https://doi.org/10.1080/00223980.2010.496651>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Multi-Health Systems, Inc.
- Kroon van Diest, A. M., Pérez, M., Smith, H., y Sladek, M. R. (2016). 'Body dissatisfaction and its correlates in 5-to 7-year old girls: A social learning experiment'. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 00(00), 1-13. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1157758>
- Kroon van Diest, A. M., y Tylka, T. L. (2010). The Caregiver Eating Messages Scale: Development and psychometric investigation. *Body Image*, 7(4), 317-326. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.06.002>
- Kuipers, S., y Bekker, H.J. (2012). Attachment, Mentalization and Eating Disorders: A review of studies using the Adult Attachment Interview. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4), 326-336. <https://doi.org/10.2174/157340012803520478>
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., y Regier, D. A. (2013). DSM-5-the future arrived. *JAMA*, 309(16), 1691-1692. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2298>
- Larson, R. W., Richards, M. H., Moneta, G., Holmbeck, G., y Duckett, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32, 744-754.
- Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P., y Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 53, 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>

- Leahey, T. M., Crowther, J. H., y Mickelson, K. D. (2007). The frequency, nature, and effects of naturally occurring appearance-focused social comparison. *Behaviour Therapy*, 38(2), 132-143. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.06.004>
- Lev-Ari, L., Baumgarten-Katz, I., y Zohar, A.H. (2014). Show me your friends, and I shall show you who you are: The way attachment and social comparisons influence body dissatisfaction. *European Eating Disorder Review*, 22(6), 463-469. <https://doi.org/10.1002/erv.2325>
- Levine, M. P., y Smolak, L. (2018). *Prevention of negative body image, disordered eating, and eating disorders: an update. Annual review of eating disorders*. CRC Press.
- Levison, C. A., Zerwas, S., Calebs, B., Forbush, K., Kordy, H., Watson, H., Hofmeier, S., Levine, M., Crosby, R. D., Peat, C., Runfola, C. D., Zimmer, B., Moesner, M., Marcus, M. D., y Bulik, C. M. (2017). The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: a network analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 340-354. <https://doi.org/10.1037/abn0000254>
- Litmanen, J., Fröjd, S., Marttunen, M., Isomaa, R., y Kaltiala-Heino, R. (2017). Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(1), 61-66. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1224272>
- Llanes-Álvarez, C., Andrés-de Llano, J. M., Álvarez-Navares, A. I., Pastor-Hidalto, M. T., Roncero, C., y Franco-Martin, M. A. (2019). Trends in psychiatric hospitalization of children and adolescents in Spain between 2005 and 2015. *Journal of Clinical Medicine*, 8(12), 2111. <https://doi.org/10.3390/jcm8122111>
- Madowitz, J., Matheson, B. E., y Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders*, 20(3), 291-293. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y>
- Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-desorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Ablex.
- Mäkinen, M., Puuko-Viertomies, L-R., Lindberg, N., Siimes, M. A., y Aalberg, V. (2012). Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits. *BMC Psychiatry*, 12, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-35>
- Manaf, N. A., Saravannan, C., y Zuhrah, B. (2016). The prevalence and inter-relationship of negative body image perception, depression and susceptibility to eating disorders among female medical undergraduate students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(3), 1-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/16678.7341>
- Manago, A. M., Ward, L., Lemm, K. M., Reed, L., y Seabrook, R. (2015). Facebook involvement, objectified body consciousness, body shame, and sexual assertiveness in college women and men. *Sex Roles*, 72, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0441-1>
- Marion, D., Laursen, B., Zettergren, P., y Bergman, L.R. (2013). Predicting life satisfaction during middle adulthood from peer relationships during mid-

- adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1299-1307.
<https://doi.org/10.1007/s10964-013-9969-6>
- Markey, C. N. (2010). Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387-1391.
<https://doi.org/10.1007/s10964-010-9510-0>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Mason, T. B., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Strauman, T. J., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Le Grande, D., y Klein, M. H. (2016). Self-discrepancy and eating disorder symptoms across eating disorder diagnostic groups. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 541-545.
<https://doi.org/10.1002/erv.2483>
- McComish, J. F. (2015). Infant mental health and attachment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(2), 63-64.
<https://doi.org/10.1111/jcap.12114>
- McElhaney, K. B., Allen, J. P., Stephenson, J. C., y Hare, A. L. (2009). Attachment and autonomy during adolescence. En Lerner, R. y Steinberg, L. (Eds.). *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed., Vol. 1, pp. 358-403). John Wiley y Sons, Inc.
- McLaren, L., Hardy, R., y Kuh, D. (2003). Women's body satisfaction at midlife and lifetime body size: a prospective study. *Health Psychology* 22(4), 370-377.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.2>
- McLean, S. A., y Paxton, S. J. (2019). Body image in the context of eating disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(1), 145-156.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003>
- McLewin, L. A., y Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 171-191.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.10.004>
- Meesters, C., Muris, P., Hoefnagels, C., y van Gemert, M. (2007). Social and family correlates of eating problems and muscle preoccupation in young adolescents. *Eating Behaviors*, 8(1), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.02.002>
- Mendelson, B., y White, D. (1985). Development of self-body esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 21, 90-96.
- Menzel, J. E., y Levine, M. P. (2011). Embodying experiences and the promotion of positive body image: The example of competitive athletics. En R. M. Calogero, S. Tantleff-Dunn y J. K. Thompson (Eds.). *Self-objectification in women: Causes, consequences, and counteractions* (pp. 163-186). American Psychological Association.
- Merikangas, K. R., He, J., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., y Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75-81.
<https://doi.org/10.1542/peds.2008-2598>
- Micali, N., de Stavola, B., Ploubidis, G., Simonoff, E., Treasure, J., y Field, A. E. (2015). Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: gender-specific

- effects of child, maternal and family risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 320-327. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152371>
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., y Treasure, J. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the general practice research database. *BMJ Open*, 3(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646>
- Mond, J. M., y Hay, P. J. (2005). How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14(6), 539-552. <https://doi.org/10.1080/09638230500400274>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., y Beumont, P. J. V. (2004). Temporal stability of the eating disorder examination questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 195-203. <https://doi.org/10.1002/eat.20017>
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., Zamponi, F., Mancini, M., Stanghellini, G., Monteleone, P., Treasure, J., y Maj, M. (2017). Embodiment mediates the relationship between avoidant attachment and eating disorder psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 461-468. <https://doi.org/10.1002/erv.2536>
- Murray, K., Rieger, E., y Byrne, D. (2018). Body image predictors of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Adolescence*, 69, 130-139. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.10.002>
- Mushquash, A. R., y Sherry, S. B. (2013). Testing the perfectionism model of binge eating in mother-daughter dyads: A mixed longitudinal and daily diary study. *Eating Behaviors*, 14(2), 171-179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.02.002>
- Musolino, C., Warin, M., Wade, T., y Gilchrist, P. (2015). 'Healthy anorexia': The complexity of care in disordered eating. *Social Science & Medicine*, 139, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.030>
- Muthén, B., y Asparouhov, T. (2012). Bayesian structural equation modeling: A more flexible representation of substantive theory. *Psychological Methods*, 17, 313-335. <https://doi.org/10.1037/a0026802>
- Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (2017). *Mplus user's guide* (8th ed.). Muthén & Muthén.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neumark-Sztainer, D. R., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., y Story, M. (2006). Does body dissatisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.001>
- Norris, M. L., Apsimon, M., Harrison, M., Obeid, N., Buchholz, A., Henderson, K. A., y Spettigue, W. (2012). An examination of medical and psychological morbidity in adolescent males with eating disorders. *Eating Disorders*, 20(5), 405-415. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715520>

- O'Dea, J. A. (2004). Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eating Disorders*, 12(3), 225-239. <https://doi.org/10.1080/106440260490481438>
- O'Dea, J., y Maloney, D. (2000). Preventing eating and body image problems in children and adolescents using the health promoting schools framework. *Journal of School Health*, 70(1), 18-21. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561-2000.tb06441.x>
- O'Garro, K. N., Morgan, K. A. D., Hill, L. K., Reid, P., Simpson, D., Lee, H., y Edwards, C. L. (2019). Internalization of western ideals on appearance and self-esteem in jamaican undergraduate students. *Culture, medicine and psychiatry*. <https://doi.org/10.007/s11013-019-09652-7>
- Ogden, J., y Steward, J. (2000). The role of the mother daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders* 28(1), 78-83. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:13.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:13.CO;2-N)
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/4236>
- Ortiz Barón, M. J., y Yáñez Yaben, S. (1993). *Teoría del apego y las relaciones afectivas*. Universidad del País Vasco, Servicio de Publicaciones.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 421-435. <https://doi.org/10.1023/A:1021141612634>
- Pace, U., Cacioppo, M., y Schimmenti, A. (2012). The moderating role of father's care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 282-292. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0269-7>
- Padierna, A., Quintana, J. M., Arostegui, I., Gonzalez, N., y Horcajo, M. J. (2000). The health-related quality of life in eating disorders. *Quality of Life Research*, 9(6), 667-674. <https://doi.org/10.1023/a:1008973106611>
- Paris, J. (2013). *The intelligent clinician's guide to DSM-5*. Oxford University Press.
- Park, R.J., y Beaudet, M. P. (2007). Eating attitudes and their correlates among Canadian women concerned about their weight. *European Eating Disorders Review*, 15, 311-320. <https://doi.org/10.1002/erv.741>
- Patton, S.C., Beaujean, A., y Benedict, H.E. (2014). Parental bonds, attachment anxiety, media susceptibility, and body dissatisfaction: a mediation model. *Developmental Psychology*, 50, 2124-33. <https://doi.org/10.1037/a0037111>
- Pauli-Pott, U., Becker, K., Albayrak, O., Hebebrand, J., y Pott, W. (2013). Links between psychopathological symptoms and disordered eating behaviors in overweight/obese youths. *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 156-163. <https://doi.org/10.1002/eat.22055>

- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., y Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 539-549. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_5
- Peláez-Fernández, M. A., Raich, R. M., y Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*, 1(1), 62-75.
- Perpiña, C. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 1, pp. 403-421). McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.
- Phares, V., Steinberg, A. R., y Thompson, J. K. (2004). Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth, and psychological functioning in preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 421-429. <https://doi.org/10.1023/B:JOYO.0000037634.18749.20>
- Pike, K., Hoek, H. W., y Dunne, P. E. (2014). Recent cultural trends and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 436-442. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000100>
- Pinquart, M., Feusner, C., y Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development*, 15(2), 189-218. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.746257>
- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image* 14, 146-157. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.008>
- Pruzinski, T., y Cash, T. (1990). Integrative themes in body image development, deviance, and change. En T. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body images. Development, deviance, and change*. Guilford Press.
- Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Dusing, R., Buhlmann, U., y Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 864. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00864>
- Rabito-Alcón, M. F., y Rodríguez-Molina, J. M. (2016). Body dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 97-104. <https://doi.org/10.59.44/rppc.vol.21.num.2.2016.16991>
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva de la salud de la imagen corporal. *Universidad Autónoma de Barcelona*, 22, 15-27.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., y Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 123. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>

- Ridolfi, D. R., y Crowther, J. H. (2013). The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: a critical review of the literature and new integrated model for women. *Body Image*, *10*(2), 149-162. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.11.003>
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., y Mobassarrah, N. J. (2012). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, *20*(4), 157-161. <https://doi.org/10.5214/ans.0973.7531.200409>
- Ringer, F., y Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *15*(2), 119-130. <https://doi.org/10-1002/erv.761>
- Rodgers, R. F., Faure, K., y Chabrol, H. (2009). Gender differences in parental influences on adolescent body dissatisfaction and disordered eating. *Sex Roles*, *61*, 837-849. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9690-9>
- Rodgers, R. F., McLean, S. A., Marques, M., Dunstan, C. J., y Paxton, S. J. (2016). Trajectories of body dissatisfaction and dietary restriction in early adolescent girls: a latent class growth analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, *45*(8), 1664-1677. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-03356-3>
- Rodgers, R. F., McLean, S. A., y Paxton, S. J. (2015). Longitudinal relationships among internalization of the media ideal, peer social comparison, and body dissatisfaction: implications for the tripartite influence model. *Developmental Psychology*, *51*(5), 706-713. <https://doi.org/10.1037/dev0000013>
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., y Chabrol, H. (2010). Depression as a moderator of sociocultural influences on eating disorder symptoms in adolescent females and males. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(4), 393-402. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9431-y>
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., y McLean, S. A. (2014). A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth Adolescence*, *43*, 814-823. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0013-7>
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, *20*(1), 131-137.
- Rodríguez-Sacristán, J., Cadorze, D., Rodríguez J, Gómez-Añón, M.L., Benjumea, P., y Pérez, J. (1984). Sistemas objetivos de medida: experiencia con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (CEDI). Modificado de Kovacs y Beck. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, *3*, 65-74.
- Rohde, P., Stice, E., y Marti, C. N. (2015). Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors during Adolescence: Implications for Prevention Efforts. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(2), 187-198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., Luisa Vila, M., y Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, *227*(1), 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015>

- Rosen, J. C. (1995). Assessment and treatment of body disturbance. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. Guilford Press.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Paidós.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. <https://doi.org/10.1017/S0033291700031974>
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., y Koivisto, A. M. (2005). Are there differences in the attitudinal body image between adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa? *Eating and Weight Disorders*, 10, 98–106. <https://doi.org/10.1007.BF03327531>
- Salaberría, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., y Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual and Behavioral Science*, 2(1-2), 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>
- Saroj, K.H., y Hannum, J.W. (2012). Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. *Body Image*, 9(4), 469-475. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.06.003>
- Schaffer, H. R., y Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29(3), 1-77. <https://doi.org/10.2307/1165727>
- Scharf, M., y Mayseless, O. (2007). Putting eggs in more than one basket: A new look at developmental processes of attachment in adolescence. En M. Scharf y O. Mayseless (Eds.), *Attachment in Adolescence: Reflections and New Angles: New Directions for Child and Adolescent Development* (pp. 1-22). Wiley.
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Kegan Paul, Trench Trubner and Co.
- Schneider, S., Frieler, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., y Salbach-Andrae, H. (2009). Comparison of body size estimation in adolescents with different types of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 468-475. <https://doi.org/10.1002/erv.956>
- Schooler, D. (2013). Early adolescent body image predicts subsequent condom use behavior among girls. *Sexuality Research and Social Policy*, 10, 52-61. <https://doi.org/10.1007/s13178-012-0099-9>
- Schutz, H. K., y Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 67-83. <https://doi.org/10.1348/014466506X115993>
- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14 <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

- Sepúlveda, A. R., Botella, J., y León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13, 7-16
- Sharpe, H., Schober, I., Treasure, J., y Schmidt, U. (2014). The role of high-quality friendships in female adolescents' eating pathology and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders*, 19(2), 159-168. <https://doi.org/10.1007/40519-014-0113-8>
- Shaw, H. E., Stice, E., y Springer, D. W. (2004). Perfectionism, body dissatisfaction and self-esteem in predicting bulimic symptomatology: Lack of replication. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 41-47. <https://doi.org/10.1002/eat.20016>
- Silver, N. C., Ullman, J., y Picker, C. J. (2015). COMPCOR: A computer program for comparing correlations using confidence intervals. *Psychology and Cognitive Sciences*, 1(1), 26-28. <https://doi.org/10.17140/PCSOJ-1-104>
- Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 20-22. <https://doi.org/10.1192/S9997125000298930>
- Slade, P. D., y Russell, G. F. M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Donker, G. A., Susser, E. S., Oldehinkel, A. L., y Hoek, H. W. (2016). Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 46(6), 1189-1196. <https://doi.org/10.1017/S003329171500272X>
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., y Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 543-548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013E328365a24f>
- Smith, A. J. (2010). Body image, eating disorders and self-esteem problems during adolescence. En M. H. Guindon (Ed.), *Self-esteem across the lifespan: Issues and interventions* (pp. 125-141). Taylor & Francis Group.
- Smith, E. S., Sarah, J. E., Julia, L. A., Jaime, L. W., Denise, N. L., y Paul, C. A. (2016). Mother-Daughter Relationship Quality and Body Image in Preadolescent Girls. *Journal of Child and Family Studies*, 25(9), 2683- 2694. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0452-3>
- Smolak, L., y Cash, T. F. (2011). Future challenges for body image science, practice, and prevention. In T. F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 471-478). Guilford Press.
- Smolak, L., Levine, M. P., y Schermer, F. A. (1998). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), 339-353. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(97\)00259-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(97)00259-6)
- Soares, I., y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.

- Sobanko, J. F., Dai, J., Gelfand, J. M., Sarwer, D. B., y Percec, I. (2018). Prospective cohort study investigating changes in body image, quality of life, and self-esteem following minimally invasive cosmetic procedures. *Dermatologic Surgery*, *44*(8), 1121-1128. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000001523>
- Solmi, M., Gallicchio, D., Collantoni, E., Correll, C. U., Clementi, M., Pinato, C., Forzan, M., Cassina, M., Fontana, F., Giannunzio, V., Piva, I., Siani, R., Salvo, P., Santonastaso, P., Tenconi, E., Veronese, N., y Favaro, A. (2016). Serotonin transporter gene polymorphism in eating disorders: Data from a new biobank and META-analysis of previous studies. *World Journal of Biological Psychiatry*, *17*(4), 244-257. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1126675>
- Sonneville, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F., y Field, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA Pediatrics*, *167*(2), 149-155. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapediatrics.12>
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., y Horne, R. L. (1993). Binge eating disorders: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, *13*(2), 137-153. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199303\)13\(2\), 137-153](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199303)13(2), 137-153)
- Steinberg, L., y Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. En I. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. I, pp. 103-133). Lawrence Erlbaum Associates.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(1), 124-135. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.124>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *128*(5), 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stice, E. (2003). Puberty and body image. En C. Hayward (Ed.), *Gender differences at puberty* (pp. 61-71). Cambridge University Press.
- Stice, E., y Bearman, S. K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, *37*(5), 597-607. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.5.597>
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., y Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(1), 38-51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., y Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(3), 438-444. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.438>
- Stice, E., Shaw, H., y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>

- Strauman, T. J., Vookles, J., Berenstein, V., Chaiken, S., y Higgins, E. T. (1991). Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 946-956. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.6.946>
- Stunkard, A. J. (1958). The management of obesity. *New York Journal of Medicine*, 58, 79-87.
- Su, X., Liang, H., Yuan, W., Olsen, J., Cnattingius, S., y Li, J. (2016). Prenatal and early life stress and risk of eating disorders in adolescent girls and young women. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1245-1253. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0848-z>
- Suisman, J., y Klump, K. (2011). Genetic and neuroscientific perspectives on body image. En T. F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 29-38). Guilford Press.
- Sundgot-Borgen, C., Bratland-Sanda, S., Engen, K. M. E., Pettersen, G., Friborg, O., Torstveit, M. K., Kolle, E., Piran, N., Sundgot-Borgen, J., y Rosenvinge, J. H. (2018). The Norwegian healthy body image programme: Study protocol for a randomized controlled school-based intervention to promote positive body image and prevent disordered eating among Norwegian high school students. *BMC Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0221-8>
- Sutter, C., Nishina, A., y Adams, R. E. (2015). How you look versus how you feel: associations between BMI z-score, body dissatisfaction, peer victimization, and self-worth for African American and White adolescents. *Journal of Adolescence*, 43, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.05.002>
- Swami, V., Begum, S., y Petrides, K. V. (2009). Associations between trait emotional intelligence, actual-ideal weight discrepancy, and positive body image. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.009>
- Swami, V., Stieger, S., Haubner, T., y Voracek, M. (2008). German translation and psychometric evaluation of the Body Appreciation Scale. *Body Image*, 5, 122-127. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.10.002>
- Swami, V., Tran, U.S., Stieger, S., Voracek, M., y The Youbeauty.com Team. (2014). Associations between women's body image and happiness: Results of the YouBeauty.com Body Image Survey (YBIS). *Journal of Happiness Studies*, 16(3), 705-718. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9530-7>
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grande, D., Swendsen, J., y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Szalai, T.D., Czeglédi, E., Vargha, A., y Grezsa, F. (2017). Parental attachment and body satisfaction in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4), 1007-1017. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0626-z>
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Schvey, N. A., Olsen, C. H., Gustafson, J., y Yanovski, J. A. (2009). A prospective study of loss of control eating for body

- weight gain in children at high risk for adult obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 26-30. <https://doi.org/10.1002/eat20580>
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current Opinion in Psychology*, 25, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.003>
- Tasca, G. A., y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tasca, G.A., Kowal, J., Balfour, L., Ritchie, K., Virley, B., y Bissada, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment of an eating disorders. *Eating Behavior*, 7(3), 252-257. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.09.004>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., Demidenko, N., Hayden, G., Wong, A., y Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 926-933. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004>
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Kryszanski, V., Balfour, L., y Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: the mediating role of affect regulation strategies. *Pers Individ Differ*, 47(6), 662-667. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.006>
- Thompson, J. K. (1990). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Pergamon Press.
- Thompson, J. K. (2004). *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Wiley.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.
- Thompson, J. K., y Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Direction in Psychological Science*, 10, 181-183. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144>
- Tiggemann, M. (2013). Objectification theory: of relevance for eating disorder researchers and clinicians? *Clinical Psychology*, 17(2), 35-45. <https://doi.org/10.1111/cp.12010>
- Tiggemann, M., y McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624-627. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>
- Tod, D., y Edwards, C. (2015). Relationships among muscle dysmorphia characteristics, body image quality of life, and coping in males. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18(5), 585-589. <https://doi.org/10.1016/j.isams.2014.07.015>
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 147-151. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x>

- Triana, R., Keliat, B. A., Wardani, I. Y., Sulstiowati, N. M., y Veronika, M. A. (2019). Understanding the protective factors (self-esteem, family relationships, social support) and adolescents' mental health in Jakarta. *Enfermería Clínica*, 29(2), 629-633. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.096>
- Troisi, A., di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R., Di Pasquale, C., y Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204923.09390.5b>
- Tylka, T. L. (2012). Positive psychology perspective on body image. En T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (Vol. 2, pp. 657-663). Academic Press.
- Tylka, T. L., y Kroon van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137-153 <https://doi.org/10.1037/a0030893>
- Tylka, T. L., y Wood-Barcalow, N. L. (2015a). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14(1), 1121-1128. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Tylka, T. L., y Wood-Barcalow, N. L. (2015b). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Uchôa, F. N. M., Uchôa, N. M., Daniele, T. M. D. C., Lustosa, R. P., Garrido, N. D., Deana, N. F., Aranha, Á, C, M., y Alves, N. (2019). Influence of the mass media and body dissatisfaction on the risk in adolescents of developing eating disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091508>
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A, Norring, C., Högdahl, H., y von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294-299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
- Ullsperger, J. M., y Nikolas, M. A. (2017). A meta-analytic review of the association between pubertal timing and psychopathology in adolescence: Are there sex differences in risk? *Psychological Bulletin*, 143(9), 903-938.
- Valverde, P. R., Rivera, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22, 77-83.
- Vandereycken, W. y Meermann, R. (1984). Anorexia nervosa: Is prevention possible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 3, 15-24.
- Van Durme, Braet, C., y Goossens, L. (2015). Insecure attachment and eating pathology in early adolescence: role of emotion regulation. *The Journal of Early Adolescence*, 35(1), 54-78. <https://doi.org/10.1188/0272431614523130>
- Van Hoeken, D., Burns, J. K., y Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Africa. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 372-377. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000274>

- Vázquez, A. R., Galán, J. J., López, A. X., Álvarez, R. G., Manchilla, D. J., Caballero, R.A., y Unikel, S. C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 42-52.
- Vázquez, A., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg. Fiabilidad y validez en población clínica. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Vega, V.C., Roitman, D., y Barrionuevo, J. A. (2011). Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia. Diferencias entre una muestra femenina clínica y no clínica. *Anuario de investigaciones*, 18, 381-398.
- Wang, S. B., Haynos, A. F., Wall, M. M., Chen, C., Eisenberg, M. E., y Newmark-Sztainer, D. (2019). Fifteen-year prevalence, trajectories, and predictors of body dissatisfaction from adolescence to middle adulthood. *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1403-1415. <https://doi.org/10.1177/2167702619859331>
- Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., y MacLellan, A.M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2), 236-245. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.007>
- Webb, J. B., Butler-Ajibade, P., y Robinson, S. A. (2014). Considering and affect regulation framework for examining the association between body dissatisfaction and positive image in Black older adolescent females: Does body mass index matter? *Body Image*, 11(4), 4226-437. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.002>
- Wichstrom, L., y von Soest, T. (2016). Reciprocal relations between body satisfaction and self-esteem: A large 13-year prospective study of adolescents. *Journal of Adolescence*, 47, 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.12.003>
- Wick, K., Leipold-Hass, S., Dye, L., y Straub, B. (2012). Attachment, satisfaction with one's own figure and eating behavior in 13- to 18-year-old female and male adolescents. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 219-226. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000088>
- Williams, E. F., Cash, T. F., y Santos, M. T. (2004). *Positive and negative body image: Precursors, correlates, and consequences* [Paper presentation]. Association for Advancement of Behavior Therapy 38th Annual Meeting. New Orleans, LA, United States.
- Wilson, R. E., Latner, J. D., y Hayashi, K. (2013). More than just body weight: the role of body image in psychological and physical functioning. *Body Image*, 10(4), 644-647. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.007>
- Wojtowicz, A. E., y von Ranson, K. M. (2012). Weighing in on risk factors for body dissatisfaction: a one-year prospective study of middle-adolescent girls. *Body Image*, 9(1), 20-30. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.07.004>
- Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Peterson, C. B., Robinson, M. D., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Smith, T. L., Klein, M. H., Lysne, C. M., y Crow, S. J. (2008). Examining the conceptual model of integrative cognitive-affective therapy for BN: two assessment studies. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 748-754. <https://doi.org/10.1002/eat.20551>
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Smith, T. L., Klein, M., Mitchell, J. E., Crow, S. J., y Engel, S. G. (2010). Integrative cognitive-affective therapy for bulimia

- nervosa. En C. M. Grillo y J. E. Mitchell (Eds.), *The treatment of eating disorders: a clinical handbook* (pp. 317-338). Guilford Press.
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., y Augustus-Horvath, C. L. (2010). "But I like my body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106-116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>
- Yager, Z., Diedrichs, P. C., Ricciardelli, L. A., y Halliwell, E. (2013). What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body Image*, 10(3), 271-281. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.001>
- Yamamiya, Y., Shroff, H., y Thompson, J. K. (2008). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a replication with a Japanese sample. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 88-91. <https://doi.org/10.1002/eat.20444>
- Zachrisson, H. D., y Skårderud, F. (2010). Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 18 (2), 97-106. <https://doi.org/10.1002/erv.999>
- Zanetti, T., Santonastaso, P., Sgaravatti, E., Degortes, D., y Favaro, A. (2013). Clinical and temperamental correlates of Body Image Disturbance in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 32-37. <https://doi.org/10.1002/erv.2190>
- Zeifman, D., y Hazan, C. (2008). Pair bonds as attachments: Reevaluating the evidence. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 436-455). Guildford Press.
- Zou, G. Y. (2007). Toward using confidence intervals to compare correlations. *Psychological Methods*, 12(4), 399-413. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.12.4.399>

8. ANEXOS

8.1 Consentimientos informados

8.1.1. Hoja de información y consentimiento informado para la familia del paciente

INFORMACIÓN PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE



Título del proyecto: **APEGO, IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Investigadora principal: Isabel Laporta Herrero (Psicóloga Clínica).

Lugar de realización: ...

Nos dirigimos a usted como padre/madre de un menor atendido en ... para solicitar su colaboración y la de su hijo/a en este proyecto de investigación. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero.
- Entender la información que contiene el documento.
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias.
- Consultar con su psicólogo de referencia.
- Tomar una decisión meditada.
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Objetivo de la investigación: En nuestro estudio nos planteamos dos objetivos principales; por una parte pretendemos conocer la relación que se establece entre los aspectos positivos de la imagen corporal y la calidad de vida respecto a ésta, y por otra parte, nos interesa determinar qué papel tiene el estilo de apego en la variable insatisfacción corporal. Creemos que nuestro estudio podría conllevar aportaciones novedosas dirigidas tanto a la prevención como al tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Instrumentos de evaluación: Se solicitará una ficha con algunos de sus datos sociodemográficos y que su hijo/a cumplimente los cuatro cuestionarios adjuntos:

- ⇒ **Índice de posición social de Hollingshead** – Formulario de datos personales de la familia (Hollingshead, 1957).
- ⇒ **Cuestionario sobre la Forma Corporal** (*Body Shape Questionnaire*, BSQ-34; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).
- ⇒ **Escala de apreciación corporal** (*Body Appreciation Scale*, BAS; Avalos et al., 2005).
- ⇒ **Inventario sobre Imagen Corporal y Calidad de Vida** (*Body Image Quality of Life Inventory*, BIQLI-SP; Cash y Fleming, 2002).
- ⇒ **Inventario de Apego con los Padres y Pares** (*Inventory of Parent and Peer Attachment*, IPPA; Armsdem y Greenberg, 1987).

Riesgos y molestias: La participación en esta investigación no supone ningún riesgo. Los participantes no se someterán a tratamiento alguno, únicamente cumplimentarán los cinco cuestionarios recibidos. Su cumplimentación dura unos 10 minutos aproximadamente.

Beneficios: Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento, si bien usted contribuirá al avance del conocimiento científico y al beneficio social, que redundará en mejoras concretas de salud en TCA.

Voluntariedad: No tienen ninguna obligación de participar y tanto si deciden participar como si no, su decisión no tendrá ninguna repercusión en la atención que reciba, que será exactamente la misma. En cualquier momento puede revocar este consentimiento. No tiene más que comunicarlo, sin dar explicaciones acerca de sus razones y sin que ello repercuta en la atención que reciba su hijo/a.

Confidencialidad: Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal y a la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su número de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Su identidad y la de su hijo/a queda totalmente garantizada al separarse, mediante la adjudicación de un código, de los resultados obtenidos, por lo que la información de las pruebas siempre estará separada de la información personal. El acceso a la información personal queda restringido a la investigadora principal. Debe conocer que los resultados del estudio sólo se conocerán de forma genérica (esto es, todos los participantes en su conjunto) y no de forma individualizada. Los resultados de la investigación podrán ser comunicados en reuniones científicas y profesionales o en publicaciones científicas, manteniéndose siempre una total confidencialidad sobre la identidad de los participantes.

Pregunte cualquier duda que le surja y, solo si usted está de acuerdo en participar de forma voluntaria en este estudio, rellene el consentimiento que encontrará a continuación. Si le surgen dudas más adelante, pongáse en contacto por correo electrónico a la dirección ...

Muchas gracias por su atención.

Si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

8.1.2. Hoja de información y consentimiento informado para el paciente menor maduro

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE



Título del proyecto: **APEGO, IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Investigadora principal: Isabel Laporta Herrero (Psicóloga Clínica).

Lugar de realización: ...

Nos dirigimos a ti como paciente atendiendo en ... para pedirte tu ayuda en este proyecto de investigación. Tu participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debes:

- Leer este documento entero.
- Entender la información que contiene el documento.
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias.
- Consultar con tu psicólogo de referencia.
- Tomar una decisión meditada.
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente deseas participar.

Objetivo de la investigación: En nuestro estudio nos planteamos dos objetivos principales; por una parte pretendemos conocer la relación que se establece entre los aspectos positivos de la imagen corporal y la calidad de vida respecto a ésta, y por otra parte, nos interesa determinar qué papel tiene el estilo de apego en la variable insatisfacción corporal. Creemos que nuestro estudio podría conllevar aportaciones novedosas dirigidas tanto a la prevención como al tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Instrumentos de evaluación: Se te solicitará una ficha con algunos de tus datos sociodemográficos y que cumplimentes los cinco cuestionarios adjuntos:

- ⇒ **Índice de posición social de Hollingshead** – Formulario de datos personales de la familia (Hollingshead, 1957).
- ⇒ **Cuestionario sobre la Forma Corporal** (*Body Shape Questionnaire*, BSQ-34; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).
- ⇒ **Escala de apreciación corporal** (*Body Appreciation Scale*, BAS; Avalos et al., 2005).
- ⇒ **Inventario sobre Imagen Corporal y Calidad de Vida** (*Body Image Quality of Life Inventory*, BIQLI-SP; Cash y Fleming, 2002).
- ⇒ **Inventario de Apego con los Padres y Pares** (*Inventory of Parent and Peer Attachment*, IPPA; Armsdem y Greenberg, 1987).

Riesgos y molestias: La participación en esta investigación no supone ningún riesgo. No serás sometido a tratamiento alguno, únicamente tendrás que cumplimentar los cinco cuestionarios recibidos. Su cumplimentación dura unos 10 minutos aproximadamente.

Beneficios: No recibirás ninguna compensación económica por tu participación al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento, si bien contribuirás al avance del conocimiento científico y al beneficio social, que conllevará mejoras concretas de salud en TCA.

Voluntariedad: No tienes ninguna obligación de participar y tanto si decides participar como si no, tu decisión no tendrá ninguna repercusión en la atención que recibas, que será exactamente la misma. En cualquier momento puedes cancelar este consentimiento. No tienes más que comunicarlo, sin dar explicaciones acerca de tus razones y sin que ello cambie la atención que recibas.

Confidencialidad: Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal y a la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente. En el estudio no se incluirán tus datos personales: ni tu nombre, ni tu número de historia clínica ni ningún dato que te pueda identificar. Tu identidad queda totalmente garantizada al separarse, mediante la adjudicación de un código, de los resultados obtenidos, por lo que la información de las pruebas siempre estará separada de la información personal. El acceso a la información personal queda restringido a la investigadora principal. Debes conocer que los resultados del estudio sólo se conocerán de forma genérica (esto es, todos los participantes en su conjunto) y no de forma individualizada. Los resultados de la investigación podrán ser comunicados en reuniones científicas y profesionales o en publicaciones científicas, manteniéndose siempre una total confidencialidad sobre la identidad de los participantes.

Pregunta cualquier duda que te surja y, solo si estás de acuerdo en participar de forma voluntaria en este estudio, rellena el consentimiento que encontrarás a continuación. Si te surgen dudas más adelante, ponte en contacto por correo electrónico a la dirección ...

Muchas gracias por tu atención.

Si finalmente deseas participar te rogamos que firmes el documento de consentimiento que se adjunta.

8.1.3. Hoja de información y consentimiento informado para el estudiante

INFORMACIÓN PARA EL ALUMNO



Título del proyecto: **APEGO, IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Investigadora principal: Isabel Laporta Herrero (Psicóloga Clínica).

Lugar de realización: ...

Nos dirigimos a ti como alumno del Instituto de Educación Secundaria de ... para pedirte tu ayuda en este proyecto de investigación. Tu participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debes:

- Leer este documento entero.
- Entender la información que contiene el documento.
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias.
- Consultar tus dudas.
- Tomar una decisión meditada.
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente deseas participar.

Objetivo de la investigación: En nuestro estudio nos planteamos dos objetivos principales; por una parte pretendemos conocer la relación que se establece entre los aspectos positivos de la imagen corporal y la calidad de vida respecto a ésta, y por otra parte, nos interesa determinar qué papel tiene el estilo de apego en la variable insatisfacción corporal. Creemos que nuestro estudio podría conllevar aportaciones novedosas dirigidas tanto a la prevención como al tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Instrumentos de evaluación: Se te solicitará una ficha con algunos de tus datos sociodemográficos y que cumplimentes los cinco cuestionarios adjuntos:

- ⇒ **Índice de posición social de Hollingshead** – Formulario de datos personales de la familia (Hollingshead, 1957).
- ⇒ **Cuestionario sobre la Forma Corporal** (*Body Shape Questionnaire*, BSQ-34; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).
- ⇒ **Escala de apreciación corporal** (*Body Appreciation Scale*, BAS; Avalos et al., 2005).
- ⇒ **Inventario sobre Imagen Corporal y Calidad de Vida** (*Body Image Quality of Life Inventory*, BIQLI-SP; Cash y Fleming, 2002).
- ⇒ **Inventario de Apego con los Padres y Pares** (*Inventory of Parent and Peer Attachment*, IPPA; Armsdem y Greenberg, 1987).

Riesgos y molestias: La participación en esta investigación no supone ningún riesgo. No serás sometido a tratamiento alguno, únicamente tendrás que cumplimentar los cinco cuestionarios recibidos. Su cumplimentación dura unos 10 minutos aproximadamente.

Beneficios: No recibirás ninguna compensación económica por tu participación al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento, si bien contribuirás al avance del conocimiento científico y al beneficio social, que conllevará mejoras concretas de salud en TCA.

Voluntariedad: No tienes ninguna obligación de participar y tanto si decides participar como si no, tu decisión no tendrá ninguna repercusión en la atención escolar que recibas, que será exactamente la misma. En cualquier momento puedes cancelar este consentimiento. No tienes más que comunicarlo, sin dar explicaciones acerca de tus razones y sin que ello cambie la atención que recibas.

Confidencialidad: Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal y a la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente. En el estudio no se incluirán tus datos personales: ni tu nombre ni ningún dato que te pueda identificar. Tu identidad queda totalmente garantizada al separarse, mediante la adjudicación de un código, de los resultados obtenidos, por lo que la información de las pruebas siempre estará separada de la información personal. El acceso a la información personal queda restringido a la investigadora principal. Debes conocer que los resultados del estudio sólo se conocerán de forma genérica (esto es, todos los participantes en su conjunto) y no de forma individualizada. Los resultados de la investigación podrán ser comunicados en reuniones científicas y profesionales o en publicaciones científicas, manteniéndose siempre una total confidencialidad sobre la identidad de los participantes.

Pregunta cualquier duda que te surja y, solo si estás de acuerdo en participar de forma voluntaria en este estudio, rellena el consentimiento que encontrarás a continuación. Si te surgen dudas más adelante, ponte en contacto por correo electrónico a la dirección ...

Muchas gracias por tu atención.

Si finalmente deseas participar te rogamos que firmes el documento de consentimiento que se adjunta.

8.2. Cuestionarios

8.2.1. Índice de posición social de Hollingshead

ÍNDICE DE POSICIÓN SOCIAL DE HOLLINGSHEAD

(Hollingshead, 1979)

Fecha de nacimiento:		Edad:	
Sexo. (Marca una X en M para mujer y V para varón)		M	V
Población:			
Centro Escolar:			
Seguidamente encontrarás un listado de posibles "profesiones" de entre las cuales deberás marcar aquellas que se identifiquen contigo (profesión del padre y de la madre por separado). También se halla una lista de los niveles de estudio, de entre los cuales deberás asimismo marcar el correspondiente tanto al padre como a la madre.			
SITUACIÓN FAMILIAR		(Marcar un X donde corresponda)	
PROFESIÓN DE LOS PADRES	PADRE	MADRE	
Grandes ejecutivos, propietario de grandes empresas y grandes profesionales (presidente de banco, juez, economista, ingeniero, arquitecto, profesor de universidad, veterinario, médico, dentista...).	1	1	
Directores comerciales, propietarios de medianas empresas, y profesionales menores (bibliotecarios, enfermeros, profesor de Bachillerato, ESO, FP...).	2	2	
Personal administrativo, pequeños comerciantes (representantes de ventas, secretaria particular, agentes de seguros, pequeños comercio: panadería, perfumería, floristería, accesorios de automóvil, decoración...).	3	3	
Oficinistas y vendedores (vendedor de grandes o pequeños almacenes).	4	4	
Obreros manuales especializados (peluquero, panadero, carpintero, fontanero, guardia-urbano, cartero, sastre, mecánico de automóvil, oficial de albañilería).	5	5	
Maquinistas y obreros semi-especializados (metalúrgico, soldador, montador, conductor de taxi o autobús, gasolinero, albañil...).	6	6	
Trabajadores no cualificados (basurero, mozo, portero, limpieza, cargador, repartidor, ama de casa...).	7	7	
ESTUDIOS DE LOS PADRES	PADRE	MADRE	
Licenciado universitario	1	1	
Diplomado universitario	2	2	
Con algún curso universitario	3	3	
B.U.P., F.P., o C.O.U.	4	4	
Con algún curso de B.U.P., o F.P.	5	5	
E.G.B	6	6	
Con algún curso de E.G.B.	7	7	

8.2.2. Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA)

INVENTARIO DE APEGO CON PADRES Y PARES

(Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA) de Armsdem y Greemberg (1989)

Adaptado a población española por Delgado et al. (2016)

A continuación te presentamos una serie de situaciones que pueden darse con tu madre o con tu padre y con tus amigos. Léelas con detenimiento y marca la casilla:
1 = Casi nunca es cierto, 2 = Pocas veces es cierto, 3 = Algunas veces es cierto, 4 = Con frecuencia es cierto, 5 = Casi siempre es cierto.

		MADRE	PADRE
1	Mi ... respeta mis sentimientos.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	Siento que mi ... hace un buen trabajo siendo mi madre/padre.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	Mi ... desearía que fuera diferente.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	Mi ... me acepta tal y como soy.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	Me gusta saber la opinión de mi ... cuando hay cosas que me preocupan.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Siento que no tiene sentido que mi ... se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	Mi ... sabe cuándo estoy molesto por algo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8	Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi ... sobre mis problemas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9	Mi ... espera demasiado de mí.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10	Cuando estoy con mi ... me enojo fácilmente.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11	Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mi ... se entera.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12	Cuando discutimos sobre algo, mi ... tiene en cuenta mi punto de vista.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13	Mi ... confía en mi juicio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14	Mi ... tiene sus propios problemas, y por eso yo no le molesto con los míos.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15	Mi ... me ayuda a entenderme mejor a mí mismo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16	Le cuento a mi ... mis problemas y dificultades.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17	Siento rabia hacia mi ...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18	Mi ... no me presta mucha atención.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19	Mi ... me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20	Mi ... me entiende.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21	Cuando tengo rabia por algo, mi ... trata de ser comprensivo/a.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22	Confío en mi ...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
23	Mi ... no entiende por lo que estoy pasando en este momento.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
24	Puedo contar con mi ... cuando necesito desahogarme.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
25	Si mi ... sabe algo que me está molestando, me pregunta sobre el tema.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

		AMIGOS
1	Me gusta saber la opinión de mis amigos cuando hay cosas que me preocupan.	1 2 3 4 5
2	Mis amigos se dan cuenta que estoy molesto por algo.	1 2 3 4 5
3	Cuando discutimos sobre algo, mis amigos tienen en cuenta mi punto de vista.	1 2 3 4 5
4	Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mis amigos sobre mis problemas.	1 2 3 4 5
5	Desearía tener amigos diferentes.	1 2 3 4 5
6	Mis amigos me entienden.	1 2 3 4 5
7	Mis amigos me animan a hablar sobre mis problemas.	1 2 3 4 5
8	Mis amigos me aceptan tal y como soy.	1 2 3 4 5
9	Siento que necesito estar en contacto con mis amigos mucho más seguido.	1 2 3 4 5
10	Mis amigos no entienden por lo que estoy pasando.	1 2 3 4 5
11	Me siento solo o aislado cuando estoy con mis amigos.	1 2 3 4 5
12	Mis amigos me escuchan cuando quiero decir algo.	1 2 3 4 5
13	Siento que mis amigos son buenos amigos.	1 2 3 4 5
14	Me resulta fácil hablar con mis amigos.	1 2 3 4 5
15	Cuando tengo rabia por algo, mis amigos tratan de ser comprensivos.	1 2 3 4 5
16	Mis amigos me ayudan a entenderme mejor a mí mismo.	1 2 3 4 5
17	Mis amigos se preocupan por cómo me siento.	1 2 3 4 5
18	Siento rabia con mis amigos.	1 2 3 4 5
19	Puedo contar con mis amigos cuando necesito desahogarme.	1 2 3 4 5
20	Confío en mis amigos.	1 2 3 4 5
21	Mis amigos respetan mis sentimientos.	1 2 3 4 5
22	Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mis amigos se enteran.	1 2 3 4 5
23	Me parece que mis amigos están molestos conmigo sin razón aparente.	1 2 3 4 5
24	Les puedo contar a mis amigos mis problemas y dificultades.	1 2 3 4 5
25	Si mis amigos saben que algo me está molestando, me preguntan sobre el tema.	1 2 3 4 5

8.2.3. Escala de Autoestima (RSES)

ESCALA DE AUTOESTIMA

(Self-esteem Scale, RSES) de Rosenberg (1965)

Adaptada a población española por Vázquez et al. (2004)

Por favor, contesta a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1 = Muy de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = En desacuerdo, 4 = Muy en desacuerdo.

		1	2	3	4
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.				
3	Creo que tengo varias cualidades buenas.				
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5	Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
8	Desearía valorarme más a mi mismo.				
9	A veces me siento verdaderamente inútil.				
10	A veces pienso que no sirvo para nada.				

8.2.4. Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDII-II)

CUESTIONARIO ESPAÑOL DE DEPRESIÓN INFANTIL

(CEDII-II) de Rodríguez Sacristán et al. (1984)

Adaptada a población española por Kovacs (1992)

En cada pregunta tienes que señalar una frase que sea la que mejor describa cómo te has sentido durante estas dos últimas semanas.

1.

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto hasta una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormirme.
- 3. Me despierto hasta varias horas más temprano de lo que acostumbro y no puedo volver a dormirme.

2.

- 0. Mi apetito no es peor que antes.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2. Mi apetito es mucho peor que ahora.
- 3. Últimamente no tengo nada de apetito.

3.

- 0. No estoy más irritable de lo acostumbrado.
- 1. Me molesto e irrito más fácilmente que antes.
- 2. Últimamente me siento irritable todo el tiempo.
- 3. Ya no me irritan en absoluto las cosas que acostumbran a hacerlo.

4.

- 0. No he perdido el interés en otras personas.
- 1. Estoy menos interesado en otras personas en comparación a como estaba antes.
- 2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.
- 3. He perdido todo el interés en otras personas.

5.

- 0. Yo no me siento un fracasado.
- 1. Pienso que he fracasado más que las demás personas.
- 2. Pienso que en mi vida ha habido una acumulación de fracasos.
- 3. Pienso que soy un fracaso total y completo como persona.

6.

- 0. No suelo sentirme más cansado de lo normal.
- 1. Me canso con mayor facilidad que antes.
- 2. Me canso casi con cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa, no puedo hacer nada sin cansarme.

- 7.
0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 2. Tengo que hacer un esfuerzo demasiado grande para realizar cualquier cosa.
 3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
- 8.
0. No me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Estoy triste casi todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 3. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
- 9.
0. Nunca he pensado en matarme.
 1. He pensado en matarme, pero no lo haría.
 2. Me gustaría matarme.
- 10.
0. No lloro más de lo normal.
 1. Ahora lloro más que antes.
 2. Ahora lloro todo el tiempo.
 3. Antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 11.
0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
 1. No disfruto de las cosas como antes.
 2. No obtengo una satisfacción verdadera con nada.
 3. Estoy descontento y aburrido de todo.
- 12.
0. No me siento pesimista respecto al futuro.
 1. Me siento pesimista respecto al futuro.
 2. Siento que el futuro es para mí descorazonador y que las cosas no mejorarán.
- 13.
0. No creo que mi aspecto sea peor que antes.
 1. Me preocupa parecer más viejo o sin atractivo.
 2. Me siento como si hubiesen cambios permanentes en mi aspecto que me hacen sentirme con menos atractivo.
 3. Creo que mi aspecto es feo.

8.2.5. Cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-40)

CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN

(*Eating Attitudes Test*, EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979)

Adaptado a población española por Castro y cols. (1991)

Responde a las siguientes preguntas:

0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Bastantes veces, 4 = Casi siempre, 5 = Siempre

		0	1	2	3	4	5
1	Me gusta comer con otras personas						
2	Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3	Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas						
4	Me da mucho miedo pesar demasiado						
5	Procuro no comer aunque tenga hambre						
6	Me preocupa mucho por la comida						
7	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (ej. pan, arroz, patatas)						
11	Me siento lleno/a después de las comidas						
12	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13	Vomito después de haber comido						
14	Me siento muy culpable después de haber comido						
15	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17	Me peso varias veces al día						
18	Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19	Disfruto comiendo carne						
20	Me levanto pronto por las mañanas						
21	Cada día como los mismos alimentos						
22	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23	Tengo la menstruación regular						
24	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26	Tardo en comer más que las otras personas						
27	Disfruto comiendo en restaurantes						
28	Tomo laxantes (purgantes)						
29	Procuro no comer alimentos con azúcar						

30	Como alimentos de régimen						
31	Siento que los alimentos controlan mi vida						
32	Me controlo en las comidas						
33	Noto que los demás me presionan para que coma						
34	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35	Tengo estreñimiento						
36	Me siento incómodo/a después de comer dulces						
37	Me comprometo a hacer régimen						
38	Me gusta sentir el estómago vacío						
39	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

8.2.6. Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-40).

CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL (CIMEC-40) de Toro et al. (1994)

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten acerca de su propio cuerpo. No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

1	Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gruesas o delgadas?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
2	¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	Sí, más de 2 <input type="checkbox"/>	Sí, 1 ó 2 <input type="checkbox"/>	No, ninguna <input type="checkbox"/>
3	Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
4	¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
5	¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
6	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
7	Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes de tu cuerpo?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
8	¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
9	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
10	¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>

11	¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) al contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
12	Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
13	¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	Sí, más de 2 veces <input type="checkbox"/>	Sí, 1 ó 2 veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
14	¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
15	¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
16	¿Envidias la delgadez de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
17	¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita”, “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
18	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	Sí, la mayoría <input type="checkbox"/>	Sí, algunas <input type="checkbox"/>	No, ninguna <input type="checkbox"/>
19	¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
20	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
21	¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
22	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?	Sí, más de 3 veces <input type="checkbox"/>	Sí, 1 ó 2 veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
23	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>

24	¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo?	Sí, 2 o más <input type="checkbox"/>	Sí, 1 persona <input type="checkbox"/>	No, nadie <input type="checkbox"/>
25	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
26	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
27	¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	Sí, más de 2 <input type="checkbox"/>	Sí, 1 ó 2 <input type="checkbox"/>	No, ninguna <input type="checkbox"/>
28	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
29	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
30	¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	Sí, más de 2 <input type="checkbox"/>	Sí, 1 ó 2 <input type="checkbox"/>	No, ninguna <input type="checkbox"/>
31	¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
32	¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
33	¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	Sí, siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>
34	¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	Sí, seguro <input type="checkbox"/>	Sí, probab. <input type="checkbox"/>	No, no lo creo <input type="checkbox"/>
35	¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	Sí, muchas veces <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, nunca <input type="checkbox"/>

36	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	Sí, la mayoría <input type="checkbox"/>	Sí, algunas <input type="checkbox"/>	No, ninguna <input type="checkbox"/>
37	¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con tejanos, bañador o ropa interior?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
38	¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>
39	¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas de las que no lo son?	Sí, casi siempre <input type="checkbox"/>	Sí, a veces <input type="checkbox"/>	No, me da igual <input type="checkbox"/>
40	Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer?	Sí, mucho <input type="checkbox"/>	Sí, algo <input type="checkbox"/>	No, nada <input type="checkbox"/>

8.2.7. Cuestionario sobre la Forma Corporal (BSQ-34)

CUESTIONARIO SOBRE LA FORMA CORPORAL

(*Body Shape Questionnaire*, BSQ-34) de Cooper et al. (1987)

Adaptado a población española por Raich et al. (1996)

Responde según cómo te has sentido respecto a tu figura en las últimas cuatro semanas.

0 = Nunca, 1 = Raras veces, 2 = Algunas veces, 3 = A menudo, 4 = Muy a menudo, 5 = Siempre

		0	1	2	3	4	5
1	Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?						
2	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
4	¿Has tenido miedo a engordar?						
5	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?						
6	Sentirte llen@ (ej. después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gord@?						
7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8	¿Has evitado correr para que tu carne no botara?						
9	Estar con chic@s delgad@s, ¿te ha hecho fijarte en tu figura?						
10	¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11	El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho gord@?						
12	Al fijarte en la figura de otr@s chic@s, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13	Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (ej. cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?						
14	Estar desnud@ (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gord@?						
15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gord@?						
18	¿Has evitado ir a actos sociales (ej. una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
19	¿Te has sentido excesivamente gord@ y llen@?						
20	¿Te has sentido acomplexad@ por tu cuerpo?						
21	Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?						
22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (ej. por la mañana)?						
23	¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?						

24	¿Te ha preocupado que otra gente vea “michelines” alrededor de tu cintura o estómago?						
25	¿Has pensado que no es justo que otr@s chic@s sean más delgad@s que tú?						
26	¿Has vomitado para sentirte más delgad@?						
27	Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (ej. sentándote en un sofá o en el autobús)?						
28	¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
29	Verte reflejad@ en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?						
30	¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?						
31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (ej. vestuarios comunes, piscinas, duchas...)?						
32	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgad@?						
33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?						

8.2.8. Escala de Apreciación Corporal (BAS)

ESCALA DE APRECIACIÓN CORPORAL

(*Body Appreciation Scale, BAS*) de Avalos et al. (2005)

Adaptada a población española por Jáuregui y Bolaños (2011b)

La realización de la prueba que viene a continuación es completamente anónima. No obstante, para una adecuada valoración de los resultados, necesitamos que nos indiqués algunos datos:

Edad: _____

Sexo: _____

A continuación leerás algunas frases sobre pensamientos acerca de tu cuerpo. Lee cada una de ellas y escoge la respuesta con la que mejor te identificas en cuanto a lo que piensas respecto a cada frase. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.

1. RESPETO MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

2. ME SIENTO BIEN CON MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

3. EN GENERAL ESTOY SATISFECHO/SATISFECHA CON MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

4. A PESAR DE LOS DEFECTOS, ACEPTO MI CUERPO TAL COMO ES

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

5. SIENTO QUE MI CUERPO TIENE AL MENOS ALGUNAS CUALIDADES BUENAS

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

6. TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

7. ESTOY ATENTO/ATENTA A LAS NECESIDADES DE MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

8. MI AUTOVALORACIÓN ES INDEPENDIENTE DE LA FORMA DE MI CUERPO O DE MI PESO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

9. NO PIERDO MUCHO TIEMPO EN PREOCUPARME POR LA FORMA DE MI CUERPO POR MI PESO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

10. MIS SENTIMIENTOS HACIA EL CUERPO SON POSITIVOS EN SU MAYOR PARTE

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

11. TENGO HÁBITOS SANOS PARA CUIDAR MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

12. NO DEJO QUE IMÁGENES IRREALES DE MUJERES DELGADAS QUE APARECEN EN LOS MEDIOS AFECTEN A LA ACTITUD HACIA MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

13. AUN CON SUS DEFECTOS, ME GUSTA MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

*En la versión para varones, la redacción del ítem 12 es: NO DEJO QUE IMÁGENES IRREALES DE HOMBRES MUSCULOSOS QUE APARECEN EN LOS MEDIOS AFECTEN A LA ACTITUD HACIA MI CUERPO

8.2.9. Inventario de influencia de imagen corporal sobre calidad de vida (BIQLI-SP)

INVENTARIO DE INFLUENCIA DE IMAGEN CORPORAL SOBRE CALIDAD DE VIDA

(*Body Image Quality of Life Inventory*, BIQLI) de Cash y Fleming (2002)

Adaptado a población española por Jáuregui y Bolaños (2011c): BIQLI-SP

Las personas tenemos diferentes percepciones y sentimientos sobre nuestra apariencia física. Esto es lo que se denomina “imagen corporal”. Algunas personas se sienten satisfechas, en general, con su aspecto, mientras que otras no lo están. Además, las personas diferimos en el modo en que nuestra imagen corporal afecta a los distintos aspectos de nuestras vidas. En este sentido, la imagen corporal puede tener efectos positivos o negativos, o bien no afectar de ningún modo a nuestras vidas.

A continuación presentaremos distintos aspectos de su vida en los que puede influir su imagen corporal (columna izquierda). Por favor, rodee con un círculo, en la columna de la derecha que corresponda, el grado en que su imagen corporal afecta a dichos aspectos. Le rogamos que trate de ser lo más exacto y sincero posible cuando emita sus respuestas.

Mi imagen corporal afecta a...	Grado de afectación						
	De manera muy negativa	De manera moderadamente negativa	De manera ligeramente negativa	No tiene ningún efecto	De manera ligeramente positiva	De manera moderadamente positiva	De manera muy positiva
1. Cómo me siento básicamente a mi mismo (es decir, a mis sentimientos de ser una persona adecuada y valiosa)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. Mis sentimientos de ser una persona adecuada como hombre o mujer (es decir, a mis sentimientos de masculinidad o feminidad)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. Mis relaciones con personas del mismo sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. Mis relaciones con personas del otro sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

5. Mis experiencias con la gente nueva que conozco	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. Mis experiencias en el trabajo o en la escuela	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. Mis relaciones con amigos	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. Mis relaciones con los miembros de mi familia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. Mis emociones cotidianas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. La satisfacción con mi propia vida en general	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. Mis sentimientos como compañero sexual (es decir, a mis sentimientos sobre ser aceptado como compañero sexual)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. El disfrute con mi vida sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. Mi capacidad de controlar qué y cuánto como	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14. Mi capacidad de controlar mi peso	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. Mis actividades o prácticas de ejercicio físico	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. Mis ganas de hacer cosas que podrían llamar la atención sobre mi apariencia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. Mis actividades diarias de acicalamiento (p. ej., al vestirme o arreglarme)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. La medida en que me siento seguro/a de mi mismo/a en mi vida diaria	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. La medida en que me siento feliz en mi vida diaria	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3