



Campaña educativa sobre
la salud alimentaria en
Gipuzkoa

CONDUCTAS ALIMENTARIAS, SALUD MENTAL Y ESTILOS DE CRIANZA EN ADOLESCENTES DE GIPUZKOA

 www.delikatuzbizi.com



Un proyecto ideado y producido por:

delikatuz
ORDIZIA

CENTRO DE INTERPRETACIÓN DEL GOIERRI
CENTRO DE LA ALIMENTACIÓN Y LA GASTRONOMÍA



Ordiziako Udala
Ayto. de Ordizia

Colaboradores:



D'ELIKATUZ
CENTRO DE
LA ALIMENTACIÓN
Y LA GASTRONOMÍA

SANTA MARÍA 24
20240 ORDIZIA (GIPUZKOA)
TEL.: 943 882 290
DELIKATUZ@ORDIZIA.ORG

Investigación realizada dentro de la campaña D'ELIKATUZ BIZI.

Proyecto ideado y producido por:

Centro de Alimentación y Gastronomía D'elikatuz
Ayuntamiento de Ordizia

Autores de la investigación:

Alberto Espina Eizaguirre
Iñigo Ochoa de Alda Martínez de Apellániz
María Asunción Ortego Sáenz de Cabezón

Diseño y maquetación:

Arazi IKT, S.L.

Impresión:

Itxaropena, S.A.

Edición:

Noviembre de 2007

Tirada:

200 ejemplares. (Para más información o para obtener la publicación en formato PDF contactar con D'elikatuz: 943882290 o delikatuz@ordizia.org)

ISBN: 978-84-606-4494-1

Depósito legal: S.S. 1723/07



Campaña educativa sobre
la salud alimentaria en
Gipuzkoa

CONDUCTAS ALIMENTARIAS, SALUD MENTAL Y ESTILOS DE CRIANZA EN ADOLESCENTES DE GIPUZKOA

Alberto Espina Eizaguirre

Psiquiatra. Psicoterapeuta. Centro de Psicoterapia y Estudio de la Familia. Málaga. Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistémica.

Iñigo Ochoa de Alda Martínez de Apellániz

Psicólogo. Psicoterapeuta. Centro de Psicoterapia y Estudio de la Familia. San Sebastián-Donostia. Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistémica.

María Asunción Ortego Sáenz de Cabezón

Psicóloga. Pedagoga. Psicoterapeuta. Centro de Psicoterapia y Estudio de la Familia. Málaga. Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistémica.

D'ELIKATUZ BIZI es un proyecto ideado y producido por el Centro de la Alimentación y la Gastronomía D'elikatuz de Ordizia

d'elikatuz
ORDIZIA

CENTRO DE INTERPRETACIÓN DEL GOIERRI
CENTRO DE LA ALIMENTACIÓN Y LA GASTRONOMÍA



Ordiziako Udala
Ayuntamiento de Ordizia

Colaboran:



Asociación Vasca de Psicoterapias
Dinámica y Sistémica
Psikoterapiak, Dinamika eta Sistemika-ren
Euskoedko Elkarteak



Índice

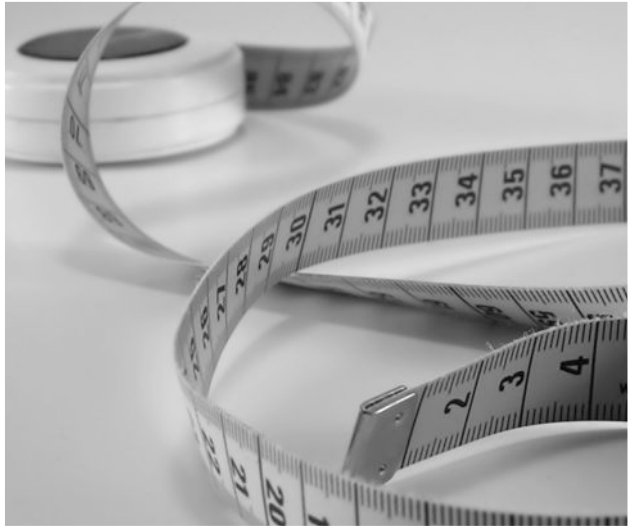
I. PARTE TEÓRICA

1. Trastornos de la conducta alimentaria	9
A. Manifestaciones Clínicas	9
B. Comorbilidad	17
C. Etiopatogenia	19
D. Desarrollo de los TCA	25
E. Epidemiología	27
2. Imagen corporal	33
3. Alexitimia	36
4. Autoestima	38
5. Apego	40
6. Pautas parentales de crianza	42

II. PARTE EMPÍRICA

A. OBJETIVOS	47
B. HIPÓTESIS	48
C. MÉTODO	49
a) Muestra	49
b) Instrumentos	49
c) Procedimiento	52
d) Análisis estadísticos	52

D. RESULTADOS	53
1. Resultados Descriptivos sobre variables sociodemográficas ..	54
2. Resultados sobre conducta alimentaria e imagen corporal ..	58
3. Resultados sobre autoestima	71
4. Resultados sobre alexitimia	72
5. Resultados sobre salud mental (morbilidad psiquiátrica)	75
6. Comparaciones entre el estado de salud mental y otras variables	79
7. Comparaciones en grupos de EAT patológicos / no patológicos	81
8. Comparaciones en grupos con/sin alexitimia	83
9. Comparaciones en grupos de con/sin enfermedad física ..	85
10. Resultados sobre pautas de crianza	87
11. Resultados sobre consumo de alcohol y drogas	98
12. Correlaciones	101
13. Regresiones	104
E. DISCUSIÓN	106
F. CONCLUSIONES	116
BIBLIOGRAFÍA	118

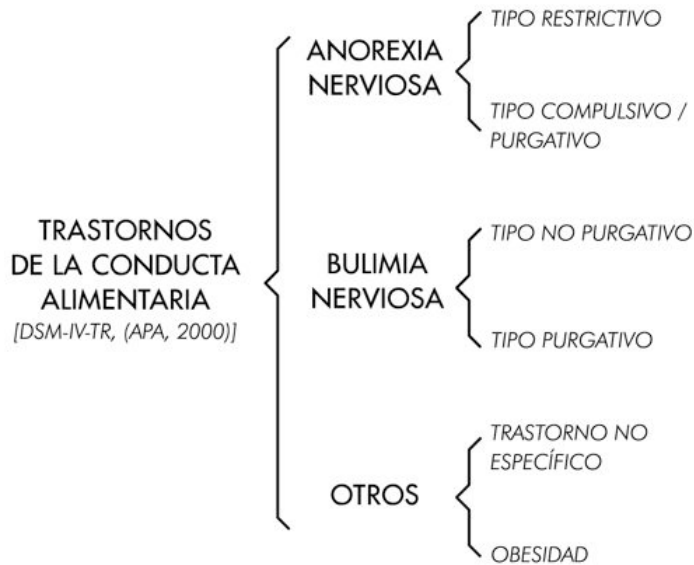


I. PARTE TEÓRICA

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo extremadamente complejo de trastornos con implicaciones físicas, psicológicas y sociales destacadas.

Figura 1. Trastornos de la alimentación. DSM-IV-TR (APA, 2000).



A. Manifestaciones Clínicas:

Las características esenciales de los TCA son el rechazo a mantener un peso mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, en las mujeres con anorexia nerviosa aparece amenorrea. Pero junto a estos síntomas aparecen alteraciones del estado de ánimo, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo (esto último en las anoréxicas restrictivas) y un conjunto de alteraciones biológicas, afectivas, cognitivas y conductuales.

La sintomatología se presenta en diferentes niveles:

1. Nivel físico: (ver tablas 1 y 2).

Tabla 1. Complicaciones físicas de la Anorexia Nerviosa (APA, 2000)

Sistema Orgánico	Síntomas	Signos	Resultados de las pruebas de laboratorio
Todo el cuerpo	Debilidad, lasitud	Malnutrición	Peso/IMC bajo, bajo porcentaje de grasa corporal determinado por evaluación antropométrica o "subacuática"
Sistema nervioso central	Apatía, escasa concentración	Deteriorocognitivo, humor depresivo, irritable	Tomografía computarizada: dilatación ventricular, RM: disminución de materias gris y blanca
Cardiovascular y vascular periférico	Palpitaciones, debilidad, mareo, respiración acortada, dolor torácico, frío en las extremidades	Pulso irregular, débil, lento, cambios importantes en la presión sanguínea ortostática, vasoconstricción periférica con acrocianosis	ECG: bradicardia, arritmias, prolongación de Q-Tc (signo peligroso)
Esquelético	Dolor óseo con el ejercicio físico	Fragilidad, estatura corta/detención del crecimiento esquelético	Rayos X o exploración ósea para las fracturas patológicas por estrés, densitometría ósea para evaluar la densidad mineral en osteopenia u osteoporosis
Muscular	Debilidad, dolor muscular	Desgaste muscular	Anormalidades musculares enzimáticas en malnutrición grave
Reproductivo	Detención de la maduración o interés psicosexual, pérdida de libido	Pérdida de menstruación o amenorrea primaria, detención del desarrollo sexual o regresión de las características sexuales secundarias, problemas de fertilidad, tasas más altas de complicaciones perinatales	Hipoestrogenemia, patrones prepuberales de secreción de LH, FSH, ausencia de desarrollo folicular/folículo dominante en ultrasonido pélvico

Tabla 2. Complicaciones físicas de la Bulimia Nerviosa (APA, 2000)

Sistema corporal	Síntomas	Signos	Resultados de las pruebas de laboratorio
Metabólico	Debilidad, irritabilidad	Escasa turgencia en la piel	Deshidratación (peso específico de la orina, osmolaridad), electrolitos plasmáticos: hipocaliemia, alcalosis hipoclorémica en quienes vomitan, hipomagnesemia e hipofosfatemia en quienes abusan de laxantes
Gastrointestinal	Dolor abdominal y molestias en quienes vomitan, ocasionalmente vómitos automáticos, estreñimiento, hinchazón e irregularidades intestinales en quienes abusan de laxantes	Ocasionalmente vómitos con muestras de sangre; los que vomitan pueden sufrir gastritis, esofagitis, erosiones gastroesofágicas, alteraciones de la motilidad esofágica (incluyendo reflujo gastroesofágico y, muy rara vez, desgarros de Mallory-Weiss[esofágicos] o gástricos), pueden tener tasas incrementadas de pancreatitis, quienes abusan crónicamente de laxantes pueden presentar dismotilidad o melanososis de colon	
Reproductivo	Problemas de fertilidad.	Menstruaciones oligometrorrágicas	Posible hipoestrogenemia
Orofaringeo	Deterioro dental, dolorfaringeo, engrosamiento de mejillas y cuello (sin dolor)	Caries dentales con erosión del esmalte dental, particularmente en la superficie lingual de los incisivos, eritema faringeo, engrosamiento de las glándulas salivares	Los RX confirman la erosión del esmalte dental, amilasa plasmática elevada asociada a hiperplasia parotídea benigna
Integumentos		Cicatrización en el dorso de la mano (signo de Russell)	
Cardiomuscular (en quienes abusan de ipecacuana)	Debilidad, palpitaciones	Anormalidades cardíacas, debilidad muscular	Cardiomiopatía y miopatía periférica
Endocrino, metabólico	Fatiga, intolerancia al frío, diuresis, vómitos	Baja temperatura corporal (hipotermia)	Niveles elevados de cortisol plasmático; aumento de rT3(T3 "inversa") deshidratación, anomalidades electrolíticas, hipofosfatemia (especialmente en realimentación), hipoglucemia (infrecuente)
Hematológico	Fatiga, intolerancia al frío	Hematomas ocasionales/anomalías en la coagulación	Anemia, neutropenia con linfocitos relativa, trombocitopenia, baja tasa de sedimentación eritrocitaria, raramente anomalidades en el factor de coagulación
Gastrointestinal	Vómitos, dolor abdominal, sensación de plenitud, estreñimiento	Distensión abdominal tras las comidas, borborismos anormales	Vaciado gástrico retrasado, ocasionalmente resultados anormales en pruebas de función hepática
Genitourinario		Edemas con fovea	BUN elevado, baja tasa de filtración glomerular, mayor formación de cálculos renales, nefropatía hipovolémica
Integumentos	Cambios en el cabello	Lanugo	

2. Nivel afectivo: a) Sintomatología depresiva, que puede ser primaria o secundaria a la malnutrición, con baja autoestima, tristeza, anhedonia, insomnio. b) Ansiedad vinculada al peso, a la imagen corporal y temor al descontrol. c) Trastornos obsesivo-compulsivos relacionados con el peso y la comida.

3. Nivel cognitivo: Distorsiones cognitivas especialmente de la imagen corporal, que aparece sobrevalorada, del hambre y otras alteraciones como generalizaciones excesivas, pensamiento dicotómico, ideas de autorreferencia, pensamiento supersticioso, baja autoestima, etc. (ver tabla 3).

Tabla 3. Distorsiones cognitivas relacionadas con la comida Saggin (1993)

Interferencia arbitraria: <i>"si comes a gusto engordas"</i> .
Pensamiento dicotómico: <i>"debo mantener siempre mi dieta, por que mi metabolismo es tal que si tomo algún alimento prohibido engordo"</i> .
Uso selectivo de la información: <i>"la actividad física quema calorías, por lo tanto, sólo puedo comer aquello que consuma haciendo ejercicio"</i> .
Hipergeneralización: <i>"no puedo entrar solo en un bar porque una vez lo hice y me comí 3 bollos"</i> .
Magnificación de lo negativo: <i>"no conseguiré controlarme nunca" o "no adelgazaré nunca"</i> .



4. Nivel conductual: Dieta restrictiva, ejercicio excesivo, aislamiento social, conductas compulsivas, y extravagantes (leen sobre dietas y contenido calórico de los alimentos, realizan rituales a la hora de comer etc.). Conductas compensatorias: ejercicio excesivo y ayuno (anorexia nerviosa restrictiva), o utilización de laxantes y los vómitos generalmente después de atracones (anorexia nerviosa purgativa y bulimia nerviosa). Manipulación del entorno y tendencia a engañar. Inhibición sexual (anorexia nerviosa restrictiva) o promiscuidad (anorexia nerviosa purgativa y bulimia nerviosa).

Tabla 4. Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000).

A- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
B- Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D- En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; Por ej., ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ej., con la administración de estrógenos).
Tipo restrictivo: durante el período de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
Tipo compulsivo/purgativo (bulímico): Durante el período de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 5. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de la bulimia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000)

<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingesta de alimentos en corto espacio de tiempo (p. ej. , en un periodo de dos horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. , sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad e comida que se está ingiriendo).
<p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.</p>
<p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>
<p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del anorexia nerviosa. Especificar tipo. Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a la provocación del vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

Tabla 6. Criterios para el diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria no especificado DSM-IV-TR (APA, 2000)

1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido 3 galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.
7. Fobia a la mayoría de los alimentos y/o conducta de vómito que, según el paciente, justifiquen el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria; pero que, sin embargo, no exista un miedo intenso a aumentar de peso.

Tabla 7. Alteración del comportamiento alimentario

Ausencia del reconocimiento de necesidades
Reducción cuantitativa y cualitativa
Alteración del ritmo de ingesta
Preocupación constante por la comida
Pérdida del placer por la comida
Pérdida de la saciedad y de la mesura
Pérdida del significado social
Vivencia penosa de la digestión
Alteración de la percepción hambre - saciedad

La anorexia nerviosa está estrechamente ligada a la bulimia nerviosa pues, aunque ambos cuadros clínicos presentan sintomatologías diferentes, muchas veces se da una transición de la anorexia nerviosa restrictiva (ANR) a la anorexia purgativa (ANP) y de ésta a la bulimia nerviosa (BN), por ello es frecuente que las anoréxicas restrictivas sean más jóvenes. De todas maneras también aparecen cuadros primarios que se mantienen a lo largo del tiempo, en la tabla 8 se pueden ver algunas similitudes y diferencias entre ambos cuadros clínicos con sus subtipos. En primer lugar, la pérdida de peso en la anorexia nerviosa restrictiva es grave mientras que en la bulimia puede incluso no ser significativa, algunos autores han relacionado el pasaje de la anorexia restrictiva a la bulímica con un intento de controlar el peso sin tener que someterse a una dieta estricta, el atracón y el vómito serían un recurso para intentar comer sin engordar. La amenorrea está relacionada con el peso por ello no suele presentar alteraciones con un peso normal, relacionado esto con la edad superior de las bulímicas va ha ser frecuente encontrar pacientes bulímicas casadas y en menor medida con hijos. El miedo a engordar y la alteración de la imagen corporal aparecen en todos los cuadros y suele estar asociado a la baja autoestima y al investimento excesivo de la apariencia física. Estos datos pueden ser cambiantes y, como hemos señalado antes, el pasaje de un cuadro a otro hace que se den cuadros de transición en los que la sintomatología fluctúa.

Tabla 8. Comparación de datos clínicos entre anorexia y bulimia.

	Anorexia nerviosa restrictiva	Anorexia nerviosa purgativa	Bulimia tipo purgativo	Bulimia tipo no purgativo
Pérdida de peso	Grave < 15% peso normal	Grave < 15% peso normal	Leve a moderada	Leve a moderada
Peso corporal	Muy bajo	Bajo	Normal	Normal
Amenorrea	Si	Si	Variable	Variable
Atracones	No	Si	Si	Si
Vómitos/purgas	No	Si	Si	No
Miedo a engordar	Si	Si	Si	Si
Alteraciones imagen corporal	Si	Si	Si	Si
Método de control de peso	Dieta severa	Dieta severa y conductas purgativas	Dietas restrictivas y conductas purgativas	Dieta estricta

La alteración de la imagen corporal hace referencia a la no aceptación del propio cuerpo y su silueta, a través de aspectos como la insatisfacción con la figura, actitudes, experiencias y cogniciones negativas hacia la propia imagen. La insatisfacción con la imagen corporal, tanto en su dimensión perceptiva (sobreestimación, la cual se asocia a un peor pronóstico) como en la emocional (insatisfacción) se asocia al estado de ánimo, la autoestima y es un factor predisponente a los TCA. Más adelante hablaremos de la imagen corporal.

B. Comorbilidad:

Los TCA presentan en numerosas ocasiones comorbilidad con cuadros como ansiedad, depresión, consumo abusivo de alcohol o drogas y trastornos de personalidad. En los casos de comorbilidad, el tratamiento es más complejo y el pronóstico más sombrío porque el trastorno es más duradero, la disfunción familiar es mayor, hay más intentos de suicidio y son más frecuentes las conductas purgativas.

Tabla 9. Comorbilidad en los TCA

Trastornos de ansiedad (2/3 en BN)
Depresiones: 30-70 %, (más en BN).
Adicciones y alcohol (más en BN).
Trastornos de personalidad: 20-70 %.
T. obsesivo-compulsivo: 10-20 % (AN: 20-25 % ; BN: 10 %).
Conductas suicidas 30-40 %, (más en BN).
Impulsividad-Compulsividad (más en BN).
Trastorno de control de impulsos graves: 25 %.
Fobia social (30% de las BN).
T. Bipolar II.
Abuso sexual en la infancia.
El 65% de las mujeres con BN y drogodependencias sufrieron abusos sexuales en la infancia.
El 37% de las mujeres con BN y el 23% con Anorexia nerviosa (AN), sin drogodependencias, sufrieron abusos sexuales en la infancia.

Respecto a la comorbilidad con los trastornos de la personalidad, Akiskal et al. (1983) plantean varias posibilidades a la hora de estudiar la relación entre la personalidad y los trastornos alimentarios:

.: 1. La personalidad actúa como factor predisponente. Este planteamiento es seguido por Bruch (1973) la cual describe a las futuras anoréxicas como niñas "modelo", que cumplen las expectativas de los padres a costa del sometimiento y la no expresión de sus propios deseos para evitar el conflicto. Utilizando la teoría del desarrollo de Mahler (1968, 1975) sugiere que no han culminado adecuadamente el proceso de separación-individuación debido a la sobreprotección de la madre. Se construye así un "falso self" en el que la apariencia de normalidad y adaptación ocultan serias deficiencias yoicas que se acompañan de la dificultad para procesar cognitivamente las emociones (alexitimia). La adolescencia, con los cambios corporales y la reactivación del conflicto edípico, junto con las mayores exigencias sociales desequilibran a la persona y aparece la sintomatología.

.: 2. La personalidad solo es un elemento que matiza el cuadro clínico, pero no esta relacionada con la etiología, en esta posición se ubican Garfinkel y Garner (1982).

.: 3. Fairburn (1984,1985) atribuye parte de los trastornos de la personalidad a la desnutrición, siendo primarios únicamente aquellos síntomas que persisten después de la recuperación del peso. Este planteamiento ha sido seguido en las investigaciones a partir del estudio de Keys et al. (1950) con militares sometidos a una dieta insuficiente, los cuales presentaron, debido a la inanición, depresión, falta de energía, insomnio, inhibición social, disforia, disminución de la libido, anhedonia y dificultad de concentración, síntomas muy frecuentes en la anorexia nerviosa.

Las características de personalidad premórbida más frecuentemente descritas en la anorexia nerviosa se refieren a que son niñas modélicas, ambiciosas, obedientes, reservadas y de buen comportamiento (Bruch, 1980; Crisp, 1986). Las anoréxicas con rasgos de personalidad normal en la infancia son un porcentaje bastante reducido (hablamos de personalidad a partir de los 18 años). Dally (1969) habla de un 25%, comparado con el 30 % de Theandre y el 32% de Russell y Morgan, mientras que el resto tenía rasgos de personalidades histéricas, ansiosas u obsesivo-compulsivas. Goez et al. (1977) encontraron 47% de personalidad histérica, 40% obsesivo-compulsiva y 23% esquizoide. Halmi (1974) encuentra las siguientes características premorbidas: 21% fueron tímidas o reservadas, 64% ansiosas o nerviosas, 3% hiperactivas, 61% obsesivo-compulsivas y solo el 7% tenían una personalidad estable. Cuando eran anoréxicas el 41% eran obsesivo-compulsivas, 79% depresivas, 71% tenían ansiedad y 18% timidez. Kay y Leigh (1954) señalan que el 66% de sus pacientes tenían rasgos neuróticos de niñas, el 76% personalidades inestables y el 50% tenían rasgos obsesivos premórbidos; King (1963) aporta datos parecidos. En suma estos estudios permiten afirmar que la anorexia nerviosa surge en sujetos con rasgos de varios tipos de trastornos de la personalidad y en una menor proporción en sujetos sin trastornos previos.

Tabla 10 Características premórbidas en la anorexia y bulimia nerviosa.

Anorexia nerviosa	Bulimia
Autocontrol	Impulsividad
Niñas modelo	Intolerancia a la frustración
Introversión	Extroversión
Baja autoestima	Baja autoestima
Rasgos de personalidad obsesiva	Rasgos de personalidad histriónica

Otra característica de personalidad presente en la anorexia y bulimia nerviosa y común con los trastornos psicósomáticos es la alexitimia que se caracteriza fundamentalmente por: a) dificultad para identificar y describir los sentimientos, b) dificultad para distinguir sentimientos de sensaciones corporales, c) una gran pobreza de fantasías, d) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal y referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción (Nemiah, 1977). Desde el modelo dinámico (Marty y M'Uzan, 1963; McDougall, 1974, 1985; Krystal, 1982), el origen de la alexitimia ha sido atribuido a conflictos y/o déficits en las relaciones tempranas que impiden que el niño pueda desarrollar la capacidad de simbolizar las emociones, viéndose obligado a expresar somáticamente o a través de la acción lo que no puede verbalizar. Desde la teoría sistémica se han realizado aportaciones sobre las características de las familias con miembros con trastornos psicósomáticos, planteando la hipótesis de que las relaciones familiares, entre otros factores, pueden estar en el origen y mantenimiento de estos trastornos. Más adelante nos extenderemos sobre la alexitimia.

En resumen, podemos afirmar que en los trastornos de la alimentación, surgen en un sujeto con alexitimia, una personalidad alterada en la que la identidad está mal conformada, la autoimagen es deficiente y el control de impulsos inadecuado. El trastorno clínico incrementará rasgos de personalidad previos y añadirá alteraciones psicológicas debidas a la malnutrición.

C. Etiopatogenia:

Los trastornos alimentarios suelen presentar unos antecedentes comunes relacionados con los contextos individual, familiar y cultural. A nivel individual es especialmente importante el grado de separación e individuación alcanzado por el sujeto, lo cual está relacionado con la constitución de la identidad, de manera que el desarrollo de una identidad adecuada permite al sujeto autonomizarse de sus padres y no estar sometido en exceso a la opinión de los demás. Si este proceso no se da, el hijo estará a merced de la opinión ajena y la falla de su propia autoestima hará que la apariencia cobre una importancia desmedida. Por otro lado los factores familiares y culturales acaban por conformar un conjunto de elementos que permite hacerse una idea de la complejidad del origen de los trastornos alimentarios (ver tabla 11).

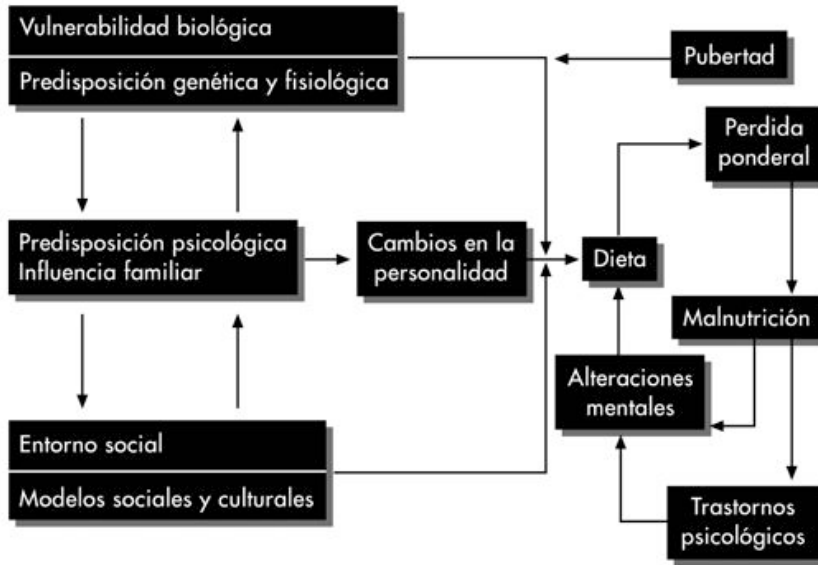
Tabla 11. Antecedentes comunes en los trastornos alimentarios (Woodside et al. 1993).

<p>.: Factores Individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> .: Autonomía, identidad e intereses de separación .: Trastornos perceptuales .: Preocupación por el peso .: Trastornos cognitivos .: Enfermedad física crónica
<p>.: Factores familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> .: Predisposiciones biológicas no hereditarias .: Historia familiar de desordenes alimentarios .: Historia familiar de alcoholismo, enfermedades afectivas .: Historia familiar de obesidad (bulimia) .: Magnificación de factores culturales .: Interacción padres - niño en relación con problemas de autonomía y separación
<p>.: Factores socioculturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> .: Presión por la delgadez .: Presión por el éxito

La observación de estos factores ha favorecido el estudio de estos trastornos como multideterminados por influencias de estos tres ámbitos frente a modelos etiológicos simplistas que atribuían a un solo factor el origen de los trastornos alimentarios por ej. La familia, la personalidad del sujeto, alteraciones somáticas, etc. Shwart et al. (1985) sugieren un modelo psicosocial de adaptación en el que se relacionan los diferentes contextos con la construcción de la personalidad y la mutua influencia entre estos y la persona. Por un lado los valores y normas de una cultura dada influyen en la familia, la cual desarrolla sus modelos e ideales sobre la base de los valores culturales. La familia influye en el desarrollo del sujeto el cual tendrá unos valores e ideales, una vulnerabilidad psicológica específica dependiendo de las influencias del ambiente y una vulnerabilidad biológica determinada por factores hereditarios, congénitos y del desarrollo. Sobre el sujeto también influyen el grupo de pares (amigos, compañeros de estudio y trabajo) con sus modelos e ideales. El contexto sociocultural, la familia, el grupo de pares y el individuo son interdependientes y junto con las experiencias de vida van a determinar que un sujeto desarrolle una personalidad adaptativa o no. El sujeto, con su personalidad ya conformada, interactuará a su vez con el contexto e influirá y será influido por éste en una relación circular.

Respecto al desarrollo de la anorexia, Lucas, Duncan y Piens (1976) propusieron un modelo, ampliado y modificado posteriormente por Pirke y Ploog (1984 y 1987), que parte de tres factores: la vulnerabilidad biológica, la predisposición psicológica y el entorno social. En estos tres factores están incluidas las experiencias del desarrollo, las influencias familiares, los conflictos intrapsíquicos que pueden conformar una alteración de la personalidad y las expectativas de logro. Todo esto hace que un sujeto valore en exceso su apariencia como único modo de valorarse y ser reconocido por los demás (ver figura 1).

Figura 2. Modelo etiológico de la anorexia nerviosa (Ploog y Pirke, 1987).



Siguiendo este modelo vamos a referirnos brevemente a los factores biológicos y socioculturales que influyen en la aparición de los trastornos alimentarios y más adelante nos extendemos sobre los factores psicológicos y familiares.

A **nivel biológico** actualmente los factores genéticos no están claros, aunque existen antecedentes familiares de trastornos afectivos, adicciones y obesidad en los trastornos alimentarios. Pero las implicaciones somáticas de las conductas alimentarias sí tienen un valor importante en la clínica y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Por no ser objeto de este trabajo solo señalaremos que el ejercicio intenso y el ayuno prolongado estimulan la secreción de endorfinas, cuando el nivel de endorfinas disminuye surgen sensaciones displacenteras (ansiedad, depresión, molestias corporales) y necesitan reactivar su secreción lo cual se convierte en una autoadicción o directamente buscan opioides (Marrazzi y Luby, 1986; Katz, 1992; Hubner, 1993). Las pacientes bulímicas padecen "hambre adictiva" para ingerir hidratos de carbono que aumentan la captación de triptófano y de la serotonina cerebral (Katz, 1992).

Entre los **factores socioculturales** destacaremos: 1. El **nivel socioeconómico**, la clase social media y alta de los países desarrollados es la más susceptible de presentar anorexia nerviosa (Garner y Garfinkel (1982), 2. **Los estereotipos culturales**, especialmente el ideal de delgadez transmitido a través de los medios de comunicación; este ideal de belleza se da en las sociedades opulentas en las que no hay escasez de comida, mientras que en las sociedades pobres la obesidad puede ser signo de prestigio social, una vez establecido y compartido socialmente este ideal de delgadez ejerce una presión sobre los miembros de la comunidad y hace que los sujetos que se adaptan a ese modelo se sientan valorados y los que no poseen esas características vean mermada su autoestima, 3. **Sexo**. El sexo femenino es más susceptible de padecer anorexia (entre un 90 y un 95% de los casos) pues la presión social, fundamentalmente a

través del mundo de la moda, lleva a valorar a la mujer sobre la base de su apariencia física y en nuestra cultura el ser delgada es visto como un signo de éxito y control sobre una misma.

4. Adolescencia. Un momento clave del desarrollo en el que estas influencias sociales poseen un valor importantísimo es la adolescencia pues en ese momento el cambio corporal va unido al pasaje de la infancia a la edad adulta y la aprobación de su cuerpo va unida a la de su propia persona; si el cuerpo no se adecua al socialmente valorado, el adolescente puede verse condenado al rechazo y burla del grupo de pares y sentir que su vida es un fracaso.

Respecto a los factores socioculturales, en los años 60, el incremento de casos de TCA en la sociedad occidental llevó a los clínicos a considerar la posibilidad de que los cambios sociales tuvieran algo que ver en ello. Bliss y Branch (1960) señalaron que la preocupación por la delgadez era un factor de iniciación común en los casos de anorexia. Bruch (1973) sugirió también que el énfasis dado en los medios de comunicación a la moda y a la delgadez proveían un medio óptimo para la diseminación de los ideales sociales que refuerzan la aparición de los trastornos alimentarios.

Actualmente se acepta tácitamente el punto de vista del feminismo sobre los trastornos alimentarios y se reconoce que ciertos factores socioculturales de nuestra sociedad, con sus peculiaridades en relación con el comer y con la apariencia corporal, contribuyen a la ocurrencia de los trastornos alimentarios. En relación con la imagen corporal destaca la existencia de grupos de alto riesgo como bailarines, gimnastas, modelos, atletas o jockeys, profesiones en las que la delgadez es más solicitada que en la sociedad en general (Garner Garfinkel, 1980).

Los estereotipos referentes a la imagen corporal tienen una importancia especial en la aparición de los TCA. La delgadez asociada al éxito, la seguridad, la belleza, el estar en forma, la salud, y ser aceptado socialmente.

Los modelos publicitarios muestran a modelos extremadamente delgadas asociando la delgadez al éxito lo cual repercute en las jóvenes que no poseen esa apariencia, favoreciendo el desarrollo de una autoimagen negativa, insatisfacción corporal y pérdida de autoestima. El bajo autoconcepto es un factor de vulnerabilidad para los trastornos de alimentación en la pubertad y en la adolescencia lo cual es favorecido por la presión de los medios hacia la delgadez (Shisslak y Crago, 1987). En la sociedad occidental, la mujer está mucho más presionada por este ideal delgadez, lo cual hace que aparezca la insatisfacción con el propio cuerpo desarrollándose una pobre autoimagen con la consiguiente baja autoestima y bajo autoconcepto.

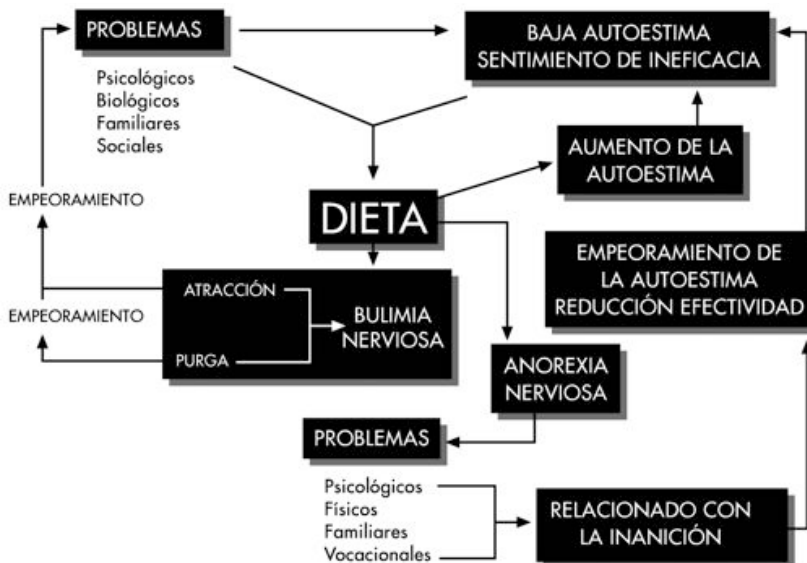
En nuestra sociedad, a una gran parte de los jóvenes les gustaría cambiar su imagen y estar más delgados. Muchas de las adolescentes se sienten gordas cuando no lo están. Las proporciones varían de unos estudios a otros pero algunos autores encuentran que alrededor del 80% de los jóvenes desean adelgazar (Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer, 1969; Morande, 1995; Tannenhaus, 1995; Raich, Rosen, Deus, Perez, Requena y Gross, 1992).

La visión negativa del cuerpo obeso o grueso favorece la restricción alimentaria y los métodos utilizados para adelgazar se convierten en fuente de nuevos riesgos. El estilo de vida, el grupo de pares, la publicidad y las propias cogniciones refuerzan los ayunos, dietas y demás prácticas. Turner (1984) destaca que la dieta destinada al cuidado y mantenimiento del cuerpo sano es muy diferente a la dedicada a mantener los actuales cánones de belleza.

Estos factores pueden imponer, en personas vulnerables, la convicción de que su apariencia física es la clave del éxito social y personal y llevarles a seguir una dieta estricta que les hace adelgazar; la posterior malnutrición produce alteraciones psicológicas, añadidas o incrementa las que hay existían, (depresión, trastornos obsesivo-compulsivos relacionados con la alimentación, labilidad emocional, aislamiento social, déficit en la concentración, pérdida de interés sexual, trastornos del sueño, baja autoestima etc..) y fisiológicas que lleva a mantener la dieta como único modo de conseguir una autovaloración y equilibrio, cerrándose el círculo vicioso en el que la persona con una TCA queda atrapada.

Woodside, Shekter-wolfson, Brabdes y Lackstrom (1993) plantean un modelo etiopatogénico en el que incluyen tanto a la anorexia como a la bulimia nerviosa. Según estos autores, los factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales constituirían un contexto en el que aparecen y se mantienen los trastornos de la alimentación. En su modelo los problemas en los niveles biológico, psicológico, familiar o social llevan a una baja autoestima lo que hace que se conceda un valor desmedido a la apariencia física y se inicie una lucha con el peso autoimponiéndose una dieta restrictiva. Al principio, se logra un aumento de la autoestima al adecuarse al modelo de delgadez enfatizado por la cultura, sin embargo, la perpetuación de la dieta extrema conduce a la anorexia, reduciéndose además la efectividad debido a la inanición con la consiguiente bajada de autoestima. Otra forma de mantener el peso ideal sería ingiriendo alimentos de manera compulsiva para después evacuarlos mediante el vómito, los laxantes o diuréticos. Desarrollándose así la anorexia nerviosa purgativa y la bulimia nerviosa con síntomas debidos en parte a las alteraciones en la recaptación de la serotonina: depresión, impulsividad, insomnio, falta de concentración (ver figura 3).

Figura 3. Ciclo de los trastornos de la alimentación (Woodside et al. 1993).



El modelo etiopatogénico de Levine y Smolak (1992) plasma las diferencias a tener en cuenta entre una dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno alimentario. A la mayoría de la población le afecta en mayor o menor medida el ideal de delgadez o la recomendación médica de evitar el sobrepeso. La dieta que se lleva a cabo no es patológica y sirve para mejorar la calidad de vida y el atractivo físico con la consiguiente influencia en las relaciones sociales. Un aumento de peso añadido al rechazo de los pares y familiares, puede llevar a una insatisfacción corporal y a un temor a la obesidad que lleva a su vez a una alteración alimentaria, lo que provocaría un trastorno subclínico. Si la insatisfacción corporal provoca el aumento de las conductas alimentarias anómalas, apareciendo ideas sobrevaloradas respecto a la delgadez, nos encontraríamos ante un trastorno alimentario (ver figura 4).

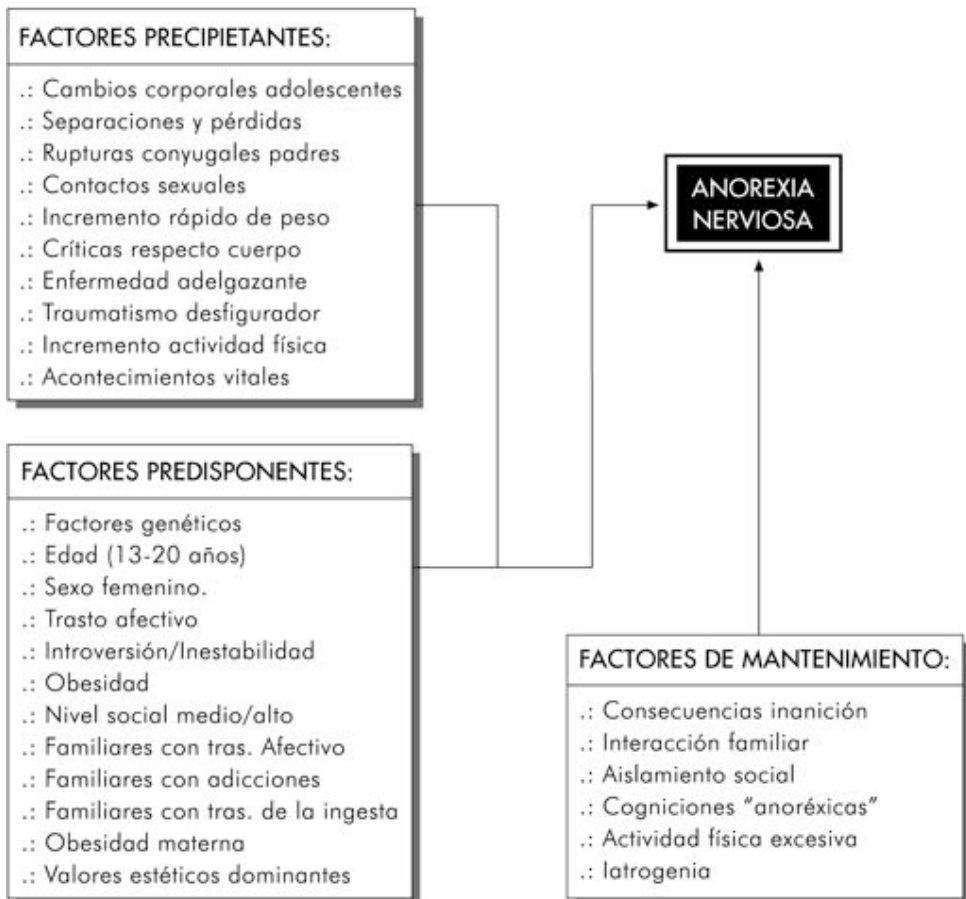
Figura 4. Modelo etiopatogénico de Levine y Smolak (1992).



D. Desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Normalmente la aparición de los TCA es desencadenada por unos factores precipitantes: acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, experiencias sexuales traumáticas, fracasos, divorcio de los padres, traumatismos que dejan secuelas físicas...), cambios corporales adolescentes, incremento rápido de peso acompañado de comentarios críticos etc... Más tarde sigue un proceso que va desde la dieta normal hasta la asunción del trastorno como una auténtica seña de identidad y se cronifica bajo la influencia de unos factores de mantenimiento como son la desnutrición, las conductas purgativas, el aislamiento social, la actividad física excesiva, las cogniciones "anoréxicas", la interacción familiar y las intervenciones iatrogénicas.

Figura 5. Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la anorexia nerviosa (Toro y Vilardell, 1987)



En resumen, los TCA son trastornos multideterminados en los que los niveles biológico, psicológico y social influyen decididamente en su aparición y mantenimiento. A nivel biológico las alteraciones que se producen en el organismo debido a la malnutrición deben ser tenidas en cuenta para no confundir las manifestaciones psicológicas de alteraciones somáticas con trastornos de la personalidad previa, ni con interacciones familiares disfuncionales. Por otro lado el abordaje puramente somático es necesario ya sea normalizando las constantes vitales, recetando fármacos psicótropos, o regulando una dieta adecuada. A nivel psicológico son muy frecuentes las alteraciones de la personalidad previa, especialmente trastornos obsesivos y borderline, y junto a la deficiente autoimagen y baja autoestima que se asientan sobre una base depresiva, se ven incrementados por la desnutrición. Estas alteraciones psicológicas deben ser estudiadas en detalle para incluirlas como objetivo terapéutico. A nivel social encontramos, por un lado que los valores que imperan en la sociedad occidental hacen que a todos los ciudadanos nos influya de alguna manera la moda de la delgadez y que, en personas susceptibles que han depositado en su apariencia física sus conflictos psicológicos y su baja de autoestima, es más probable que se den trastornos alimentarios. Por otro lado las relaciones familiares pueden tener unas características, especialmente la dificultad de autonomización de sus miembros y las alteraciones de la comunicación, que son terreno abonado para la aparición de trastornos alimentarios en personas susceptibles. Estos factores, junto con acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, fracasos...), pueden jugar un papel etiológico y, cuando el TCA está establecido, actuar como factores de mantenimiento. A nivel terapéutico solo decir que todos estos factores deben ser tenidos en cuenta a la hora de realizar un tratamiento que muchas veces deberá ser multimodal interviniendo en los diferentes niveles (Espina, 1996).



E. Epidemiología

Se han desarrollado numerosos estudios epidemiológicos sobre trastornos alimentarios y desde el estudio de Theander (1970) que mostró que la incidencia de la anorexia nerviosa (AN) se multiplicó por cinco de 1930 a 1960, la incidencia y prevalencia no ha parado de aumentar (Haimi, 1981; Cooper y Faiburg, 1983; Kutcher, 1985; Thelen et al. 1987; Acevedo y Pereira, 1992; Pagsberg y Wang, 1994; Wichstrom, 1995; Dacyger y Garfinkel, 1995; Garfinkel et al., 1995; Szabo y Tury, 1995). La American Psychiatric Association (APA) cifra la prevalencia en jóvenes entre 14 y 24 años en 1-2% en anorexia nerviosa y 2-3% en bulimia nerviosa (BN), siendo más frecuentes los casos atípicos. La proporción entre mujeres y varones es de 9 a 1.

Los estudios realizados muestran que las tasas de incidencia y de prevalencia, para los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado en los últimos años (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991), especialmente los casos de TCA no especificado (Ash y Piazza, 1995; Foreyt, Waller y Goodrik, 1996).

El número de varones que padecen TCA ha aumentado debido al cambio de hábitos y a la creciente preocupación del hombre por la imagen corporal (Willi y Grossman, 1983; Willi, 1990; Hoek, 1991; Eagles, Johnston, Hunte, Lobban y Millar, 1995; Sáiz et al, 1999; Ruiz, 1999).

La tasa de mortalidad oscila entre el 3% y el 10% (Herzog, Sacks, Keller, Lavori, Von Ranson, Gray, 1993; Sullivan, 1995). La mortalidad es 6 veces mayor de la que podemos encontrar en la población normal siendo la proporción mayor, cuanto mayor es la pérdida de peso (Patton, 1998). El riesgo de muerte a causa de las complicaciones médicas con que nos encontramos en estos trastornos oscila entre el 6% y el 15%; prácticamente la mitad de las muertes que se producen en este tipo de trastornos son por suicidio. (Steinhauser, Rauss-Mason, Seidel, 1991 y 1993).

En la tabla 12 exponemos algunos de los estudios que se han realizado en distintos países y que reflejan prevalencia de los trastornos alimentarios.

Tabla 12. Estudios epidemiológicos internacionales

Autor	Año	País	Muestra	Prevalencia
Ledoux et al.	1991	Francia	Adolescentes	28,2% BN mjrs. 13,4%BN hmbs.
Acevedo y Pereira	1992	Portugal	Estudiantes secundaria	0,48% AN 0,16% BN
Pagsberg y Wang	1994	Dinamarca	Casos registrados en consulta psiquiátrica y atención primaria	0,22% AN 0,08% BN
Wichstrom	1995	Noruega	Adolescentes	42,4% desea adelgazar. 22,4% realiza dieta. 6% alteración de la imagen corporal
Dacyger y Garfinkel	1995	Canadá	Detección de casos en adolescentes	1% BN 5% parcial BN
Szabo y Tury	1995	Hungría	Trabajadores	0,7% BN 5,3%BN subclínica 0,7% AN

Modificado de Ayuso, Ponce y Gual, 2000.

En nuestro país varios estudios muestran la incidencia de los trastornos alimentarios y la insatisfacción corporal en los jóvenes (Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989; Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991a, 1991b; Raich et al, 1992; Martínez, Toro, Salamero y Bleuca, 1993; Rodríguez, 1997; De Gracia, Marcó, Fernández y Juan, 1999; Toledo et al, 1999).

Los porcentajes de casos con riesgo de padecer un trastorno alimentario, detectados con el Eating Attitude Test (Garner y Garfinkel, 1979), muestran un rango de 3,5-12,4 en chicas y de 0,2-1,2 en chicos, (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Alemán y Juaniz, 2001; Martínez, Rodríguez, 1997; Pérez-Gaspar, Gual, de Irala-Estévez, y Martínez-González, 2000; Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991a, 1991b; Raich et al, 1992; Ruiz-Lázaro, 1998; Sáiz et al. 1999; Toledo et al, 1999; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989; Toro, Salamero y Bleuca, 1993;).

En Cataluña Toro et al. (1989) (n=1.554) hallaron que un 9,8% de las chicas de 12-19 años y un 1,2% de los varones eran población de riesgo de padecer un TCA (utilizando el EAT). Raich et al. (1991) encuentran el 7,3% de las chicas y el 2,6% varones (n=3.544). Carbajo et al. (1995) (n=515) en Tarragona hallan en el 12,4% de las chicas y 8,3% de los varones de 13-14 años. En estos estudios se muestra como los adolescentes españoles presentan actitudes hacia el cuerpo y la alimentación semejante al resto de los países occidentales, casi un 50% de la población estudiada deseaba disminuir peso y el grado de insatisfacción corporal era mayor todavía. En Asturias, Sáiz et al (1999) sobre una muestra de estudiantes de edad media de 15,91 años, reportan un riesgo potencial para las mujeres del 7.7% y del 1.1% para hombres. Ruiz Lázaro (1999) en un estudio sobre 1.854 varones adolescentes, de 12 a 18 años hallan un 3,3% de sujetos en riesgo de padecer un TCA. En Gerona, Gracia et al. 2001) utilizando el EAT encuentran que el 17.3% de las chicas adolescentes están en riesgo de padecer TCA y un 0.6% de los chicos. Por otro lado, las adolescentes que manifiestan una mayor sintomatología propia de los trastornos de la alimentación, también presentan asociada una mayor insatisfacción con la propia imagen corporal. Espina, Ortego y Ochoa de Alda, (2001) en un estudio realizado en el País Vasco sobre una muestra de estudiantes adolescentes, encuentran que la tasa de prevalencia de casos de riesgo de padecer un TCA entre las chicas es del 7,1% y del 2,4% para los chicos.

Además de los estudios sobre población de riesgo de padecer un TCA, se han realizado en nuestro país estudios de doble fase en los que después de detectar los sujetos en riesgo, se les ha entrevistado para diagnosticar un posible TCA.

Morandé y Casas (1997) hallaron en chicas de 15 años de Madrid, una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria del 4,6%. Pérez-Gaspar, Gual, de Irala-Estévez, y Martínez-González (2000) hallaron en población femenina Navarra de 12-21 años una prevalencia del 4,1% (anorexia nerviosa un 0.3%, un 0.8% para la bulimia y un 3.1% para el trastorno de alimentación no especificado). Toro (2000) halla un 4,52% en población femenina zaragozana. Gandarillas, Zorrilla y Sepúlveda (2003) estudiaron una muestra de

1534 chicas de 13 a 25 años y hallaron en Madrid una prevalencia de casos de TCA del 3,7% y un 9,2% de población en riesgo de padecerlo (evaluado con el EAT-26).

Tabla 13. Estudios epidemiológicos sobre población de riesgo realizados en España.

Autor	Año	Muestra	Prevalencia de riesgo de TCA en mujeres	Prevalencia de TCA en hombres
Toro et al.	1989	Adolescentes (12-19 años)	9,8%	1,2%
Raich et al.	1992	Estudio Transcultural	0,9% españolas. 3,5% americanas.	0,1% 0,2%
Carbajo et al.	1995	Adolescentes (13-15 años)	12,4%	
Sáiz et al.	1999	Estudiantes	7,7%	1,1%
Ruiz Lázaro	1998-1999	Varones adolescentes (12-18 años)		3,3%
Gracia et al.	2001	Adolescentes	17,3%	0,6%
Espina et al.	2001	Estudiantes (12-18 años)	7,1%	2,4%

Tabla 14. Estudios epidemiológicos con entrevista diagnóstica realizados en España (modificado de Gandarillas, Zorrilla y Sepúlved 2003)

AUTOR	POBLACIÓN (N)	EDAD	FASES DEL ESTUDIO	PUNTO DE CORTE PARA SEGUNDA FASE (POBLACIÓN DE RIESGO)	PREVALENCIAS
Morandé et al 1998 Móstoles (Comunidad de Madrid) 1993-94	Escolares de ambos sexos (N=1314)	15-16	1ª fase: EDI Encuesta psico-social 2ª fase: Entrevista a la Pobl. -Riesgo personal (53%) y por teléfono (46.7%)	EDA>50 + DT>10 ó B>5 ó IMC<18 ó amenorrea>3 meses	AN=0.69%M BN=0.36%V 1024%M TCA-NE=0.54%V 2.76%M TCA=0.9%V 4.7%M Pobl.Riesgo=12.02%V 31.2%M
Pérez-Gaspar et al 1997 Navarra 1997	Escolares de sexo femenino (N=3472)	12-21	1ª fase: EDI EAT40 EPI;AFA Ítems sociodemográficos 2ª fase: Entrevista a la Pobl.- Riesgo	EAT \geq 30	AN=0.31% M BN=0.77M TCA-NE=3.07%M TCA=4.16%M Pobl. Riesgo=11.1%M
Ruiz et al 1998Zaragoza 1997	Escolares de ambos sexos (N=4047)	12-18	1ª fase: EDI EAT40 CIMEC 2ª fase: Entrevista a la Pobl. Riesgo sólo Mujeres SCAN	EAT \geq 30	An=0.14%M BN=0.55%M TCA-NE=3.83%M TCA=4.51%M Pobl.Riesgo=3.3%V 16.3%M
Petit et al 2002 Getafe (Comunidad de Madrid)1998- 2002	Escolares de ambos sexos (N=3836)	12-14	1ª fase: EDI EAT-26 2ª fase:Entrevista a la Pobl. Riesgo y a Controles	EAT \geq 15 4 ó más factores del EDI>de la media grupal (media+1dst.)	TCA=0.5% Pobl.Riesgo=10%
Gandarillas, Zorrilla y Sepúlved 2003	(N = 1534) chicas	15-18	1ª fase: EDI EAT-26 2ª fase: Entrevista a la Pobl. De Riesgo (EDE)	EAT \geq 10	TCA = 3,7% Pobl.Riesgo=7,6%

Tabla 15. Estudios epidemiológicos internacionales con entrevista diagnóstica. (Modificado Gandarillas, Zorrilla y Sepúlveda 2003)

NORTEAMÉRICA

AUTOR	POBLACIÓN (N)	EDAD	FASES DEL ESTUDIO	PUNTO DE CORTE PARA SEGUNDA FASE (POBLACIÓN DE RIESGO)	PREVALENCIAS
Drewnowski et al 1988 EEUU	Universitarios de ambos sexos (N=1007)	18	1ª fase: Entrevista telefónica Dco. Según el DSM-III-R		BN=0.2% V 1% M
Whitaker et al 1990 EEUU	Escolares de ambos sexos (N=5596)	14-17	1ª fase: EAT26 Leyton y BDI 2ª fase: Entrevista a la Pobl.-Riesgo y a Controles	Escala de Evaluación global>71	AN=0.3%M BN=4%M Pobl.Riesgo=8.3%
Lewinson et al 2000 EEUU	Escolares de ambos sexos (N=1507)	8-23	1ª fase: Cuestionario propio 2ª fase: Entrevista a todos 3ª fase:año después evaluación global		An=0.6% BN=2.8%
Garfinkel et al 1995 Canadá	Escolares de ambos sexos (N=9953)	15-65	1ª fase: Selección en el censo 2ª fase: Entrevista a todos		BN=0.1% V 1.1 % M
Woodside et al 2001 Canadá	Escolares de ambos sexos (N=9953)	15-65	1ª fase: Selección en el censo 2ª fase: Entrevista a todos		AN=0.9% V 108 % M TCA= 2% V4.8% M

EUROPA

AUTOR	POBLACIÓN (N)	EDAD	FASES DEL ESTUDIO	P. DE CORTE PARA SEGUNDA FASE (POBL. DE RIESGO)	PREVALENCIAS
Jonson-Sabine et al 1988 Gran Bretaña	Escolares de ambos sexos (N=101)	15-65	1ª fase: EAT-26 GHQ-28 2ª fase: Entrevista a la Pobl. Riesgo y a Controles	EAT>20GHQ>5	AN=0% BN=0.99 % M TCA-NE=1.78 % M TCA=2.77 % M Pobl.Riesgo=8.2 % M
King 1989 Gran Bretaña	Población general en consulta médica (N=748)	16-35	1ª fase: EAT-26 GHQ-28 2ª fase: Entrevista a la Pobl.-Riesgo y a Controles 3ª fase de seguimiento	EAT>20	AN=0% BN=1.1 % M 0.5 % V TCANE=2.8%M TCA=3.9 % M Pobl.Riesgo=2.5 % V 13% M
Rastam et al 1989 Suecia	Escolares de ambos géneros (N=4291)	15	1ª fase: Cuestionario propio 2ª fase: Entrevista a toda la pobl. de 15 años 3ª fases de seguimiento		AN=0.4 % Total AN=0.09 % V AN=0.85 % M
Santonastasio et al 1996 Italia	Escolares de sexo femenino (N=394)	15-20	1ª fase:EAT40 2ª fase:Entrevista a Pobl. Riesgo y a controles 3ª fase de seguimiento hospitalario	EAT>30 IMC<17 EAT+IMC	AN=0% BN=0% M TCA-NE=3.1% M Síndr. Parc=7.2% Pobl.riesgo11% EAT 16% IMC 0% EAT+IMC
Cotrufo et al 1998 Italia	Escolares de sexo femenino (N=356)	13-22	1ª fase: EDF2 GHQ-28 Ítems demográficos 2ª fase:Entrevista a Pobl.Riesgo	DT ≤ 13 B ≥ 9 DT+B	AN=0.56% M BN=3.9% M Comedor Compul = 0.28% TCA-NE= 4.77% Sub-clínico AN=9.8% Sub-línicoBN=3.1% Pobl.riesgo=30%
Rathner & Messner 1993 Italia	Escolares de sexo femenino (N=517)	11-20	1ª fase:EAT-40 ANIS 2ª fase:Entrevista a Pobl.Riesgo y a controles 3ª fase de seguimiento hospital	EAT ≥ 30 ANIS ≥ 65 > 85% peso Amenorrea >6	AN=0.58% M BN=0% M TCA=1.55% M Sub-clínico=0.97% Pobl.Riesgo=9.7% + Sub-riesgo 10.6%
Westenhofer 2001 Alemania	Escolares de ambos géneros Año 1990 (N=1773) Año 1997 (N=3318)	18-96	1ª fase: Cuestionario propio 2ª fase:Entrevista breve		Año 1990 Bn=2.1% V / 2.4% M Trastorno por atracción=2.4% V / 1.5% M Año 1997 BN=1.1% V / 1% m Trastorno por atracción=1.5% V / 0.7% M

La evolución del cuadro a los 5 años del diagnóstico es que el 25% siguen teniendo AN, un 40% depresión y 25% obsesividad. La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 15%. En la bulimia nerviosa el pronóstico es mejor, pero en ambos cuadros el diagnóstico temprano, que permite una intervención precoz, mejora considerablemente el pronóstico (Toro, 1996).

2. IMAGEN CORPORAL

Schilder (1958) definió la imagen corporal como "la representación mental tridimensional que cada uno tiene de sí mismo" esta imagen se construye continuamente y configura una gestalt física, psicológica y social. Slade (1988) define la imagen corporal como "el retrato que tenemos en nuestra mente, del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo; y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen". La imagen corporal incluye los siguientes componentes: Cognitivo (pensamientos y creencias sobre el cuerpo), perceptivo (táctil, kinestésico, propioceptivo, visual, olfativo, auditivo), afectivo (sentimientos sobre el propio cuerpo) conductual y social. El desarrollo de la imagen corporal está influenciado por los sucesos que inciden en el cuerpo (accidentes, enfermedades, abuso sexual), la relación con los demás, la autoestima y la socialización.

Según Gardner (1996) la imagen corporal incluye dos componentes: uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia y otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Cash (1994) distingue tres dimensiones en las actitudes hacia el cuerpo: **a) evaluación** (por Ej. satisfacción corporal, apreciación cognitiva y pensamientos evaluativos que derivan de discrepancias con el self ideal; **b) investidura cognitivo-conductual** (por Ej. esquemas sobre la apariencia, fuerza de las ideas internalizadas sobre el físico; **c) afecto** (por Ej. disforia situacional sobre la imagen corporal).

La distorsión corporal hace referencia a la discrepancia entre la percepción y creencias sobre la talla o figura y la realidad observable. La insatisfacción corporal se refiere al disgusto con el propio cuerpo. Garner y Garfinkel (1981) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados pero diferentes: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

El trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Lo cual lleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y a pensar que no se vale, ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales. Como señala Hutchinson (1982) la imagen corporal se refiere a la descripción corporal donde cuerpo-cultura se relacionan, es el espacio donde confluyen los pensamientos, sensaciones, percepciones, actitudes, valores y juicios sobre nuestro cuerpo.

La preocupación por el peso en la población femenina no debe valorarse como un trastorno de la imagen corporal, puesto que en la cultura occidental se favorece que la mujer se sienta incómoda con su talla, lo cual provoca el desarrollo de una imagen corporal descreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales tendrán un trastorno de la imagen corporal. Cash y Henry (1995) encontraron que un 48% de mujeres adultas evaluaban negativamente su apariencia, un 63% estaban insatisfechas con su peso y un 49% estaban preocupadas con el sobrepeso. La distorsión de la talla corporal solo es un síntoma del trastorno corporal que es un problema multidimensional en el que confluyen alteraciones perceptivas, actitudinales y conductuales (Garfinkel y Garner, 1982; Cash y Brown, 1987).

La magnitud de la disparidad entre autopercepción del físico y las ideas internalizadas sobre el mismo están asociadas a la insatisfacción corporal y a los TCA (Jacobi y Cash, 1994; Strauman y Glemberg, 1994; Cash y Szymanski, 1995). Bruch (1962) destacó que en los pacientes con trastornos alimentarios, la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad no concuerdan. Cash y Brown (1987) y Cooper y Taylor (1988) encontraron una sobreestimación de la talla en pacientes con TCA, especialmente con BN, aunque también se daba, en menor medida, en el grupo control, lo cual es atribuido por Rodin, Silberstein y Striegel-Moore (1985) al peso de la cultura. Los pacientes con TCA tienen mayores discrepancias en el self ideal que los controles y ponen excesivo énfasis en el peso y apariencia para autoevaluarse (Cash y Deagle, 1997).

Las personas que padecen anorexia o bulimia nerviosa manifiestan que se ven o se sienten a sí mismas gordas aunque no lo estén, o incluso estando desnutridas, lo que les lleva a restringir cada vez más su ingesta (Hsu, 1990; Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987).

En las pacientes anoréxicas es característica la evaluación errónea de su aspecto (Cash, Deagle et al., 1997). Las actitudes y cogniciones negativas hacia el propio cuerpo y su imagen pueden ser causa de problemas emocionales en la adolescencia y en la primera juventud convirtiéndose en la mayoría de los casos en uno de los factores desencadenantes, predisponentes y mantenedores del trastorno (Killen, Taylor, Haywar, Wilson, et al., 1994).

La insatisfacción con la imagen corporal tiene relación con la autoestima. Una autoimagen negativa produce un descenso en la autoestima (Wooley, Kearney-Cooke, 1986). Las personas con TCA suelen relacionar su autoestima con la imagen corporal. Al valorar negativamente a esta última también se valora negativamente a sí misma, mostrando baja autoestima, sentimientos de ser mala persona y un intenso miedo al rechazo o al abandono (Raich, 1994). Rosen, Tacy y Howel (1990) indica que las mujeres con trastornos alimentarios muestran alteraciones en su percepción y valoración corporales, sobretodo aquellas que tiene baja autoestima.

La preocupación por el aspecto y el tamaño del cuerpo, el sentirse gordo o creer que ciertas partes del cuerpo son demasiado gruesas, son síntomas de los TCA. La tendencia a la sobreestimación

de las dimensiones corporales es debida a la insatisfacción corporal (Gardner y Bokenkamp, 1996; Raich, 1994). La insatisfacción con la imagen corporal hace referencia a la falta de aceptación del propio cuerpo y su silueta, a través de aspectos como la insatisfacción con la figura, actitudes, experiencias y cogniciones negativas hacia la propia imagen (Turón y Fernández, 1998). Diversos autores han puesto de manifiesto que tanto la distorsión (sobreestimación) de las dimensiones corporales como la insatisfacción son una cuestión de género, principalmente la primera. Diversos estudios muestran cómo los adolescentes apenas distorsionan su imagen corporal mientras que las adolescentes sí lo hacen (aproximadamente al 90%) (Maganto y Cruz, 2000; Perpiña, 1989; Raich y Mora, 1991). Para Hsu (1990) la sobreestimación de las dimensiones corporales no tiene valor patognomónico ya que está influenciado por factores como el sexo, la edad, el estado de ánimo, la autoestima o si la estimación se basa en lo que piensan o en lo que sienten sobre su propio cuerpo. En cambio la insatisfacción corporal está íntimamente ligada a los trastornos de la alimentación, pudiéndola considerar un factor de riesgo para estos trastornos (Fisher y Thompson, 1994; Rosen, 1993; Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Alemán y Juárez, 2001; Espina, Ortego, y Ochoa de Alda, 2001c; Espina, Ortego, y Ochoa de Alda, 2001d; Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2001f).

3. ALEXITIMIA

El mundo emocional está íntimamente ligado a los TCA. Especialmente las dificultades en el procesamiento cognitivo de las emociones, lo cual hace referencia al constructo alexitimia. Nemiah (1977) destaca dos dimensiones en la alexitimia: 1. Una marcada dificultad para expresar sentimientos con palabras y 2. Ausencia de fantasías para expresar, o que sean expresión de sentimientos; centrándose sus pensamientos en detalles o acontecimientos del mundo exterior siendo su mundo de fantasía muy pobre (pensamiento operatorio); de manera que se trata, según este autor, de un trastorno perceptual-cognitivo y afectivo. La primera dimensión se basa en: a) dificultad para distinguir entre los componentes somáticos (sensaciones) y subjetivos (sentimientos) de la activación emocional, b) la dificultad para identificar y expresar con palabras los sentimientos. Todo ello va asociado a una atención focalizada en los componentes fisiológicos de la respuesta emocional y la consiguiente disforia. La segunda dimensión hace referencia al "pensamiento operatorio" (Marty y M'Uzan, 1963; Marty, 1980) descrito más arriba. En resumen, según Nemiah (1977) los cuatro aspectos más destacables en la alexitimia son: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional, 3) pobreza de fantasías y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitario, literal, referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción. Para Krystal (1979) los rasgos característicos de la alexitimia se dividen en esenciales y accesorios.

A. Rasgos esenciales:

.: 1. Pensamiento simbólico reducido o ausente. Es utilitario, minucioso, centrado en el exterior, no expresando sus motivaciones, deseos, tensiones o sentimientos.

.: 2. Limitada capacidad para fantasear. Existe una inhibición de la capacidad de la fantasía como realizadora de deseos, lo cual les impide la representación de los impulsos y la simbolización de las tensiones como un paso previo a la acción.

.: 3. Dificultad para expresar los sentimientos con palabras. Al tener dificultades en contactar con su realidad psíquica no pueden diferenciar estados emocionales y localizar sensaciones y experiencias corporales, recurriendo a expresar sus demandas con el cuerpo.

B. Rasgos accesorios:

.: 1. "Pseudoadaptación social". Su comportamiento es rígido y excesivamente dependiente de las convenciones sociales.

.: 2. Relaciones sociales estereotipadas, muy dependientes o evitativas, con gran dificultad para empatizar.

- .: 3. Impulsividad como expresión de conflictos. Se descontrolan con facilidad al no poder elaborar previamente los conflictos.
- .: 4. Personalidad inmadura (Ruesch, 1948). No desarrollan una adecuada individuación, lo cual está asociado a su deficiente expresión simbólica. Los tipos de personalidad más frecuentes son: Introversos, pasivo-agresivos, pasivo-dependientes.
- .: 5. Resistencia a la psicoterapia tradicional. Al no discriminar sentimientos de sensaciones corporales y tener deficiente la capacidad de simbolizar, no poseen la capacidad de introspección necesaria para las psicoterapias dinámicas.

La alexitimia está asociada al procesamiento cognitivo de las emociones y es conceptualizada como un rasgo de la personalidad (alexitimia primaria) o un estado asociado a situaciones estresantes (alexitimia secundaria), en ambos casos la dificultad para manejarse con las emociones propiciarían la aparición de trastornos psicósomáticos o conductas impulsivas como respuesta a la activación fisiológica asociada a los estados emocionales. Se han hallado correlaciones positivas con depresión y ansiedad, (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Corcos et al. 2000; Haviland et al. 1988; Hendryx, Haviland y Shaw, 1991; Espina, Ortego, y Ochoa de Alda, 2004), neuroticismo y psicoticismo (Schiattino et al., 1998).

La alexitimia se ha encontrado en diferentes patologías (Taylor, 2000; Fernández, Espina, y Aresti, 1996), y numerosos estudios han confirmado que la alexitimia está presente en los trastornos alimentarios (TA), (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992; Cochrane et al. 1993; Corcos et al., 2000; De Groot, Rodin y Olmsted, 1995; Guilbaud et al., 1999; Rastam, Gillberg, Gillberg y Johanson 1997; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; Taylor, Bagby y Parker, 1991; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996; Espina, 1998; Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001a). Son alexitímicos el 19% de los adultos normales, el 74,4% de las pacientes anoréxicas y el 49% de los toxicómanos (Parker et al., 1989).

El problema fundamental sería el déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones. El origen de este déficit puede estar tanto en variaciones de la organización cerebral como en los defectuosos patrones de intercambio afectivo durante el desarrollo infantil. (Emde, 1988; Stern, 1984; Taylor, 1987, 1991; Edgcombe, 1984; Osofsky y Eberhart, 1988), o en las relaciones familiares actuales, como plantean Onnis y Di Genaro (1987) y han mostrado Espina (2003b) y Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán (2001a).

El instrumento más utilizado para evaluar la alexitimia es la Toronto Alexithymia Scale (TAS), en sus diferentes versiones (Bagby, Parker y Taylor, 1994a; Bagby, Taylor y Parker, 1994b; Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993) hasta la última versión del TAS de 20 ítems (TAS-20). En España, se han realizado varios estudios validando y utilizando el TAS-20, instrumento utilizado en este estudio, (Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001; Martínez-Sánchez, 1996; Martínez-Sánchez et al. 1996; Velasco y Páez, 1996; Martínez y Marín, 1997; Pérez et al., 1997; Moral de la Rubia y Retamales, 1999; Páez, et al., 1999; Páez, y Casullo, 2000).

4. AUTOESTIMA

El autoconcepto puede definirse como las percepciones que el individuo tiene del sí mismo (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976), o como la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo (Rosenberg, 1979).

El modelo teórico de Shavelson et al. (1976) destaca la multidimensionalidad del autoconcepto al estar formado por diversos constructos o aspectos relacionados pero distinguibles. Otros autores plantean una sola dimensión, como la medida por Rosenberg (1965) o la defendida por Coopersmith (1967).

La autoestima se encuentra íntimamente relacionada con el autoconcepto, y puede definirse como la actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, el sí mismo (Rosenberg, 1965), lo que supone un componente valorativo del autoconcepto.

La autoestima es aquello que sentimos, pensamos y manifestamos acerca de nosotros. Está en relación con la valoración que el ser humano realiza acerca de sí mismo y con los sentimientos que ésta le produce. Tiene dos aspectos: a) cognitivo, con él hacemos referencia a la valoración que hacemos de nosotros y b) emocional, tiene que ver con el aprecio o amor que sentimos hacia nosotros mismos.

La persona con autoestima alta no necesita "hacerse valer" constantemente ante los demás y se acepta a sí misma. Tiene pensamientos positivos sobre sí misma: "soy capaz...", "yo puedo...", "me gusta como soy". La persona con la autoestima baja piensa: "No valgo nada" o "no valgo tanto como...", "no se si puedo...", "no me gusto".

Las consecuencias de una autoestima alta es que el niño, joven o adolescente se siente seguro de sí mismo en sus relaciones, siendo capaz de una independencia adecuada a su edad, cumpliendo con sus obligaciones y sintiéndose capaz de cumplirlas y sobre todo con mayor capacidad para afrontar dificultades, mayor resistencia en los conflictos y un interés constante en avanzar y en cumplir sus objetivos.

La autoestima se empieza a formar desde el comienzo de la vida. La forma en que los padres se relacionan con el niño en sus primeros años determina la valoración inicial que el niño hace de sí mismo. En esta corta edad la autoestima está basada en la aceptación y relación con los padres y familiares más cercanos. En los primeros años de vida, el niño no tiene un concepto de sí mismo. Éste se va formando progresivamente en función de mensajes que va recibiendo y de las relaciones que se van creando a su alrededor.

En la construcción de la propia identidad existen mensajes que le ayudan a definirse (¿Quién soy?) y otros que le dicen cómo debería ser. Los segundos le ayudan a formar lo que quie-

re ser. Con este punto de referencia (lo que quiero ser), va a analizar lo que los demás le van devolviendo sobre lo que va siendo. De este análisis o valoración personal surgen los pensamientos y sentimientos sobre él mismo: la autoestima.

La formación del ideal de persona se hace a partir de las normas y valores que el infante va recibiendo de los padres (en primer lugar) y de los profesores y personas adultas, desde que el niño es pequeño. Más tarde incorpora las valoraciones de sus iguales. Los demás se convierten en un espejo donde el niño se ve.

En la formación de la autoestima tiene una importancia capital los mensajes que los padres y adultos en general transmiten al niño. Estos mensajes son de tres tipos:

.: 1. Aquellos que transmiten una idea de sí mismo (como un espejo), y que le ayudan a definirse.

.: 2. Aquellos que le transmiten las normas y valores que el niño va interiorizando para analizar la realidad y a sí mismo.

.: 3. Aquellos que le transmiten una forma de situarse ante las equivocaciones y errores.

Todo esto es clave para que desde la infancia se vaya construyendo un buen autoconcepto y una sana autoestima.

5. APEGO

El apego hace referencia a las primeras relaciones del infante, en el se distinguen tres componentes: Las conductas de apego, un modelo mental de la relación y los sentimientos. Las conductas de apego incluyen llamadas, vigilancia y aproximación a la figura de apego. El modelo mental incluye recuerdos de la relación, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo, las expectativas sobre la relación y la visión del contexto en el cual se sitúa la relación. Finalmente, en una buena relación de apego se dan sentimientos de seguridad asociados a la proximidad y el contacto, y ansiedad ante la pérdida.

Ainsworth et al. (1978) describieron tres tipos de apego según el grado de seguridad que mostraban los niños con su madre. La seguridad la valoraron a través de la facilidad con que el niño explora ambientes nuevos en presencia-ausencia de la madre, el éxito con que la madre consuela al niño y las conductas de proximidad y contacto que adopta el niño después de situaciones estresantes.

Los tres tipos son: 1) Apego seguro. La madre percibe, interpreta y responde adecuadamente a las demandas del niño. La relación es cálida y la madre emite respuestas coherentes.

2) Apego inseguro con rechazo o evitación. El niño no parece molesto por la ausencia de la madre y tiende a evitar o ignorar a los padres. Los padres son rechazantes.

3) Apego inseguro con ambivalencia. No usan a la madre como base de seguridad, su interés en la exploración es bajo, toleran mal el estrés, se muestran ansiosos en la separación y, cuando vuelve la figura de apego, se muestran ambivalentes, oscilando entre el deseo de contacto y la angustia de separación por un lado, y el rechazo por otro. Las respuestas de los padres son incoherentes y están menos disponibles.

Según Spieker y Booth (1988) entre un 57% y un 73% de los niños de la población normal tienen un apego seguro en el que los padres son cálidos y sensitivos y los niños no temen expresar el enfado, la autonomía se adecua a la edad de los hijos y para padres e hijos existe libertad para estar solo o acompañado.

El apego inseguro con rechazo o evitación se da en un rango de 15% a 32% de los niños. Los padres de este grupo a menudo olvidan su infancia y tienden a idealizar a sus padres como forma de negar una relación en la infancia vivida como negativa. Con sus hijos tienden a mantener una distancia emocional y física para reducir la probabilidad de explosión emocional que lleve al rechazo, lo cual implica una pérdida de sensibilidad hacia las necesidades del hijo. El niño no aprende a explorar sentimientos e intimidad y se muestra aparentemente independiente. El apego inseguro ambivalente se da en un rango del 4% al 22% e incluye estilos transaccionales aglutinados, padres preocupados que se dedican a rumiar problemas pasados y se sienten abandonados si los hijos se autonomizan; los hijos son a menudo parentalizados.

Main y Weston, (1981) detectaron que un 13% de casos no encajaba en ningún de los patrones. Posteriormente, Main y Hesse, (1990) y Main y Solomon, (1986, 1990), validaron y desarrollaron un nuevo patrón de apego: el tipo D, o modelo desorganizado/desorientado.

El apego *desorganizado/desorientado*, se caracteriza por la total ausencia de estrategias que le ayuden a organizar una respuesta ante la necesidad de confort y seguridad que produce encontrarse en la situación extraña y estresante. Las respuestas ofrecidas en este patrón son contradictorias respecto a los otros tres y presentan una combinación contradictoria de distintas estrategias, por ejemplo buscar intensamente la proximidad y luego rechazarla activamente, o los niños pueden parecer aturdidos o desorientados al reencontrarse con el adulto. Su comportamiento, parece reflejar miedo y confusión al verse frente a su cuidador. Ainsworth, (1991) sugirió que estos comportamientos desorganizados de los niños parecían guardar relación con experiencias traumáticas de apego de la madre en su infancia o en la adultez y que ésta no había podido resolver. Main y Hess, (1990) plantearon que la desorganización en las estrategias de apego se relacionan directamente con los temores no resueltos de los padres que han sido transmitidos al hijo. Posteriormente estos niños desarrollarán una conducta protectora con sus padres, como un intento de compensar la ausencia de un sistema de cuidados predecible.

El modelo de apego que tenga un sujeto va a influir poderosamente en la consideración que tiene de sí mismo y de los demás, de manera que los que han tenido un apego seguro tendrán más confianza en sí mismos y se relacionarán mejor con los demás.



6. PAUTAS PARENTALES DE CRIANZA

Las pautas de crianza han sido asociadas al desarrollo psicoafectivo de los hijos, lo cual está íntimamente asociado a los estilos de apego.

Parker, Tupling y Brown (1979) desarrollaron un cuestionario autoaplicado, el Parental Bonding Instrument (PBI), para medir dos dimensiones de las pautas de crianza: el Cuidado (CUI) (entendido como preocupación contra indiferencia y rechazo) y la Sobreprotección (SOB) (conductas contra los estímulos de independencia del hijo) que el hijo percibe en sus padres, referido a sus dieciséis primeros años de vida, aunque evalúa actitudes percibidas en la actualidad. Sobre la base de estos factores se construye una tipología de los vínculos parentales percibidos:

- .: 1. Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección).
- .: 2. Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección).
- .: 3. Constreñido (alto cuidado y alta sobreprotección).
- .: 4. Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección).

Este cuestionario consta de 25 ítems de los cuales 13 forman la subescala de Sobreprotección y 12 la de Cuidado, con cuatro opciones de respuesta (Muy de acuerdo, Acuerdo moderado, Desacuerdo moderado y Muy en desacuerdo), con puntuaciones de 0 a 3. Cada ítem debe ser contestado, en forma retrospectiva o actual, para el padre y para la madre.

La escala de *Cuidado* (CUI) hace referencia a: calidez emocional, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia. Mientras que la escala de *Sobreprotección* (SOB) a: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta independiente, que tienen alto valor en sobreprotección frente a fomento de la independencia, que tienen bajo índice de sobreprotección.

Otros autores Kendler (1996, Martin et al. (2004) han hallado 3 factores: cuidado (compuesto por los mismos ítems que en el de Parker et al. (1979), y la sobreprotección de Parker et al. Se divide en 2 factores: *autoritarismo* (Kendler) o *restricción* (Martin et al.) y *sobreprotección* (Kendler) o *intrusión*.

Parker, (1983) encontró en una muestra australiana que las puntuaciones medias para Cuidado materno eran de 27.0 y 13.5 para Sobreprotección, mientras que las puntuaciones medias para los padres eran de 24.0 en Cuidado y 12.5 en Sobreprotección. En una muestra del País Vasco (Espina et al. 1996) encontramos en un grupo control sin patología las siguientes puntuaciones medias: Cuidado materno 29.19, Sobreprotección materna 16.50; Cuidado paterno 21.56 y Sobreprotección paterna 16.

En este estudio, la clasificación de los sujetos en uno de los cuatro tipos de vínculos se realizará tomando como referencia estos puntos de corte para cada subescala.

La fiabilidad de la escala, en cuanto a la consistencia interna, informada por el autor es muy buena (Parker, 1983) de 0,88 para Cuidado y 0,74 para Sobreprotección); mientras que la fiabilidad interjueces mostró índices de $r=0,78$ para Cuidado y $r=0,49$ para Sobreprotección. Parker (1984) resume los estudios realizados sobre la fiabilidad test-retest de la escala en distintas muestras clínicas y no clínicas. Los resultados eran buenos para ambas y mejores para la escala de Cuidado respecto a la de Sobreprotección. La validez concurrente ha sido, así mismo, ampliamente estudiada (Parker, 1984 y 1986; Kazarian et al., 1987; MacKinnon et al., 1991).

En resumen, los resultados de estos trabajos señalan que el PBI es una medida válida de las características parentales percibidas, así como de las características parentales actuales. Además, el PBI no se ve afectado por el ambiente familiar, "percepción compartida". La validez predictiva, en cuanto a diferenciar muestras clínicas y sujetos normales, así como para predecir el curso de una enfermedad, ha sido investigada por Parker (1979 y 1981) en los trastornos de ansiedad y depresivos. Zweig-Frank y Paris (1991) lo han empleado en los trastornos de personalidad límite; mientras que en otros tipos de pacientes psiquiátricos han sido investigados por autores (Truant et al., 1987; Apperson et al., 1975; Espina, y Pumar, 1999). En toxicomanías el PBI ha sido utilizado por Schweitzer y Lawton (1989).

Schweitzer y Lawton (1989) estudiaron la percepción que tenían los hijos de las actitudes de sus padres hacia ellos mediante el Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker et al. (1979) en una muestra de 63 adictos a opiáceos y un grupo control de 50 estudiantes con una edad semejante. Entre sus resultados destaca que en el grupo de toxicómanos predominaba el vínculo de control sin afecto, mientras que en el grupo control, el vínculo óptimo. Este control sin afecto debe considerarse un estilo de parental de alto riesgo y se caracteriza por frialdad, rechazo, indiferencia, control e intrusión en la vida del hijo, y una falta de estímulo para la autonomía. Espina et al. (1996), aplicando el PBI a toxicómanos hallaron que también el vínculo de Control sin Afecto era el más frecuente en estos, mientras que el Vínculo Óptimo era el más frecuente en el grupo control.

Espina, Fernández y Pumar (2000), utilizando una adaptación infantil del PBI encontraron que el vínculo de Control sin Afecto era el más frecuente en niños con trastornos del habla y del lenguaje.

Humphrey y Stern (1988), basándose en la teoría de las relaciones objetales, proponen que las familias en las que aparecen trastornos de la alimentación experimentan fallos a la hora de proporcionar un ambiente parental contenedor. Estos autores creen que estos fallos son transmitidos de una generación a otra. Muchos de los estudios empíricos sobre los estilos parentales en los trastornos de la alimentación están basados en el Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker, Tupling y Brown, 1979). Los datos de los estudios empíricos son variables y no concluyentes.

Gomez (1984) quería comprobar si el desarrollo psicosexual estaba relacionado con los problemas con la bebida. Para ello comparó pacientes que referían problemas con el alcohol con sujetos controles sin ningún tipo de patología y con pacientes con trastornos alimentarios. Para ello utilizó el PBI y encontró que, en la percepción de la figura materna, las bulímicas no diferían de las controles; las anoréxicas puntuaban a sus madres significativamente más bajo en cuidado y más alto en protección. En cambio, no diferían de las controles en la percepción de la figura paterna, mientras que las bulímicas mostraban una significativa falta de cuidado.

Pole, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum (1988) hallaron que mujeres bulímicas puntúan significativamente más bajo en cuidado con respecto a sus madres que las controles (75% Vs. 47% respectivamente); las puntuaciones para los padres son similares, aunque se acercan a la significación estadística. El cuadrante que más distingue a los grupos es el de vinculación óptima, al que pertenece un 43 % de las controles Vs. 5,4 % de las bulímicas. Concluyen que los síntomas bulímicos estarían disfrazando un desarrollo del ego deficitario relacionado con una pobre empatía parental más que a un problema básico de autocontrol (Baker y Baker, 1987).

Rhodes y Kroger (1992) comparan la percepción de las pautas de crianza entre adolescentes con trastornos alimentarios y un grupo control libre de síntomas. Concluyen que el control sin afecto maternal, caracterizado por la sobreprotección, inhibición de la individuación, intrusividad, infantilización y la falta de calidez emocional, se asocia en mayor medida que la paterna con los trastornos alimentarios. Además, encuentran que las pacientes puntúan alto en ansiedad de separación, bajo en separación saludable, alto en ansiedad a ser "engullido" y alto en negación de la independencia. Es decir, aparece un modelo en el que cuando se mueven lejos sienten ansiedad de separación pero cuando están cerca temen ser engullidos.

Russel et al. (1992) aplicaron el PBI a anoréxicas, otras pacientes psiquiátricas y un grupo normativo y hallaron que en las pacientes anoréxicas y en el grupo control era más frecuente el Vínculo Óptimo y en las otras pacientes el de Control sin Afecto. Vandereycken (1994) aplicó el PBI a anoréxicas y a sus padres y encontró que las madres percibieron un Vínculo de Control sin Afecto en ambos padres; los padres percibieron a sus padres como neutrales y a sus madres como sobreprotectoras. Mientras que sus hijas percibían un Vínculo Óptimo con su madre y Débil con el padre.

Esta forma disfuncional de parentalidad o distorsión perceptual o ambas, puede ser un epifenómeno de la atmósfera negativa en las familias con trastornos alimentarios. Las tristes relaciones entre padre e hijos, la crónica emoción negativa, puede ser a la vez causa y consecuencia de las interacciones que minan las preocupaciones parentales y el desarrollo de los hijos (Dix, 1991, Eisler, 1995). Por otra parte unas pautas parentales de crianza inadecuadas pueden actuar como un factor predisponente a los TCA.



II. PARTE EMPÍRICA

A. OBJETIVOS

Estudiar en jóvenes de Gipuzkoa:

- .: 1. La prevalencia de población de riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- .: 2. La prevalencia de alexitimia en los adolescentes.
- .: 3. La valoración del esquema corporal y la autoestima.
- .: 4. La salud mental general (morbilidad psiquiátrica).
- .: 5. Relacionar las actitudes hacia la comida, con el esquema corporal, la salud mental, la alexitimia, la autoestima.
- .: 6. Relacionar las variables clínicas y de autoestima con las pautas parentales de crianza.

El interés principal de este estudio es socio-sanitario, dado el incremento de los trastornos alimentarios en nuestra sociedad. El conocer las conductas alimentarias de los jóvenes es de gran importancia para elaborar programas de prevención primaria y para efectuar una prevención secundaria adecuada.

Por otra parte, los trastornos alimentarios pueden estar asociados a determinadas características de personalidad, como la alexitimia, la autoestima y a la valoración del propio cuerpo; conocer el alcance de estas relaciones en nuestra sociedad es de gran interés para elaborar programas de prevención primaria que incidan en otras variables asociadas a los trastornos alimentarios.

Finalmente, las pautas parentales de crianza están asociados a patologías variadas, conocer la relación con los TCA puede ser de gran ayuda para intervenciones psicoeducativas con los padres.

B. HIPÓTESIS

- .: 1. La tasa de prevalencia de conductas indicativas de trastornos alimentarios en Gipuzkoa será semejante a la hallada en otros estudios realizados tanto España como en otros países.
- .: 2. Las puntuaciones del EAT (actitudes hacia la comida) correlacionarán positivamente con las del TAS-20 (alexitimia) y negativamente con la escala de autoestima.
- .: 3. En los sujetos en riesgo de padecer un TCA los vínculos parentales serán de peor calidad que en los sujetos sin patología.
- .: 4. En los sujetos con peor imagen corporal los vínculos parentales serán de peor calidad que en los sujetos con buena imagen corporal.
- .: 5. Las escalas que miden patología (EAT, BSQ, InC, TAS-20, GHQ) estará positivamente relacionadas entre si y negativamente con la autoestima (EAR).
- .: 6. La patología psiquiátrica estará asociada a unas pautas de crianza de bajo cuidado y alta sobreprotección.
- .: 7. La baja autoestima y la deficiente imagen corporal estarán asociadas a unas pautas de crianza de bajo cuidado y alta sobreprotección.
- .: 8. La insatisfacción corporal en las chicas será mayor que en los chicos.

C. MÉTODO

Se trata de un estudio epidemiológico de prevalencia de población de riesgo de padecer Trastornos de la conducta Alimentaria, morbilidad psiquiátrica, alexitimia, y su relación con otras variables.

a) Muestra

La muestra fue de tipo intencional no probabilístico y recogida en poblaciones de Guipúzcoa (Donostia, Hernani, Lasarte y Zarautz). La elección de las poblaciones fue incidental y la muestra se obtuvo por el método de muestreo por conglomerados. El número de centros en los que se recogió la muestra fue de 6, de los cuales 3 eran públicos y 3 privados, en ellos se estudiaba ESO, FP y bachiller. La muestra total recogida estaba constituida por 1050 sujetos y la definitiva, después de eliminar a los sujetos que no habían rellenado todos los ítems de los cuestionarios, estaba constituida por 1032 sujetos: 497 chicas y 535 chicos.

Criterios de selección de la muestra:

- .: Estudiantes de centros públicos y privados de Gipuzkoa.
- .: Con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años.

Fecha de realización del estudio: durante el curso 2002/03.

b) Instrumentos

.: Variables sociodemográficas: recogidas con una escala "ad hoc" que incluía las siguientes variables: edad, sexo, curso, idioma, centro, estudios, nivel socioeconómico, profesión y estudios de los padres, población, peso, altura. Se obtuvo el índice de masa corporal (peso en kgs/altura en m²) (IMC) clasificado en 4 categorías: normal (20-25), peso bajo (<19,9; >17), severo infrapeso (< 17), sobrepeso (> 25-30), obesidad moderada (>30-40), obesidad grave (>40). En niños y púberes no se utiliza el IMC sino las tablas normativas de percentiles de peso y talla, pero en este estudio nos es de utilidad del IMC para relacionar más fácilmente la imagen corporal con la apariencia real más que estudiar el estado nutricional de la muestra para lo cual habría que utilizar las tablas anteriormente citadas.

:: Eating Attitudes Test (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979; Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991) prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado para detectar población de riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria es 30. En los chicos, hemos utilizado dos criterios para categorizar los casos positivos: 30 y 27 (al eliminar la puntuación máxima del ítem que hace referencia a la regla) con vistas a facilitar la comparación de nuestros resultados con otros estudios. Al comparar chicos y chicas hemos eliminado el ítem 23 porque hace referencia a la regla y distorsionaría los resultados.

:: Para evaluar el miedo a engordar, *los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal* se ha utilizado el Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper y Taylor (1987). (Traducido y adaptado a población española por Mora y Raich (1993). Es un cuestionario de 34 ítems con 6 opciones de respuesta cada uno. Sirve para evaluar el miedo a engordar, los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988), hemos clasificado las puntuaciones en 4 categorías: no preocupada por la IC < 81, leve preocupación = 81-110, moderada = 111-140, extrema >140. Esta escala está diseñada para aplicarla a mujeres, para este estudio hemos realizado una adaptación para aplicarla también a varones.

:: Escala de insatisfacción corporal (InC) del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1998). Consta de 9 ítems. La baremación de esta escala es la siguiente, puntuación directa (centil): < 10 (centil < 60 = no significativo), 10-13 (centil > 59 < 70 = ligeramente significativo), 14-17 (centil > 69 < 80 = significativo), > 17 (centil > 79 = muy significativo),

:: Salud general. Ha sido evaluada con el General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg y Hillier, 1979; Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). Cuestionario autoaplicado de 28 ítems con cuatro opciones de respuesta, sirve para detectar la morbilidad psiquiátrica y está diseñado para identificar trastornos mentales no psicóticos. Consta de 4 factores: A: síntomas somáticos, B: ansiedad e insomnio, C: disfunción social, y D: depresión grave. El punto de corte utilizado es 5/6 (no caso/caso).

:: La alexitimia se ha evaluado con la Toronto Alexithymia Scale de 20 ítem (TAS-20) (Bagby et al., 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler & Schmitz, 1993; Martínez, 1996): Consta de 3 factores: 1. Dificultad para identificar sentimientos. 2. Dificultad de describir sentimientos y 3. Pensamiento externamente orientado. Estos factores son los mismos del constructo alexitimia. El punto de corte utilizado es de 60 (Parker et al. 1996).

.: Autoestima: Evaluada con la escala de autoestima de Rosemberg (EAR) (1965) Escala autoaplicada de 10 ítems. El punto de corte utilizado es 28. La Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La versión española utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo & Echeburúa (1997).

.: *Las Pautas parentales de crianza* han sido evaluadas con el Parental Bonding Instrument (PBI), Parker, Tupling y Brown (1979) cuestionario autoaplicado de 25 ítems. Consta de 2 factores: cuidado y sobreprotección. A partir de las puntuaciones de estos dos factores se obtienen 4 tipos de vínculos. Esta prueba ha sido ampliamente descrita en el apartado teórico. Se aplicará dirigido a las relaciones actuales.

Tabla 16. Escalas utilizadas en el estudio.

INSTRUMENTO	MEDIDA	REFERENCIA
Escala de Variables sociodemográficas:	VSDG	Espina (1995)
Body Shape Questionnaire (BSQ)	Imagen corporal	Cooper y Taylor (1987). Mora y Raich (1993).
Eating Attitudes Test (EAT)	Síntomas y conductas alimentarios	Garner y Garfinkel, 1979 Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991)
Escala de insatisfacción corporal (InC) del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)	Insatisfacción con la imagen corporal	(Garner, 1998).
General Health Questionnaire (GHQ-28)	Detección de morbilidad psiquiátrica	(Goldberg y Hillier, 1979; Lobo, Pére-Echeverría y Artal, 1986).
Escala de autoestima de Rosemberg (EAR)	autoestima	Rosemberg (1965) Fernández-Montalvo & Echeburúa (1997).
Toronto Alexithymia Scale de 20 (TAS-20)	alexitimia	(Bagby et al., 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler & Schmitz, 1993; Martínez, 1996).
Parental Bonding Instrument (PBI)	Pautas parentales de crianza	Parker, Tupling y Brown (1979)

c) Procedimiento

En primer lugar se contactó con los centros y se informó de la finalidad del estudio. Después de obtener la autorización de centro, padres y alumnos se concertó la cita. El peso y la altura fueron evaluados en los centros. Los cuestionarios fueron repartidos individualmente en las aulas por miembros del equipo investigador, después de dar una explicación sobre su contenido y aclarar dudas. Los investigadores permanecieron en el aula, aclararon las dudas que pudieran surgir al rellenar los cuestionarios y revisaron si estaban cumplimentados adecuadamente a la hora de entregarlos. El orden en el que se aplicaron los cuestionarios fue: variables sociodemográficas, EAT, BSQ, escala de insatisfacción corporal del EDI, TAS-20, EAR, GSQ-28 y PBI. Todos los instrumentos se pasaron en castellano y euzkera, eligiendo los alumnos el idioma. Los investigadores hablaban los dos idiomas para aclarar dudas.

d) Análisis estadísticos

En primer lugar se realizaron análisis descriptivos de algunas variables sociodemográficas y puntuaciones en las pruebas utilizadas, se estudió la consistencia interna de cada prueba y las correlaciones entre ellas. Posteriormente se realizaron análisis multivariante de la varianza (MANOVA), análisis de la varianza (ANOVA), covarianza (ANCOVA), chi cuadrado, test exacto de Fisher unilateral, correlaciones, regresiones lineales múltiples por pasos y t-test para comparar diferentes agrupaciones de la muestra. Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12.0 (SPSS Inc.).

D. RESULTADOS

El índice de consistencia interna del **BSQ**, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach para las mujeres es $\alpha = ,976$, y para los varones $\alpha = ,970$, igual que el hallado por Mora y Raich (1993) con estudiantes y semejante ($,93$) al de los autores del instrumento (Cooper et al., 1987). En cuanto al **EAT**, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido para las mujeres es $\alpha = ,871$ y para los varones $\alpha = ,819$. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido con la escala de insatisfacción corporal (**lnC**) del EDI-2 para las mujeres es $\alpha = ,904$, y para los varones $\alpha = ,877$.

En la **EAR** para las mujeres es $\alpha = ,818$, y para los varones $\alpha = ,722$. Las medias de otros estudios oscilan ente $,77$ y $,88$ (Rosemberg, 1965; Shapurian, Hojatr y Neyerahmadi, 1987; Baños y Guillén, 2000; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

En el **GHQ-28** hallamos una $\alpha = ,924$ en las chicas y $\alpha = ,856$ en los chicos.

El índice de consistencia interna del **TAS-20**, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue $\alpha = ,791$ para las chicas, y $\alpha = ,728$ para los chicos. Los factores mostraron las siguientes alfas para las chicas: F1: $\alpha = ,814$; F2: $\alpha = ,733$; F3: $\alpha = ,517$ y para los chicos F1: $\alpha = ,768$; F2: $\alpha = ,673$; F3: $\alpha = ,346$. Estos valores son semejantes a los hallados por los autores del instrumento (Bagby et al., 1994b), a los de Martínez-Sánchez (1996) con estudiantes universitarios y a los de diferentes muestras transculturales (Páez et al. 1999), excepto en el F3 que muestra una fiabilidad más baja de lo habitual, especialmente en los chicos.

El índice de consistencia interna del **PBI**, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue en cuidado $\alpha = ,901$ para las chicas, y $\alpha = ,892$ para los chicos; en sobreprotección $\alpha = ,843$ para las chicas, y $\alpha = ,829$ para los chicos. Los factores separados para padre y madre, en las chicas mostraron las siguientes alfas: cuidado materno: $\alpha = ,810$; cuidado paterno: $\alpha = ,852$; sobreprotección materna: $\alpha = ,724$; sobreprotección paterna: $\alpha = ,705$. En los chicos cuidado materno: $\alpha = ,796$; cuidado paterno: $\alpha = ,831$; sobreprotección materna: $\alpha = ,686$; sobreprotección paterna: $\alpha = ,708$.

La validez convergente de las pruebas referidas a los TCA fue estudiada correlacionando las puntuaciones totales del BSQ con las del EAT obteniendo una correlación para las mujeres de $r = ,669$ ($p < ,0001$) y para los varones de $r = ,615$ ($p < ,0001$) (los autores del cuestionario obtuvieron $,61$ con estudiantes y $,35$ con bulímicas y Mora y Raich (1993) hallaron $,71$). También correlacionamos el BSQ con la subescala de insatisfacción corporal del EDI-2, obteniendo una correlación para las mujeres de $r = ,489$ ($p < ,0001$) y para los varones de $r = ,388$ ($p < ,0001$). Finalmente al correlacionar el EAT con la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 hallamos en las mujeres una $r = ,231$ ($p < ,0001$) y en los varones una $r = ,216$ ($p < ,0001$).

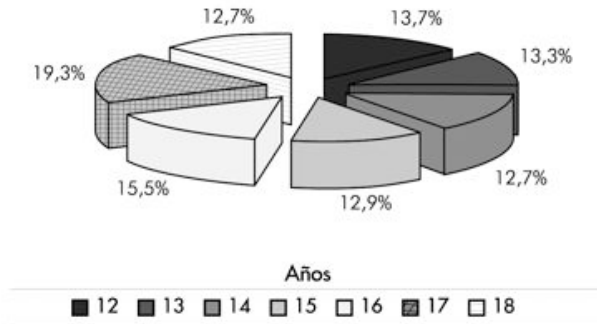
1. Resultados descriptivos sobre variables sociodemográficas

La distribución de la muestra por centros, estudios y edades puede verse en las tablas 17, 18, 19 y 20.

Tabla 17. Distribución por edades

Años	chicas		chicos	
	n	%	n	%
12	68	13,7	72	13,5
13	66	13,3	64	12,0
14	63	12,7	78	14,6
15	64	12,9	77	14,4
16	77	15,5	76	14,2
17	96	19,3	67	12,5
18	63	12,7	101	18,9
Total	497	100,0	535	100,0

Gráfica 1. Distribución por edades en las chicas



Gráfica 2. Distribución por edades en los chicos

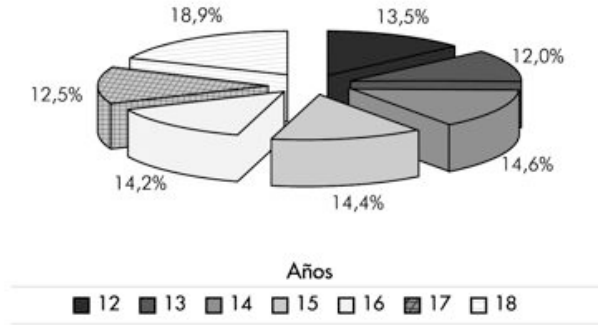
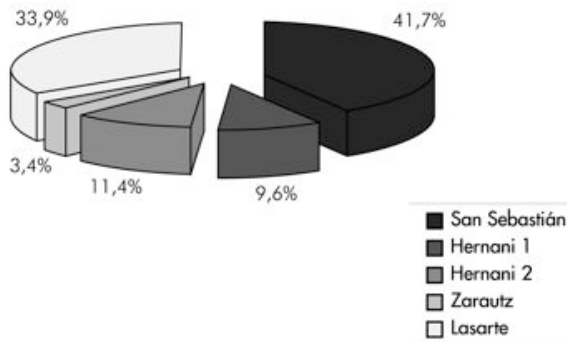


Tabla 18. Distribución de la muestra por ubicación de los centros

	chicas		chicos	
	n	%	n	%
Donostia	210	41,4	267	49,9
Hernani 1	47	9,5	50	9,3
Hernani 2	56	11,3	46	8,6
Zarautz	17	3,4	37	6,9
Lasarte	167	33,6	135	25,2
Total	497	100,0	535	100,0

Gráfica 3. Distribución de las chicas por ubicación de centros



Gráfica 4. Distribución de los chicos por ubicación de centros

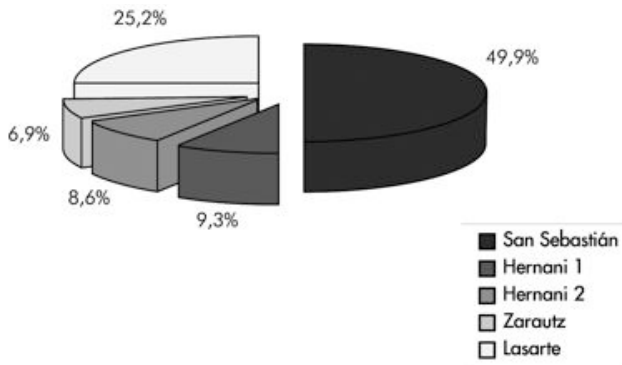
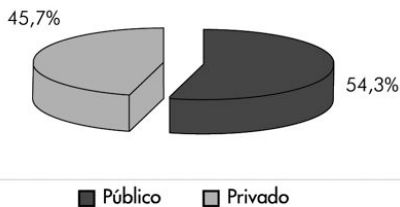


Tabla 19. Distribución de la muestra por tipo de centro

	chicas		chicos	
	n	%	n	%
publico	270	54,3	231	43,2
privado	227	45,7	304	56,8
Total	497	100,0	535	100,0

Gráfica 5. Distribución de las chicas por tipo de colegio



Gráfica 6. Distribución de los chicos por tipo de colegio

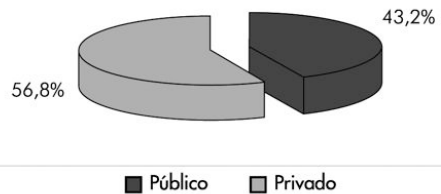
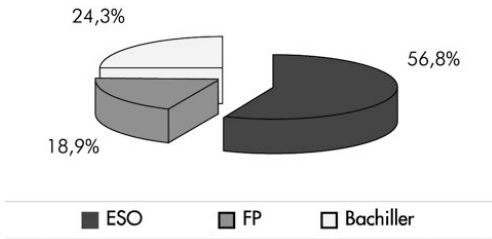


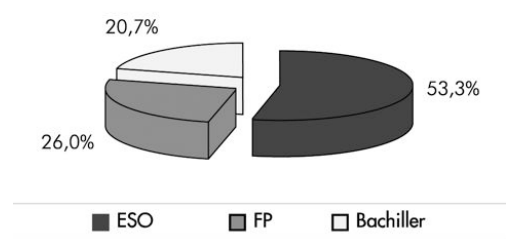
Tabla 20. Distribución de la muestra por estudios

	chicas		chicos	
	n	%	N	%
ESO	282	56,7	285	53,3
FP	94	18,9	139	26,0
Bach.	121	24,3	111	20,7
Total	497	100,0	535	100,0

Gráfica 7. Distribución de las chicas por tipo de estudios



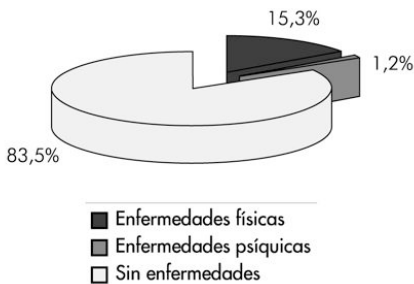
Gráfica 8. Distribución de los chicos por tipo de estudios



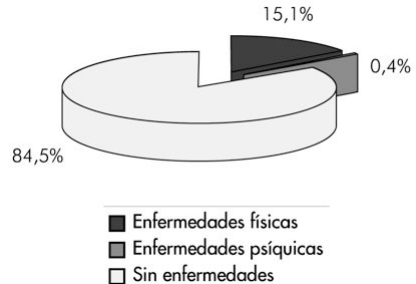
El lugar de residencia de los estudiantes era el hogar familiar.

Padecían **enfermedades físicas** diagnosticadas el 15,3% ($n = 76$) de las chicas y el 15,1% ($n = 81$) de los chicos y **enfermedades psíquicas** diagnosticadas el 1,2% ($n = 6$) de las chicas y el 0,4% ($n = 2$) de los chicos. No existen diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

Gráfica 9. Enfermedades diagnosticadas en las chicas.

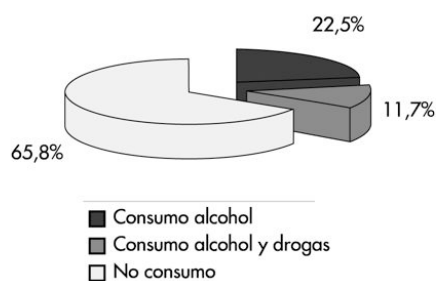


Gráfica 10. Enfermedades diagnosticadas en los chicos.

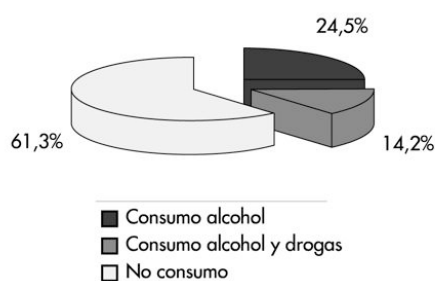


Consumían alcohol el 22,5% ($n = 112$) de las chicas y el 24,5% ($n = 131$) de los chicos. Consumían drogas (hachís, cocaína, "pastillas") el 11,7% ($n = 58$) de las chicas y el 14,2% ($n = 76$) de los chicos. Uniendo los casos que consumen alcohol y/o drogas hallamos 170 (34,2%) chicas y 207 (38,7%) chicos.

Gráfica 11. Consumo en chicas.



Gráfica 12. Consumo en chicos.



2. Resultados sobre conducta alimentaria e imagen corporal

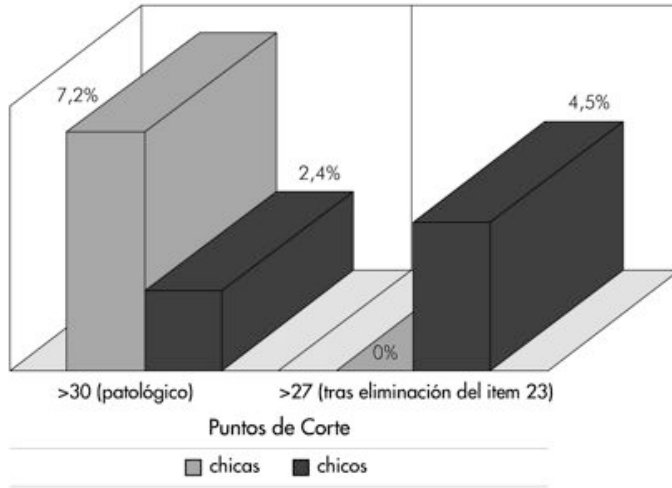
Respecto a los porcentajes de casos patológicos en el EAT y las diferentes categorías en el BSQ, podemos ver en la tabla 21 que el 7,2% de las chicas y el 2,4% de los chicos padecen síntomas de TCA, pero si bajamos el punto de corte a 27 en los chicos, debido a la eliminación del ítem 23, hallamos 24 (4,5%) casos de chicos con síntomas de TCA.

Tabla 21. Porcentaje de casos en categorías del EAT

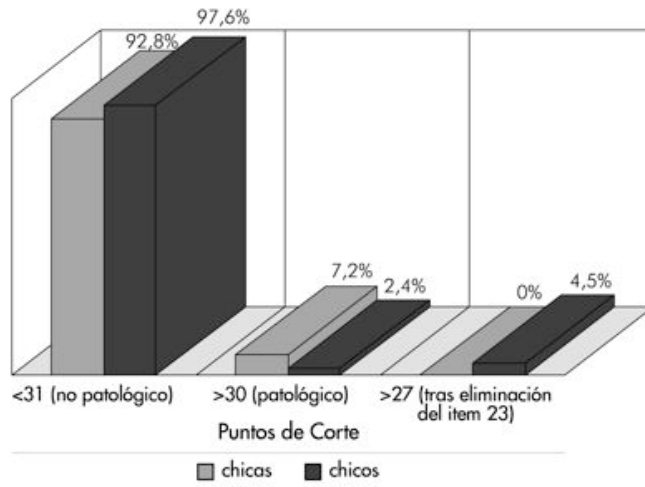
EAT	chicas		chicos	
	n	%	n	%
<31	461	92,8	522	97,6
>30	36	7,2	13	2,4
>27	-	-	24	4,5
Total	497	100,0	535	100,0

EAT = eating attitude test.

Gráfica 13. Porcentaje de la muestra con síntomas de TCA según el EAT



Gráfica 14. Porcentaje de casos en categorías del EAT



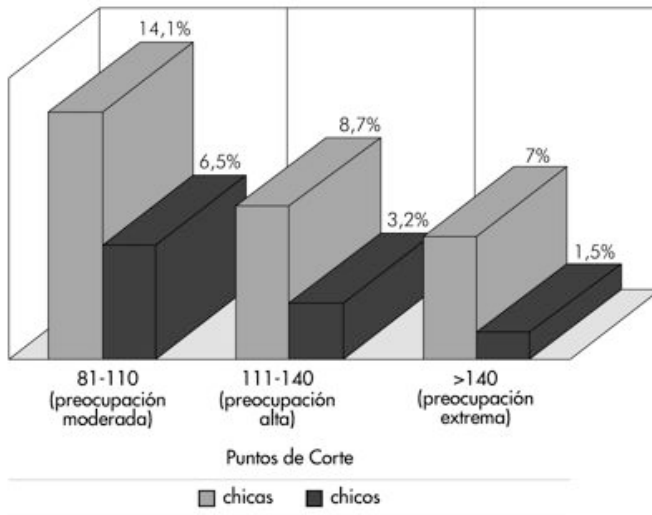
En la tabla 22 observamos que el 29,8% de las chicas y el 11,2% de los chicos muestran preocupación por la imagen corporal (BSQ > 80), siendo esta moderada o extrema en el 15,7% de las chicas y el 4,7% de los chicos.

Tabla 22. Porcentajes de casos en categorías del BSQ

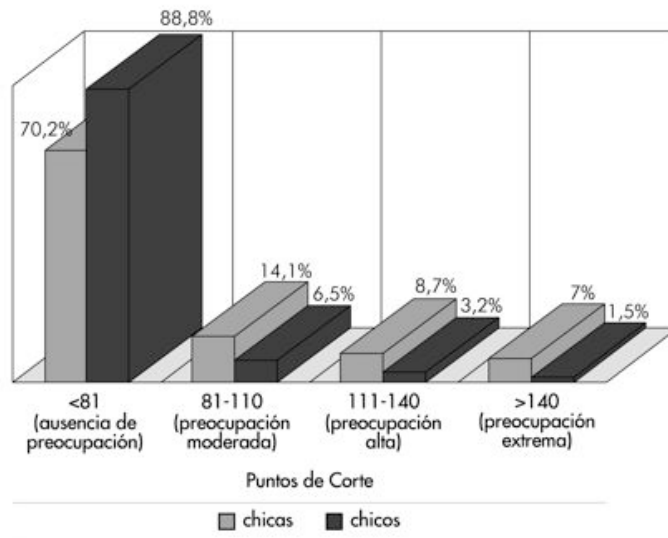
BSQ	chicas		chicos	
	N	%	N	%
<81	349	70,2	475	88,8
81-110	70	14,1	35	6,5
111-140	43	8,7	17	3,2
>140	35	7,0	8	1,5
Total	497	100,0	535	100,0

BSQ = body shape questionnaire

Gráfica 15. Porcentaje de casos con preocupación por la imagen corporal (BSQ)



Gráfica 16. Porcentaje de casos en categorías de BSQ



Comparaciones por géneros

Hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los géneros en el *tipo colegio*: $\chi^2 = 12,820$, *gl.* 1, $p < ,0001$. Mayor porcentaje de chicos en colegio privado. *Curso*: $\chi^2 = 7,349$, *gl.* 2, $p = ,021$. Mayor porcentaje de chicos en FP y de chicas en bachiller.

Las diferencias en las categorías del EAT entre chicos y chicas son estadísticamente significativas con mayor porcentaje de puntuaciones patológicas en las chicas, con el punto de corte en 30, $\chi^2 = 13,200$, *gl.* 1, $p < ,0001$. Al comparar ambos géneros en el EAT eliminando el ítem 23 (regla) y utilizando un punto de corte de 27, hallamos que las chicas presentan mayor porcentaje, estadísticamente significativo, de casos patológicos que los chicos. $\chi^2 = 5,621$, *gl.* 1, $p = ,018$.

Al comparar las medias de ambos grupos en el EAT 40, hallamos diferencias estadísticamente significativas con mayor media en las chicas, pero eliminando el ítem 23, referido a la regla, las diferencias significativas desaparecen. Ver tabla 23.

Tabla 23. Comparación entre los sexos en el EAT-40 y eliminado el ítem 23.

	Sexo	n	Media	D. t.	E. t.	t	gl	Sig.
EAT-40	chica	497	13,07	11,736	,526			
	chico	535	11,17	9,296	,402	2,896	1030	,004
EAT sin ítem 23	chica	497	12,09	11,546	,518			
	chico	535	11,08	9,235	,399	1,566	1030	,118

EAT = eating attitude test.

Al comparar por sexos los posibles "ítems criterio" de anorexia y bulimia nerviosa, encontramos diferencias significativas, con mayor puntuación en las chicas, en los ítems: 4 ("me da mucho miedo pesar demasiado"), 15 ("me preocupa el deseo de estar más delgado/a"), 25 ("me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo"), 28 ("tomo laxantes") y 37 ("me comprometo a hacer régimen") y no hay diferencias significativas en el 7 ("a veces me he atracado de comida"), 13 ("vomito después de comer"), 30 ("como cosas de régimen") y 40 ("tengo ganas de vomitar después de comer"). No hay diferencias en los ítems que se refieren a atracones y vómitos, mientras que los que tienen que ver con la preocupación con el peso y el uso de laxantes diferencia a los sexos, teniendo puntuaciones más altas las chicas. (Ver tabla 24.)

En el BSQ también hallamos diferencias estadísticamente significativas, con mayor porcentaje de puntuaciones indicadoras de preocupación por la imagen corporal en las chicas, chi cuadrado = 57,833, g.l. 3, $p < ,0001$.

Al comparar las medias del BSQ y la escala de insatisfacción corporal (InC) del EDI-2, vemos que en las chicas existe mayor insatisfacción con la imagen corporal. (Ver tabla 25).

Para Estudiar si el IMC influía en el EAT, BSQ e InC (EDI-2) hemos realizado análisis de covarianza separadamente para cada escala (EAT, BSQ, InC del EDI-2), con el sexo como variable independiente y el IMC como covariable. Comprobando que el efecto de la interacción entre sexo X covariable es significativa (EAT: $p = ,020$; BSQ: $p < ,0001$; InC: $p < ,0001$, por lo que las diferencias entre géneros en estas escalas están influidas por el IMC.

Comparación según el índice de masa muscular (IMC)

Al comparar las medias en el BSQ (las puntuaciones se agrupan en 4 categorías: no preocupada por la Imagen Corporal < 81, leve preocupación = 81-110, moderada = 111-140, extrema >140). Entre los grupos constituidos por la categoría de IMC (peso normal, bajo, severo infrapeso y sobrepeso), encontramos en las chicas diferencias significativas entre los grupos (ver tabla 15). Al realizar comparaciones múltiples con la prueba de Scheffé hallamos que en el BSQ existen diferencias significativas entre el grupo de peso normal comparado con los de peso bajo ($p = ,003$) y severo infrapeso ($p < ,0001$). La puntuación más alta es en sobrepeso seguida de peso normal. También aparecen diferencias significativas entre peso bajo y sobrepeso ($p = ,007$), peso bajo e infrapeso ($p = ,026$) y entre sobrepeso e infrapeso ($p < ,0001$). En la grá-

fica 17 puede verse cómo la mayor insatisfacción con la imagen corporal aparece en las chicas con sobrepeso y la mayor satisfacción en las de infrapeso. En las chicas de peso normal la media del BSQ está en el límite de la "no preocupación" por la imagen corporal.

Tabla 24. Comparación por sexos de "ítems criterio" de anorexia y bulimia nerviosa del EAT.

	Sexo	N	Media	D. t.	E. t.	t	Gl	Sig.
EAT 04	Chica	497	,63	1,072	,048			
	Chico	535	,27	,776	,034	6,081	898,188	,000
EAT 07	Chica	497	,17	,569	,026			
	Chico	535	,17	,592	,026	-,078	1030	,938
EAT 13	Chica	497	,02	,184	,008			
	Chico	535	,04	,321	,014	-1,424	862,726	,155
EAT 15	Chica	497	,39	,901	,040			
	Chico	535	,15	,562	,024	5,271	819,773	,000
EAT 25	Chica	497	,59	1,049	,047			
	Chico	535	,27	,766	,033	5,567	902,935	,000
EAT 28	Chica	497	,01	,089	,004			
	Chico	535	,05	,340	,015	-2,537	612,732	,011
EAT 30	Chica	497	,11	,467	,021			
	Chico	535	,07	,395	,017	1,392	974,581	,164
EAT 37	Chica	497	,16	,577	,026			
	Chico	535	,08	,364	,016	2,723	825,544	,007
EAT 40	Chica	497	,06	,298	,013			
	Chico	535	,03	,295	,013	1,546	1022,507	,122

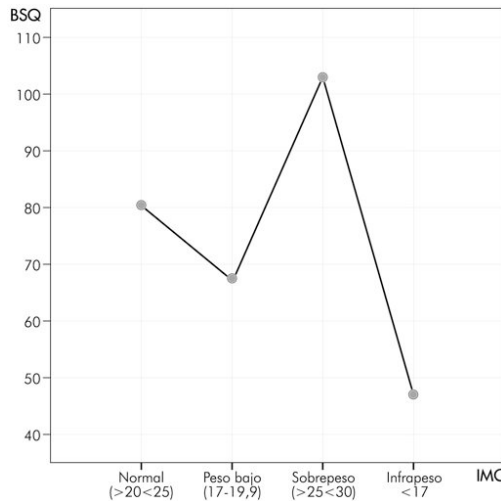
EAT = eating attitude test.

Tabla 25. Comparación entre chicos y chicas en BSQ e InC (EDI-2).

	Sexo	n	Media	D. t.	E. t.	t	Gl	Sig.
BSQ	chica	497	71,51	35,457	1,590			
	chico	535	50,76	25,313	1,094	10,878	1030	,000
InC (EDI-2)	chica	497	9,08	8,023	,360			
	chico	535	5,53	6,544	,283	7,811	1030	,000

EAT = eating attitude test; BSQ = body shape questionnaire; InC (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory

Gráfica 17. Comparación entre las categorías de índice de masa corporal (IMC) en el Body Shape Questionnaire (BSQ) en las chicas.



En los chicos también aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (ver tabla 26). Al realizar comparaciones múltiples con la prueba de Scheffé únicamente hallamos diferencias significativas entre IMC normal y peso bajo ($p = ,011$). En los chicos las medias del BSQ son normales en todas las categorías de IMC.

Al comparar ambos géneros en el IMC, hallamos diferencias estadísticamente significativas, $\text{Chi cuadrado} = 99,202$, $\text{gl } 3$, $p < ,0001$. En ellas existe mayor porcentaje de peso bajo y en ellos de peso normal y, en menor medida, de sobrepeso

Al analizar la relación entre IMC e insatisfacción con la imagen corporal evaluada con el InC (EDI-2) encontramos resultados semejantes a los hallados con el BSQ. En las chicas $F(3, 496) = 13,848$, $p < ,0001$. Las diferencias son entre los siguientes grupos: peso normal y bajo ($p < ,0001$), normal e infrapeso ($p = ,001$) y sobrepeso e infrapeso ($p < ,0001$). Mayor insatisfacción con la imagen corporal en sobrepeso y menor en infrapeso. Ver gráfica 18.

En los chicos $F(3, 534) = 8,153$, $p < ,0001$. Las diferencias son entre los siguientes grupos: entre peso normal y bajo ($p = ,001$), bajo y sobrepeso ($p = ,018$). En ambos sexos hallamos que a mayor IMC, mayor insatisfacción. Al realizar los mismos análisis con el EAT encontramos que no existe asociación entre el IMC y la puntuación en el EAT.

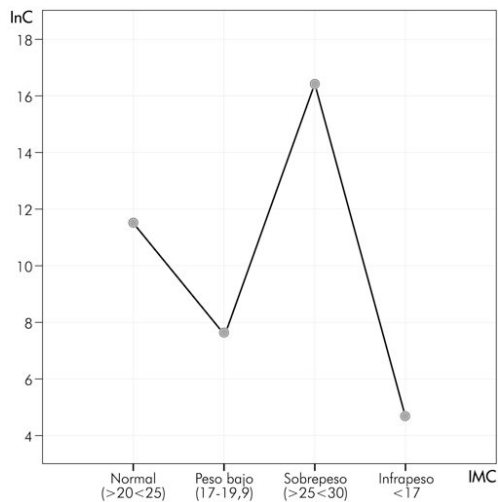
Escala de insatisfacción corporal del EDI-2, puntuación directa (centil): < 10 (centil $< 60 =$ no significativo), $10-13$ (centil $> 59 < 70 =$ ligeramente significativo), $14-17$ (centil $> 69 < 80 =$ significativo), > 17 (centil $> 79 =$ muy significativo). En los chicos las medias de la escala InC estaban dentro de la normalidad. Al comparar ambos géneros en la escala de insatisfacción corporal de EDI-2 no hallamos diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 26. Comparación en el BSQ por categorías de índice de masa corporal en ambos géneros.

Chicas	N	M	D. t.	gl	F	Sig.
Normal (>20<25)	171	80,05	38,018			
Peso bajo (17-19.9)	287	67,57	33,079			
Sobrepeso (>25<30)	11	104,18	32,400			
Infrapeso <17	28	46,89	18,023			
Total	497	71,51	35,457			
				3	12,975	,000
Chicos	N	M	D. t.	gl	F	Sig.
Normal (>20<25)	311	53,97	27,502			
Peso bajo (17-19.9)	151	45,62	20,857			
Sobrepeso (>25<30)	41	52,71	26,809			
Infrapeso (<17)	32	41,28	10,575			
Total	535	50,76	25,313			
				3	5,453	,001

BSQ = body shape questionnaire

Gráfica 18. Resultados en el IMC y escala de Insatisfacción corporal (InC) del EDI-2 en las chicas.



Correlaciones entre las pruebas de TCA e imagen corporal

También hemos realizado correlaciones entre edad, BSQ, EAT, InC (EDI-2) y el IMC. En las chicas encontramos correlaciones positivas del IMC con el EAT ($r = ,089$, $p = ,049$), BSQ ($r = ,298$, $p < ,0001$) y con la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 ($r = ,314$, $p < ,0001$). Hemos hallado correlaciones positivas entre edad y BSQ ($r = 3,23$, $p < ,0001$) y entre edad e InC (EDI-2) ($r = 2,80$, $p < ,0001$), es decir a mayor edad, mayor preocupación por la apariencia física.

En los chicos encontramos correlaciones positivas del IMC con el BSQ ($r = ,141$, $p = ,001$) y con la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 ($r = ,204$, $p < ,0001$) y una correlación negativa entre edad y EAT ($r = -0,94$, $p = ,030$), a menor edad, peor conducta alimentaria.

Las correlaciones entre escalas de TCA e imagen corporal pueden verse en las tablas 27 y 28.

Tabla 27. Correlaciones entre edad, EAT, BSQ, InC (EDI-2) e IMC en las chicas ($n = 497$).

	Edad	EAT	BSQ	InC (EDI-2)
EAT	,042			
BSQ	,323**	,669**		
InC (EDI-2)	,280**	,231**	,469**	
IMC	,317**	,089*	,298**	,314**

IMC = Índice de Masa Corporal; EAT = Eating Attitude Test;
 BSQ = Body Shape Questionnaire; InC (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory.
 ** $p < ,001$; * $p < ,005$

Tabla 28. Correlaciones entre edad, EAT, BSQ, InC (EDI-2) e IMC en los chicos ($n = 535$).

	edad	EAT	BSQ	InC (EDI-2)
EAT	-,094*			
BSQ	-,032	,615**		
InC (EDI-2)	,075	,216**	,388**	
IMC	,307**	-,047	,141**	,204**

IMC = Índice de Masa Corporal; EAT = Eating Attitude Test;
 BSQ = Body Shape Questionnaire; InC (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory.
 ** $p < ,001$; * $p < ,005$

Al ver que la edad y el IMC estaban asociados a algunas variables, hemos realizado correlaciones entre BSQ, EAT e InC, controlando la edad y el IMC y hemos hallado correlaciones significativas entre todas las escalas en ambos géneros. Ver tablas 29 y 30.

Tabla 29. Correlaciones en las chicas entre BSQ, EAT, InC, controlando la edad y el IMC (n=492)

	EAT	BSQ
BSQ	,695**	
InC (EDI-2)	,216**	,383**

IMC = Índice de Masa Corporal; EAT = Eating Attitude Test;
 BSQ = Body Shape Questionnaire; InC (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory.
 ** $p < ,001$

Tabla 30. Correlaciones en los chicos entre BSQ, EAT, InC, controlando la edad y el IMC (n=531)

	EAT	BSQ
BSQ	,626**	
InC (EDI-2)	,232**	,373**

IMC = Índice de Masa Corporal; EAT = Eating Attitude Test;
 BSQ = Body Shape Questionnaire; InC (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory.
 ** $p < ,001$

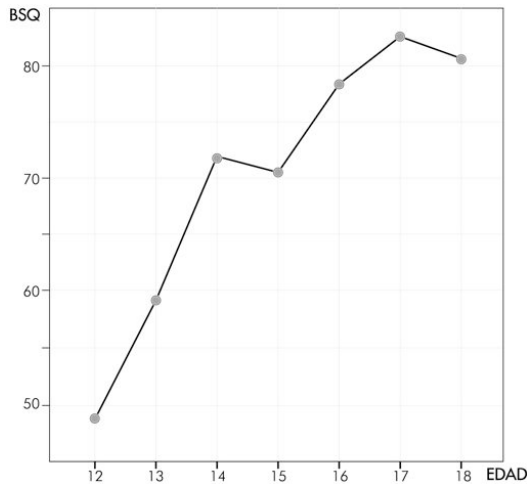
Comparación por edades.

Un análisis multivariante de la varianza (MANOVA) fue realizado para estudiar si la edad estaba asociada a las puntuaciones del EAT, BSQ, InC, EAR y TAS-20. Cuando la variable edad fue introducida como un factor intergrupos, el efecto global de edad fue significativo: para las chicas [Lambda de Wilks = ,697, $F(30, 1946) = 6,120$, $p < ,0001$], y para los chicos [Lambda de Wilks = ,905, $F(30, 2098) = 1,764$, $p = ,007$].

Comparando las medias de EAT, BSQ e InC (EDI-2) entre las edades, separando los sexos: en el EAT existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero desaparecen en la prueba post hoc de Scheffé. Hemos hallado que en las chicas existen diferencias estadísticamente significativas en el BSQ, $F(6, 496) = 11,176$, $p < ,0001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 14 ($p = ,007$), 15 ($p = ,018$), 16 ($p < ,0001$) 17 ($p < ,0001$) y 18 años ($p < ,0001$) y entre los 13 con los 17 ($p = ,001$) y 18 ($p = ,039$).

En las chicas, a más edad, mayor preocupación por la apariencia, ascienden las medias a partir de los 14 años y superan la normalidad a los 17 y 18 años. (Ver gráfica 19).

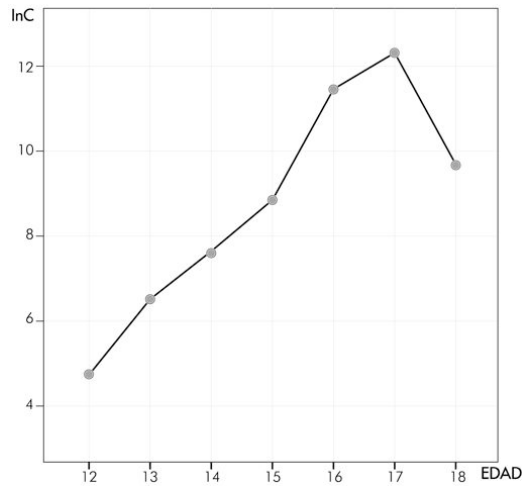
Gráfica 19. Resultados en el Body Shape Questionnaire (BSQ) por edades en las chicas.



En el InC (EDI-2) hallamos también diferencias estadísticamente significativas $F(6, 496) = 9,344$, $p < ,0001$. Al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos significación entre los 12 y 16 años ($p < ,0001$), 17 ($p < ,0001$) y 18 ($p = ,042$). Entre los 13 y 16 ($p = ,026$), y 17 ($p = ,002$); entre los 14 y 17 ($p = ,026$).

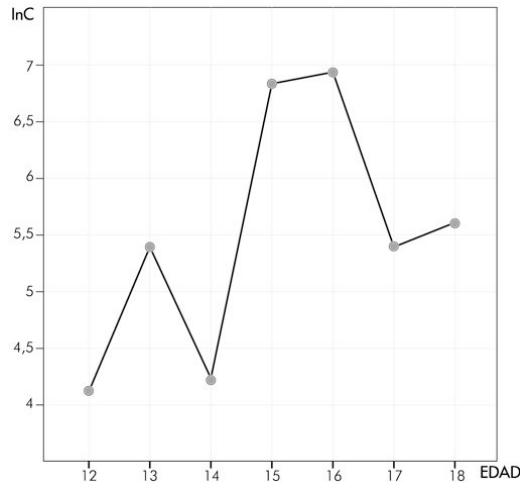
En las chicas, a más edad, mayor preocupación por la apariencia, especialmente a los 16 y 17 años en los que las medias superan la normalidad. (Ver gráfica 20).

Gráfica 20. Resultados en la escala de insatisfacción corporal (InC) del EDI-2 por edades en las chicas.



En los chicos encontramos diferencias estadísticamente significativas en el InC (EDI-2) $F(6,534) = 2,170$, $p = ,044$, pero al hacer la prueba post hoc de Scheffé no encontramos diferencias significativas. En ellos vemos en la gráfica 4 que la insatisfacción por la imagen corporal aumenta a los 15-16 años y luego decrece. Las medias están dentro de la normalidad. Ver gráfica 21.

Gráfica 21. Resultados en escala de insatisfacción corporal (InC) del EDI-2 por edades en los chicos.



Comparación por tipo de colegio: publico-privado

Al comparar las pruebas de actitudes hacia la comida e imagen corporal en los colegios públicos y privados no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en el EAT y BSQ en ambos géneros en el tipo de colegio. En el InC del EDI-2 hallamos: en las chicas, $\chi^2 = 21,817$, *g.l.* 3, $p < ,0001$. En los chicos $\chi^2 = 30,818$, *g.l.* 3, $p < ,0001$. En ambos casos existen menor porcentaje de casos patológicos en el colegio privado.

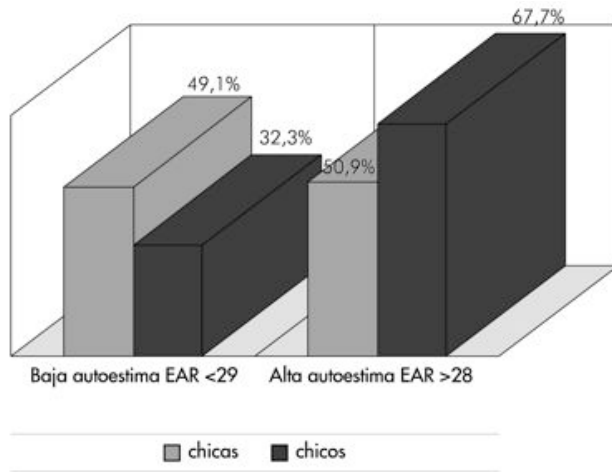
En el IMC hallamos: en las chicas, $\chi^2 = 25,930$, *g.l.* 3, $p < ,0001$. En los chicos $\chi^2 = 16,598$, *g.l.* 3, $p = ,001$. En ambos casos existen mayor porcentaje de casos con bajo e infrapeso en el colegio privado y en el público con peso normal y sobrepeso.

Al comparar las medias del EAT, BSQ e InC (EDI-2) en los colegios públicos y privados no hallamos diferencias estadísticamente significativas en el EAT. En las chicas en el BSQ ($t = 2,977$, *gl.* 495, $p = ,003$), e InC (EDI-2) ($t = 5,391$, *gl.* 490,449, $p < ,0001$). En los chicos InC (EDI-2) ($t = 5,684$, *gl.* 412,070, $p < ,0001$). La mayor insatisfacción se halla en el colegio público, quizás asociada a que en el colegio público existe mayor porcentaje de casos con peso normal y sobrepeso.

3. Resultados sobre autoestima

Utilizando el punto de corte de 28, hallamos que tienen baja autoestima 244 chicas (49,1%) y 173 chicos (32,3%). Ver gráfica 22.

Gráfica 22. Porcentajes de alta y baja autoestima con la escala de autoestima de Rosemberg (EAR).



Comparaciones por géneros

Al comparar los géneros en alta/baja autoestima hallamos mayor porcentaje de baja autoestima en las chicas $\chi^2 = 30,029$, *g.l.* 1, $p < ,0001$.

Al compara las medias de la escala de autoestima hallamos también que las chicas tienen medias menores ($t = -5,119$, *g.l.* 1030, $p < ,0001$). Ver tabla 31.

Tabla 31. Comparación de la EAR entre los géneros

		N	Media	D. t.	t	g.l.	Sig.
EAR	chica	497	29,38	4,721			
	chico	535	30,82	4,302	-5,119	1030	,000

Comparación por edades

Comparando las medias de la escala de autoestima entre las edades, separando los sexos. En las chicas hallamos $F(6, 496) = 9,433, p < ,0001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 17 ($p = ,012$); los 13 con los 17 ($p = ,021$); los 14 con los 15 ($p = ,012$), 16 ($p = ,0001$) y 17 ($p = ,0001$); y los 15 con los 17 ($p = ,001$) y 18 ($p = ,021$). La autoestima desciende a medida que se hacen mayores.

En los chicos no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre edad y autoestima.

Comparación por tipo de colegio: publico-privado

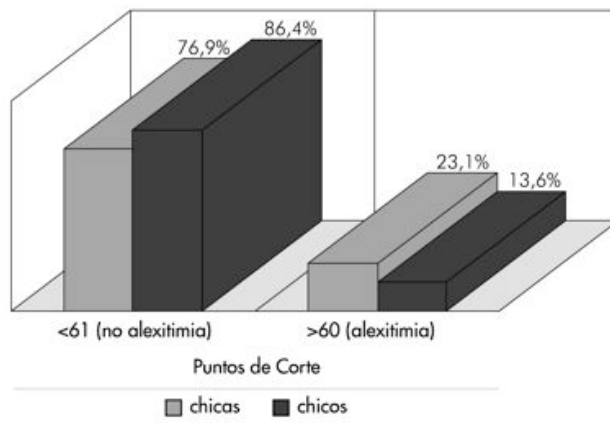
En la escala de autoestima hallamos: en las chicas, chi cuadrado = 40,763, *g.l.* 1, $p < ,0001$. En los chicos chi cuadrado = 28,154, *g.l.* 1, $p < ,0001$. En ambos casos existen menor porcentaje de casos con baja autoestima en el colegio privado.

Al comparar las medias de la escala de autoestima hallamos también que, en las chicas, las de colegio público tienen medias menores ($t = -5,788, g.l. 457,133, p < ,0001$). En los chicos los resultados son semejantes ($t = -3,129, g.l. 533, p = ,002$).

4. Resultados sobre alexitimia

En alexitimia aplicando el TAS-20 y utilizando el punto de corte de 60 (Taylor et al. , 1996), hallamos que 115 (23,1%) chicas y 73 (13,6%) chicos son alexitímicos. Ver gráfica 23.

Gráfica 23. Casos con Alexitimia (TAS-20)



Comparaciones por géneros

Al comparar los géneros en alexitimia/no alexitimia hallamos mayor porcentaje de alexitimia entre las chicas $\chi^2 = 15,588$, *g.l.* 1, $p < ,0001$.

Al compara las medias del TAS-20 y factores hallamos ($t = 3,254$, *g.l.* 1003,856, $p = ,001$). En el F1 ($t = 7,420$, *g.l.* 1002,272, $p < ,0001$). En el F2 ($t = 4,127$, *g.l.* 1004,824, $p < ,0001$). En el F3 ($t = -6,115$, *g.l.* 1030, $p < ,0001$). Las chicas presentan medias mayores en el TAS-20, F1 y F2. Mientras que los chicos en el F3 (pensamiento externamente orientado). Ver tabla 32.

Tabla 32. Comparación en el TAS-20 entre chicos y chicas

	Sexo	N	Media	D.t.	t	gl	Sig. (bilateral)
TAS-20	chica	497	51,75	11,259			
	chico	535	49,56	10,309	3,254	1003,856	,001
F1	chica	497	17,69	6,175			
	chico	535	14,96	5,626	7,420	1002,272	,000
F2	chica	497	13,71	4,656			
	chico	535	12,56	4,277	4,127	1004,824	,000
F3	chica	497	20,35	4,499			
	chico	535	22,05	4,400	-6,115	1030	,000

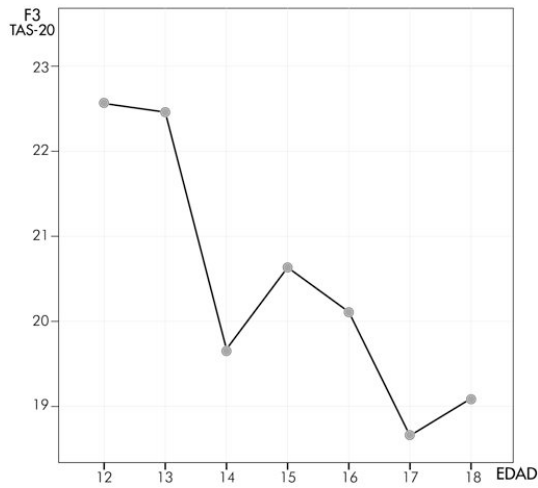
TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3.

Comparación por edades

Comparando las medias del TAS-20 entre las edades, separando los sexos. En las chicas hallamos que en el TAS-20 total no existen diferencias estadísticamente significativas entre las edades. En el F2: $F(6, 496) = 3,075$, $p = ,006$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé las diferencias desaparecen.

En el F3: $F(6, 496) = 9,497$, $p < ,0001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 14 ($p = ,025$); con los 17 ($p < ,0001$) y con lo 18 ($p = ,001$); los 13 con los 14 ($p = ,049$), 17 ($p < ,0001$) y 18 ($p = ,03$). A menor edad, más pensamiento externamente orientado. Ver gráfica 24.

Gráfica 24. Factor 3 del TAS-20 y edad en las chicas.

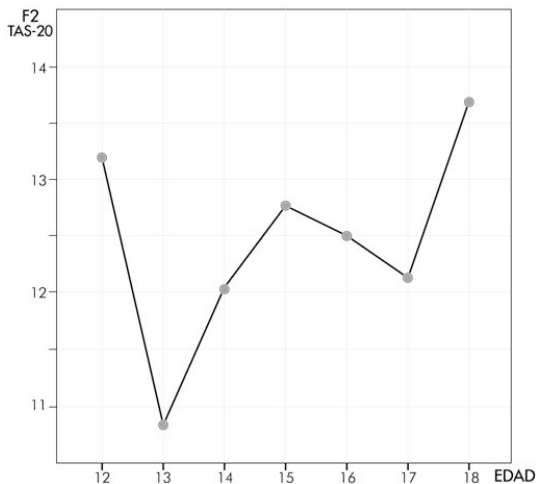


En los chicos hallamos que en el TAS-20 total no existen diferencias estadísticamente significativas entre las edades. En el F1: $F(6, 534) = 3,039$, $p = ,006$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé las diferencias desaparecen.

En el F2: $F(6, 534) = 3,868$, $p = ,001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 13 años con los 18 ($p = ,003$), existiendo mayor dificultad para describir los sentimientos a los 18 años.

En el F3: $F(6, 534) = 2,468$, $p = ,023$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé las diferencias desaparecen. Ver gráfica 25.

Gráfica 25. Factor 2 del TAS-20 y edad en los chicos.



Comparación por tipo de colegio: publico-privado

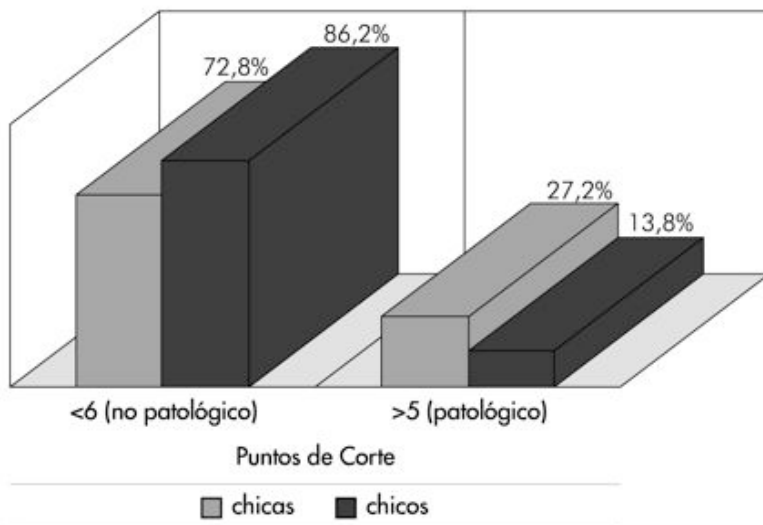
En el TAS-20 hallamos: en las chicas, chi cuadrado = 6,056, *g.l.* 1, $p = ,014$, más porcentaje de alexitímicas en el colegio publico. En los chicos no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

Al compara las medias del TAS-20 y factores hallamos en las chicas: en el Factor 1 ($t = 3,685$, *g.l.* 495, $p < ,0001$), Factor 2 ($t = 3,748$, *g.l.* 495, $p < ,0001$), Factor 3 ($t = -4,425$, *g.l.* 495, $p < ,0001$). Las chicas de colegio público tienen más dificultad para discriminar y describir emociones, pero menor pensamiento externamente orientado

En los chicos los resultados son: TAS-20 ($t = 2,626$, *g.l.* 533, $p = ,009$). En el F1 ($t = 2,550$, *g.l.* 533, $p = ,011$). En el F2 ($t = 3,144$, *g.l.* 533, $p = ,002$). Los de colegio privado tienen medias menores.

5. Resultados sobre salud mental (morbilidad psiquiátrica)

En las puntuaciones de la General Health Questionnaire (GSQ-28) encontramos que puntuaban más de 5 (patológico): 135 chicas (27,2%) y 74 chicos (13,8%). Ver gráfica 26.



Comparaciones por géneros

Al comparar los géneros en el GHQ patológico/no patológico hallamos mayor porcentaje de casos patológicos entre las chicas $\chi^2 = 28,352$, g.l. 1, $p < ,0001$.

Al compara las medias del GHQ hallamos ($t = 6,557$, g.l. 803,046, $p < ,0001$). En el factor A síntomas somáticos ($t = 6,817$, g.l. 838,233, $p < ,0001$). En el B ansiedad e insomnio ($t = 6,739$, g.l. 851,564, $p < ,0001$). En el C disfunción social ($t = 3,889$, g.l., 873 $p \leq ,0001$). En el D depresión grave ($t = 4,032$, g.l. 902,350, $p < ,0001$). Las chicas presentan medias mayores en el total y factores. (Ver tabla 33).

Tabla 33. Comparación de los géneros en las medias del General Health Questionnaire (GHQ-28) y sus factores

	Sexo	N	Media	D.t.	t	gl	Sig. (bilateral)
GHQ-A	chica	497	1,18	1,726			
	chico	535	,55	1,115	6,817	838,233	,000
GHQ-B	chica	497	1,14	1,648			
	chico	535	,55	1,092	6,739	851,564	,000
GHQ-C	chica	497	,80	1,430			
	chico	535	,50	,987	3,889	873,000	,000
GHQ-D	chica	497	1,00	1,809			
	chico	535	,60	1,319	4,032	902,350	,000
GHQ	chica	497	4,11	5,620			
	chico	535	2,19	3,392	6,557	803,046	,000

Comparación por edades

Comparando las medias del GHQ entre las edades, separando los sexos. En las chicas hallamos que en el GHQ total: $F(6, 496) = 7,567$, $p = ,006$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 17 ($p < ,0001$) y los 18 ($p = ,002$); los 13 con los 17 ($p = ,003$) y los 18 ($p = ,032$). A mayor edad peor salud mental.

En el factor A: $F(6, 496) = 5,556$, $p < ,0001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 17 ($p = ,002$); los 13 con los 17 ($p = ,001$).

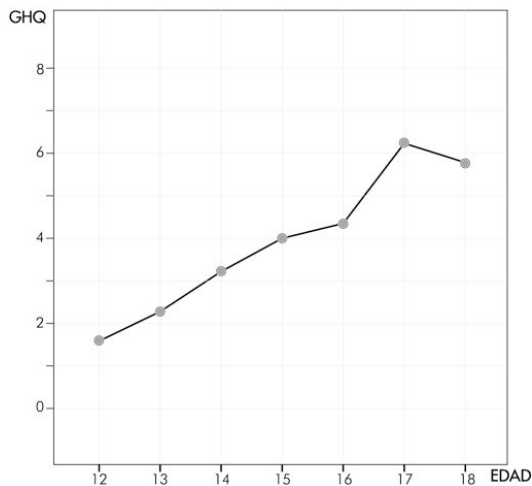
En el factor B: $F(6, 496) = 8,516$, $p < ,0001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 17 ($p < ,0001$) y los 18 ($p = ,001$); los 13 con los 17 ($p = ,001$) y los 18 ($p = ,015$); los 14 con los 17 ($p = ,035$).

En el factor C: $F(6, 496) = 5,085$, $p < ,0001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 17 ($p = ,002$).

En el factor D: $F(6, 496) = 4,188$, $p < ,0001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 17 ($p = ,017$) y los 18 ($p = ,032$).

En los chicos no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el GHQ y factores con la edad.

Gráfica 27. General Health Questionnaire (GHQ) y edad en las chicas



Comparación por tipo de colegio: público-privado

En las chicas los Factores B: ansiedad e insomnio, C: disfunción social, y D: depresión grave y GHQ total muestran puntuaciones menores, mejor salud mental, en colegio privado. Ver tabla 38.

Tabla 38. Comparación de los colegios públicos y privados en el General Health Questionnaire (GHQ) y factores en las chicas.

	Tipo de colegio	N	Media	Dt	t	gl	Sig.
B	C. Público	270	1,31	1,810			
	C. Privado	227	,93	1,408	2,585	492,118	,010
C	C. Público	270	,95	1,591			
	C. Privado	227	,62	1,189	2,652	488,506	,008
D	C. Público	270	1,29	2,048			
	C. Privado	227	,65	1,401	4,148	476,264	,000
GHQ	C. Público	270	4,80	6,364			
	C. Privado	227	3,28	4,455	3,132	479,911	,002

GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; B = factor B; C = factor C; D = factor D.

En los chicos los Factores A: síntomas somáticos, B: ansiedad e insomnio muestran puntuaciones menores, mejor salud mental en colegio público. (Ver tabla 39)

Tabla 39. Comparación de los colegios públicos y privados en el General Health Questionnaire (GHQ) y factores en los chicos.

	Tipo de colegio	N	Media	Dt	t	gl	Sig.
A	C. Público	231	,43	1,018			
	C. Privado	304	,65	1,176	-2,308	523,964	,021
B	C. Público	231	,43	,934			
	C. Privado	304	,63	1,192	-2,244	532,490	,025

A= factor A; B = factor B; GHQ = General Health Questionnaire.

6. Comparaciones entre el estado de salud mental y otras variables

Al comparar los sujetos que puntúan por encima de 5 en el GHQ con los que puntúan por debajo de 6, en el EAT, BSQ, InC, autoestima, TAS-20 y factores, hallamos diferencias estadísticamente significativas en ambos géneros en todas las escalas excepto en el F3 del TAS-20. En ambos géneros, las medias son superiores en los casos patológicos en el GHQ: en el EAT, BSQ, InC, TAS y factores, y la autoestima es menor. (Ver tablas 40 y 41).

Tabla 40. Comparaciones entre los grupos de GSQ-28 patológico/no patológico en el EAT, BSQ, InC, EAR, TAS-20 y sus factores en las chicas.

	GHQ	N	Media	D.T.	t	gl	Sig.
EAT	<6	362	10,31	7,043			
	>5	135	20,45	17,343	-6,592	150,777	,000
BSQ	<6	362	60,66	26,079			
	>5	135	100,59	40,642	-10,626	176,763	,000
InC	<6	362	8,23	7,853			
	>5	135	11,36	8,058	-3,923	495	,000
EAR	<6	362	30,1160	4,55898			
	>5	135	27,4222	4,60445	-3,877	234,812	,000
F1	<6	362	15,99	5,523			
	>5	135	22,27	5,474	-11,316	495	,000
F2	<6	362	12,86	4,373			
	>5	135	15,99	4,641	-6,976	495	,000
F3	<6	362	20,36	4,455			
	>5	135	20,32	4,631	,102	495	,919
TAS	<6	362	49,21	10,366			
	>5	135	58,58	10,741	-8,733	232,822	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = General Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC (EDI-2)= escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory; EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

Tabla 41. Comparaciones entre los grupos de GSQ-28 patológico/no patológico en el EAT, BSQ, InC, EAR, TAS-20 y sus factores en los chicos.

	GHQ	N	Media	D.T.	t	gl	Sig.
EAT	<6	461	9,88	6,739			
	>5	74	19,18	16,448	-4,797	76,979	,000
BSQ	<6	461	46,79	19,540			
	>5	74	75,47	39,528	-6,124	78,820	,000
InC	<6	461	5,13	6,369			
	>5	74	7,97	7,110	-3,233	92,777	,002
EAR	<6	461	31,2191	4,13965			
	>5	74	28,3514	4,50094	5,464	533	,000
F1	<6	461	14,23	5,257			
	>5	74	19,50	5,756	-7,899	533	,000
F2	<6	461	12,20	4,200			
	>5	74	14,74	4,122	-4,840	533	,000
F3	<6	461	22,01	4,334			
	>5	74	22,28	4,819	-,499	533	,618
TAS	<6	461	48,44	9,873			
	>5	74	56,53	10,301	-6,499	533	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = General Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC (EDI-2)= escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory; EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

7. Comparaciones en grupos de EAT patológicos/no patológicos

En las chicas que presentan puntuaciones patológicas en el EAT las medias en el resto de las escalas y factores son estadísticamente mayores (ver tabla 42).

Tabla 42. Comparaciones en los casos patológicos/no patológicos en el EAT en el BSQ, InC, EAR, TAS-20, GSQ-28 y sus factores en las chicas.

	EAT	N	Media	D.t.	t	gl	Sig.
BSQ	<31	461	65,89	29,247			
	>30	36	143,42	28,981	-15,327	495	,000
InC	<31	461	8,58	7,834			
	>30	36	15,47	7,762	-5,089	495	,000
EAR	<31	461	29,6052	4,54259			
	>30	36	26,5556	5,98782	-5,635	37,210	,000
F1	<31	461	17,11	5,854			
	>30	36	25,11	5,392	-7,936	495	,000
F2	<31	461	13,44	4,530			
	>30	36	17,06	5,008	-4,570	495	,000
F3	<31	461	20,22	4,437			
	>30	36	22,00	5,009	-2,292	495	,022
TAS	<31	461	50,78	10,754			
	>30	36	64,17	10,286	-7,213	495	,000
GHQ-A	<31	461	,98	1,516			
	>30	36	3,67	2,268	-6,986	37,481	,000
GHQ-B	<31	461	,96	1,480			
	>30	36	3,39	2,018	-7,071	37,995	,000
GHQ-C	<31	461	,66	1,275			
	>30	36	2,58	2,020	-5,635	37,210	,000
GHQ-D	<31	461	,75	1,474			
	>30	36	4,14	2,620	-7,660	36,750	,000
GHQ	<31	461	3,35	4,720			
	>30	36	13,78	7,152	-8,602	37,418	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = General Health Questionnaire; GHQA = síntomas somáticos; GHQB = ansiedad e insomnio; GHQC = disfunción social; GHQD = depresión grave; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC (EDI-2)= escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory; EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

Los resultados de los chicos pueden verse en la tabla 43.

Tabla 43. Comparaciones en los casos patológicos/no patológicos en el EAT en el BSQ, InC, EAR, TAS-20, GSQ-28 y sus factores en los chicos.

	EAT	N	Media	D.T..	t	gl	Sig.
BSQ	<31	522	48,93	21,294			
	>30	13	124,08	53,450	-5,059	12,095	,000
InC	<31	522	5,30	6,357			
	>30	13	14,54	7,795	-5,145	533	,000
EAR	<31	522	30,8927	4,28943			
	>30	13	28,0000	4,02078	2,405	533	,017
F1	<31	522	14,91	5,637			
	>30	13	16,92	4,974	-1,275	533	,203
F2	<31	522	12,52	4,267			
	>30	13	14,08	4,573	-1,300	533	,194
F3	<31	522	22,00	4,412			
	>30	13	23,77	3,655	-1,430	533	,153
TAS	<31	522	49,43	10,278			
	>30	13	54,77	10,631	-1,848	533	,065
GHQ-A	<31	522	,52	1,065			
	>30	13	2,08	1,891	-2,965	12,190	,012
GHQ-B	<31	522	,52	1,057			
	>30	13	1,77	1,691	-2,661	12,235	,020
GHQ-C	<31	522	,48	,962			
	>30	13	1,15	1,625	-1,487	12,210	,162
GHQ-D	<31	522	,56	1,269			
	>30	13	2,15	2,193	-2,611	12,201	,022
GHQ	<31	522	2,07	3,210			
	>30	13	7,15	6,108	-2,990	12,166	,011

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = síntomas somáticos; GHQB = ansiedad e insomnio; GHQC = disfunción social; GHQD = depresión grave; BSQ = Body Shape Questionnaire, InC (EDI-2)= escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory, EAR = Escala de Autoestima de Rosemberg.

8. Comparaciones en grupos con/sin alexitimia

Al comparar los casos con alexitimia/no alexitimia, podemos observar en las tablas 44 y 45 que las medias son peores en alexitímicos de ambos géneros en todas las escalas y sus factores con una significación elevada.

Tabla 44. Comparación de casos con alexitimia/no alexitimia en EAT, BSQ, InC, autoestima, GSQ-28 y sus factores en las chicas.

	TAS-20	N	Media	D.T.	t	gl	Sig.
BSQ	< 61	382	64,80	30,466			
	> 60	115	93,79	41,426	-6,960	152,934	,000
InC	< 61	382	8,58	8,021			
	> 60	115	10,73	7,840	-2,535	495	,012
EAR	< 61	382	30,0236	4,73796			
	> 60	115	27,2609	4,00676	6,203	218,588	,000
GHQ-A	< 61	382	,94	1,549			
	> 60	115	1,95	2,038	-4,882	155,700	,000
GHQ-B	< 61	382	,80	1,370			
	> 60	115	2,25	1,977	-7,357	148,395	,000
GHQ-C	< 61	382	,49	1,057			
	> 60	115	1,81	1,955	-6,923	134,622	,000
GHQ-D	< 61	382	,57	1,259			
	> 60	115	2,41	2,516	-7,543	131,593	,000
GHQ	< 61	382	2,81	4,331			
	> 60	115	8,42	7,096	-8,037	140,477	,000
EAT	< 61	382	11,21	8,902			
	> 60	115	19,25	16,859	-4,915	133,659	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = síntomas somáticos; GHQB = ansiedad e insomnio; GHQC = disfunción social; GHQD = depresión grave; BSQ = Body Shape Questionnaire, InC (EDI-2)= escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory, EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

Tabla 45. Comparación de casos con alexitimia/no alexitimia en EAT, BSQ, InC, EAR, GSQ-28 y sus factores en los chicos.

	TAS-20	N	Media	D.T.	t	gl	Sig.
BSQ	< 61	462	48,85	22,836			
	> 60	73	62,79	35,255	-6,960	152,934	,000
InC	< 61	462	5,23	6,424			
	> 60	73	7,40	7,019	-2,535	495	,012
Autoestima	< 61	462	31,2143	4,20148			
	> 60	73	28,3425	4,13057	5,671	495	,000
GHQ-A	< 61	462	,50	1,041			
	> 60	73	,89	1,468	-4,882	155,700	,000
GHQ-B	< 61	462	,46	1,023			
	> 60	73	1,07	1,347	-7,357	148,395	,000
GHQ-C	< 61	462	,43	,885			
	> 60	73	,95	1,403	-6,923	134,622	,000
GHQ-D	< 61	462	,47	1,111			
	> 60	73	1,44	2,041	-7,543	131,593	,000
GHQ	< 61	462	1,85	3,001			
	> 60	73	4,34	4,718	-8,037	140,477	,000
EAT	< 61	462	10,78	8,403			
	> 60	73	13,62	13,484	-4,915	133,659	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = síntomas somáticos; GHQB = ansiedad e insomnio; GHQC = disfunción social; GHQD = depresión grave; BSQ = Body Shape Questionnaire, InC (EDI-2)= escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory, EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

9. Comparaciones en grupos de con/sin enfermedad física

Podemos observar en la tabla 46 que en las chicas, al comparar los casos con/sin enfermedad física, las medias son peores, con significación estadística, en las que padecen enfermedad física en el EAT, el GHQ y sus factores.

Tabla 46. Comparaciones con/sin enfermedad física en las chicas.

	Enfermedad física	N	Media	D.T	t	Gl	Sig.
EAT	no	421	12,61	11,244			
	si	76	15,63	13,965	-2,076	495	,038
BSQ	no	421	70,35	34,520			
	si	76	77,92	39,900	-1,717	495	,087
InC	no	421	9,14	7,997			
	si	76	8,75	8,216	,385	495	,700
EAR	no	421	29,4846	4,73416			
	si	76	28,8289	4,64295	1,114	495	,266
GHQ-A	no	421	1,06	1,627			
	si	76	1,82	2,096	-2,988	92,008	,004
GHQ-B	no	421	1,04	1,597			
	si	76	1,68	1,820	-2,900	96,969	,005
GHQ-C	no	421	,73	1,357			
	si	76	1,18	1,741	-2,174	92,152	,032
GHQ-D	no	421	,89	1,752			
	si	76	1,59	2,008	-2,855	96,704	,005
GHQ	no	421	3,71	5,393			
	si	76	6,28	6,355	-3,703	495	,000
F1	no	421	17,58	6,180			
	si	76	18,34	6,153	-,994	495	,321
F2	no	421	13,66	4,641			
	si	76	13,97	4,761	-,544	495	,587
F3	no	421	20,34	4,452			
	si	76	20,39	4,781	-,090	495	,929
TAS	no	421	51,58	11,313			
	si	76	52,71	10,983	-,806	495	,421

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = síntomas somáticos; GHQB = ansiedad e insomnio; GHQC = disfunción social; GHQD = depresión grave; BSQ = Body Shape Questionnaire, InC (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory, EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

En los chicos observamos en la tabla 47 que tienen más insatisfacción con la imagen corporal y mayor dificultad para identificar sentimientos los que padecen una enfermedad física.

Tabla 47. Comparaciones con/sin enfermedad física en los chicos

	Enfermedad física	N	Media	D.T	t	Gl	Sig.
EAT	no	454	10,94	9,559			
	si	81	12,41	7,592	-1,305	533	,192
BSQ	no	454	49,97	25,358			
	si	81	55,17	24,752	-1,708	533	,088
InC	no	454	5,29	6,500			
	si	81	6,86	6,667	-2,002	533	,046
EAR	no	454	30,7401	4,25908			
	si	81	31,2840	4,53937	-1,048	533	,295
GHQ-A	no	454	,54	1,107			
	si	81	,65	1,164	-,885	533	,377
GHQ-B	no	454	,55	1,098			
	si	81	,54	1,061	,023	533	,982
GHQ-C	no	454	,50	1,005			
	si	81	,49	,882	,033	533	,973
GHQ-D	no	454	,57	1,274			
	si	81	,78	1,541	-1,167	100,442	,246
GHQ	no	454	2,15	3,379			
	si	81	2,47	3,472	-,791	533	,429
F1	no	454	14,74	5,532			
	si	81	16,17	6,018	-2,115	533	,035
F2	no	454	12,49	4,286			
	si	81	12,91	4,231	-,819	533	,413
F3	no	454	22,02	4,368			
	si	81	22,22	4,602	-,389	533	,697
TAS	no	454	49,25	10,252			
	si	81	51,31	10,516	-1,659	533	,098

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = síntomas somáticos; GHQB = ansiedad e insomnio; GHQC = disfunción social; GHQD = depresión grave; BSQ = Body Shape Questionnaire, InC (EDI-2)= escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory, EAR = Escala de Autoestima de Rosemberg.

10. Resultados sobre pautas de crianza

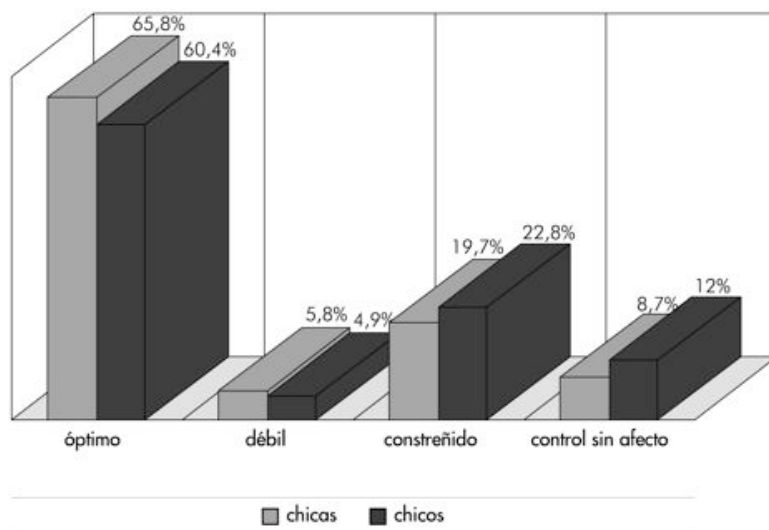
Las media halladas en las chicas: para cuidado materno 28,02 (d.t. 5,25), paterno: 26,86(d.t. 6,08); sobreprotección materna: 15,33 (d.t. 5,29), paterna: 15,12 (d.t. 5,03). En los chicos: para cuidado materno 27,70 (d.t. 5,25), paterno: 26,51(d.t. 5,96); sobreprotección materna: 15,30 (d.t. 5,26), paterna: 14,60 (d.t. 5,96).

Los porcentajes de tipos de vínculos de las chicas pueden verse en las tablas 48 y 49 y las gráficas 28-31.

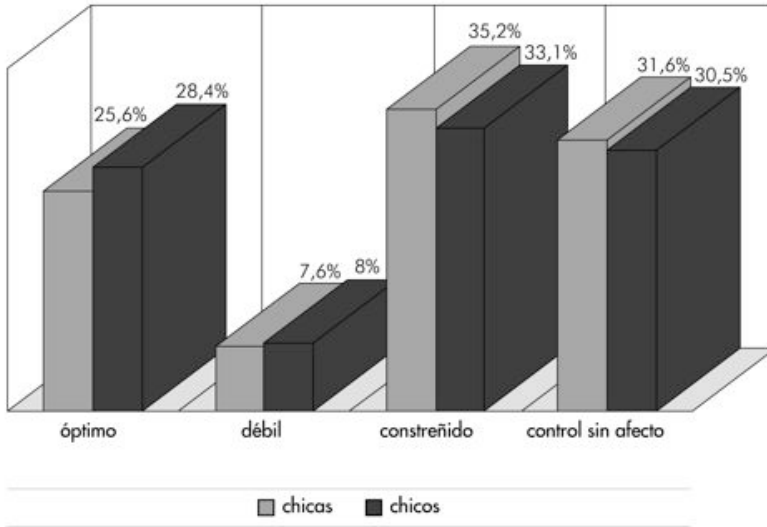
Tabla 48. Vínculos en las chicas con los puntos de corte de Espina et al. (1996) y Parker (1979)

	Vínculo materno	Vínculo materno	Vínculo paterno	Vínculo paterno
	Espina et al. 1996	Parker 1979	Espina et al. 1996	Parker 1979
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Óptimo	327 (65,8)	127 (25,6)	261 (52,5)	130 (26,2)
Débil	29 (5,8)	38 (7,6)	15 (3,0)	7 (1,4)
Constreñido	98 (19,7)	175 (35,2)	183 (36,8)	243 (48,9)
Control sin afecto	43 (8,7)	157 (31,6)	38 (7,6)	117 (23,5)
Total	497 (100)	497 (100)	497 (100)	497 (100)

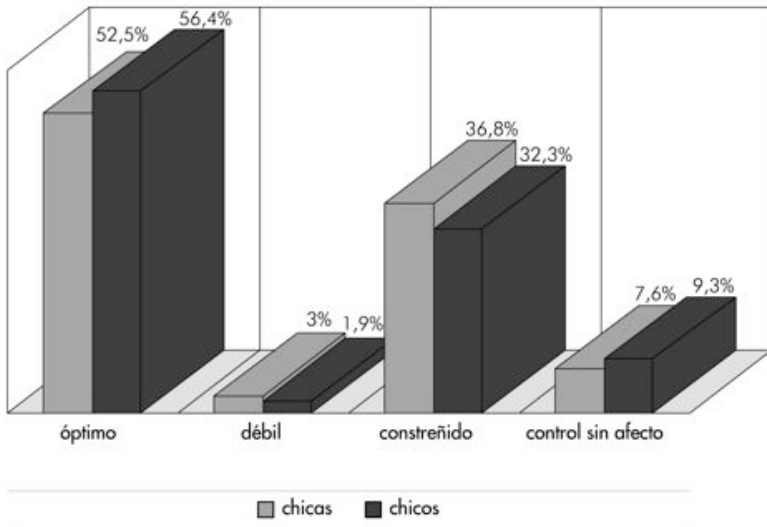
Gráfica 28. Porcentajes de Vínculos maternos (Espina et al. 1996)



Gráfica 29. Porcentaje de vínculos maternos (Parker, 1979)



Gráfica 30. Porcentajes de Vínculos paternos (Espina et al. 1996)



Gráfica 31. Porcentajes de vínculos paternos (Parker, 1979)

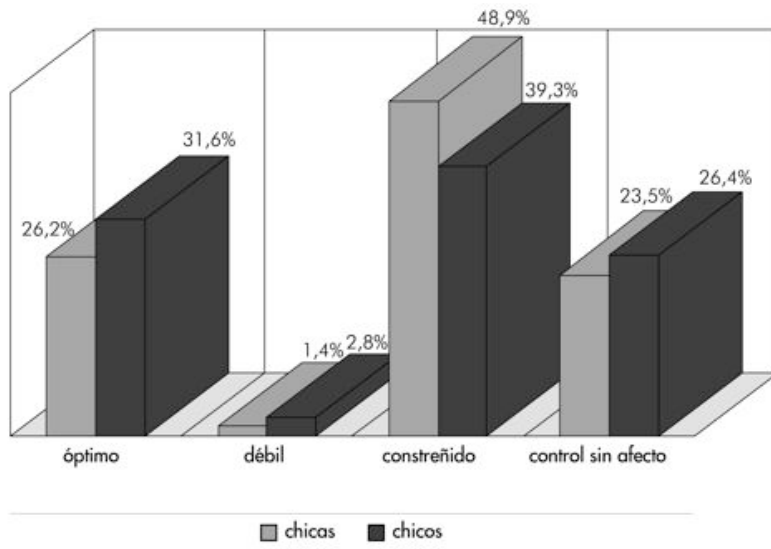


Tabla 49. Vínculos en los chicos con los puntos de corte de Espina et al. (1996) y Parker (1979).

	Vínculo materno	Vínculo materno	Vínculo paterno	Vínculo paterno
	Espina et al. 1996	Parker 1979	Espina et al. 1996	Parker 1979
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Óptimo	323 (60,4)	152 (28,4)	302 (56,4)	169 (31,6)
Débil	26 (4,9)	43 (8,0)	10 (1,9)	15 (2,8)
Constreñido	122 (22,8)	177 (33,1)	173 (32,3)	210 (39,3)
Control sin afecto	64 (12,0)	163 (30,5)	50 (9,3)	141 (26,4)
Total	535 (100,0)	535 (100,0)	535 (100,0)	535 (100,0)

Comparaciones en el PBI por géneros

Al comparar los géneros en las subescalas de *cuidado* y *sobreprotección* del PBI no hallamos diferencias estadísticamente significativas.

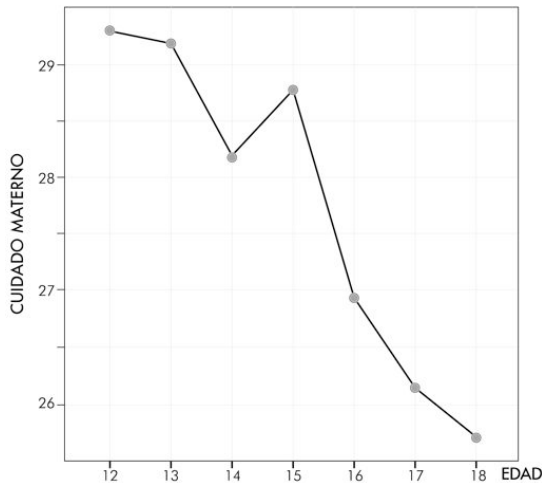
Al comparar los géneros en el tipo de vínculo hallamos diferencias estadísticamente significativas en el vínculo paterno con el punto de corte de Parker. $\chi^2 = 11,249$, $g.l. 3$, $p = ,010$. Las chicas presentan menor porcentaje de vínculo óptimo, control sin afecto y débil y mayor de constreñido.

Comparación en el PBI por edades

Comparando las medias de las subescalas de *cuidado* y *sobreprotección* del PBI entre las edades, separando los géneros. Hallamos que en las chicas no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

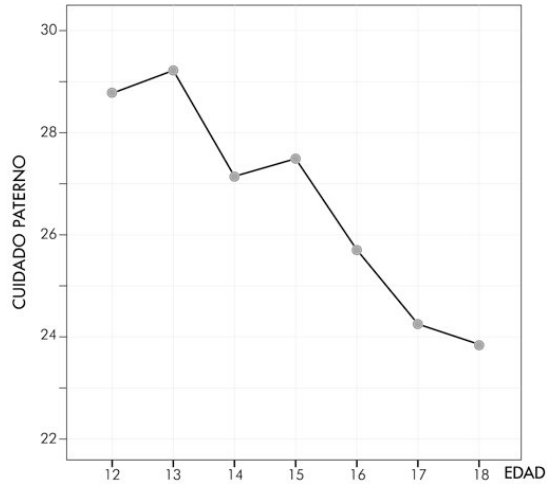
En los chicos hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en *cuidado materno*, $F(6, 534) = 6,358$, $p < ,0001$. Al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 17 ($p = ,45$) y 18 ($p = ,004$); entre los 13 con los 18 ($p = ,010$), y 15 con los 18 ($p = ,024$). Con mayor cuidado cuanto menor es el hijo. Ver gráfica 32.

Gráfica 32. Cuidado materno y edad en los chicos



En cuidado paterno también hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $F(6, 534) = 10,564, p < ,0001$. Al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 12 años con los 17 ($p = ,003$) y los 18 ($p < ,0001$); entre los 13 con los 16 ($p = ,036$), 17 ($p = ,001$), y 18 ($p < ,000$); entre los 14 y 18 ($p = ,019$); y 15 con 18 ($p = ,005$). Ver gráfica 33.

Gráfica 33. Cuidado paterno y edad en los chicos



Con medias superiores en las edades más tempranas, es decir que a esas edades perciben a sus madres y padres como más cálidos y empáticos. La percepción del cuidado va decreciendo con la edad.

Comparación en el PBI por tipo de colegio: publico-privado

Al comparar las medias de los factores del PBI podemos observar en la tabla 50 que en las chicas de colegios privados existe mayor cuidado de ambos padres y menor sobreprotección de los padres.

Tabla 50. Comparación entre colegio público y privado, en las chicas, en sobreprotección y cuidado (PBI) en ambos padres.

	Tipo de colegio	N	Media	D. T.	t	gl	Sig. (bilateral)
SOBMA	C. Público	270	15,66	5,424			
	C. Privado	227	14,93	5,109	1,534	495	,126
CUIA	C. Público	270	26,91	5,327			
	C. Privado	227	29,34	4,854	-5,288	495	,000
SOBPA	C. Público	270	15,64	5,258			
	C. Privado	227	14,51	4,682	2,526	495	,012
CUIPA	C. Público	270	25,56	6,326			
	C. Privado	227	28,40	5,413	-5,403	494,840	,000

SOBMA = sobreprotección materna; SOBPA = sobreprotección paterna; CUIA = cuidado materno; CUIPA = cuidado paterno.

En los chicos al comparar las medias del tipo de vínculo del PBI podemos observar en la tabla 51 que en los colegios privados existe mayor cuidado de ambos padres.

Tabla 51. Comparación entre colegio público y privado, en los chicos, en sobreprotección y cuidado (PBI) en ambos padres.

	Tipo de colegio	N	Media	D. T.	t	gl	Sig. (bilateral)
SOBMA	C. Público	231	15,50	5,124			
	C. Privado	304	15,15	5,368	,756	533	,450
CUIA	C. Público	231	26,97	5,089			
	C. Privado	304	28,26	5,322	-2,814	533	,005
SOBPA	C. Público	231	14,91	5,428			
	C. Privado	304	14,37	5,102	1,198	533	,232
CUIPA	C. Público	231	25,23	6,160			
	C. Privado	304	27,49	5,628	-4,426	533	,000

SOBMA = sobreprotección materna; SOBPA = sobreprotección paterna; CUIA = cuidado materno; CUIPA = cuidado paterno

En el PBI al comparar los tipos de vínculos hallamos: en las chicas con la madre, con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), hallamos una chi cuadrado = 13,092, *g.l.* 3, $p = ,004$, y con el de Parker (1979) chi cuadrado = 11,111, *g.l.* 3, $p = ,011$. Aparece mayor porcentaje del esperado de vínculos óptimo y constreñido en el colegio privado, mientras que en el colegio público aparece mayor porcentaje de vínculos débil y de control sin afecto.

Con el padre, con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), hallamos una chi cuadrado = 5,117, *g.l.* 3, $p = ,002$, y con el de Parker (1979) chi cuadrado = 32,403, *g.l.* 3, $p < ,0001$. Aparece mayor porcentaje del esperado de vínculo constreñido en el colegio privado, mientras que en el colegio público aparece mayor porcentaje de vínculo de control sin afecto.

En los chicos no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre colegios público/privado y vínculos parentales.

Comparaciones en el PBI por el estado de salud mental

Al comparar los sujetos que puntúan por encima de 5 en el GHQ con los que puntúan por debajo de 6, en las escalas del PBI, hallamos diferencias estadísticamente significativas en ambos géneros, con mayor sobreprotección en los patológicos y mayor cuidado en los no patológicos (ver tablas 52 y 53).

Tabla 52. Comparación en los sujetos con GHQ-28 patológico/no patológico en los factores del PBI en las chicas.

	GHQ	N	Media	D.t.	t	gl	Sig. (bilateral)
SOBMA	<6	362	14,78	5,126			
	>5	135	16,78	5,464	-3,786	495	,000
CUIMA	<6	362	28,56	5,180			
	>5	135	26,58	5,195	3,788	495	,000
SOBPA	<6	362	14,52	4,834			
	>5	135	16,76	5,200	-4,499	495	,000
CUIPA	<6	362	27,56	5,931			
	>5	135	24,96	6,124	4,305	495	,000

SOBMA = sobreprotección materna; SOBPA = sobreprotección paterna; CUIMA = cuidado materno; CUIPA = cuidado paterno

Tabla 53. Comparación en los sujetos con GHQ-28 patológico/no patológico en los factores del PBI en los chicos.

	GHQ	N	Media	D. t.	t	gl	Sig. (bilateral)
SOBMA	<6	461	14,93	5,064			
	>5	74	17,62	5,886	-4,142	533	,000
CUIMA	<6	461	27,99	5,090			
	>5	74	25,93	5,932	3,147	533	,002
SOBPA	<6	461	14,30	5,239			
	>5	74	16,49	4,928	-3,360	533	,001
CUIPA	<6	461	26,86	5,907			
	>5	74	24,34	5,902	3,412	533	,001

SOBMA = sobreprotección materna; SOBPA = sobreprotección paterna; CUIMA = cuidado materno; CUIPA = cuidado paterno

Al comparar los sujetos patológicos/no patológicos en el GHQ-28 en los tipos de vínculos del PBI, en las chicas hallamos diferencias estadísticamente significativas, con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), en el vínculo materno hallamos una chi cuadrado = 11,437, *g.l.* 3, $p = ,010$, con el punto de corte de Parker chi cuadrado = 21,591, *g.l.* 3, $p < ,0001$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto en los casos patológicos. En el vínculo paterno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996) chi cuadrado = 10,867, *g.l.* 3, $p = ,012$, con el punto de corte de Parker chi cuadrado = 12,350, *g.l.* 3, $p = ,006$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto en los casos patológicos.

En los chicos los resultados son semejantes con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), en el vínculo materno hallamos una chi cuadrado = 22,599, *g.l.* 3, $p < ,0001$, con el punto de corte de Parker chi cuadrado = 91,108, *g.l.* 3, $p = ,028$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto en los casos patológicos. En el vínculo paterno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996) chi cuadrado = 13,111, *g.l.* 3, $p = ,004$, con el punto de corte de Parker chi cuadrado = 14,813, *g.l.* 3, $p = ,002$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto en los casos patológicos.

Comparaciones en el PBI en grupos de EAT patológicos/no patológicos.

Al comparar los sujetos patológicos/no patológicos en el EAT en los tipos de vínculos del PBI, en las chicas no hallamos diferencias estadísticamente significativas. En los chicos, con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), en el vínculo materno hallamos una chi cuadrado = 9,528, *g.l.* 3, $p = ,023$, y paterno chi cuadrado = 8,503, *g.l.* 3, $p = ,037$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto.

Al comparar los sujetos patológicos/no patológicos en el EAT en las escalas del PBI, no hallamos diferencias estadísticamente significativas en las chicas. En los chicos hallamos mayor sobreprotección por parte del padre ($t = -2,157$, *g.l.* 533, $p = ,031$).

Comparaciones en el PBI en grupos de BSQ

En las chicas con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), en el vínculo materno hallamos una chi cuadrado = 19,499, *g.l.* 9, $p = ,021$, con mayor porcentaje de vínculo óptimo y menor de control sin afecto en las chicas que no están preocupadas por su imagen corporal. En las que están moderadamente preocupadas aumentan los vínculos débil y de control sin afecto. En las severamente preocupadas el vínculo de control sin afecto.

Comparaciones en el PBI en grupos de InC

En las chicas con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), en el vínculo materno hallamos una chi cuadrado = 18,032, *g.l.* 9, $p = ,035$, con mayor porcentaje de vínculo óptimo en las chicas que no están insatisfechas con su imagen corporal. En las que están insatisfechas, el vínculo de control sin afecto.

Comparaciones en el PBI en grupos con/sin alexitimia

Al comparar los casos con alexitimia/no alexitimia, podemos observar en la tabla 54 que las chicas alexitímicas obtienen medias superiores, estadísticamente significativas, en sobreprotección materna y paterna, e inferiores en cuidado materno.

Tabla 54. Comparación en chicas alexitímicas/no alexitímicas en los factores del PBI

	TAS	N	Media	D. T,	t	gl	Sig. (bilateral)
SOBMA	< 61	382	14,93	5,196			
	> 60	115	16,63	5,410	-3,052	495	,002
CUIMA	< 61	382	28,39	5,129			
	> 60	115	26,79	5,496	2,777	177,951	,006
SOBPA	< 61	382	14,86	4,996			
	> 60	115	16,01	5,065	-2,157	495	,031
CUIPA	< 61	382	27,09	6,072			
	> 60	115	26,08	6,106	1,563	495	,119

SOBMA = sobreprotección materna; SOBPA = sobreprotección paterna; CUIMA = cuidado materno; CUIPA = cuidado paterno

Los chicos alexitímicos obtienen medias superiores, estadísticamente significativas, en sobreprotección materna y paterna, e inferiores en cuidado materno y paterno. Ver tabla 55.

Tabla 55. Comparación en chicos alexitímicos/no alexitímicos en los factores del PBI.

	TAS	N	Media	D. T.	t	gl	Sig. (bilateral)
SOBMA A	< 61	462	14,92	5,176			
	> 60	73	17,77	5,165	-4,375	533	,000
CUIMA	< 61	462	27,91	5,133			
	> 60	73	26,37	5,839	2,341	533	,020
SOBPA	< 61	462	14,30	5,276			
	> 60	73	16,49	4,664	-3,345	533	,001
CUIPA	< 61	462	26,77	5,901			
	> 60	73	24,89	6,150	2,512	533	,012

SOBMA = sobreprotección materna; SOBPA = sobreprotección paterna; CUIMA = cuidado materno; CUIPA = cuidado paterno

Al comparar chicas alexitímicas/no alexitímicas en los tipos de vínculos del PBI, hallamos diferencias estadísticamente significativas en el vínculo materno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), chi cuadrado = 14,094, *g.l.* 3, *p* =, 003, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto y constreñido en las alexitímicas y con el de Parker: chi cuadrado = 13,039, *g.l.* 3, *p* =, 005, con mayor porcentaje de control sin afecto en las alexitímicas. En el vínculo paterno no hallamos diferencias estadísticamente significativas

En los chicos hallamos diferencias estadísticamente significativas en el vínculo materno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), chi cuadrado = 24,763, *g.l.* 3, *p* <, 0001, y con el de Parker chi cuadrado = 29,298, *g.l.* 3, *p* =, 026, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto y constreñido en los alexitímicos. En el vínculo paterno con nuestro punto de corte (Espina et al. 199), chi cuadrado = 13,986, *g.l.* 3, *p* =, 003, y con el de Parker chi cuadrado = 14,822, *g.l.* 3, *p* =, 002, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de constreñido en los alexitímicos.

Comparaciones en el PBI en grupos con alta/baja autoestima

En las chicas podemos observar en la tabla 56. Que las que tienen alta autoestima presentan medias superiores en cuidado de ambos padres y menores en sobreprotección paterna.

Tabla 56. Comparación de chicas con alta/baja autoestima en cuidado y sobreprotección (PBI).

	EAR	N	Media	D. T.	t	gl	Sig. (bilateral)
SOBMA	<29	244	15,79	5,316			
	>28	253	14,88	5,236	1,930	495	,054
CUIMA	<29	244	27,34	5,115			
	>28	253	28,68	5,311	-2,871	495	,004
SOBPA	<29	244	15,68	5,016			
	>28	253	14,59	4,996	2,412	495	,016
CUIPA	<29	244	25,97	6,174			
	>28	253	27,71	5,891	-3,223	495	,001

SOBMA = sobreprotección materna; SOBPA = sobreprotección paterna; CUIMA = cuidado materno; CUIPA = cuidado paterno

Los chicos con alta autoestima presentan medias superiores en cuidado y menores en sobreprotección de ambos padres. Ver tabla 57.

Tabla 57. Comparación de chicos con alta/baja autoestima en cuidado y sobreprotección (PBI).

	EAR	N	Media	Desviación típ.	t	gl	Sig. (bilateral)
SOBMA	<29	173	16,60	5,407			
	>28	362	14,69	5,084	3,976	533	,000
CUIMA	<29	173	26,07	5,956			
	>28	362	28,48	4,699	-4,680	277,832	,000
SOBPA	<29	173	16,17	5,114			
	>28	362	13,85	5,149	4,891	533	,000
CUIPA	<29	173	24,32	6,370			
	>28	362	27,56	5,466	-5,759	296,845	,000

SOBMA = sobreprotección materna; SOBPA = sobreprotección paterna; CUIMA = cuidado materno; CUIPA = cuidado paterno

Respecto a los vínculos, hallamos en las chicas con baja autoestima menor porcentaje de vínculo paterno óptimo y mayor de control sin afecto y constreñido (puntos de corte de Parker) $\chi^2 = 14,511$, *g.l.* 3, $p = ,002$.

En los chicos hallamos diferencias estadísticamente significativas en el vínculo materno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), $\chi^2 = 22,559$, *g.l.* 3, $p < ,0001$, y con el de Parker $\chi^2 = 18,073$, *g.l.* 3, $p < ,0001$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto en los de baja autoestima. En el vínculo paterno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), $\chi^2 = 24,158$, *g.l.* 3, $p < ,0001$, y con el de Parker $\chi^2 = 37,786$, *g.l.* 3, $p < ,0001$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto en los de baja autoestima.

Comparaciones en el PBI en grupos de con/sin enfermedad física

Al comparar los casos con/sin enfermedad física, en los factores del PBI, en las chicas no hallamos diferencias estadísticamente significativas. En los chicos hallamos diferencias estadísticamente significativas en el cuidado paterno ($t = -2,654$, *g.l.* 533, $p = ,008$), con medias superiores en los que padecen enfermedad física.

Al comparar chicas con/sin enfermedad física en los tipos de vínculos del PBI, no hallamos diferencias estadísticamente significativas en los vínculos materno y paterno. En los chicos hallamos diferencias estadísticamente significativas en el vínculo paterno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), $\chi^2 = 7,947$, *g.l.* 3, $p = ,047$, y con el de Parker, $\chi^2 = 8,561$, *g.l.* 3, $p = ,036$, con mayor porcentaje de vínculo constreñido en los que padecen enfermedad física y menor de control sin afecto.

11. Resultados sobre consumo de alcohol y drogas

En la tabla 58 podemos observar que las chicas que consumen alcohol y/o drogas presentan medias superiores, estadísticamente significativas en los factores A, B y D y GHQ total, peor salud mental. Presentan también medias superiores en el EAT, InC, mayor dificultad para discriminar los sentimientos y pensamiento externamente orientado. Peor autoestima y menor cuidado de ambos padres.

En los chicos hallamos mejores conductas alimentarias en los consumidores y lo que más destaca por su significación estadística es que los consumidores perciben a ambos padres como altos en sobreprotección y bajos en cuidado. Ver tabla 59.

Tabla 58. Comparación entre consumidoras de alcohol/drogas y no consumidoras

	Drogas-alcohol	N	Media	D.t.	t	gl	Sig. (bilateral)
GHQA	no	327	,95	1,544			
	si	170	1,61	1,965	-3,780	279,949	,000
GHQB	no	327	1,00	1,593			
	si	170	1,41	1,722	-2,576	319,986	,010
GHQC	no	327	,72	1,385			
	si	170	,94	1,506	-1,626	495	,105
GHQD	no	327	,86	1,763			
	si	170	1,26	1,873	-2,284	324,814	,023
GHQ	no	327	3,53	5,329			
	si	170	5,21	6,005	-3,072	308,861	,002
EAT	no	327	12,76	10,528			
	si	170	13,65	13,780	-2,840	306,262	,005
BSQ	no	327	66,67	33,051			
	si	170	80,81	38,081	-,736	274,048	,462
INC	no	327	8,46	7,913			
	si	170	10,26	8,125	-2,380	495	,018
EAR	no	327	29,7370	4,75646			
	si	170	28,7059	4,59179	2,320	495	,021
F1	no	327	17,15	6,185			
	si	170	18,75	6,037	-2,759	495	,006
F2	no	327	13,51	4,558			
	si	170	14,08	4,831	-1,299	495	,194
F3	no	327	20,88	4,369			
	si	170	19,33	4,580	3,700	495	,000
TAS	no	327	51,54	10,864			
	si	170	52,16	12,007	-,580	495	,562
SOBMA	no	327	15,25	4,678			
	si	170	15,46	6,315	-,421	495	,674
CUIMA	no	327	28,67	5,158			
	si	170	26,78	5,226	3,858	495	,000
SOBPA	no	327	14,93	4,535			
	si	170	15,51	5,863	-1,125	276,618	,262
CUIPA	no	327	27,83	5,846			
	si	170	24,99	6,127	5,049	495	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC = escala de insatisfacción corporal del EDI-2; EAR = escala de autoestimas de Rosemberg ; CUIMA : cuidado madre ; CUIPA = cuidado padre; SOBMA = sobreprotección madre; SOBPA = sobreprotección padre. ** p < ,001; * p < ,005.

Tabla 59. Comparación entre consumidores de alcohol/drogas y no consumidores

	Drogas-alcohol	N	Media	D.t.	t	gl	Sig. (bilateral)
GHQA	no	327	,54	1,106			
	si	207	,57	1,134	-,259	532	,796
GHQB	no	327	,47	1,041			
	si	207	,65	1,138	-1,883	409,399	,060
GHQC	no	327	,46	,968			
	si	207	,55	1,013	-,961	532	,337
GHQD	no	327	,55	1,323			
	si	207	,68	1,313	-,961	532	,337
GHQ	no	327	2,02	3,416			
	si	207	2,44	3,336	-,961	532	,337
EAT	no	327	11,78	9,565			
	si	207	10,14	8,763	1,989	532	,047
BSQ	no	327	51,66	26,964			
	si	207	49,30	22,511	1,091	493,102	,276
INC	no	327	5,51	6,577			
	si	207	5,51	6,495	,011	532	,991
EAR	no	327	31,0336	4,34714			
	si	207	30,5072	4,22414	1,378	532	,169
F1	no	327	14,66	5,566			
	si	207	15,40	5,702	-1,468	532	,143
F2	no	327	12,36	4,279			
	si	207	12,86	4,274	-1,318	532	,188
F3	no	327	22,38	4,479			
	si	207	21,50	4,230	2,272	532	,023
TAS	no	327	49,41	10,448			
	si	207	49,76	10,116	-,380	532	,704
SOBMA	no	327	14,71	5,046			
	si	207	16,21	5,471	-3,238	532	,001
CUIMA	no	327	28,54	4,942			
	si	207	26,38	5,485	4,717	532	,000
SOBPA	no	327	13,99	4,947			
	si	207	15,53	5,567	-3,332	532	,001
CUIPA	no	327	27,71	5,248			
	si	207	24,60	6,530	5,765	369,847	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC = escala de insatisfacción corporal del EDI-2; EAR = escala de autoestimas de Rosemberg ; CUIMA : cuidado madre ; CUIPA = cuidado padre; SOBMA = sobreprotección madre; SOBPA = sobreprotección padre. ** p < ,001; * p < ,005.

Al analizar los tipos de vínculo en los consumidores y no consumidores de alcohol y/o drogas. En las chicas hallamos diferencias estadísticamente significativas en el vínculo materno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), chi cuadrado = 8,196, *g.l.* 3, $p = ,042$, con mayor porcentaje de vínculo de control sin afecto en las consumidoras. Con el de Parker chi cuadrado = 12,755, *g.l.* 3, $p = ,005$, con mayor porcentaje de vínculo constreñido en las que no consumen y mayor de control sin afecto en las que consumen. En el vínculo paterno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), chi cuadrado = 15,785, *g.l.* 3, $p = ,001$, y con el de Parker chi cuadrado = 14,917, *g.l.* 3, $p = ,002$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto en las que consumen.

En los chicos hallamos diferencias estadísticamente significativas en el vínculo materno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), chi cuadrado = 16,899, *g.l.* 3, $p = ,001$, con mayor porcentaje de vínculo óptimo en los que no consumen y mayor de control sin afecto en los consumidores. Con el de Parker chi cuadrado = 31,058, *g.l.* 3, $p < ,0001$, con mayor porcentaje de vínculo óptimo y constreñido en los que no consumen y mayor de control sin afecto en los que consumen. En el vínculo paterno con nuestro punto de corte (Espina et al. 1996), chi cuadrado = 17,450, *g.l.* 3, $p = ,001$, y con el de Parker chi cuadrado = 26,691, *g.l.* 3, $p < ,0001$, con menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto en los que consumen.

12. Correlaciones

Como puede observarse en las tablas 60 y 61, la salud mental (GHQ-28) correlaciona positivamente, en ambos géneros, con todas las escalas de miden patología (EAT, BSQ, InC, TAS-20 y factores 1 y 2) y con la sobreprotección de ambos padres. Negativamente con la autoestima y el cuidado de ambos padres.

El EAT en las chicas positivamente con las de patología y negativamente con la autoestima, no existe relación con las pautas de crianza. En los chicos igual, excepto F2 y F3, pero también con la sobreprotección de ambos padres.

En el BSQ las relaciones son semejantes al EAT pero hallamos en las chicas correlaciones positivas con la sobreprotección y negativas con el cuidado; mientras que en los chicos existen correlaciones positivas con sobreprotección.

El EAR muestra que la baja autoestima se relaciona, en ambos géneros, positivamente con todas las escalas de patología y con la sobreprotección, y negativamente con el cuidado.

El TAS-20 correlacionaba positivamente con todas las escalas de patología y la sobreprotección, y negativamente con autoestima y cuidado. Los factores que dan significación estadística son el F1 y F2.

Tabla 60. Correlaciones entre EAT, BSQ, InC, EAR, TAS, y factores del PBI en las chicas (n = 497).

	GHQ	EAT	BSQ	InC	EAR	TAS-20	SOBMA	CUIMA	SOBPA
EAT	,516**								
BSQ	,597**	,669**							
InC	,241**	,231**	,469**						
EAR	-,292**	-,155**	-,359**	-,423**					
TAS-20	,446**	,343**	,428**	,189**	-,365**				
SOBMA	,149**	,085	,147**	,048	-,130**	,198**			
CUIMA	-,190**	-,044	-,117**	-,111*	,183**	-,218**	-,410**		
SOBPA	,192**	,073	,097*	,089*	-,169**	,176**	,764**	-,351**	
CUIPA	-,187**	-,060	-,119**	-,142**	,215**	-,135**	-,265**	,697**	-,432**

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC = escala de insatisfacción corporal del EDI-2; EAR = escala de autoestimas de Rosemberg ; CUIMA : cuidado madre ; CUIPA = cuidado padre; SOBMA = sobreprotección madre; SOBPA = sobreprotección padre. ** p < ,001; * p < ,005.

Tabla 61. Correlaciones entre EAT, BSQ, InC, EAR, TAS, y factores del PBI en los chicos (n=535).

	GHQ	EAT	BSQ	InC	EAR	TAS-20	SOBMA	CUIMA	SOBPA
EAT	,372**								
BSQ	,407**	,615**							
InC	,119**	,216**	,388**						
EAR	-,246**	-,108*	-,245**	-,293**					
TAS-20	,294**	,116**	,232**	,164**	-,315**				
SOBMA	,165**	,124**	,124**	,016	-,213**	,178**			
CUIMA	-,127**	-,071	-,030	-,071	,311**	-,201**	-,445**		
SOBPA	,135**	,154**	,126**	,034	-,231**	,200**	,725**	-,437**	
CUIPA	-,114**	-,041	-,026	-,082	,335**	-,213**	-,327**	,714**	-,525**

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC = escala de insatisfacción corporal del EDI-2 ; EAR = escala de autoestimas de Rosemberg ; CUIMA : cuidado madre ; CUIPA = cuidado padre; SOBMA = sobreprotección madre; SOBPA = sobreprotección padre. ** p < ,001; * p < ,005.

Como la edad y el IMC correlacionaban con algunas variables, hemos repetido los análisis de correlación controlando edad e IMC y los resultados muestran que se mantienen la significación excepto que en las chicas desaparece la significación entre BSQ e InC con cuidado de ambos padres y sobreprotección paterna. En los chicos aparece una correlación negativa entre cuidado materno y el EAT. (Ver tablas 63 y 64).

Tabla 62. Correlaciones entre variables controlando edad e IMC. En las chicas (n = 497).

	GHQ	EAT	BSQ	InC	EAR	TAS	SOBMA	CUIMA	SOBPA
EAT	,524 **								
BSQ	,561 **	,695 **							
InC	,170 **	,216 **	,383 **						
EAR	-,249 **	-,142 **	-,305 **	-,379 **					
TAS	,458 **	,344 **	,455 **	,196 **	-,369 **				
SOBMA	,142 **	,081	,138 **	,031	-,122 **	,198 **			
CUIMA	-,138 **	-,037	-,056	-,060	,150 **	-,217 **	-,413 **		
SOBPA	,185 **	,068	,079	,071	-,159 **	,176 **	,763 **	-,351 **	
CUIPA	-,130 **	-,049	-,043	-,078	,176 **	-,132 **	-,262 **	,683 **	-,433 **

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC = escala de insatisfacción corporal del EDI-2; EAR = escala de autoestimas de Rosemberg ; CUIMA : cuidado madre ; CUIPA = cuidado padre; SOBMA = sobreprotección madre; SOBPA = sobreprotección padre. ** p < ,001; * p < ,005.

Tabla 63. Correlaciones entre variables controlando edad e IMC. En los chicos (n = 535).

	GHQ	EAT	BSQ	InC	EAR	TAS	SOBMA	CUIMA	SOBPA
EAT	,375 **								
BSQ	,410 **	,626 **							
InC	,117 **	,232 **	,373 **						
EAR	-,246 **	-,116 **	-,226 **	-,269 **					
TAS	,294 **	,118 **	,219 **	,150 **	-,305 **				
SOBMA	,164 **	,134 **	,115 **	-,006	-,201 **	,173 **			
CUIMA	-,128 **	-,100 *	-,023	-,036	,303 **	-,201 **	-,437 **		
SOBPA	,134 **	,165 **	,125 **	,021	-,227 **	,199 **	,723 **	-,429 **	
CUIPA	-,117 **	-,076	-,030	-,053	,341 **	-,224 **	-,319 **	,691 **	-,525 **

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; InC = escala de insatisfacción corporal del EDI-2 ; EAR = escala de autoestimas de Rosenberg ; CUIMA : cuidado madre ; CUIPA = cuidado padre; SOBMA = sobreprotección madre; SOBPA = sobreprotección padre. ** p < ,001; * p < ,005.

13. Regresiones

Para estudiar la influencia de las diferentes variables en la alexitimia, el EAT y la autoestima fueron realizadas una serie de regresiones lineales múltiples por pasos.

Con el EAT como variable dependiente y el TAS-20, GSQ-28 y sus factores, EAR, y los factores del PBI como variables independientes, los resultados en las chicas mostraron que el EAT era influido por el factor D y A del GHQ-28, TAS-20 y cuidado materno: $R^2 = ,321$. Para el factor D del GHQ-28: Beta = ,374, $t(492) = 8,089$, $p < 0,0001$; para el factor A del GHQ-28: Beta = ,200, $t(492) = 4,610$, $p < 0,0001$; para el TAS-20: Beta = 133, $t(492) = 3,150$, $p = 0,002$; para cuidado materno: Beta = ,080, $t(491) = 2,087$, $p = 0,037$. El EAT es influido por la depresión, síntomas somáticos, alexitimia y el cuidado materno.

En los chicos el EAT era influido por el GHQ-28 total, factor C y B del GHQ, sobreprotección paterna y edad: [$R^2 = ,171$; para GHQ: Beta = ,633, $t(530) = 7.386$, $p = < 0.0001$; factor C del GHQ-28: Beta = -,203, $t(530) = -3.226$, $p = 0,001$; para sobreprotección paterna: Beta = ,111, $t(530) = 2,796$, $p = 0,006$; para factor B del GHQ: Beta = -,155, $t(530) = -2,425$, $p = 0,016$]. El EAT es influido por la salud mental general, sobreprotección paterna, ansiedad e insomnio y disfunción social.

Con el TAS-20 como variable dependiente y el EAT, BSQ, InC, GSQ-28 y sus factores, EAR, y los factores del PBI como variables independientes, los resultados en las chicas mostraron que el TAS-20 era influido por el EAR, BSQ cuidado materno y factor D del GHQ: $R^2 = ,297$. Para EAR: Beta = $-,194$, $t(492) = -4,704$, $p < 0,0001$; BSQ: Beta = 205 , $t(492) = 4,393$; $p < 0,0001$; para cuidado materno Beta = $-,113$, $t(492) = -2,900$, $p = 0,004$; para factor D del GHQ Beta = $,255$, $t(492) = 5,532$, $p < 0,0001$]. La alexitimia es influida por la autoestima, imagen corporal, cuidado materno y depresión.

En los chicos el TAS-20 era influido por la EAR, el GHQ-28 y sobreprotección paterna, [$R^2 = ,162$; para EAR: Beta = $-,234$, $t(531) = -5,577$, $p < 0,0001$; GHQ-28: Beta = $,221$, $t(531) = 5,381$, $p < 0,0001$; para sobreprotección paterna: Beta = $,116$, $t(531) = 2,837$, $p = 0,005$]. La alexitimia es influida por la salud mental, autoestima y sobreprotección paterna.

Con el EAR como variable dependiente y EAT, BSQ, InC, TAS-20, GSQ-28 y sus factores, y los factores del PBI como variables independientes, y los resultados en las chicas mostraron que el EAR era influido por el InC, TAS-20, Cuidado paterno y factor D del GHQ-28: $R^2 = ,285$. Para InC: Beta = $-,338$, $t(492) = -8,538$, $p < 0,0001$; para TAS-20: Beta = $-,244$, $t(492) = -5,688$, $p < 0,0001$; para cuidado paterno Beta = $,119$, $t(492) = 3,057$, $p = 0,002$ factor D (GHQ): Beta = $-,091$, $t(492) = -2,103$; $p = 0,036$]. La autoestima es influida por la insatisfacción corporal, la alexitimia, el cuidado paterno y la depresión.

En los chicos el EAR era influido por el cuidado paterno, InC, TAS-20, factor D (GHQ) y sobreprotección paterna, [$R^2 = ,254$; para cuidado paterno: Beta = $,236$, $t(529) = 5,839$, $p < 0,0001$; para InC: Beta = $-,226$, $t(529) = -5,899$, $p < 0,0001$; para TAS-20: Beta = $-,175$, $t(529) = -4,336$, $p < 0,0001$; factor D (GHQ): Beta = $-,142$, $t(529) = -3,594$, $p < 0,0001$; para sobreprotección paterna: Beta = $-,081$, $t(529) = -2,007$, $p = 0,045$]. La autoestima es influida por el cuidado paterno, insatisfacción corporal, alexitimia, depresión y sobreprotección paterna.

E. DISCUSIÓN

1. Sobre conductas alimentarias e imagen corporal

La fiabilidad y validez de las escalas obtenidas, semejantes a la de otros estudios, muestra que son instrumentos adecuados para realizar estudios transculturales, aunque la disparidad en los puntos de corte dificulta la comparación entre ellos.

Las medias halladas por nosotros en el EAT (13,07, dt. 11,73) en las chicas y 11,06 (dt. = 8,85) en los chicos) son inferiores a las de otros estudios (Garner y Garfinkel, 1979; Leichner, Arnett, Rallo, Srikameswaran y Vulcano, 1986; Raich et al, 1991b; Carbajo et al. 1995; Santonastaso et al., 1996; Pérez-Gaspar et al., 2000). Pero son superiores al estudio de Gross et al. (1986) que hallaron una media de 11,5 (dt. = 7,5) en chicas. En el estudio de Toro et al. (1989) la media en las chicas (16,1) es superior a nuestro estudio, pero semejante en los chicos (11,4). Las edades de los estudios de Toro et al. (1989) y Leichner et al. (1986) son semejantes a las de nuestra muestra por lo que las diferencias se deben probablemente a factores culturales.

El porcentaje de casos en riesgo de padecer un TCA (EAT > 30) hallado en las chicas (7,2%), es superior al de Raich et al. (1992) e inferior al de otros autores (Carbajo et al., 1995; Pérez-Gaspar et al., 2000; Santonastaso et al. (1996) (11%) Toro et al. (1989) (9,8%). En los chicos el 2,4% (4,5% con el punto de corte de 27) hallado es superior al de otros estudios (Toro et al., 1989; Raich et al., 1992).

Los síntomas de TCA son más frecuentes en las chicas, al igual que lo hallado en estudios realizados en España (Toro et al., 1989; Raich et al., 1991b; Carbajo et al., 1995; Toledo et al. 1999) y en otros países (Rosen, Silberg y Gross, 1988; Ledoux, Choquet y Flament, 1991; Raich et al. 1992; Wood, Waler, Miller y Slade, 1992; Buddeberg-Fisher, Bernet, Sieber, Schmid y Buddeberg, 1996). Igualmente las puntuaciones medias en el EAT en nuestro estudio son más altas en las chicas que en los chicos.

Al comparar los géneros en los ítems criterio del EAT hallábamos que no hay diferencias en los ítems que se refieren a atracones y vómitos, mientras que los que tienen que ver con la preocupación con el peso, la imagen corporal y el uso de laxantes diferencia a los géneros, teniendo puntuaciones más altas las chicas.

Las chicas puntúan significativamente más alto que los chicos en los ítems del EAT que hacen referencia a la preocupación por el peso y figura, lo cual influye en las conductas alimentarias inadecuadas. Estos resultados son semejantes a los de Raich et al. (1991b) aunque estos autores encuentran diferencias significativas entre los sexos en todos los "ítems criterio" menos en el 28 (uso de laxantes).

A la hora de interpretar estos resultados, debemos tener en cuenta que, aunque el EAT es el instrumento más utilizado para cribar los casos con un TCA, pueden existir falsos positivos y falsos negativos (Williams, Hand y Tarnopolsky, 1982), además de la posibilidad, siempre presente, de que no se responda con sinceridad al cuestionario. De todas formas, la prevalencia de casos hallada con riesgo de padecer un TCA es importante, confirma los hallazgos de los estudios realizados en otras comunidades autónomas y sugiere la necesidad de prestar especial atención a estas patologías.

Las regresiones mostraban que el EAT era influido, en las chicas, positivamente por la depresión, síntomas somáticos, alexitimia, lo cual confirma estudios previos. El que también sea influido positivamente por el cuidado materno podría estar asociado a un vínculo estrecho con la madre en el que existen aspectos positivos pero que pueden dificultar su autonomización, como han señalado Bruch, Selvini y otros, pero nos parece un dato poco preciso como para apoyar hipótesis de ese tipo. En los chicos era influido positivamente por la salud mental general y sobreprotección paterna, lo cual confirmaría estudios previos ya citados.

Nuestros resultados sugieren que, en ambos sexos, los problemas en la conducta alimentaria, evaluados con el EAT, no están influidos por la edad, tipo de enseñanza e IMC; mientras que se asocian a un estado de salud mental peor, lo cual sugiere que los problemas en la conducta alimentaria pueden potenciar, y ser potenciados a su vez, por problemas psicológicos.

En el BSQ nuestras medias (71,51; d.t. = 35,457) en las chicas son inferiores a las de los estudios de Cooper et al., (1987) (media = 81,5; dt. = 28,4) y Bunnell, Cooper, Hertz y Shenker (1992) (media = 91,8; d.t. = 36,2) y semejantes a las del estudio de Munford, Withehouse y Platts (1991) con estudiantes asiáticas (media = 73,3; d.t. = 34,2) y caucásicas (media = 70,5; d.t. 31,6); la comparación con los resultados de Raich et al. (1991a) no es fiable pues utilizan menos ítems, aunque es muy probable que a pesar de ese sesgo, nuestras medias sean inferiores. Respecto al InC (EDI-2) nuestras medias son semejantes a las halladas por Garner (1998) en jóvenes españoles.

La preocupación por la apariencia física (BSQ > 80) aparece en el 29,8% de las chicas y el 11,2% de los chicos, siendo moderada o extrema en el 15,7% de las chicas y el 4,7% de los chicos. Este porcentaje es inferior al hallado por Cash y Henry (1995), en cuyo estudio el 48% de las mujeres evaluaban negativamente su apariencia global, el 46% estaban insatisfechas o preocupadas con el peso y el 51% con la forma corporal. De Gracia et al, (1999) encuentran que el 53,8% de las adolescentes expresaban preocupación por su imagen corporal. Encontramos una menor preocupación en los jóvenes del Gipuzkoa comparado con otras muestras, de todas maneras estos resultados no permiten aventurar diferencias significativas entre culturas, pues la variable edad no es igual en todas las muestras y a veces los puntos de corte varían de un estudio a otro.

Las chicas están más preocupadas e insatisfechas con la apariencia corporal que los chicos, lo cual confirma que la presión social por un modelo de cuerpo delgado sigue incidiendo

de una forma más poderosa en las chicas y puede reflejar la relación positiva hallada en nuestro país entre publicidad, modelo estético femenino centrado en la delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal (Toro et al., 1989; De Gracia et al., 1999).

En ambos sexos hemos encontrado que a mayor peso más insatisfacción corporal. En las chicas la mayor insatisfacción aparece en el sobrepeso y la mayor satisfacción en el infrapeso. En los chicos hemos hallado diferencias entre peso normal y peso bajo, con mayor insatisfacción en el peso normal, pero las medias son normales en todas las categorías del IMC. Esos resultados pueden deberse al modelo de delgadez culturalmente impuesto e indica que es un factor de riesgo cara a la insatisfacción corporal y posiblemente a la aparición de TCA.

El que las puntuaciones medias en el BSQ y en las escalas de insatisfacción corporal del EDI-2 vayan ascendiendo, en las chicas, a lo largo de los años y acaben siendo más elevadas a los 16-18 años, parece indicar que la presión social sobre la apariencia física va aumentando en ellas con los años, estos resultados coinciden, en las chicas, con los de Toro et al. (1989) y estudios anteriores (Crisp, 1984; Davies y Furhan, 1986). En los chicos, por el contrario, no hallamos relación entre edad y preocupación por la apariencia, aunque la edad de más preocupación es a los 15-16 años y luego decrece, coincidiendo posiblemente con el cambio físico de la pubertad. Es posible que, en los chicos, el desarrollo muscular y la importancia dada al deporte en nuestro medio quite importancia a la apariencia física y a la preocupación por la comida. Estas diferencias vuelven a mostrar que en los chicos es necesario estudiar edades más tempranas que en las chicas, cara a programas de prevención.

Algunos autores han señalado que la preocupación por la imagen corporal podía ser un rasgo premórbido de la aparición de TCA, ya que esta preocupación favorece las conductas alimentarias anómalas (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986). Por otro lado, Cooper et al. (1987) afirmaban que el BSQ no debía ser utilizado como una medida de detección de casos de TCA, sino para evaluar un aspecto de la patología alimentaria. En nuestro estudio, al utilizar el BSQ, InC y el EAT, podemos observar que en las chicas, primero aumenta la preocupación por la apariencia y luego se incrementan las conductas alimentarias anómalas, probablemente para intentar modificar esa apariencia física insatisfactoria, aunque debemos ser cautos con esta interpretación, pues por otro lado, no hallamos relación entre edad y EAT. En los chicos encontramos que las conductas alimentarias inadecuadas se dan a edades más tempranas, mientras que la preocupación por la apariencia no está asociada a la edad.

Al comparar las pruebas de actitudes hacia la comida e imagen corporal en los colegios públicos y privados no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en el EAT y BSQ en ambos géneros en el tipo de colegio.

En el InC del EDI-2 hallamos, en ambos géneros, menor porcentaje de casos patológicos en los colegios privados. Al comparar las medias del EAT, BSQ e InC (EDI-2) en los colegios públicos y privados hallamos diferencias estadísticamente significativas en las chicas en el BSQ e InC (EDI-2). En los chicos en el InC (EDI-2). La mayor insatisfacción se halla en el

colegio público, lo cual puede estar asociado a que existen mayor porcentaje de casos con bajo e infrapeso en el colegio privado y en el público con peso normal y sobrepeso, con lo cual volvemos otra vez a la influencia de la cultura de la delgadez que influye en la satisfacción con la propia imagen corporal.

Nuestros resultados reafirman la importancia de estudiar sistemáticamente las conductas alimentarias y la actitud hacia la imagen corporal en los preadolescentes y adolescentes, cara a la prevención de unas patologías cuya prevalencia alcanza porcentajes importantes en nuestra sociedad.

2. Sobre autoestima

Las medias halladas: 29,38 en chicas y 30,82 en chicos, son semejantes a las de algunos estudios con población no clínica: 30,4 (Shapurian, Hojatr y Neyerahmadi, 1987), 30,4 (Baños y Guillén, 2000), inferior a otros: 38,7 (Pullmann y Allik, 2000) y superior a la hallada en población clínica: 25,8 (Salaberría y Echeburua, 1995), 25,6 (Baños y Guillén, 2000), 25,7 (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

El porcentaje de sujetos con baja autoestima es importante, chicas (49,1%) y chicos (32,3%). Otra vez encontramos que las chicas se llevan la peor parte. En ellas las mayores dificultades con la autoestima se dan a medida que tienen más edad, obteniendo las menores medias a los 16-17 años y las mayores a los 12-14 años. El dato de que la autoestima sea mayor en los colegios privados, en ambos géneros, sugiere que los factores culturales pueden tener un peso importante en el desarrollo de la misma.

Volvemos a remarcar la necesidad de estudiar más a fondo este problema, pues creemos que es de gran importancia detectar primero cuales son los factores que influyen en que nuestras adolescentes se quieran menos a medida que se hacen mayores, y posteriormente implementar programas de prevención que mejoren esta situación.

En los chicos no hallábamos diferencias en la autoestima en las diferentes edades, por lo que parece que la presión social e interior no varía a medida que se hacen mayores.

Las regresiones mostraban que en las chicas una peor autoestima estaba influida por una mayor insatisfacción corporal, depresión, alexitimia y menor cuidado paterno, lo cual confirma la clínica de la depresión y los estudios sobre alexitimia y depresión (Hendryx, Haviland y Shaw, 1991). El que el menor cuidado paterno influya en la autoestima muestra la importancia de la figura paterna en el desarrollo en las chicas.

En los chicos hallábamos que la baja autoestima estaba influida por el bajo cuidado paterno, mayor insatisfacción corporal, alexitimia, depresión y sobreprotección paterna. El que en ellos influya además la sobreprotección paterna puede deberse a la importancia para el

chico de un padre que favorezca su independencia para sentirse valorado y por ende valorarse el mismo.

El resultado de que las personas con riesgo de padecer un TCA presentan peor autoestima es semejante al hallado por Vázquez et al. (2004) con pacientes con TCA, lo cual reafirma la relación entre TCA y baja autoestima.

3. Sobre alexitimia

En cuanto a la alexitimia, la media hallada en el TAS-20 en las chicas (51.75) es superior a las halladas en mujeres del País Vasco, México, Murcia y Argentina, en un estudio transcultural (Páez et al., 1999), en estudiantes universitarias murcianas (Martínez-Sánchez, 1996) y a la hallada por nosotros en mujeres con TCA (Espina, et al. 2001). En los chicos la media en el TAS-20 (49.56) también es superior a la hallada en el estudio transcultural citado y semejante a la del estudio de Martínez-Sánchez (1996). Estas diferencias pueden estar asociadas a que en nuestra muestra la edad es menor que en los estudios citados y la capacidad de comprender y expresar el mundo emocional sea menor.

El porcentaje de casos con alexitimia hallado (23,1% en chicas y 13,6% en chicos), es más elevado en las chicas que el rango (15-22%) hallado por Parker et al. (1989) en estudiantes, de más edad, en Canadá y USA y semejante a un estudio posterior con muestras alemanas, americanas y canadienses (Parker et al., 1993).

En las chicas hallamos medias más altas que en los chicos en el TAS-20 y más dificultad para discriminar y describir sentimientos que en los chicos, mientras que estos puntúan más alto en el F3, referido al pensamiento externamente orientado. Estos resultados chocan con la opinión de que el sexo femenino está más familiarizado, en nuestra cultura, con el mundo emocional. Quizás los chicos, al estar más externamente orientados, se cuestionen menos que sucede en su mundo emocional y por ello den respuestas más normalizadas, mientras que las chicas están más conectadas con las emociones cambiantes y muchas veces confusas propias de la adolescencia.

En las chicas, a menor edad, aparecía un pensamiento más externamente orientado, lo cual puede deberse a que una mayor madurez favorece el contacto con el mundo interno.

Con muestras de USA, Canadá, País Vasco y Argentina se halló que las mujeres puntuaban más alto que los hombres en el F1 y más bajo en el F2 y F3. Mientras que en muestras de Murcia y México los resultados son semejantes a los nuestros, las mujeres puntúan más alto en F1 y F2 y los hombres en el F3. En Alemania los hombres puntuaban más alto en los tres factores y presentan medias más altas en el TAS-20 total en todas las muestras citadas, excepto en las de Murcia y México (Páez y Casullo, 2000).

La alexitimia ha sido vinculada al nivel socioeconómico y cultural por algunos autores (Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson y Salonen, 1993) mientras que otros (Taylor et al. 1985; Parker, et al., 1989) afirman que estas variables no influyen en la alexitimia. En nuestros resultados, el que las chicas y chicos que acuden a centros privados puntúen más bajo en el TAS-20 y F1, y F2, parece indicar que factores socioeconómicos y culturales tienen alguna influencia en la alexitimia.

Los análisis de regresión mostraban que en las chicas la alexitimia era influida por menos autoestima, peor imagen corporal, menor cuidado materno y más depresión. Mientras que en los chicos era influida por peor salud mental, menos autoestima y más sobreprotección paterna. Todo lo cual confirma lo señalado anteriormente y destaca el factor protector del cuidado y negativo de la sobreprotección.

El que la alexitimia esté influida por la enfermedad mental, la deficiente imagen corporal y una baja autoestima coincide con estudios previos (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Corcos et al. 2000; Haviland et al. 1988; Hendryx, Haviland y Shaw, 1991; Schiattino et al., 1998). La menor edad puede deberse a que el procesamiento cognitivo de las emociones requiere su desarrollo y las más jóvenes dominarán menos ese manejo.

El que el bajo cuidado en las chicas y la alta sobreprotección en los chicos influyan en la alexitimia sugiere que las teorías sobre un déficit en las funciones de crianza parentales pueden jugar algún papel en la aparición de la alexitimia (Ende, 1988; Stern, 1984; Taylor, 1987, 1991; Edgcombe, 1984; Osofsky y Eberhart, 1988; Espina, 1998).

4. Sobre salud mental

Respecto a la fiabilidad hallada en el General Health Questionnaire (GHQ-28), $\alpha = ,924$ en las chicas y $\alpha = ,856$ en los chicos, es superior a otros estudios con población general en las chicas y semejante en los chicos.

Las medias halladas en nuestro estudio: 4,11 (d.t. 5,62) en las chicas y 2,19 (d.t. 3,39) en los chicos son semejantes a las de Gili, Ferrer, Roca y Bernardo (2000): en sujetos sin patología: 3,14; con patología psiquiátrica: 7,44; con patología médica: 5,04.

Respecto a la morbilidad psiquiátrica (27,2% en las chicas y 13,8% en los chicos) es superior a la de un estudio con jóvenes zaragozanos de 15-19 años en el que presentaban puntuaciones patológicas en el GHQ-28 el 20,5% de las chicas y el 8,1% de los chicos (Seva, Merino, Magallón, Sarasola y Magallón, 1990), y al 15% en mujeres y 3% en hombres hallado en Cataluña en un grupo control con población general (rango, 25-44 años) (Prieto et al. 1997). Mateos (1987) utilizando el GHQ-60 halló un 26% en población general de 16 a 20 años. Berg (1986) en Suecia halló un porcentaje de problemas psíquicos del 15-25% en edades de 15-20 años. Las diferencias entre géneros se suelen hallar en edades

medias y es menos frecuente en jóvenes (Koves, 1985; Mateos, 1987; Seva, 1984), pero en el estudio de Seva et al., (1990) las diferencias de género son semejantes a nuestro estudio en un rango de edad semejante.

El que los sujetos con morbilidad psiquiátrica puntúen significativamente más alto en las escalas de conductas alimentarias, imagen corporal, autoestima y alexitimia parecen indicar que todas estas variables forman un conjunto que muestra el malestar psicológico en varias áreas, lo cual debería ser tenido en cuenta en los abordajes psicológicos.

El que las chicas presenten peor salud general y puntuaciones mayores en los 4 factores del GHQ-28: A: síntomas somáticos, B: ansiedad e insomnio, C: disfunción social, y D: depresión grave, y el dato de que en las chicas la salud mental empeora con la edad, puede deberse a la mayor presión social en cuanto a las exigencias académicas, el modelo de cuerpo dominante y otros factores. Estos resultados requieren estudios sobre las posibles causas y deberían ser tenidos en cuenta en los programas de prevención.

En las chicas hallamos que en los colegios privados presentan menos ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión grave y mejor salud mental general que en los colegios públicos. Mientras que los chicos muestran menos síntomas somáticos, ansiedad e insomnio muestran puntuaciones menores, mejor salud mental en los colegios públicos. Volvemos a remarcar la necesidad de realizar futuros estudios para explorar los posibles factores asociados a estas diferencias.

5. Sobre el consumo de alcohol y drogas

En las chicas consumidoras destacaba la peor salud mental, la dificultad para discriminar los sentimientos, un pensamiento externamente orientado, peor autoestima, EAT, InC y menos cuidado en ambos padres. Una hipótesis que sugerimos a la luz de estos resultados, es que al tener mayor sufrimiento psíquico, no discriminar sus sentimientos, su pensamiento se vuelca al exterior y el alcohol y las drogas son buscados como una forma de intentar paliar ese sufrimiento. Volvemos a ver que las pautas parentales de crianza están claramente asociadas a la salud mental. Las hijas de padres con alto cuidado consumen menos. No podemos afirmar qué es antes y qué después, pero está claro que unas pautas de crianza adecuadas se asocian a mayor salud y la falta de cuidado parental se asocia a peor salud mental, autoestima y mayor consumo de alcohol y drogas.

En los chicos hallábamos mejores conductas alimentarias en los consumidores y lo que más destacaba por su significación estadística es que los consumidores percibían a ambos padres como altos en sobreprotección y bajos en cuidado. Los vínculos con los padres aparecen como indicadores de primera magnitud respecto al consumo de alcohol y drogas, siendo el vínculo de control sin afecto el más dañino, como han mostrado numerosos estudios ya citados, y en el campo de las drogadicciones mostrado por Schweitzer y Lawton (1989)

y por Espina et al. (1996) en nuestro país. En ambos géneros, los vínculos maternos óptimo y constreñido (punto de corte de Parker) se asociaban más al no consumo, y el óptimo en ambos padres.

En resumen, padres y madres con calidez emocional, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia se asocian al no consumo, mientras que padres y madres que muestran control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta independiente, frente a fomento de la independencia aparecen en mayor medida entre los consumidores.

6. Sobre pautas parentales de crianza

El coeficiente alfa de Cronbach hallado en el PBI y subescalas es elevado en ambos géneros y superiores a los hallados por Parker (1983). Las medias halladas en cuidado y sobreprotección son superiores a las de Parker. Comparadas con una muestra de adultos sin patología del País Vasco (Espina et al. 1996) nuestras medias son algo inferiores en cuidado materno, y superiores en cuidado paterno y sobreprotección de ambos padres.

El que las chicas, respecto al vínculo paterno, presentaran un mayor porcentaje de vínculo constreñido y menor de óptimo, control sin afecto y débil, muestra que los padres muestran preocupación por las hijas e intentan dificultar su independencia. Quizás este tipo de vinculación sea más frecuente con las chicas por parte del padre por el temor a peligros externos, al percibir que ellas pueden correr más riesgos.

El vínculo constreñido se caracteriza por un alto cuidado: calidez emocional, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, y alta sobreprotección (SOB): control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta independiente.

En los chicos obteníamos medias superiores en cuidado en las edades más tempranas, es decir que a esas edades perciben a sus madres y padres como más cálidos y empáticos. La percepción del cuidado va decreciendo con la edad. Lo cual puede estar relacionado con un distanciamiento afectivo a medida que se hacen mayores.

En la comparación entre colegios publico-privado, en las chicas es de destacar que en el colegio privado, con la madre predominan los vínculos óptimo y constreñido, mientras que en el colegio público aparece mayor porcentaje de vínculos débil y de control sin afecto.

Con el padre aparecía mayor porcentaje de vínculo constreñido en el colegio privado, y en el colegio público el de control sin afecto. En la comparación de medias obteníamos mayor cuidado en el colegio privado y mayor sobreprotección en el público. Con los chicos obteníamos mayor cuidado de ambos padres en el colegio privado.

Es decir que en el colegio público los tipos de vinculación parental con las chicas son de peor calidad, el peor tipo de vínculo para el desarrollo de los hijos es el de control sin afecto (Parker, 1979, 1981; Zweig-Frank y Paris, 1991; Truant et al. 1987; Apperson et al. 1975; Schweitzer y Lawton, 1989; Espina et al. 1996; Espina, Fernández y Pumar, 2000; Pole, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum, 1988; Rhodes y Coger, 1992; Russel et al. 1992; Vandereycken, 1994).

Las chicas alexitímicas obtienen medias superiores en sobreprotección materna y paterna, e inferiores en cuidado materno. En ellas es más frecuente el vínculo materno de control sin afecto.

En los chicos alexitímicos hallábamos medias superiores en sobreprotección, e inferiores en cuidado de ambos padres. Mayor porcentaje de vínculo materno de control sin afecto y constreñido y de vínculo paterno constreñido. En ambos casos menor porcentaje de vínculo óptimo. Todo ello sugiere que las pautas de crianza son importantes para el desarrollo de la capacidad cognitiva de procesar emociones, es decir que unos padres cálidos, empáticos y que favorecen la autonomización son más adecuados para prevenir la alexitimia. El que los chicos que padecen enfermedad física perciban mayor cuidado paterno, mayor porcentaje de vínculo constreñido y menor de control sin afecto, sugiere que los padres se implican más con los hijos enfermos.

Respecto a la imagen corporal, el hallazgo de un mayor porcentaje de vínculo óptimo y menor de control sin afecto en las chicas que no están preocupadas por su imagen corporal, que las moderadamente preocupadas presenten más vínculos débil y de control sin afecto y que las severamente preocupadas el vínculo de control sin afecto, sugiere que los vínculos parentales están asociados a la imagen corporal, lo cual está asociado, a su vez, al desarrollo del yo. Es decir, unas adecuadas pautas de crianza se asociarían al desarrollo de la persona y la aceptación de su propia imagen corporal.

En la autoestima, veíamos que en las chicas que tienen alta autoestima presentaban medias superiores en cuidado de ambos padres y menores en sobreprotección paterna. A su vez las chicas con baja autoestima presentaban menor porcentaje de vínculo paterno óptimo y mayor de control sin afecto y constreñido.

Los chicos con alta autoestima presentaban medias superiores en cuidado y menores en sobreprotección de ambos padres. Los de baja autoestima presentaban menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto. Estos resultados siguen la misma línea, en el sentido de que el desarrollo de una buena autoestima está relacionado con unas pautas de crianza adecuadas y que el vínculo de control sin afecto es el más inadecuado par el desarrollo de los hijos, como señalábamos anteriormente.

La salud mental está muy relacionada con las pautas parentales de crianza, predominando el cuidado en los sanos y la sobreprotección en los que presentan morbilidad psiquiátrica, lo cual confirma los estudios antes señalados.

7. Correlaciones entre escalas

Las correlaciones positivas entre las escalas sobre conductas alimentarias y TAS-20 y sus factores confirman estudios previos (Taylor, 2000; Espina et al. 2001) que destacan la íntima asociación entre alexitimia y trastornos de la conducta alimentaria. Lo mismo podemos decir de la asociación entre alexitimia y los síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Corcos et al. 2000; Espina, 1998; Hendryx, Havilland y Shaw, 1991; Taylor, 2000).

La autoestima está íntimamente relacionada con la salud mental, aceptación de la propia imagen corporal, conductas alimentarias saludables y el procesamiento cognitivo de las emociones, lo cual confirma estudios previos. Las correlaciones negativas entre cuidado y sobreprotección en ambos padres muestran la validez de constructo del PBI.

En cuanto a las pautas de crianza es de destacar que la sobreprotección se relaciona positivamente con las escalas de patología: GHQ-28, BSQ, InC y TAS-20 (en los chicos también el EAT con la sobreprotección) y el cuidado positivamente con la autoestima. Lo cual muestra la importancia de las relaciones familiares, especialmente las pautas de crianza saludables caracterizadas por la calidez emocional, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia, en la salud de los hijos. Frente a lo negativo del control y contacto excesivo, sobreprotección, intrusión, infantilización y prevención de la conducta independiente.

Las pautas de crianza saludables se asocian a hijos e hijas con mayor autoestima, mejor autoimagen, mejor manejo emocional y mejor salud mental. En los chicos, además la baja sobreprotección con mejores actitudes hacia la comida. Lo cual parece confirmar las opiniones de que el desarrollo psicológico y emocional de los hijos está muy relacionado con la crianza, sin obviar por ello la influencia de otros factores. Estos resultados invitan a hacer hincapié en la necesidad de incluir a los padres en programas dirigidos a favorecer un buen desarrollo de los adolescentes.

La alexitimia, morbilidad psiquiátrica, autoestima, insatisfacción con la imagen corporal y conductas alimentarias disfuncionales están íntimamente relacionadas en los jóvenes de nuestra muestra y presentan porcentajes importantes de casos patológicos, que sugieren la necesidad de prestar atención a estos aspectos de la salud de los jóvenes cara a la prevención primaria y secundaria.

F. CONCLUSIONES

a. Respecto a las hipótesis enunciadas

:: 1. La tasa de prevalencia de conductas indicativas de trastornos alimentarios en Gipuzkoa es del 7,2% de las chicas y el 2,4% de los chicos. Estos resultados son semejantes a los hallados en otros estudios realizados tanto España como en otros países.

:: 2. Las puntuaciones del EAT (actitudes hacia la comida) correlacionan positivamente con las del TAS-20 (alexitimia) y negativamente con la escala de autoestima.

:: 3. En los chicos en riesgo de padecer un TCA hallamos vínculos parentales de peor calidad que en los sujetos sin patología, menor porcentaje de vínculo óptimo y mayor de control sin afecto, y mayor sobreprotección por parte del padre. En las chicas no hallamos diferencias estadísticamente significativas.

:: 4. En las chicas hallamos mayor porcentaje de vínculo óptimo y menor de control sin afecto en las que no están preocupadas por su imagen corporal. En las que están moderadamente preocupadas aumentan los vínculos débil y de control sin afecto. En las severamente preocupadas el vínculo de control sin afecto. En los chicos no hallamos diferencias estadísticamente significativas.

:: 5. Las escalas que miden patología (EAT, BSQ, InC, TAS-20, GHQ) están positivamente relacionadas entre si y negativamente con la autoestima (EAR).

:: 6. La patología psiquiátrica estará asociada a unas pautas de crianza de bajo cuidado y alta sobreprotección.

:: 7. La baja autoestima y la deficiente imagen corporal están asociadas a unas pautas de crianza de bajo cuidado y alta sobreprotección.

:: 8. La insatisfacción corporal en las chicas es mayor que en los chicos.

b. Implicaciones socio sanitarias de los resultados

Los resultados de este estudio confirman la importancia de los problemas alimentarios en la salud de los jóvenes y, en un sentido más amplio, los serios problemas de salud mental, autoestima y dificultades para procesar cognitivamente las emociones (alexitimia). Los problemas alimentarios no son únicamente un problema de imagen corporal inducido por la moda, se trata

de un problema de mayor calado en el que están involucrados aspectos mucho más amplios de la persona, como ya ha sido demostrado en sujetos con trastornos de la conducta alimentaria. Todas esas deficiencias son terreno abonado para dejarse llevar por la moda de la delgadez, pero también para padecer otros trastornos psiquiátricos. Debemos volver a destacar que las chicas están en una posición más vulnerable y ello se incrementa con la edad.

Por otro lado la importancia de las pautas de crianza en la salud de los hijos adquiere un peso específico muy importante en los resultados de este estudio. La salud mental de los hijos está muy relacionada con el modo en el que los padres se vinculan con ellos.

Si los padres son altos en Cuidado: calidez emocional, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia, los hijos tienen muchas más posibilidades de ser sanos. Mientras que si lo que predomina es la Sobreprotección: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta independiente, frente a fomento de la independencia. Los trastornos mentales son más probables.

La familia, sin descuidar otros factores biológicos y sociales más amplios, es una pieza clave para el desarrollo de los hijos. Eso es algo sabido, los resultados de este estudio únicamente aportan datos empíricos que lo confirman y muestran la gravedad de la situación en la que se encuentran los jóvenes Gipuzkoanos.

Lejos de alarmismos innecesarios, y siempre contraproducentes, debemos remarcar la necesidad de realizar campañas de prevención en las que se incida realmente, no únicamente con folletos y charlas, en los aspectos señalados y en las que se ayude a los padres a cuidar y manejarse mejor con sus hijos.

Desde la teoría del apego y la terapia familiar sistémica se ofrecen modelos de comprensión de las relaciones familiares y pautas de manejo que pueden ser de gran utilidad en programas de prevención. La eficacia de las intervenciones familiares, utilizando esos modelos, en los trastornos alimentarios ha sido demostrada en nuestro medio a través de un estudio financiado por la Universidad del País Vasco (Espina, Ortego y Ochoa de Alda (2000, 2001b, 2001c, 2003). En ese estudio conseguimos mejorar las conductas alimentarias, la imagen corporal, y disminuir la alexitimia y la psicopatología general, tanto en las pacientes como en los padres.

Podría ser de utilidad investigar, a la luz de nuestros resultados, la eficacia y eficiencia de intervenciones grupales con padres e hijos en las que se ofrezca información sobre los aspectos descritos en este estudio (TCA, imagen corporal, autoestima, alexitimia, pautas de crianza...) y se aborden las dificultades relacionales en grupos pequeños, aplicando las aportaciones de la teoría del apego y del modelo sistémico de las relaciones familiares. Los resultados de ese estudio facilitarían el desarrollo de programas de intervención más amplios que podrían ser de gran utilidad para mejorar la salud mental de nuestros jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal H.S., Hirschfeld R.M., y Yeravanian B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 801-10.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., y Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ.: L. Erlbaum.
- Ainsworth, M.D. y Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment figure, of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other trauma experience. En C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde y P. Marris (eds.) *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock Publications.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington.
- Ash, J.B., Piazza, P. (1995). Changing symptomatology in eating disorder. *Int J of Eating Disorders*, 18, 23-38.
- Ayuso, J.L., Ponce de León, C., y Gual, P. (2000). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Psicomedia.
- Bagby, R.M; Taylor, G.J., y Atkinson, L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.
- Bagby, R.M; Parker, J.D. A., y Taylor G.J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R.M; Taylor, G.J., y Parker, J.D.A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Bliss, E.L., Branc, C.H. (1960). *Anorexia Nervosa: its psychology and biology*. New York: Hoeberg.
- Bourke, M.P., Taylor, G.J., Parker, J., y Bagby R.M. (1992). Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disorders in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia and the person within*. New York. Basic Books.
- Bruch, H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *Am J Psychoanal* 40, 169-72.
- Cash, T.F. (1994). Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1168-1170.
- Cash, T.F. y Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa y bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T.F. y Szymanski, M.L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 65, 466-477.
- Cash, T.F. y Henry, P.E. (1995). Women's body images. The results of a national survey in the U.S.A. *Sex roles*, 33, 19-28.
- Cash, T.F. y Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7(2), 175-190.

- Cochrane, C.E., Brewerton, T.D., Wilson, D.B., y Hodges, E.L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- 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.
- Cooper, P. J. y Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 32-36.
- Coopersmith, S. (1967): *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman and Company.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266.
- Cotrufo, P., Barretta, V., Monteleone, P. (1998): Un estudio epidemiológico sobre los trastornos de la conducta alimentaria en dos institutos de segunda enseñanza en Nápoles. *Eur Psychiatr ed. Esp.*, 5, 86-89.
- Crisp, A.H, Burns T., y Bhat, A.V (1986). Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis. *Br J Med Psychol*. 59, 123-32.
- Dally P. (1969). *Anorexia nervosa*. New York. Grune and Straton.
- De Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M.J. y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- De Groot, J. M., Rodin, G., y Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53-60
- Drewnowski, A., Hopkins, S.A., Kessler, R.A. (1988): The Prevalence of Bulimia Nervosa in the College Student Population. *Am J Public Health*, 78, 1322-1325.
- Dwyer, J.T., Felmdman, J.J., Seltzer, C.C, Mayer, J. (1969). Body image in adolescents: attitudes toward their weight and perception of appearance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 20, 1045-1056.
- Eagles, J.M., Johnston, M.I., Hunter, D., Lobban, M., Millar, H.R., (1995): Increasing Incidence of Anorexia Nervosa in the Female Population of Northeast Scotland. *Am J Psychiatr*, 152, 1266-1271.
- Edgcombe, R.M (1984). Modes of communication: the differentiation of somatic and verbal expression. *Psychoanal Study Child*, 39,137-154,
- Eisler, I., Szmukler, G.I., y Dare, C. (1985). Family models of eating disorders. In Szmukler, G., Dare, C., Treasure, J. (Eds.) *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. John Wiley & Sons Ltd.
- Emde, R.N. (1988). Development terminable and interminable, I: Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal* 69, 23-42
- Espina, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nervosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds.) *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid. Fundamentos.
- Espina, A. (1998). El constructo alexitiimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Fundamentos.
- Espina, A. (2003a). Eating disorders and MMPI profiles in a Spanish sample. *European Journal of Psychiatry*, 17(4), 201-211.
- Espina, A. (2003b). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 553-560.
- Espina, A. Ayerbe, A. y Pumar, B. (1996) La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos. *Adicciones*, 8 (2), 203-217.

- Espina, A. y Pumar, B. (1999). Correlación entre la emoción expresada por padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 19, (71), 393-406.
- Espina, A., Fernández, E y Pumar, B. (2000). Los vínculos parentales en niños con trastornos del habla y del lenguaje. *Boletín de Psicología*, 68, 61-73.
- Espina, A., Ortego, A. y Ochoa de Alda I. (2000). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de psiquiatría*, 16, (6), 322-336.
- Espina, A., y Ortego, A. (2000). Terapia multifamiliar en los trastornos alimentarios. *Sistémica*, 8, 61-74.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2001a). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. (2001b). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Cambios en alexitimia*. *Anales de Psiquiatría*, 17 (2), 64-72.
- Espina, A., Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2001c). Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 58/59, 29-40.
- Espina, A. Ortego, A., Ochoa de Alda, I., (2001d). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psycothema*, 13(4), 532-537.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., (2001e). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
- Espina, A. Ortego, A., Ochoa de Alda, I., (2001f). Body Shape and eating disorders in a sample of students in the Basque country: a pilot study. *Psychology in Spain*, 6(1), 3-11.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., Alemán A., y Juárez, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del País Vasco. Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 12(2), 217-235.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psycothema*, 13(4), 533-538.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. (2003). Trastornos Alimentarios, intervenciones familiares y cambios en los perfiles del MMPI. Un estudio exploratorio. *Estudios de Psicología*, 24(3), 359-375.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 321-331.
- Fairburn C (1985). The management of bulimia nervosa. *J Psy Res.* 19 (2/3), 465-72.
- Fernández, C., Espina, A., y Aresti, A. (1996). Uno studio sull'Alexitimia nelle condotte tossicomaniche. *Personalità / Dipendenze*, 2, 235-241.
- Foreyt, J.P., Walker, S., Poston, C., y Goodrick, G.K. (1996). Future directions in obesity and eating disorders. *Addictive Behavior*, 21, 767-778.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., y Sepúlveda, A. (2003). Trastorno del comportamiento alimentaria. Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescente de la Comunidad de Madrid. Madrid. Instituto de Salud Pública.
- Garfinkel, P.E., y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional Perspective*. New York. Brunner/Mazel.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., et al. (1995). Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *Am J Psychiatr*, 152; 1052-1058.

- Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.
- Garner, D.M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid: TEA.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 1-7.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 2 (11), 263-284.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 2 (11), 263-284.
- Goetz P.L., Succop R.A., Reinhart J.B., y Miller A. (1977). Anorexia nervosa in children: A follow-up study. *Am J Orthopsychiat*, 47, 597-603.
- Goldberg, D., y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Gómez, J. (1984). Learning to drink : the influence of impairs psychosexual development. *J Psychosom Res*, 28, 403-410.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M., y Jeammet, P. (1999). Psychosomatic vulnerability and eating disorders. *Annales Medico Psychologiques*, 157(6), 390-401.
- Halmi, K.A. (1974). Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosom Med*. 36, 18-26.
- Humphrey, L.L., y Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: a theoretical integration. *Journal of Marital and Family therapy*, 14; (4), 337-350.
- Haviland M.G., Shaw D.G., Cummings M.A., y Macmurray J.P. (1988). Alexithymia: Subscales and Relationship to Depression. *Psychother Psychosom* 50,164-170, 1988
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G., y Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.
- Herzog, D.B., Sacks, N.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., Von Ranson, K.B., Gray, H.M. (1993). Patterns and predicts of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 32, 835-842.
- Hoek, H. (1991). Epidemiological findings in the Nederland. *Psychological Medicine*, 21, 455-460.
- Hsu, L.K. (1990). *Eating disorders*. New York: Guildford Press.
- Hutchinson, M.G. (1982). Transforming body-image: Your body, friend or foe?. *Women and Therapy*, 1, 59-67.
- Jacobi, L. y Cash, T.F. (1994). In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self and ideal precepts of multiple physical attributes. *Journal of Applied Social Psychology*, 4, 379-396.
- Johnson-Sabine, E. Wood, K., Patton, G., Mann, A., y Wakeling, A. (1988): A normal eating attitude in London school girls -a prospective epidemiological study: factors associated with a normal response on screening questionnaires. *Psychol Med*, 18, 615-622.
- Katz, J.L. (1992). Eating disorders and substance abuse disorders. En A. Tasman y M. Riba (Eds.) *Review of psychiatry*. Washington, American Psychiatry Press.
- Kay, D.W.K., y Leigh D. (1954). The natural history, treatment and prognosis or anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *J Ment Sci*, 100, 411-39.

- Kazarian, S.S., Baker, B., y Helmes, E. (1987). The Parental Bonding Instrument: factorial structure. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 231-232.
- Kendler, K.S. (1996). Parenting: A genetic-epidemiologic perspective. *Am J Psychiatr*, 153, 11-20.
- Keys, A., Brozek, J. Henschel, A. et al. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorders symptoms in a community sample of adolescent's girl: a three year prospective analysis. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20; (3), 113-135.
- King, A. (1963). Primary and secondary anorexia nervosa syndromes. *Br J Psychiat*, 109, 470-79.
- King, M. (1989). Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med Suplem.*, 1, 1-34.
- Krystal H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 33,17-31
- Krystal H. (1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psychother* 9, 353-378.
- Lewinsohn, P., Striegel-Moore, R., y Seeley, J. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorder in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*, 39, 1284-1292.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M., y Kurland, L.T. (1991). 50-Years Trend in the Incident of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study. *Am J Psychiatr*; 148, 917-922.
- Mackinnon, A.J., Henderson, A.S., y Andrews, G. (1991). The parental Bonding Instrumen: a measure of perceived or actual parental behavior? *Acta Psychiatr Scand*, 83, 153-159.
- Maganto, C., y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimentarios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-48.
- Mahler M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York. Basic Books.
- Mahler M. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York. Basic Books.
- Main, M., y Hess, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (eds), *Attachment in the preschool years*, Chicago, University of Chicago press. 161-182.
- Main, M. y Salomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure- disorganized-disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton y M.Yogman (eds.), *Affective development in infancy*, Norwood, NJ, Ablex. 95-124.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years*, Chicago, University of Chicago press, 121-160.
- Main, M. y Weston, D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Marrazi, M.A. y Luby, D.E. (1986). An auto-addiction opioid model of chronic anorexia nervosa, *Int. J. of Eating Disorders*, 5, 191-208.

- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M. y Blecua, M. J. (1993). Influencias sociales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista psiquiátrica de la facultad de Barcelona*, 20, 55-65.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez-Sánchez, F., Sánchez, J. A., Castillo J. C., Gordillo del Valle, E. y Ortiz, B. (1996). Rasgos alexitímicos en pacientes de atención primaria. *Psiquis*, 17(1), 46-52.
- Marty P. (1980). *Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique*, Vol. 2, París, Payot.
- Marty P, de M'Uzan M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse* 27(suppl):1345-1356.
- McDougall J. (1974). The Psychosoma and Psychoanalytical process. *Int. Rev Psychoanal*, 1, 437-59.
- McDougall J. (1985). *Theaters of the Mind: Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage*. New York, Basic Books,
- Mora, M. y Raich, R. M. (1993). Adaptació del bulimia test i BSQ en una mostra universitària. Comunicació presentada en la VIII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica. Barcelona.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales, R. (1999). Los sueños una nueva aproximación a la alexitimia. *Psiquis*, 20(2), 55-61.
- Morandé, G. (1995). Un peligro llamado anorexia. Madrid. *Temas de Hoy*.
- Morandé, G. y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2(3), 243-260.
- Morandé, G., Celada, J., y Casas, JJ. (1999): Prevalence of eating disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health*, 24, 212-219.
- Nemiah J.C., (1977). Alexithymia: theoretical considerations *Psychoter Psychosom* 28, 199-206.
- Onnis, L. y Di Genaro, A. (1987). Alexitimia. Una revisión crítica. *Medicina Psicosomatica*, 32, 45-64.
- Osofsky, J.D. (1988). Ederhart-Wright A: Affective exchanges between high risk mother and infants. *Int J Psychoanal* 69, 221-231.
- Páez, D., Martínez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Páez, D., y Casullo, M. M. (2000). *Cultura y alexitimia*. Barcelona. Paidós.
- Patton, G.C. (1998). Mortality in eating disorders. *Psychol Med*, 18, 947-951.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
- Parker, G. (1981). Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 33-36.
- Parker, G. (1982). Re searching the schizophrenogenic mother. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(8), 452-462.
- Parker, G. (1984). The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Social Psychiatry*, 19, 75-81.

- Paker, G.; Mater, R. (1986). Predicting schizophrenic relapse: a comparison of two measures, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 20, 82-86.
- Parker J.D.A., Taylor G.J., y Bagby R.M. (1993). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. Compr Psychiatry 30, 434-441.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Taylor G.J., Endler N.S. y Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. European Journal of Personality. 7, 221-232.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L.D. (1979). A parental Bonding Instrument. British Journal of Medical Psychology, 52, 1-10.
- Patton, G.C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J.B., y Wolfe, R. (2001): Parental "affectionless control" in adolescent depressive disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 36, 475-480.
- Pérez, H., Cortés, J., Ortiz, S., Peña, J., Ruiz, J. y Díaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. Salud Mental, 20 (3), 30-34.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J. Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Medicina Clínica, 114, 481-486.
- Perpiñá, C. (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. Rev psiquiatr Fac Med Barc, 6, 303-312.
- Petit, M.J., De la Corte, J., y Astral, J. (2002). Programas de detección precoz y prevención de trastornos alimentación (anorexia y bulimia) con adolescentes de 12-14 años escolarizados en IES públicos de Getafe (Madrid). Artículo presentado en el 3er Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis, psiquiatria.com.
- Pirke, KM, Vandereycken, W. y Ploog, D. (1988). The psychobiology of bulimia. Springer Verlag.
- Ploog, D., Pirke, K.M. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 17, 843-859.
- Pole, R., Waller, D., Stewart, S., Parkin. y Feigenbaum, L. (1988). Parental caring versus overprotection in bulimia. International Journal of Eating Disorders, 7 (5), 601-606.
- Raich, R. (1994). Anorexia y bulimia nerviosa: trastornos alimentarios. Madrid. Pirámide.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M.J., Pérez, O. y Requena, A. (1991a). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 18, 210-220.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O. y Requena, A. (1991b). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes catalanas. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 18(7), 305-315.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1994). Revisión de la evaluación y tratamiento de trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. Psicologemas, 8, 81-99.
- Rastam, M., Gilbert, C.H., y Garton, M. (1989). Anorexia Nervosa in a Swedish urban region: A population-based study. Br J Psychiatr; 155, 642-626.
- Rástam, M. y Gillberg, C.H. (1991). The family background in anorexia nervosa: a population-based study. J. Am. Acad. Child Adolescent. Psychiatry, 30(2), 134-142.
- Rathner, G., y Messner, K. (1993). Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. Psychol Med, 23, 175-184.

- Rhodes, B. y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263.
- Raich, R.M., Rosen, J.C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 63-72.
- Rodin, J., Silberstein, L.R. y Striegel-Moore, R.H. (1985). Women and weight: A normative discontent. En T. B. Sonderegger (Ed.). *Nebraska symposium on motivation: psychology and gender* (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rodríguez, M.C. (1997). Distorsión de la imagen corporal como factor de riesgo para la anorexia nerviosa: un estudio comparativo. *Anales de Psiquiatría*, 13 (8), 327-331.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosen, J.C., Tacy, B., y Howell, D. (1990). Life stress, psychological symptoms and weight reducing behaviour in adolescent girls: a prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 17-26.
- Rosen, J.C. (1993). Body image disorder: Definition, development and contribution to eating disorders. En J.H. Crowther, S.E., Hobfoll, M.A.P. Stephens, y D.L. Tennebaum (Eds). *The etiology of bulimia*. Washinton, DC: Hemisphere Publishers.
- Ruiz Lázaro, P.M. (1998). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España. *Anual Español de Pediatría*, 49, 435-436.
- Ruiz, P.M., Alonso, J.P., Vellilla, J.M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C., et al. (1998): Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*, 3, 148-162.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (1998). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales Españoles de Pediatría*, 152, 1052-1058.
- Russell, J., Kopeck-Schrader E, Rey, E. y Beumont, P. (1992). Parental bonding instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 236-239.
- Saggin, A. (1993). Quale educazione nutrizionale nel disturbi del comportamento alimentare. Comunicación presentada en el III Congreso "Latini Dives". Toulouse.
- Sáiz, P.A., González, M.P. Bascarán, M.T., Fernández, J.M., Bousoño, M., y Bobes, J. (1999). Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (6), 367-374.
- Santoanastaso, P., Zanetti, T., Sala., Favaretto, G., Vidotto, G. y Favaro, A. (1996). Prevalence of eating disorders in Italy: A survey on a sample of 16-year-old female students. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 158-162.
- Schiattino, I., Sanfuentes, M. T., Lagarribel, M., Jara, S., Lolas, F., y Liberman, C. (1998). Influencia de la restricción alimentaria sobre la díada madre-hija. *Actas luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26 (5), 303-308.
- Schilder, P. (1958). *The image and appearance of the human body*. New York: International universities press.
- Schmidt, U, Jiwany, A, y Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.

- Schwartz D.M., Thompson M.G. y Johnson, C.L. (1985). Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. En SW Emmett (Ed.) *Anorexia nervosa and bulimia*. New York Brunner/Mazel.
- Shisslak, K., y Grago, M. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 660-667.
- Spieker, S.J., y Booth, C.L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky y T. Nezworsky (eds.). *Clinical implications of attachment*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stern D.N. (1984). Affect attunement, in *Frontiers in Infant Psychiatry*, vol 2. Edited by Call JD, Galenson E, Tyson RL. New York, Basic Books.
- Steinhausen, H.C., Rauss, C., y Seidel, R. (1991). Follow-up studies of Anorexia Nervosa: A review of four decades of outcomes research. *Psychol Med.*; 21, 447-454
- Strauman, T.J. y Glenberg, A.M. (1994). Self-concept and body image disturbance: Which self-beliefs predict body size overestimation? *Cognitive research and Therapy*, 18, 105-125.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- Tammenhaus, N. (1995). *Anorexia y bulimia*. Barcelona. Plaza y Janés.
- Taylor G.J. (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, CT, International Universities Press.
- Taylor, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., y Parker, J.D.A. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale Some Reliability, Validity and Normative Data. *Psychother Psychosom* 57, 34-41.
- Taylor, G.J., Doody K, Newman A (1981). Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Can J Psychiatry* 26, 470-474
- Taylor, G.J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. y Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- Thenader, S. (1970). A psychiatric investigation of 94 female cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214 (supl), 1-19.
- Toledo, M., Ferrero, J. Capote, J., Roger, L., Sánchez, M., Donet, E. y Tormo, E. (1999). Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la comunidad valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 51/52, 38-48.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona. Ariel Ciencia.
- Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos alimentarios de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114, 543-544.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Turner, B.S. (1984). *The body and society: explorations in social theory*. Oxford.
- Turón, V.J., Fernández Aranda, F. (1998). *Trastornos de la Alimentación*. Barcelona. Masson.
- Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behaviour and eating disorders. En Perris, C., Arrindell, W.A, y Eisemann, M. (eds.), *Parenting and Psychopathology*, New York John Wiley & Sons.

- Velasco, C., y Páez, D. (1996). Alexitimia, comunicación emocional y problemas psicosomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.
- Westenhofer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997.
- Whitaker, A., Jonhson, J., Shaffer, D., Rapoport, J., Kalikow, K., Walsh, B., et al. (1999). Uncommon troubles in young peoples: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Arch Gen Psychiatr*, 47, 4887-496.
- Willi, J. (1990). Update on the Epidemiology of Anorexia Nervosa in a Defined Region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1514-1517.
- Willi, J., y Grossmann, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a Defined Region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140, 564-567.
- Woodside, D.B. (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. New York. Brunner/Mazel.
- Woodside, D., Garfinkel, P., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A., Goldbloom, D., et al. (2001): Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatr*, 158, 570-574.
- Wooley, J.C., y Kearney-Cooke, A. (1986). Intensive treatment of bulimia and body image disturbances. En: Brownell K., Foreyt, J. *Handbook of Eating Disorders: Physiology, psychology and the treatment of obesity, anorexia and bulimia*. Nueva York: Basic Books.

