



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

REPRESENTACIONES MENTALES DE APEGO EN UN GRUPO DE MUJERES QUE PRESENTAN DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología
Clínica que presenta la bachillera:

GIOVANNA MARISSA BARDALES ARANIBAR

Asesora:

KATHERINE GRETEL FOURMENT SIFUENTES

LIMA – PERÚ
2013

AGRADECIMIENTOS

A Kathy, por tu orientación y guía a lo largo de este proceso. Por tus aportes, comentarios y por impulsarme a confiar más en mí.

A mi mamá, por ser quien eres y apoyarme incondicionalmente en todos los retos que he asumido en mi vida, por estar siempre presente y ser una de las principales razones de que sea la persona quien soy. Eres mi principal referente e inspiración.

A mi papá, por tu presencia y porque, a pesar de las dificultades, siempre me has impulsado a luchar por mis metas. Por tus comentarios que sutil y espontáneamente me daban fuerza y me hacían ver el lado más gracioso en momentos de gran angustia.

A mis hermanas...Gianni, tu siempre has sido uno de mis grandes modelos a seguir, brillante y sensible. A Li, por tu inmenso cariño, tus detalles, palabras y notitas de aliento constantes, siempre has sido un gran soporte para mí. Te debo mucho.

A Esteban, por ser una luz en mi vida y brindarme toda tu comprensión y amor.

A cada una de las personas, psicólogas y no psicólogas, que me alentaron a continuar con este reto.

A Patricia Albornoz, porque tu ayuda fue fundamental para acceder a muchas de las pacientes de este estudio y comprender un poco más sobre su problemática.

Y finalmente, a cada una de las 30 mujeres que formaron parte de este estudio.

Resumen

Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres que presentan desórdenes alimenticios

La presente investigación tiene como propósito describir las representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres diagnosticadas con un desorden alimenticio. Para ello, se contó con la participación de 30 mujeres entre 18 y 32 años ($M = 22.87$, $D.E = 3.92$) que acuden a dos hospitales psiquiátricos. Así, para acceder a sus representaciones de apego, se aplicó el Autocuestionario de los Modelos Internos de las Relaciones de Apego para adultos (CaMir). Los resultados obtenidos muestran que las participantes poseen un apego mayormente inseguro, reportando una baja percepción de apoyo respecto a sus experiencias pasadas y actuales. Además, la mayoría de las participantes evidencian una percepción de mayor preocupación y ansiedad en sus vínculos que de distanciamiento emocional; no obstante, algunas de ellas poseen niveles igualmente elevados en ambas estrategias de apego inseguro. Asimismo, en las escalas relacionadas al apego preocupado y evitativo, las participantes muestran representaciones de apego de sus experiencias de infancia que difieren del ideal teórico de seguridad, más no en sus experiencias con la familia actual. De esta manera, los resultados muestran que la percepción de inseguridad pareciera no reproducirse en la evaluación de sus vínculos actuales.

Palabras clave: desórdenes alimenticios, representaciones mentales de apego, CaMir.

Abstract

Attachment representations in a group of women with eating disorders

The purpose of this study was to describe the attachment representations in a group of women diagnosed with an eating disorder. For this aim, 30 women aged between 18 and 32 years old ($M = 22.87$, $D.E = 3.92$) that attended two psychiatric hospitals were assessed. To evaluate their attachment representations, a self report questionnaire of attachment for adults (CaMir) was used. The results showed that the participants have an insecure attachment, reporting a low perception of parental support regarding their past and actual experiences. Moreover, most of the participants show a perception of higher preoccupation and anxiety in their relationships than emotional distance; but some of them have levels equally elevated in both of the insecure attachment strategies. Additionally, in the scales related to the preoccupied and dismissing attachment, the participants show attachment representations of their childhood experiences that differ from the theoretical ideal of security, but not in their experiences with their actual family. In this way, the results show that the perception of insecurity doesn't seem to reproduce in the evaluation of their actual bonds.

Key words: eating disorders, attachment representations, CaMir.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	1
Método.....	14
Participantes.....	14
Medición.....	15
Procedimiento.....	18
Resultados.....	20
Discusión.....	26
Referencias.....	37
Anexos.....	42
A. Consentimiento Informado.....	42
B. Ficha de datos.....	43
C. Confiabilidad del Autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto (CaMir) y de sus escalas.....	45
D. Puntuaciones T peruanas para los tres prototipos del CaMir.....	46
E. Prueba de normalidad para la distribución de los puntajes de las escalas del CaMir.....	47

Introducción

El establecimiento de los vínculos primarios y la calidad del cuidado temprano proporcionado por los padres -o figuras de cuidado principales- a sus hijos son aspectos fundamentales para el desarrollo socioemocional y la salud mental de un individuo. Las personas tendemos a establecer vínculos interpersonales a lo largo de nuestra vida, cuya naturaleza y calidad se ven influenciados directamente por el lazo afectivo inicial establecido con nuestras figuras parentales (Bowlby, 1969/1998; Lecannelier, 2006).

En tal sentido, desde sus inicios, la teoría del apego ha enfatizado la relación entre el vínculo temprano y el desarrollo de la personalidad y la psicopatología, considerando a esta última como producto de un “camino atípico” en el desarrollo psicológico (Bowlby, 1980/1993). Bowlby (1969/1998) planteó que el apego es un sistema motivacional innato que asegura la supervivencia, en tanto los niños desarrollan un repertorio de comportamientos destinados a buscar seguridad y cercanía por parte de sus cuidadores, usualmente la madre, cuando sienten una amenaza interna o proveniente del exterior. No obstante, el apego podría estar determinado a su vez por el contexto sociocultural, dado que los patrones de apego mostrarían adaptaciones flexibles a las condiciones particulares en las cuales el niño ha nacido y debe sobrevivir (Oates, 2007).

En particular, la sensibilidad y responsividad por parte de los cuidadores ante las comunicaciones del niño son cruciales para el aprendizaje de la regulación emocional, determinando a su vez el desarrollo de estrategias seguras o inseguras en la búsqueda de apego (Ainsworth & Tracy, 1981). Es, asimismo, un organizador psíquico importante, al permitir la integración del self y el desarrollo de la función reflexiva, entendida como la capacidad de inferir estados mentales en uno mismo y el otro (Fonagy, 1999). En ese sentido, la capacidad para ser competentes en nuestras interacciones y adaptarnos a las exigencias del medio, son dominios que se adquieren a través del establecimiento de una “base segura” en la relación con los cuidadores iniciales (Barone & Guiducci, 2009).

Es así como, el desarrollo posterior de la teoría del apego se focalizó en el estudio de las diferencias individuales a partir de cómo las *conductas de apego* se organizan en patrones variados que influyen el desarrollo subsecuente (Ainsworth, 1979). Así, Ainsworth, Blehar, Waters y Wall identificaron tres patrones organizados de apego en la infancia temprana, a partir del estudio de las respuestas comportamentales de los niños a

breves separaciones y reencuentros con sus madres en una situación experimental denominada la *situación extraña* (como se citó en Ainsworth & Tracy, 1981).

Tales estudios revelaron las siguientes categorías o estilos: los niños con *apego seguro* usan a sus madres como una “base segura” para explorar, pero ante la separación su sistema de apego se ve intensamente activado, buscando contacto en el reencuentro con la madre, quien otorga un cuidado sensible y sostenedor (Ainsworth, 1979; Ainsworth & Tracy, 1981). Ello constituye la “estrategia primaria” de apego, pudiendo ser reemplazada por “estrategias secundarias”, descritas a continuación (Belsky, 1999).

Los niños con apego *inseguro-avoidante* raramente lloran ante la separación y evitan a la madre en el reencuentro, desactivando así la conducta de apego. Se trata mayormente de madres rechazantes y aversivas al contacto íntimo (Ainsworth, 1979; Ainsworth & Tracy, 1981). Mientras que, los niños con apego *inseguro preocupado o ambivalente* sobre-activan el sistema de apego, mostrando signos de ansiedad incluso antes de la separación y reaccionando fuertemente a ésta (Ainsworth, 1979; Marrone, 2001). Se asocia a madres intrusivas e inconsistentes en sus respuestas (Main, 1996). Posteriormente, Main y Solomon (como se citó en Main, 1996) incorporaron el patrón *inseguro-desorganizado*, que incluía a niños con conductas conflictivas en presencia del cuidador. Éste surge en la relación con padres con actitudes amenazantes que generan temor en el niño, quien sufre un “colapso” de su estrategia de apego (Main, 1996).

Ahora bien, Siegel señala que los comportamientos del niño destinados a la búsqueda de proximidad de sus cuidadores resultan en interacciones repetidas que terminan siendo ‘codificadas’ en la memoria implícita (como se citó en Tasca, Ritchie & Balfour, 2011). En términos psicoanalíticos, se trataría de un proceso de *internalización* de las relaciones de apego externas en estructuras mentales (Marrone, 2001). Éstas se convierten progresivamente en *modelos operativos internos* que conforman una suerte de sistema representacional dinámico del apego, al ser construidos a partir de los patrones de interacción con las figuras de apego principales y que actúan como una guía para futuros intercambios relacionales (Bretherton & Munholland, 1999).

Bowlby (1973/1998) los definió como conocimientos y expectativas internamente organizados bajo la forma de representaciones acerca de uno mismo, la accesibilidad de las figuras de apego y las relaciones interpersonales. Así, un modelo del self valioso y competente se construye bajo un modelo de cuidadores disponibles emocionalmente y que apoyan la conducta exploratoria. Al contrario, un modelo del self devaluado e incompetente resulta de un modelo de cuidadores que rechazan o ignoran la conducta de

apego, y que interfieren la exploración (Bretherton & Munholland, 1999). Por ello, es a través del estudio de los modelos operativos internos que se logra explorar las *representaciones mentales* internalizadas sobre la base de las experiencias de apego en la infancia temprana, y que inciden en nuestros vínculos futuros (Biedermann et al., 2009).

De modo que, el salto al nivel de los procesos representacionales en el apego se dio a partir de estudios que encontraron relaciones sistemáticas entre la organización del apego temprano y el discurso, los dibujos y la narrativa en etapas posteriores a la primera infancia (Main, 1996). Así, la creación de la Entrevista de Apego Adulto (AAI) por George, Kaplan y Main permitió la evaluación de los estilos de apego en la adultez. Éstos se obtienen a partir de los "estados mentales" que manifiesta un individuo en la descripción y evaluación de las relaciones tempranas con sus cuidadores, a través del análisis de la coherencia y la estructura de su discurso (Main, 1996; Martínez & Santelices, 2005).

De esta manera, se identificaron cuatro categorías de apego adulto equivalentes a las descritas por Ainsworth: seguro-autónomo, desapegado, preocupado e irresuelto-desorganizado. Se añadió, además, una última para los individuos que no se pueden clasificar, al no poseer una estrategia discursiva claramente definida (Main, 1996). Por tanto, así como en los niños se logra acceder a los patrones de relación a través de sus comportamientos de apego; en el caso de jóvenes y adultos la exploración de los modelos relacionales se logra a partir de una evaluación del apego a nivel representacional.

Es importante reparar además que la evaluación del apego adulto posee diferentes modelos de clasificación: el *categorial*, en el que se obtienen categorías que describen un patrón predominante de apego; y el *dimensional*, en el cual se categorizan los estilos de apego tradicionales en torno a dimensiones comunes, pero independientes entre sí (Martínez & Santelices, 2005). Un tercer modelo es el de *prototipos*, el cual integra las categorías "prototípicas" de apego adulto junto a las variaciones individuales (Martínez & Nuñez, 2007). Según este modelo, un prototipo reúne las características más comunes de una categoría, por lo que se evalúa el grado de correspondencia respecto a éste.

Así, las diferentes representaciones mentales de apego en el adulto se manifiestan bajo rasgos y modos de vinculación particulares. Los individuos con un *prototipo seguro* muestran un estilo interpersonal caracterizado por la búsqueda de soporte en sus relaciones y un deseo de intimidad y cercanía (Main, 1996). Además, poseen una regulación efectiva de sus emociones y una representación coherente e integrada de sus relaciones de apego, identificando sentimientos propios y ajenos (Tasca et al., 2011).

Los sujetos con un *prototipo desapegado o evitativo* se caracterizan por una tendencia a la autosuficiencia, el control y la independencia en sus relaciones; así como por una escasa accesibilidad a vivencias dolorosas y la presencia de “vacíos” en los recuerdos de experiencias de apego (Main, 1996). Asimismo, tienden a idealizar su pasado y a sus figuras parentales (O’Shaughnessy & Dallos, 2009). Estas personas suelen evitar situaciones de apego y usan estrategias de distancia emocional para mantener un nivel de regulación efectiva de sus emociones. Por ello, no pueden identificar afectos propios ni ajenos, poseyendo una función reflexiva limitada (Tasca et al., 2011).

Los adultos con un *prototipo preocupado* establecen relaciones ansiosas y ambivalentes, minimizando la distancia interpersonal y solicitando soporte y cuidado en su intento por modular la angustia. Además, se muestran hipervigilantes a las pérdidas relacionales y al rechazo, poseyendo una pobre regulación emocional. Asimismo, prestan excesiva atención a sus propias necesidades en detrimento de las de otros (Tasca et al., 2011). Por otro lado, a nivel discursivo, poseen una narrativa personal de sus relaciones sin distancia ni integración, viéndose abrumados por el afecto negativo (Main, 1996).

Por último, los individuos con un *prototipo desorganizado* carecen de una estrategia organizada del comportamiento y del pensamiento en la búsqueda de apego. Se asocia a la vivencia de una parentalidad confusa, negligente o abusiva; o a una experiencia de pérdida que genera disturbios a nivel representacional, presentando lapsos en el razonamiento y el monitoreo del discurso sobre sus relaciones de apego (Main, 1996). Además, pueden manifestar reacciones comportamentales muy desorganizadas en relación con la pérdida, revelando alteraciones importantes (Soares & Dias, 2007).

Ahora bien, pese a que los patrones de apego son marcadamente estables a lo largo de la vida, éstos pueden ser modificados en el curso del desarrollo, ya sea bajo formas de experiencia traumática que podrían conducir a expresiones psicopatológicas; o de experiencias emocionales correctivas como la psicoterapia, que conllevarían a modos más saludables de relación (Tasca et al., 2011). En este sentido, la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad en el apego se encuentra en el centro de muchas formas de trastornos mentales (Fonagy, 1999). De manera global, Dozier, Stovall y Albus (1999) conectaron las estrategias inseguras de apego en la infancia con la psicopatología adulta, explorando el trastorno de personalidad límite y el antisocial; así como los trastornos afectivos, de ansiedad, los disociativos, la esquizofrenia y los desórdenes alimenticios.

De modo que, la teoría del apego posee implicancias significativas para la explicación, comprensión y tratamiento de diversos problemas emocionales, entre los

cuales los desórdenes alimenticios adquieren una relevancia prioritaria, al existir un consenso sobre su aumento dramático desde 1960, afectando principalmente a la población femenina (Martínez, Zusman, Hartley, Morote & Calderón, 2003). Esta elevada incidencia configura una importante problemática debido a la gravedad y mal pronóstico de la patología, siendo entidades clínicas complejas con implicancias físicas, psicológicas y sociales, así como con múltiples dificultades en el tratamiento y logro del éxito terapéutico (Martínez et al., 2003; Biedermann et al., 2009). La teoría del apego brinda, así, un marco de comprensión para la dinámica subyacente a la manifestación sintomática del trastorno, y para el diseño de intervenciones específicas (Biedermann et al., 2009).

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA, 2002) existen tres categorías de trastornos alimenticios: la anorexia nerviosa (AN, de tipo restrictivo o purgativo), la bulimia nerviosa (BN, purgativo o no purgativo) y los trastornos alimenticios no especificados. En general, la AN se caracteriza por un rechazo a mantener el peso corporal en valores normales (inferior al 85% del peso esperable), un miedo intenso a engordar, una alteración en la percepción del peso y la existencia de amenorrea. La BN, por su parte, se define por la presencia de atracones recurrentes, conductas compensatorias inadecuadas y una autoevaluación influenciada exageradamente por el peso.

No obstante, para otros autores existen formas sub-clínicas que resultan más comunes en la práctica clínica rutinaria, siendo el más diferenciado y usual el trastorno por atracones (*Binge Eating Disorder*), en el que se dan episodios recurrentes de atracones en ausencia de conductas compensatorias (Behar, 2008). Además, la comorbilidad con el trastorno depresivo es alta (Dozier, Stovall & Albus, 1999), a la vez que resulta frecuente el Trastorno Límite de Personalidad en la mayoría de casos con bulimia nerviosa (APA, 2002). Por otro lado, la presentación de estos trastornos parecería estar asociada a la etapa evolutiva, en tanto la anorexia se suele manifestar hacia la mitad o finales de la adolescencia; mientras que, la bulimia y el *binge eating* en la entrada a la adultez juvenil (APA, 2002; Landrau & Short, 2010). Es importante reparar que ambas edades de presentación constituyen un periodo estructurante del aparato psíquico.

Ahora bien, Marrone (2001) indica que las formas de alteración de la alimentación pueden ser consideradas como desórdenes de la regulación afectiva y del funcionamiento interpersonal, por lo que resulta importante explorar la calidad de los vínculos tempranos en su incidencia. Así, una de las formas iniciales de cuidado temprano proporcionado al niño reside precisamente en la función de alimentación que brinda la madre desde la

lactancia; siendo la comida un vehículo de nutrientes tanto físicos como psíquicos durante la infancia. Se trata de una manera –simbólica– de dar y recibir afecto, dentro de un vínculo de cuidado y protección que se comienza a construir desde el nacimiento, cuyas perturbaciones pueden revelar alteraciones posteriores en el desarrollo psicoafectivo y el comportamiento (Betancourt, Rodríguez & Gempeler, 2007). Bowlby (1969/1998) señala que la alimentación:

Constituye una excelente oportunidad para calibrar la sensibilidad de la madre ante las señales del hijo, su aptitud para intervenir en el momento oportuno adecuándose a sus ritmos y su voluntad de aceptar las iniciativas sociales del niño. Todos estos factores desempeñarán una parte importante en el desarrollo posterior de su interacción social (p.452).

Por su parte, O'Shaughnessy y Dallos (2009) refieren que la teoría del apego explora cómo los padres responden al peligro y a la angustia que experimenta el recién nacido. Proponen, así, que la comida y el hambre son concebidas como fuentes tempranas de angustia y de placer, por lo que la respuesta parental a las necesidades iniciales del niño generan patrones de apego y modos particulares de relacionarse con la comida desde la infancia. Así, ambos elementos del desarrollo -la alimentación y el apego- se van relacionando a lo largo del ciclo vital. Por ello, resulta interesante estudiar cómo los desórdenes alimenticios en la adultez mostrarían representaciones mentales particulares respecto a los modos de vinculación, así como ciertos estilos de relación que se instituyen desde la infancia.

En tal sentido, Daiber (2007) señala que la explicación del origen de un trastorno alimenticio parte de la comprensión del vínculo madre-hija en el contexto de sus relaciones tempranas. Las dificultades que surgen en el ejercicio materno de los cuidados proporcionados al niño pueden incluir, específicamente, alteraciones en la función primaria y fundamental de alimentar y nutrir (Betancourt, Rodríguez & Gempeler, 2007), la que, desde la teoría psicológica y psicodinámica, se relaciona ampliamente con la capacidad de otorgar y recibir afecto primario, estableciéndose un lazo emocional entre madre e hijo. Betancourt et al. (2007) señalan que una madre ansiosa frente a sus hábitos alimenticios, con alteraciones y conflictos respecto a su corporalidad, puede interferir en la función de alimentación proporcionada a sus hijos, generando a su vez alteraciones en el vínculo materno-filial y el riesgo a desarrollar alteraciones posteriores en la alimentación.

La experiencia alimenticia constituye, pues, la base de la vida afectiva del niño; en la que la madre deviene un objeto pensante capaz de decodificar y dar significado a las

señales físicas y psíquicas del niño (Zusman, 2009). Ello, podría ser vinculado con la función reflexiva que el infante adquiere en el contexto de sus relaciones tempranas y que constituye un área de funcionamiento del apego en el adulto (Tasca et al., 2011). De este modo, “los trastornos de la conducta alimentaria son expresiones de los desencuentros de la madre y el infante a lo largo del proceso de alimentación y en el tiempo de la construcción de vínculos y relaciones intersubjetivas” (Zusman, 2009, p. 26).

Por otro lado, los ambientes familiares en los desórdenes alimenticios, particularmente en la anorexia, suelen caracterizarse por la sobreprotección, la intrusión y el control, así como por escasas oportunidades para la expresión personal. Estas interacciones conllevan al desarrollo de un *false self* altamente complaciente como una suerte de defensa frente a la presión parental (Bruch, como se citó en O’Shaughnessy & Dallos, 2009). Por ello, el conflicto reside en la presencia de “problemas severos con su sentido de individualidad e identidad mucho antes que el desorden alimentario se vuelva manifiesto” (Bruch, 1982, p.14), revelando alteraciones en la representación del sí mismo, construido en la relación con los cuidadores primarios. No obstante, para otros autores, tales dificultades se ligarían a dos tendencias opuestas, asociando la anorexia a un sobreinvolucramiento maternal, y a la bulimia a un bajo involucramiento de la madre (Johnson & Connors, como se citó en Biedermann et al., 2009), pero que en ambos casos la relación con sus hijas se daría como si fuesen extensiones de sí mismas (Gabbard, 2002).

Así, uno de los problemas centrales al desorden alimenticio reside en una falla en el establecimiento de la autonomía durante el proceso de separación e individuación en la relación materno-filial (O’Shaughnessy & Dallos, 2009), ejerciéndose autocontrol sobre el propio cuerpo como una vía patológica para obtener un sentido de sí mismo (Biedermann et al., 2009; Daiber, 2007). Dado que el proceso de diferenciación en la niña implica tanto una negación como una identificación con la madre y su cuerpo, las fronteras del self son más difíciles de construir. Ello dificultaría la desvinculación con la figura materna (Betancourt et al., 2007), revelando alteraciones en el apego temprano, en el cual la madre no permite el desarrollo de un modelo del self confiable y autónomo en la niña.

Es así como, las personas con el trastorno evidencian déficits en la representación del self bajo la convicción de ineffectividad e inadecuación (Bruch, 1982), repercutiendo sobre el establecimiento de las relaciones interpersonales. Así, presentan características y modos de funcionamiento interpersonal que reflejan patrones particulares de apego en la adultez. En general, Zusman (2009) señala la presencia de distorsiones cognitivas en la percepción corporal, baja autoestima, fragilidad de la imagen corporal y gran inestabilidad

emocional, subyaciendo estados depresivos latentes. A nivel interpersonal, es común un fuerte retraimiento y aislamiento social, así como la inestabilidad de los vínculos afectivos.

En términos del funcionamiento del apego, Tasca, Ritchie y Balfour (2011) plantean que los pacientes con este trastorno presentan una dificultad general para regular el afecto. Por un lado, aquellos con apego preocupado experimentan una hiperactivación emocional que puede relacionarse con los episodios de atracones y purgas como un modo de afrontarlo. Mientras que, por otro lado, los pacientes con apego evitativo tienden a limitar su experiencia emocional, pudiendo estar vinculado a la restricción extrema expresada en su dieta alimenticia. Asimismo, los autores proponen la presencia de una alta sensibilidad a la separación y a la pérdida en sus relaciones interpersonales. Por ello, algunos pacientes muestran intentos por manejar las relaciones a través del rechazo y el aislamiento, en aquellos con apego evitativo; o experimentando ansiedad y miedo al abandono, en pacientes con apego preocupado.

Por su parte, Barone y Guiducci (2009) plantean que las personas con este trastorno hacen uso alternativamente de una postura idealizadora o una que involucra rabia en sus relaciones. Los autores encontraron una marcada tendencia a experimentar negligencia y rechazo en las representaciones actuales sobre las relaciones con sus padres durante la infancia. No obstante, la relación con la madre aparece como la más problemática, dado que convergen estados mentales que involucran tanto idealización, como agresión y rabia hacia ésta. Estas cualidades relacionales -se podría decir, de ambivalencia en sus vínculos- darían cuenta de modos diferentes de usar estrategias de apego con sus madres. Por otro lado, Fonagy et al. (1996) encontraron un funcionamiento reflexivo más bajo en estos pacientes comparados con otros trastornos del Eje I y con grupos no clínicos. Ello socava la comprensión de estados internos propios y ajenos en las relaciones, así como impide otorgar una representación psíquica del malestar.

De modo que, en los planteamientos de diferentes autores se encuentra que este trastorno afecta prioritariamente la capacidad de vinculación con los otros y la mentalización, siendo áreas de funcionamiento psicológico que se desarrollan a partir de las relaciones de apego temprano y que inciden en la salud mental del individuo. Así, se han descrito conexiones entre el trastorno y problemas con el apego, la pérdida y la separación, así como para regular el afecto, en tanto las dificultades en dichas áreas afectan la capacidad de auto-reflexión y de insight de forma efectiva (Barth, 2008).

En un estudio sobre el apego en pacientes con desórdenes alimenticios a través de un cuestionario, Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini y Treasure (2000) encontraron el

despliegue de un patrón mixto de inseguridad, reflejando simultáneamente patrones ansiosos-ambivalentes y evitativos. Ello da cuenta de una estrategia de relación denominada “*push-pull*”: la tendencia a negar la necesidad de ayuda y a buscar cuidado a la vez, que es puesta en escena tanto en la relación con la madre (intrusiva y necesaria) y la comida (intensamente deseada y temida), como en las relaciones adultas.

Otros estudios evaluaron la transmisión inter-generacional del apego en los desórdenes alimenticios a través del AAI. Ward et al. (2001) examinaron a 20 pacientes con anorexia y 12 de sus madres; mientras que Ringer y Crittenden (2007) evaluaron a 62 participantes y sus madres. En ambos estudios se halló una mayor preponderancia del apego inseguro en madres e hijas, constituyendo la totalidad de la muestra en la segunda investigación.

En particular, el primer estudio encontró que el 79% de las hijas y el 70% de las madres poseía un apego evitativo, mostrando además bajos niveles de funcionamiento reflexivo y una alta tendencia a la idealización. Postularon, así, que tales rasgos pueden ser aprendidos o transmitidos. De igual manera, el 50% de la muestra de Ringer y Crittenden (2007) presentó un apego preocupado, mientras que la mayoría restante (37%) combinaba estrategias preocupadas y evitativas. Además, hubo gran traslape entre las clasificaciones de apego asociadas a los desórdenes alimenticios específicos.

Por otro lado, Ward et al. (2001) plantearon que la dificultad en el procesamiento emocional, ejemplificado en la alta presencia de pérdidas irresueltas entre las madres, puede ser también una forma de transmisión de apego inseguro a las hijas. En esta línea, Ringer y Crittenden (2007) encontraron la presencia de traumas y pérdidas irresueltas en la historia temprana de las madres, así como conflictos escondidos en la relación de pareja. Es a través del silencio, enmurallando sus traumas pasados y actuales, que las madres trataron de proteger a sus hijas de estas experiencias. Si bien los autores proponen que se trata de padres responsables y preocupados por conocer las necesidades de sus hijas; estos conflictos irresueltos “(...) afectaron su comportamiento, particularmente en momentos inexplicables en que las madres se replegaron o se volvieron inaccesibles justo cuando sus hijas pensaron que habían sido invitadas a aproximarse” (Ringer & Crittenden, 2007, p.127).

De igual manera, en un estudio realizado por Barone y Guiducci (2009) se replicó nuevamente esta sobre-representación de la inseguridad en el apego en una muestra de 30 pacientes con desórdenes alimenticios y 30 sujetos no clínicos a través del AAI. Los

resultados mostraron que el 90% de los pacientes poseía una representación mental de apego inseguro, mayormente representada por el patrón evitativo (47%).

Además, los autores encontraron una incidencia elevada de experiencia traumática irresuelta, confirmando los trabajos anteriores de Ward et al. (2001) y Ringer y Crittenden (2007). Más aún, se halló tal clasificación únicamente en el caso de la bulimia y el desorden por atracones, mas no en la anorexia. Por ello, plantearon que “la clasificación de apego irresuelto puede ser más significativa para otros desórdenes psiquiátricos como el trastorno de personalidad borderline que para los desórdenes alimenticios, pero (...) merece igual atención en investigaciones posteriores” (Barone & Guiducci, 2009, p. 413). Es probable además, como sugieren Ringer y Crittenden (2007), que estas experiencias irresueltas no respondan tanto a la vivencia de traumas personales reales, sino a traumas imaginados, vicarios o anticipados que se juegan en la dinámica familiar.

Otros estudios han resaltado la dificultad en la separación. Bruch (1982) reporta disturbios tempranos en la construcción de una identidad diferenciada, sugiriendo que la tarea de separación no se ha podido lograr. Al respecto, Troisi, Massaroni y Cuzzolaro (2005), evaluaron la ansiedad de separación en la infancia y el apego adulto en 78 mujeres con desórdenes alimenticios y 64 mujeres saludables a través de dos instrumentos. Se encontró un mayor nivel de ansiedad de separación durante la infancia y una mayor incidencia de estilos inseguros de apego entre el grupo clínico. No obstante, no se hallaron asociaciones entre los subgrupos diagnósticos y los estilos específicos de apego, ya que tanto los casos de AN como de BN obtuvieron mayores puntuaciones en las escalas que reflejan un apego ansioso, más no en las del apego evitativo.

Tomando en cuenta lo expuesto, se evidencia una relación significativa entre los desórdenes alimenticios y el estilo de apego inseguro, encontrándose una sobre-representación del mismo. No obstante, los resultados no son concluyentes respecto a las asociaciones específicas entre el trastorno como categoría global y un estilo de apego inseguro determinado (O’Shaughnessy & Dallos, 2009). Algunos estudios indican una sobre-representación del apego evitativo, seguido por el preocupado (Barone & Guiducci, 2009; Cole-Detke & Kobak, 1996; Ward et al., 2001); mientras que otros señalan una prevalencia predominante sólo del apego preocupado (Fonagy et al., 1996; Greenberg, 2001; Miljkovitch, Pierrhumbert, Karmaniola, Bader & Halfon, 2005; Troisi et al., 2005).

Más aún, existe un menor acuerdo sobre la correspondencia entre los estilos de apego y los subtipos del trastorno (O’Shaughnessy & Dallos, 2009), encontrándose resultados contradictorios entre estudios que no establecen relación alguna; y otros que sí

plantean relaciones específicas. Así, la anorexia restrictiva es asociada por autores como Ward et al. (2000) al estilo evitativo, en tanto la restricción sería un medio para sostener la relación de apego a una distancia segura sin reconocer la necesidad de apoyo de otros. Mientras que, investigadores como Candelori y Ciocca (1998), asocian la bulimia al apego preocupado; en la cual los atracones cumplirían la función de llenar vacíos afectivos ante la dificultad de confiar en las relaciones íntimas (como se citó en Biedermann et al., 2009).

Siguiendo estos planteamientos, O'Shaughnessy y Dallos (2009) enfatizan "el problema de los sistemas de clasificaciones de apego, en tanto existe el riesgo de asumir que los desórdenes alimenticios pueden encasillarse en una sola categoría" (p. 567). Así, los autores subrayan la importancia de evaluar el patrón de apego específico de cada individuo y comprender sus estrategias interpersonales formadas durante su infancia y experiencia posterior de vida. Por otro lado, Barone y Guiducci (2009) argumentan que los estudios sobre el trastorno que incorporan el marco del apego presentan importantes limitaciones. Tales consideraciones incluyen la heterogeneidad de los métodos utilizados (autocuestionarios y entrevistas), cuyos resultados difieren considerablemente; y la disparidad de las características de los participantes (presencia de comorbilidad, falta de correspondencia en el género y edad entre el grupo control y clínico, condición terapéutica no controlada). Por ello, los hallazgos realizados suelen ser ampliamente dispares.

Más aún, si bien investigaciones recientes incorporan el marco de la teoría del apego en la evaluación y tratamiento de los desórdenes alimenticios (Tasca et al., 2011), la literatura en nuestro contexto es aún escasa, encontrándose únicamente un estudio cualitativo que explora el rol del apego y la mentalización en la experiencia de los trastornos alimenticios (Rodríguez & Romero, 2012), concluyendo que, en la mayoría de las pacientes analizadas, las vivencias con los cuidadores primarios devinieron en estilos de apego inseguros y formas muy básicas de mentalizarse a sí mismas y a los demás. Se configura así un campo teórico que empieza a ser explorado, dado que esta problemática no es ajena a nuestra realidad. Al respecto, los estudios epidemiológicos por ser descritos revelan que si bien la prevalencia en nuestro medio no es muy elevada, existe una alta incidencia de conductas de riesgo en la alimentación, especialmente en mujeres.

De acuerdo a un estudio epidemiológico realizado por el Hospital Honorio Delgado Noguchi (2002) en Lima Metropolitana se encontró que, entre los 2077 participantes adultos, la BN posee una tasa de presentación del 0.6%; mientras que la AN no muestra indicadores de presentación (0.0%). No obstante, se halló que el 11.5% de la población limeña presenta una tendencia a desarrollar problemas alimentarios, siendo mayoritaria

en las mujeres (15.6%). Un cuadro similar se encuentra entre los 991 participantes de la población adolescente, con una baja prevalencia de ambos trastornos (0.8% en la BN y 0.1% en la AN), pero con un alto riesgo o tendencia a los problemas alimentarios (8.3%).

De la misma manera, se realizó un estudio en Lima Metropolitana por Martínez et al. (2003) con un total de 2141 mujeres escolares entre los 13 y 19 años, a través del Inventario de Conducta Alimentaria (ICA). La prevalencia de los trastornos alimenticios se dio en un 16.4% de los participantes, con la presencia de uno o más subtipos. De este porcentaje, el 2.9% presentó más de un diagnóstico. Asimismo, se evidenció un alta prevalencia del “yo-yo dieting” (alternancia de dietas, atracones y abstinencia alimentaria), así como una presencia significativa de bulimia y atracones; mientras que la anorexia tuvo una incidencia baja (8.8%), donde sólo el 2.5% poseía anorexia pura. Por otro lado, se halló que el 15.1% de los casos estaba en situación de riesgo. Además, se analizó la presencia del trastorno en función al tipo de colegio, encontrándose que en los colegios públicos el 15.4% presentó uno o más trastornos alimentarios; mientras que en los colegios privados alcanzó el 18.9%. No obstante, se halló que entre los escolares de colegios públicos, el riesgo a desarrollar anorexia o bulimia es mayor que en los privados.

En adición a ello, un estudio no publicado que se realizó en 30 colegios públicos y privados por ABINT (centro médico especializado que brinda tratamiento a las patologías alimentarias) encontró que de 6000 alumnos de secundaria, la incidencia de anorexia y bulimia es de 10% en las mujeres y 4% en los hombres. Más aún, de acuerdo al estudio, el porcentaje de los varones afectados se habría duplicado en los últimos 5 años (Grau, 2011). Si bien estos estudios epidemiológicos no revelan una incidencia alarmante de los desórdenes alimenticios en la población, éstos se podrían estar incrementando de manera inadvertida, bajo formas sub-clínicas de presentación, como revelan los porcentajes encontrados en estos estudios sobre el riesgo a desarrollar un trastorno alimenticio. De ahí que, algunos autores afirmen que los casos diagnosticados representan sólo la punta del *iceberg* de una población más extensa de trastornos subclínicos (Martínez et al, 2003).

De este modo, la presente investigación permitiría lograr una aproximación a la temática de los desórdenes alimenticios dentro de un contexto interpersonal, contribuyendo a la construcción de una visión inicial sobre las representaciones de apego que se asocian a tales trastornos, e incorporando las particularidades culturales de nuestro medio. Así, no sólo consistiría en un aporte académico para la comprensión de la organización del apego –y sus alteraciones- en pacientes con desórdenes alimenticios; sino que podría contribuir al desarrollo de programas de prevención e intervención de

diferentes modalidades terapéuticas. Ello, dado que reconocer los patrones de apego y las dinámicas relacionales en los desórdenes alimenticios puede favorecer el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas (Biedermann et al., 2009).

A partir de lo planteado, el presente estudio se propone describir las representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres diagnosticadas con un desorden alimenticio, en cualquiera de los subtipos del trastorno. Para ello, se plantea la evaluación de dichas representaciones en una única sesión a través del Autocuestionario de los Modelos Internos de las Relaciones de Apego para adultos (CaMir). De este modo, se pretende contribuir al inicio de un cuerpo de conocimiento sobre dicha temática en nuestro contexto.



Método

Participantes

Las participantes de la presente investigación fueron 30 mujeres entre 18 y 32 años ($M = 22.87$, $D.E = 3.92$) que acuden a dos hospitales psiquiátricos en la ciudad de Lima, las cuales han sido diagnosticadas con un desorden alimenticio, constituyendo 13 participantes con anorexia nerviosa (7 con AN purgativa y 6 con AN restrictiva), 14 con bulimia nerviosa y 3 con trastorno por atracones. Cabe mencionar que para especificar el subtipo de desorden alimenticio se registró el diagnóstico más actual, pero que más de la mitad de los casos (57%) presentaban una historia previa de cuadros mixtos. La mayoría de las participantes (90%) proviene de Lima Metropolitana y todas cuentan con un nivel educativo de secundaria completa o con estudios técnicos-superiores. Además, el 33.3% de las participantes desempeña un trabajo técnico o profesional, el 26.6% es estudiante y el 40% se encuentra sin ocupación.

Por otro lado, todas las participantes poseen un tiempo de enfermedad que varía entre 2 y 18 años ($M = 7.52$, $D.E = 4.42$), cerca de la mitad (53%) ha sido hospitalizada al menos 1 vez y casi todas (90%) reciben medicación y tratamiento psiquiátrico por un mínimo de 2 meses y un máximo de 11 años ($M = 4.19$, $D.E = 3.40$, en años), con intervalos constantes de abandono, a excepción de dos de ellas que acudían por primera vez a consulta. Cerca de la mitad del grupo (53%) recibe tratamiento psicológico individual con una frecuencia de 1 a 2 veces al mes. El tiempo de terapia de dos de las participantes es de 3 años, mientras que las demás acuden por un período máximo de un año, presentando irregularidades.

Además, se revisó en la historia clínica de cada participante la presencia de algún trastorno mental comórbido que pudiera interferir con la evaluación, por lo que ninguna presentó un diagnóstico de esquizofrenia o algún trastorno cognitivo al momento de la aplicación. Ello, debido a la interferencia que tiene la patología cerebral o los trastornos del pensamiento en la habilidad para proveer información auto reportada de manera significativa (Levy et al., 2006). Por otro lado, ninguna de las participantes se encontraba en una fase de crisis o inestabilidad aguda (p.e., intento de suicidio). Por último, en términos de comorbilidad, más de la mitad del grupo (60%) posee un diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe y 4 participantes (13%) presentan un episodio depresivo moderado.

Todas las participantes fueron contactadas a través de los departamentos de consulta externa y de análisis y modificación del comportamiento de los hospitales a los que asisten para recibir tratamiento psiquiátrico y psicológico, siendo seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión descritos. A cada una de las participantes que aceptaron formar parte del estudio se le presentó el consentimiento informado (Anexo A), siendo leído conjuntamente para poder ser resueltas las dudas que se pudieran presentar. Este documento explicita el carácter voluntario y confidencial de la investigación, así como el absoluto anonimato de los datos personales de la participante. Una vez firmado el consentimiento, como señal de aceptación, se procedió con la administración de la ficha de datos (Anexo B) y la medición de las representaciones de apego.

Por otro lado, para caracterizar mejor al conjunto de participantes se usó un grupo de referencia que estuvo conformado por 372 sujetos de Lima Metropolitana, siendo 240 mujeres y 132 hombres, cuyas edades oscilan entre 18 y 42 años ($M = 26.63$; $D.E = 5.69$), el 76.3% pertenece a un nivel socioeconómico medio (NSE) y el resto a un NSE bajo (Nóbrega y Traverso, 2013).

Medición

Las representaciones mentales de apego se evaluaron a través del Autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego (CaMir) elaborado por Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meister, Miljkovitch y Halfon en 1996. Se trata de un cuestionario de auto-reporte que permite acceder a los modelos operativos internos en adultos. En la presente investigación se hace uso de la versión adaptada al Perú en un estudio realizado por Nóbrega y Traverso (2013). El instrumento explora las cogniciones de apego, a través de la evaluación de las experiencias pasadas y presentes, respecto a la familia de origen y a las figuras de apego actuales. Asimismo, aborda la interpretación personal sobre las actitudes de los padres en la infancia y su impacto; así como explora las concepciones sobre el funcionamiento familiar (Miljkovitch et al., 2005).

El instrumento consta de 72 ítems que se dividen en 13 escalas (A-M), las cuales están organizadas de acuerdo a los ejes “preocupación-autonomía-desapego” y el eje “pasado-presente-estado mental” que están a la base del cuestionario (véase tabla 1). Si bien la versión original del instrumento no posee definiciones de las escalas, en el presente estudio se hace uso de las definiciones elaboradas por Fourment (2009) y Rey de Castro (2009). Las escalas están agrupadas de modo que la prueba mide tres niveles de realidad: el *presente* (la familia actual); el *pasado* (la experiencia pasada con los

padres) y el estado *mental* (la apreciación actual sobre la implicación de los padres de la infancia, a un nivel de elaboración más que de experiencia real). En cada nivel, los ítems exploran la estrategia relacional primaria y las secundarias (Pierrehumbert et al., 1996). Esta disposición permite ver que las escalas ABC se aproximan a la noción de *apego preocupado*, las escalas DEF a la *autonomía*, las escalas GHI evocan el *desapego*, mientras que las escalas JK son relativas a la *no-resolución del apego*. Finalmente, las escalas NM refieren la *estructuración del medio familiar*, explorando la representación de la parentalidad y las necesidades emocionales de niños y adultos (Pierrehumbert et al., 1996).

Tabla 1
Reagrupamiento descriptivo de las Escalas del CaMir

	Pasado	Presente	Estado Mental
Preocupación	A Interferencia Parental	B Preocupación Familiar	C Resentimiento de infantilización
Autonomía	D Apoyo Parental	E Apoyo Familiar	F Reconocimiento de apoyo
Desapego	G Indisponibilidad Parental	H Distancia Familiar	I Resentimiento de rechazo
No resolución	J Traumatismo Parental	K	Bloqueo de recuerdos
Estructuración	L Dimisión Parental	M	Valorización de la jerarquía

Nota: Adaptado de Pierrehumbert et al. (1996)

Las representaciones de apego son evaluadas a nivel de cogniciones y de prototipos de apego, los cuales se obtienen a partir de las etapas de aplicación del CaMir: una en formato Likert y otra en Q-Sort. La primera etapa brinda información sobre las cogniciones relacionadas a aspectos específicos del apego, estando comprendidas en las 13 escalas que conforman la prueba. Éstas se evalúan a través de las puntuaciones medias de todos los ítems que conforman cada escala (Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, 2009; Miljkovitch et al., 2005). En esta etapa de aplicación, se solicita a los participantes que clasifiquen los ítems impresos en tarjetas en tres grupos (“verdadero”, “ni verdadero ni falso” y “falso”), y luego que pasen a formar cinco, dividiendo las verdaderas en “más verdaderas-A” y “menos verdaderas-B” y las falsas en “más falsas-E” y “menos falsas-D” (Pierrehumbert et al., 1996).

La segunda etapa permite determinar el perfil de apego del sujeto según los puntajes de proximidad (correlaciones) entre las respuestas de los participantes y los prototipos de apego autónomo, desapegado y preocupado. No se incluye un prototipo desorganizado, dado que implica lapsos en el monitoreo del razonamiento del discurso, más que cogniciones específicas, imposibilitando su evaluación (Miljkovitch et al., 2005). La aplicación de esta segunda etapa, al término de la primera, consiste en el procedimiento Q-Sort, debiendo colocar un número fijo de tarjetas en cada grupo: A (12 tarjetas), B (15 tarjetas), C (18 cartas), D (15 tarjetas) y E (12 tarjetas) (Garrido et al., 2009). Esta distribución forzada presenta la forma de una curva campana de Gauss, con más cartas en el medio y menos cartas en los extremos, por lo que la persona no responde en términos de intensidad, sino en forma relativa (Pierrehumbert et al., 1996). Asimismo, permite disminuir la deseabilidad social y explorar aspectos significativos de la experiencia personal del sujeto (Garrido et al., 2009). En ambas etapas, los grupos (A-E) se califican con puntajes del 5 al 1 respectivamente.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento en la versión original, se encontró una consistencia interna global adecuada, con un α de Cronbach de 0.81 (N=804) para los 72 ítems. Asimismo, la confiabilidad por test-retest (N=26) para los 3 prototipos fue de .97 (autónomo), .91 (desapegado) y .86 (preocupado) (Pierrehumbert et al., 2002). Por otro lado, la consistencia interna de las escalas A-M oscila entre .48 y .85 (N=368), realizándose además la confiabilidad por test-retest en un intervalo de tiempo de unas cuantas semanas, hallándose coeficientes entre .68 y .95 (N=26) (Pierrehumbert et al., 1996; Miljkovitch et al., 2005).

Respecto a su validez, para constituir las 13 escalas se realizó un análisis factorial de las respuestas de 368 participantes, reduciéndose el número de ítems por factor por medio de eliminaciones sucesivas hasta alcanzar una consistencia interna suficiente. De esta manera, los 72 ítems finales definen un cierto número de dimensiones relativamente significativas a la problemática de los modelos de apego (Pierrehumbert et al., 1996). Por otro lado, 22 sujetos fueron sometidos a una evaluación por medio del CaMir y del AAI, constatándose la existencia de un vínculo satisfactorio entre los dos procedimientos en el plano de la estrategia secundaria (prototipo preocupado y desapegado). Se encontró una correlación de $r=.68$ (N=22) entre los índices de estrategia secundaria en ambas pruebas, lo que demuestra la validez del instrumento para describir la estrategia secundaria en adultos (Pierrehumbert et al., 1996). Al contrario, no se encontró una asociación entre el

índice de estrategia primaria del CaMir y el del AAI, pero sí se halló una correlación significativa con numerosos ítems del Q-sort de Kobak. (Pierrehumbert et al., 1996).

El CaMir ha sido utilizado ampliamente en diversas investigaciones en las que se ha examinado la relación entre apego y psicopatología, y entre apego y maltrato (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011), reafirmando su confiabilidad y validez en diferentes contextos (Garrido et al., 2009). En nuestra población, la adaptación realizada por Nóbrega y Traverso (2013) concluyó que el CaMir es un instrumento confiable y posee una validez aceptable para la evaluación de los modelos internos de relaciones de apego adulto, lo que permite asegurar su utilización para el estudio del apego y la parentalidad en el contexto peruano. La consistencia interna de casi la totalidad de las escalas muestra niveles adecuados de confiabilidad, con coeficientes α de Cronbach entre .51 y .84; siendo la escala H la única con un valor bajo de fiabilidad (.21). Adicionalmente, se encontró que la mayoría de escalas alcanzaron niveles adecuados de confiabilidad por consistencia temporal, con correlaciones test-retest significativas (entre .40 y .86), a excepción de las escalas F, L y M. Por otro lado, se encontraron relaciones estadísticas esperadas entre las escalas del CaMir y los prototipos de apego a los que teóricamente corresponden, asegurando la validez de constructo de la prueba.

En la presente investigación, se realizó el análisis de confiabilidad por consistencia interna para toda la prueba y por escalas (Anexo C). Se encontró que la prueba global posee un nivel medio y adecuado de confiabilidad, con un coeficiente α de Cronbach de .66; mientras que 12 de las 13 escalas obtuvieron niveles medianos y aceptables de confiabilidad (entre .50 y .78), lo que otorga confiabilidad a los datos derivados de éstas. Por el contrario, la escala H no obtuvo niveles adecuados de confiabilidad; con un coeficiente α de Cronbach de .05.

Procedimiento

Se realizaron los contactos con los hospitales y las participantes que formaron parte del estudio. Se inició la aplicación de manera individual con la lectura y la firma del consentimiento informado y el llenado de la ficha de datos. Se reunieron los datos más relevantes de cada participante a través de una breve conversación inicial que favoreciera el *rapport* con la evaluadora, y a partir de la revisión de las historias clínicas. Luego se procedió a aplicar el instrumento (CaMir) que permite explorar las representaciones mentales de apego, con una duración total aproximada de una hora en una sola reunión.

En cuanto al análisis de los resultados, se analizó primero la confiabilidad global del instrumento y la confiabilidad por escalas. Se procedió a analizar las puntuaciones T de las participantes para los prototipos autónomo, desapegado y preocupado, realizándose los análisis descriptivos correspondientes para describir el perfil de apego general del grupo. Para obtener las puntuaciones T, se utilizó la media y la desviación estándar de los puntajes brutos de correlación de cada prototipo en un grupo de referencia, siendo calculadas a partir de una muestra de presuntos normales proveniente del estudio de validación realizado por Nóbrega y Traverso (2013) (Anexo D).

Adicionalmente, se determinó el prototipo predominante para cada participante de la presente investigación. Para ello, se eligió la puntuación T más elevada entre los tres prototipos de apego. En el caso de sujetos con puntuaciones igualmente elevadas en dos prototipos, se optó por crear una categoría de estrategias mixtas, a partir del criterio de que ambas puntuaciones T debían encontrarse dentro de la misma desviación estándar. Luego, se realizó un análisis de frecuencias por prototipo, para determinar la predominancia de alguno de ellos en el grupo.

Para analizar la distribución de las escalas, se realizó primero un análisis de normalidad (Anexo E), encontrándose que únicamente la escala M posee una distribución no paramétrica, inclinándose los datos hacia las puntuaciones más elevadas. Luego, se procedió a utilizar el estadístico T-student de una muestra para los resultados de las escalas A-M. Cabe aclarar que se realizó un análisis paramétrico de la escala M a pesar de no presentar una distribución normal para mantener la uniformidad de los datos y poder analizar su comportamiento, pero se debe tomar en cuenta las limitaciones del análisis. Así, para lograr una descripción de las representaciones de apego específicas, se hallaron las medidas de tendencia central de cada escala y se compararon los promedios de la presente investigación con los puntajes ideales teóricos para el prototipo seguro. Se calculó, además, el tamaño del efecto de la diferencia de medias para cada escala. Finalmente, se procedió a realizar una comparación del puntaje promedio de cada ítem en el grupo con los puntajes ideales teóricos de seguridad de los mismos, eligiéndose aquellos con diferencias significativas y que obtuvieron los valores más grandes de tamaño del efecto.

Resultados

Se presentan a continuación los resultados obtenidos respondiendo al propósito de la presente investigación, los cuales han sido organizados para describir, en primer lugar, el perfil de apego general de la muestra; y luego realizar un análisis individual de las participantes, según los prototipos predominantes. De igual manera, se realiza una descripción de los aspectos específicos de la organización del apego, a partir de un análisis a nivel de escalas e ítems. Cabe puntualizar que no se reportan los datos de la escala H debido a su bajo valor de confiabilidad, por lo que no es posible asegurar la consistencia de los datos en la medición de la distancia familiar. Tal comportamiento se podría explicar a partir de la distribución de los puntajes entre los sujetos, al indicar cierta dispersión al interior de la escala. Por ello, ésta no se tomará en cuenta en el análisis ni en la discusión de los resultados.

Además, cabe aclarar que, sobre la base de análisis preliminares, se decidió trabajar con el grupo de participantes sin realizar diferenciaciones respecto a los subtipos de desórdenes alimenticios o el tipo de sintomatología predominante (restrictiva frente a purgativa), a pesar de la heterogeneidad interna del grupo en términos de diagnóstico; ello, dado que no se encontraron diferencias en cuanto a los prototipos predominantes.

Respecto al perfil general de apego, como puede observarse en la tabla 2, los resultados indican que, en promedio, el grupo de participantes obtiene una puntuación T de 34 (D.E=11.74) para el prototipo seguro o autónomo, indicando que se encuentra aproximadamente 1.6 desviaciones estándar por debajo del promedio en referencia al grupo normativo. De otro lado, en las sub-categorías de apego inseguro, el grupo de estudio obtiene una puntuación T promedio de 57 (D.E=12.87) para el prototipo evitativo o desapegado y de 65 (D.E=10.19) para el prototipo preocupado, mostrando así una puntuación relativamente similar al promedio normativo en la categoría evitativa; mientras que se encuentra aproximadamente 1.5 desviaciones estándar por encima de la media para la categoría preocupada.

Tabla 2

Perfil de apego general para el grupo de participantes con desórdenes alimenticios

	M	D.E	95% IC	
			LI	LS
Prototipo Seguro	33.64	11.74	21.90	45.38
Prototipo Evitativo	56.67	12.87	43.80	69.54
Prototipo Preocupado	64.53	10.19	54.34	74.72

Nota: n=30. IC = intervalo de confianza; LI =Límite inferior; LS = Límite superior

De la misma manera, el análisis individual respecto a los prototipos predominantes por sujeto permite realizar una descripción de los estilos de apego que más caracterizarían al grupo de estudio. Así, desde una perspectiva categorial en la evaluación del apego, se encuentra que el estilo preocupado resultaría el prototipo más representativo entre el grupo evaluado, dado que se evidencia una mayor cantidad de participantes que poseen dicha categoría de manera predominante en las representaciones sobre sus relaciones.

Así, tal como se aprecia en la tabla 3, más de la mitad (60%) de las mujeres con desórdenes alimenticios presentarían una representación caracterizada mayormente por estrategias preocupadas en las relaciones de apego, mientras que el 27% muestra un estilo de apego que combina tanto representaciones relativas al prototipo evitativo como al preocupado, poseyendo así ambas estrategias secundarias de apego de forma predominante. Por otro lado, el 10% de las participantes muestra representaciones de apego caracterizadas principalmente por estrategias evitativas; mientras que el prototipo seguro presenta únicamente un caso en el que predomina dicho estilo de apego.

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de participantes según el prototipo predominante

	F	%
Prototipo Seguro	1	3.3
Prototipo Evitativo	3	10.0
Prototipo Preocupado	18	60.0
Evitativo-Preocupado	8	26.7

n=30

Ahora bien, realizando una descripción a nivel de las escalas, la tabla 4 evidencia que, en las áreas relacionadas al apego seguro, se encuentran diferencias significativas y con un tamaño de efecto grande entre las puntuaciones obtenidas por el grupo de participantes con desórdenes alimenticios y las puntuaciones ideales para un sujeto considerado con un apego seguro. En términos descriptivos, ello indicaría que el grupo de estudio posee un promedio significativamente más bajo en las escalas que evalúan el Apoyo parental, el Apoyo familiar y el Reconocimiento de apoyo, en comparación con una organización ideal de apego seguro.

Tabla 4

Medias y valores T-student de las escalas que describen el apego seguro entre el grupo clínico y el criterio ideal del prototipo seguro

Escala	Grupo clínico		Seguro Ideal		t (29)	P	d de Cohen
	M	DE	M				
D Apoyo Parental	2.76	0.99	4.70		-10.916	<.001	1.96
E Apoyo Familiar	3.00	1.06	4.33		-6.8768	<.001	1.25
F Reconocimiento de apoyo	3.00	0.76	4.50		-10.764	<.001	1.97

n=30

En cuanto a las áreas que describen el prototipo preocupado, la tabla 5 muestra la existencia de diferencias significativas y grandes en las escalas que evalúan la Interferencia parental y el Resentimiento de infantilización, con puntuaciones más elevadas entre el grupo de participantes, indicando representaciones más cercanas al apego preocupado en dichas áreas de evaluación. Por el contrario, la escala de Preocupación familiar obtiene una puntuación promedio similar al puntaje obtenido por el criterio ideal de apego seguro, no mostrando diferencias significativas.

Tabla 5

Medias y valores T-student de las escalas que describen el apego preocupado entre el grupo clínico y el criterio ideal del prototipo seguro

Escala	Grupo clínico		Seguro Ideal		t (29)	p	d de Cohen
	M	DE	M				
A Interferencia Parental	3.59	0.82	2.33		8.475	<.001	1.54
B Preocupación Familiar	3.37	0.84	3.33		0.274	.786	0.05
C Resentimiento de Infantilización	3.32	0.98	2.17		6.460	<.001	1.17

n=30

De la misma manera, la tabla 6 muestra que, en comparación con el criterio ideal de apego seguro, el grupo de participantes posee puntuaciones significativamente más altas, y con diferencias grandes, en las escalas de Indisponibilidad parental y Resentimiento de rechazo, las cuales se relacionan a las representaciones del prototipo evitativo.

Tabla 6

Medias y valores T-student de las escalas que describen el apego evitativo entre el grupo clínico y el criterio ideal del prototipo seguro

Escala	Grupo clínico		Seguro Ideal		t (29)	P	d de Cohen
	M	DE	M				
G Indisponibilidad Parental	3.26	0.98	2.33		5.154	<.001	0.95
I Resentimiento de rechazo	3.52	0.92	1.33		13.074	<.001	2.38

n=30

Respecto a las escalas relacionadas a la “no resolución” del apego -sin que éstas sean entendidas como correspondientes a la categoría de apego desorganizado- se encuentran diferencias significativas y con un efecto grande únicamente en la escala que describe el Traumatismo parental, con un promedio más elevado para el grupo de participantes. Contrariamente, la escala de Bloqueo de recuerdos evidencia puntuaciones parecidas entre las mujeres con desórdenes alimenticios y el criterio ideal de apego seguro (véase la tabla 7).

Tabla 7

Medias y valores T-student de las escalas que describen la "no resolución" del apego entre el grupo clínico y el criterio ideal del prototipo seguro

Escala	Grupo clínico		Seguro Ideal		t (29)	P	d de Cohen
	M	DE	M				
J Traumatismo Parental	3.02	1.11	1.50		7.479	<.001	1.37
K Bloqueo de recuerdos	3.04	1.15	3.00		0.21	.833	0.03

n=30

Por último, en cuanto a las representaciones de la estructuración del medio familiar, se observan diferencias significativas así como un efecto grande, en la escala que mide la Dimisión parental, con un promedio más elevado en el grupo de estudio respecto al criterio ideal de apego seguro. De igual manera, en la escala de Valoración de

la jerarquía, se evidencian puntuaciones significativamente más elevadas y con un tamaño de efecto grande entre las participantes del estudio, en comparación con el puntaje ideal de apego seguro. No obstante, es preciso considerar las limitaciones en el análisis de estos resultados, debido a que la distribución de los datos en dicha escala no es normal. Pese a ello, a un nivel más descriptivo, se percibe una valoración de la jerarquía familiar próxima a la puntuación máxima entre las mujeres con desórdenes alimenticios (véase tabla 8).

Tabla 8

Medias y valores T-student de las escalas relacionadas a la representación de la estructura familiar, entre el grupo clínico y el criterio ideal del prototipo seguro

Escala	Grupo clínico		Seguro Ideal		t (29)	P	d de Cohen
	M	DE	M				
L Dimisión Parental	2.45	0.76	1.83		4.460	<.001	0.82
M Valoración de la Jerarquía	4.70	0.46	4.33		4.441	<.001	0.80

n=30

Finalmente, se identificaron los ítems con diferencias significativas que obtuvieron los valores más grandes de tamaño del efecto en el grupo de estudio, tratándose así de las afirmaciones que podrían considerarse más significativas. De esta manera, como se observa en la tabla 9, se encontró que las participantes con desórdenes alimenticios difieren considerablemente del criterio ideal de apego seguro en aquellos enunciados que expresan la presencia de relaciones positivas con sus familiares durante su niñez (ítem 11), la sensación de que sus familiares disfrutaban compartir su tiempo con ellas, una percepción de confianza en la relación con sus padres y la sensación de haber tenido los mejores padres aunque tal apreciación no sea cierta (ítem 66, 58 y 53). Se encontró, así, que en dichas afirmaciones el grupo de estudio obtiene una puntuación promedio significativamente menor al puntaje esperado para el criterio ideal de apego seguro, resultando además poco representativas en el reporte de sus representaciones de apego.

De igual manera, las participantes difieren ampliamente del prototipo ideal seguro en el enunciado que describe la presencia de un sentimiento de vacío afectivo al reflexionar sobre su infancia (ítem 67). En tal afirmación, las mujeres con desórdenes alimenticios reportarían una puntuación promedio mayor a lo esperado idealmente para el

apego seguro, lo que indicaría una mayor identificación con el contenido de la misma, y, por ende, sería más valorada por las participantes en la evaluación de sus relaciones de apego.

Tabla 9

Ítems con mayor tamaño del efecto comparando el grupo de estudio y el criterio ideal del prototipo seguro

	Enunciado	Grupo Clínico		Seguro Ideal	t (29)	p	d de Cohen	Escala
		M	DE	Puntaje				
11	En general, me parece que la relación con mis familiares en mi niñez ha sido positiva.	2.33	1.09	5.00	-13.359	<.001	2.44	F
53	Siento que tuve los mejores padres del mundo aunque no sea cierto.	2.57	1.48	5.00	-9.016	<.001	1.64	D
58	Mis padres siempre confiaron en mí.	2.37	1.30	5.00	-11.100	<.001	2.02	D
66	Cuando era niña mis familiares me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.	2.90	1.30	5.00	-8.876	<.001	1.62	D
67	Cuando recuerdo mi infancia, siento un vacío afectivo.	3.70	1.32	1.00	11.229	<.001	2.05	I

Nota: D=Apoyo parental F=Reconocimiento de apoyo I=Resentimiento de rechazo

Los hallazgos descritos otorgan elementos para la construcción de un perfil de apego de las participantes con desórdenes alimenticios, que será analizado y discutido a continuación.

Discusión

Como se aprecia en los resultados descritos, se puede afirmar que, en líneas generales, el grupo de participantes con desórdenes alimenticios reporta un perfil de apego globalmente caracterizado por representaciones más cercanas a la inseguridad. Esto se expresa en las tres dimensiones evaluadas: en sus relaciones de apego pasadas, presentes, así como en la representación actual sobre la relación con sus cuidadores durante la infancia. Además, se observa una cierta tendencia a reportar una percepción de mayor preocupación y ansiedad en sus vínculos, comparada a la percepción de evitación y distanciamiento emocional. En este sentido, las participantes mostrarían representaciones mentales que indican una tendencia a sobre-activar sus necesidades de apego.

La presencia de un apego mayormente inseguro entre las participantes se vincula con lo encontrado por diversos autores en los estudios empíricos sobre el tema, que señalan la existencia de una relación significativa entre la configuración de patrones de apego inseguros y el desarrollo de desórdenes en la alimentación (Barone & Guiducci, 2009; Dozier et al., 1999; Ringer & Crittenden, 2007; Troisi et al., 2005; Ward et al., 2000; Ward et al., 2001). De modo que, si bien cada participante posee una historia única sobre el vínculo inicial con sus cuidadores y un funcionamiento interpersonal particular, resulta interesante ver como la mayoría de los casos han estructurado una organización de apego prioritariamente insegura que revelaría dificultades en las experiencias de cuidado temprano, pudiendo tratarse de un aspecto característico del grupo de estudio, brindando así elementos de comprensión sobre el trastorno.

De igual manera, los hallazgos iniciales de un estudio conducido en nuestro país sobre dicha temática reafirmarían el planteamiento anterior, por lo que las relaciones de apego en los desórdenes alimenticios mostrarían un funcionamiento similar en nuestro contexto (Rodríguez & Romero, 2012). En este sentido, los resultados de la presente investigación coincidirían con dicha línea de análisis. De ahí que, las dificultades en el apego y las implicancias de éste en la regulación emocional que son postuladas por diferentes autores (Ainsworth and Tracy, 1981; Fonagy, 1999, Lecannelier, 2006) podrían constituir una piedra angular en la comprensión de la dinámica subyacente a la manifestación sintomática de los desórdenes alimenticios. Podría tratarse, así, de una temática transversal a las diferentes manifestaciones del trastorno.

De manera más específica, los niveles más elevados del prototipo preocupado en el grupo dan cuenta de que la organización vincular de las participantes estaría caracterizada, en cierta medida, por un sobre-involucramiento en sus relaciones cercanas y la dependencia de los demás para preservar su sentido de seguridad y bienestar personal, implicando así una baja autoconfianza (Miljkovitch et al., 2005; Pierrehumbert et al., 2002, Tasca et al., 2011). Más aún, los resultados del análisis individual permiten confirmar que la mayoría de los casos se encuentran caracterizados por un apego preocupado como estrategia predominante en sus relaciones. Si bien, cabe incidir en la importancia de no reducir el funcionamiento mental e interpersonal de las participantes a un estilo de apego único, tal descripción coincidiría con los hallazgos de algunos autores que plantean un vínculo entre el trastorno como categoría global y el apego preocupado de manera específica (Fonagy et al., 1996; Greenberg, 2001; Miljovitch et al., 2005; Troisi et al., 2005).

Por el contrario, los resultados evidencian que las participantes de este grupo con desórdenes alimenticios no hacen un uso preferente de estrategias evitativas o emocionalmente restrictivas, en contraposición a lo hallado por autores como Barone y Guiducci (2009), Cole-Detke y Kobak (1996) y Ward et al. (2001). Podría tratarse, pues, de una característica particular del grupo de estudio. No obstante, se debe considerar que Tasca et al. (2011) sugirieron que la sintomatología restrictiva podría vincularse al apego evitativo, la cual, de acuerdo al registro de las características clínicas del grupo, resulta relativamente ausente como síntoma exclusivo en la mayoría de los casos. Incluso, la mayoría de participantes del grupo de investigación con el diagnóstico actual de anorexia nerviosa ha transitado por cuadros complejos alternados por anorexia y bulimia, por lo que la restricción alimenticia se intercalaría con episodio de atracones y/o purgas en muchos de los casos, tratándose así de un síntoma poco definitorio en la manifestación del trastorno.

En tal sentido, si bien la literatura revisada muestra que las asociaciones entre los subtipos del trastorno y los estilos específicos de apego resultan poco concluyentes, algunas evidencias teóricas sugieren una mayor presencia del apego preocupado en pacientes con tendencia a los atracones y purgas (Candelori & Ciocca, 1998; Tasca et al., 2011). En el caso de las participantes evaluadas, tales manifestaciones sintomáticas resultan las más características, lo cual podría explicar la presencia de características más compatibles con un apego de tipo preocupado.

Pese a ello, cabe reparar en la presencia de algunos casos con estilos igualmente caracterizados por el apego preocupado y evitativo, con niveles elevados en ambos prototipos. Tal resultado podría corroborar el uso de la estrategia “*push-pull*” descrita por Ward et al. (2000) y Ringer y Crittenden (2007) para referirse al despliegue de patrones mixtos de inseguridad en las relaciones interpersonales de las pacientes con estos trastornos. Ello podría indicar cómo algunas participantes con dicha problemática han desarrollado ciertas estrategias defensivas, controladoras y evitativas, minimizando así sus necesidades de apego; mientras que, al mismo tiempo, se muestran preocupadas respecto a sus vínculos familiares, buscando fuertemente sentirse cuidadas.

Al respecto, Pierrehumbert et al. (2002) refieren que tales pacientes oscilan entre una necesidad intensa de aprobación por parte de personas significativas y el miedo a la intrusión, lo que podría estar reproduciendo en cierta medida en los casos mencionados. Ello podría colocar en relieve, además, el conflicto entre la dependencia y la autonomía descrito por diferentes autores como parte del funcionamiento de los desórdenes alimenticios (O’Shaughnessy & Dallos, 2009; Biedermann et al., 2009; Daiber, 2007) y que podría expresarse en cierta medida en el grupo particular de estudio, dado que la búsqueda intensa de apego podría sentirse como una amenaza a su individualidad y deseo de autonomía; mientras que la tendencia extrema a evitar el contacto podría generar temor a perder vínculos significativos.

Por otro lado, tal tendencia podría dar cuenta de cómo algunos sujetos, sobre todo en el ámbito clínico, pueden tener “estrategias secundarias” alternativas, alternando entre la defensividad-evitación y el sobreinvolucramiento-preocupación, sin poseer un único patrón característico. Se podría tratar entonces, como afirma Stein et al. (2002), de dos alternativas utilizadas en las relaciones de apego cuando no se ha estructurado una estrategia única para formar relaciones cercanas y seguras, tratándose de modos diferentes de afrontar la dificultad interpersonal.

Ahora bien, los resultados específicos de las escalas corroborarían el hallazgo principal, respecto a que las representaciones de apego más características del grupo clínico corresponden a las escalas que se vinculan con los prototipos evitativo y preocupado, más no a las del apego seguro. No obstante, resulta interesante reparar que, en las escalas del apego preocupado y evitativo, las participantes estarían reportando diferencias significativas respecto al ideal seguro en las áreas que se vinculan con las experiencias de apego pasadas, mas no en el área que describe sus relaciones de apego presentes para el prototipo preocupado, lo que podría indicar que la percepción de

inseguridad –bajo la forma de preocupación- no sería tan preponderante en su funcionamiento interpersonal actual.

En cuanto a las escalas que describen el patrón seguro, la mayoría de mujeres con desórdenes alimenticios ha percibido que, en sus experiencias de infancia, sus figuras parentales no pudieron otorgarles la suficiente cercanía, confianza y seguridad. Asimismo, en su entorno familiar actual tampoco consideran que sus relaciones estén mayormente caracterizadas por la comunicación, intimidad y soporte. En el mismo sentido, la elaboración a nivel representativo de sus experiencias de infancia muestra que las participantes han percibido pocas relaciones positivas con sus padres en esta etapa, sin llegar a una comprensión de sus actitudes ni a otorgarles sentido. Ello lleva a que en la actualidad experimenten escasos sentimientos de gratitud y seguridad con su entorno. En dicho sentido, autores como Latzer et al. (2002) han enfatizado la presencia de ambientes y dinámicas familiares atravesadas por conflictos entre sus miembros, reportando familias poco cohesionadas, poco expresivas y poco favorecedoras del crecimiento personal (como se citó en Biedermann et al., 2009), tratándose de características que coincidirían en cierta medida con lo encontrado en el grupo de estudio.

En cuanto a las escalas que se aproximan a la noción de apego evitativo y preocupado, los resultados dan cuenta de que las experiencias de infancia en las participantes estarían medianamente caracterizadas tanto por la interferencia parental (relativa al apego preocupado) como por la indisponibilidad de los padres (relativa a la evitación), mostrando una valoración actual de tales vivencias caracterizadas por el resentimiento frente a la infantilización y al rechazo.

Dicho de otro modo, las participantes evidencian una percepción de conductas de sobreprotección por parte de sus padres y de carencia de oportunidades para el desarrollo de su autonomía y la expresión personal; a la vez que, evidencian estados mentales que describen lejanía, indiferencia y desinterés de sus familiares durante su niñez, poseyendo un resentimiento actual hacia sus padres, así como una relación poco significativa con los mismos. Si bien los resultados aparentan ser contradictorios, describiendo figuras parentales tanto intrusivas como desconectadas y rechazantes, ello podría evidenciar la ambivalencia y falta de integración, a nivel representacional, de sus vínculos más significativos durante sus experiencias tempranas, tratándose de cualidades relacionales características del trastorno (Barone & Guiducci, 2009).

Ahora bien, en cuanto a las representaciones mentales referentes a sus vínculos actuales, las participantes no percibirían que éstos estén mayormente caracterizados por la presencia de una preocupación extrema por el bienestar familiar ni de una angustia intolerable ante la idea de separación de alguno de ellos. En un intento por comprender los resultados y tomando en cuenta únicamente el área de preocupación familiar, se evidenciaría una evaluación más próxima al ideal de seguridad en ciertos aspectos de sus relaciones presentes, y por lo tanto, un entorno vincular actual en el que experimentan menor ansiedad, sobre-involucramiento y temor a la separación, pero que no llega a ser considerado seguro. Ello podría vincularse en cierta medida al planteamiento de que, si bien los modelos internos tienden a la estabilidad, se pueden modificar ciertas características del apego a nivel representacional (Marrone, 2001). Así, las estrategias de apego no consisten en categorías únicas y menos aún estancas, sino que se trata de patrones que pueden variar con el establecimiento de nuevos vínculos profundos y permanentes (Tasca et al., 2011) e incluso se puede afirmar que el apego es específico a un otro significativo, pudiendo variar según la cualidad de la relación establecida (Barth, 2008).

A nivel representacional, nuevas experiencias saludables en los vínculos podrían introducir modificaciones en los modelos operativos internos que guían nuestras interacciones, aunque tales modificaciones pudieran ser difíciles y requerir de largo tiempo (Morales & Santelices, 2007). En ese sentido, se podría hipotetizar que la existencia de una figura de apego nueva podría haber favorecido alguna modificación en la percepción de preocupación respecto a las relaciones de apego actuales en el grupo de estudio, al menos a un nivel de auto-reporte. Ello podría vincularse, en parte, con la posibilidad de algunas participantes de acceder a un espacio terapéutico de cierto cuidado y escucha; no obstante, es preciso tomar en cuenta que el tratamiento terapéutico de este grupo presenta amplias variaciones en términos de frecuencia y duración.

Ahora bien, los resultados de las escalas relativas a la “no resolución” del apego dan cuenta que el grupo clínico, al ser comparado con las puntuaciones ideales de seguridad, estaría reportando una mayor vivencia de episodios de violencia y de amenaza de ruptura de los lazos familiares durante su niñez. No obstante, dichas experiencias de probable abuso o pérdida no resueltas no estarían generando una interferencia significativamente mayor a las puntuaciones del ideal seguro en la capacidad para recordar cómo era la dinámica familiar durante su infancia. Tales resultados, si bien no deben ser entendidos en función a un apego desorganizado, podrían ser un indicio de que

las experiencias tempranas de las participantes pueden haber presentado ciertos eventos desestructurantes, ya sea de violencia o ausencia de un ambiente que otorgue estabilidad y seguridad, pero sin haber generado un impacto a nivel de la evocación de tales experiencias.

Lo descrito podría ser vinculado a uno de los planteamientos de Ringer y Crittenden (2007), quienes afirman que la presencia de conflictos familiares, principalmente a nivel de la relación entre los padres, impiden la estructuración de una triada adecuada (padre, madre e hija) y la satisfacción de las necesidades emocionales de las niñas, pudiendo devenir en apegos inseguros y la configuración de síntomas del desorden alimenticio. En tal sentido, el reporte de amenazas de ruptura de los lazos familiares entre el grupo de estudio podría incluir, en cierta medida, la percepción de conflictos en la relación parental. Asimismo, cabe reparar en el planteamiento de que el desorden alimenticio podría ser entendido como una forma de comunicar, a través del cuerpo, los conflictos familiares y parentales (Minuchin, Rosman & Baker, 1978, como se citó en O'Shaughnessy & Dallos, 2009).

No obstante, la posibilidad de experiencias de abuso y violencia en la historia de las pacientes resulta una temática interesante a explorar en investigaciones posteriores, respecto al vínculo entre maltrato, la inseguridad en el apego y los desórdenes alimenticios. Siguiendo los planteamientos de Ringer y Crittenden (2007), quienes sugieren que las experiencias irresueltas de pacientes con este trastorno corresponderían más a la vivencia de traumas imaginados o escondidos en la dinámica familiar; esta información podría ser un indicio de la presencia de traumas personales directos o de carácter fantaseado que podrían incidir en la configuración del trastorno.

Por otro lado, en cuanto a las escalas relacionadas a la estructura familiar, el grupo de estudio también reportaría una evaluación un poco más elevada, al ser comparada con el ideal seguro, respecto a la percepción de falta de autoridad y contención por parte de sus padres durante la infancia. Tal resultado podría dar cuenta de que la configuración familiar de las participantes estaría caracterizada en cierto grado por la ausencia de roles parentales claros que otorguen tanto límites como contención, coincidiendo con la descripción de ambientes familiares poco contenedores que plantean autores como Bruch (1982) y Zusman (2009).

No obstante, el estado mental con respecto a la estructura familiar, evidencia que en la actualidad las participantes poseen una valoración bastante elevada de los roles y la jerarquía dentro de la familia. Ello podría relacionarse con las características culturales de

nuestro contexto, dado que la jerarquía y la obediencia en las relaciones familiares son características aún valoradas en Latinoamérica y, específicamente, en nuestro medio (Sunkel, 2004). Por ello, es relevante considerar el probable efecto que la deseabilidad social puede generar sobre dicha escala, en base a lo socialmente “aceptado”.

Por otro lado, lo mencionado también podría ser ligado a ciertos rasgos de manipulación inconsciente del entorno que se puede asociar a pacientes con desórdenes alimenticios (Zusman, 2009), más aún considerando que parte importante del grupo de estudio presenta una elevada comorbilidad con el trastorno límite de personalidad. De este modo, la elevada valoración de los roles intrafamiliares entre las participantes podría ser la expresión de un intento por ubicarse en una posición de infantilización, más sumisa y dependiente, en la representación de las relaciones con las figuras parentales.

Finalmente, el análisis de las afirmaciones más significativas subraya aspectos específicos de las representaciones mentales descritas hasta el momento que constituirían el perfil de apego del grupo clínico. Por un lado, las participantes reportan una baja presencia de relaciones positivas y de confianza con sus padres, así como una escasa sensación de haber tenido padres excepcionales y familiares que disfrutaran compartir momentos de interacción con ellas; tratándose de aspectos que conforman las escalas referidas al Reconocimiento de apoyo y al Apoyo parental, ambas pertenecientes a las representaciones del apego seguro. Ello corroboraría nuevamente la percepción de inseguridad en sus experiencias de apego temprano.

Por otro lado, las participantes refieren cierta percepción de que sus figuras de cuidado principales no cumplieron su función parental durante su infancia, reportando así experiencias que podrían revelar ausencia de cuidado y soporte en la relación con sus cuidadores primarios. Es probable, pues, que tales vivencias se relacionen con el reporte de un sentimiento de vacío afectivo al reflexionar sobre su infancia, a consecuencia de un entorno familiar temprano sentido como poco contenedor, que no lograba atender las necesidades emocionales de las pacientes.

En función a lo descrito hasta el momento, resulta fundamental preguntarse por la significación de los resultados desde una mirada integral. En tal sentido, el hecho de que las participantes muestren niveles bajos de un sentimiento de seguridad interna en la representación de sus relaciones de apego, pero que pareciera no reproducirse en la evaluación de sus vínculos actuales, podría explicarse a partir de un análisis del funcionamiento psicológico ligado a los desórdenes alimenticios. Se puede postular, a manera de hipótesis, que las participantes han hecho “uso” de su enfermedad para

mantener la cercanía, atención y disponibilidad constante de las personas significativas de su entorno, disminuyendo así la percepción de inseguridad –bajo la forma de preocupación- en sus vínculos actuales.

De modo que, estando afectada la capacidad de mentalización de sus conflictos, es posible que sea a través del cuerpo que las participantes expresen las carencias y demandas afectivas no satisfechas en sus experiencias de apego temprano, pudiendo controlar, en su experiencia presente, la cercanía-distancia de las personas de su entorno en términos físicos, a través de su figura y su peso. Tal como afirma Zusman (2004), “el aspecto físico del paciente que experimenta un síntoma alimentario se constituye en sí mismo como un mensaje que, siguiendo el orden de lo presimbólico, se estructura, paradójicamente, como un mensaje para el otro” (p.108). En ese sentido, se puede postular que, si bien la evaluación más favorable de sus relaciones actuales puede estar influenciada por la presencia de nuevas experiencias saludables de apego, la dinámica de fondo que sostiene tal reporte podría responder al rol que puede seguir cumpliendo el síntoma en el entramado de sus relaciones significativas.

Ahora bien, éstas y otras temáticas resultan de interés para continuar la investigación sobre los desórdenes alimenticios desde el marco del apego. Así, en relación al aporte del estudio, el reconocimiento de dificultades en el apego en la base de la configuración del trastorno permite incorporar una mirada más comprehensiva del funcionamiento psíquico de estas pacientes, mostrando la necesidad de indagar sobre los vínculos iniciales en la historia temprana para lograr una comprensión particular de cada caso. Ello permitiría darle un sentido -y contenido- a la sintomatología manifiesta del trastorno, tomando en cuenta que, como afirman Tasca et al. (2011), los tratamientos centrados únicamente en la reducción de síntomas son los menos adecuados para pacientes con este cuadro, más aún en aquellos que poseen estilos de apego inseguro. La reducción o eliminación de síntomas es, pues, un falso indicador de mejoría, ya que no implica un cambio a nivel interno, en términos del funcionamiento interpersonal, la regulación emocional y los estados mentales.

En términos aplicativos, la posibilidad de incorporar la evaluación del perfil de apego en el abordaje clínico de dicha problemática podría orientar acerca de necesidades diferenciales de pacientes con estilos distintos, en cuanto a la función del terapeuta y al tipo de terapia requerido (Biedermann et al., 2009), ya sea a nivel individual o familiar. Así, resulta importante considerar que estudios previos reportan que los pacientes con un apego predominantemente evitativo suelen poseer una baja valoración de la terapia,

deserción del tratamiento y dificultades para establecer la alianza con el terapeuta; mientras que aquellos con estilos preocupados presentan una mayor adherencia al tratamiento psicoterapéutico (Biedermann et al., 2009). De ahí que, incorporar tales consideraciones en el diseño de intervenciones personalizadas en los desórdenes alimenticios puede resultar en mejores resultados, tanto a nivel de la relación terapéutica como en el logro de cambios psíquicos.

Finalmente, en cuanto a las limitaciones del estudio, resulta importante mencionar que la comparación con un ideal de seguridad para los resultados de las escalas, pudo haber limitado en cierta medida la comprensión del funcionamiento particular del grupo de participantes con desórdenes alimenticios. Ello, dado que se trata de valoraciones ideales respecto a las relaciones de apego que no se reproducirían con exactitud en un contexto “real”, pudiendo adquirir ciertas variaciones. Además, es preciso considerar las limitaciones de trabajar con puntuaciones derivadas de un grupo de referencia, asumido como presuntos normales, para los resultados de los prototipos. Ello, puesto que sus características no necesariamente son equiparables al grupo de participantes, al tratarse éste de un grupo mixto y con un rango de edad un poco más amplio.

No obstante, pese a las limitaciones, se optó por trabajar con tales puntuaciones dado que resultaba ser la mejor forma de acceder a los resultados para describir a las participantes, tomando en cuenta las dificultades de encontrar un grupo de comparación cuyas características sociodemográficas correspondieran con el grupo de estudio. No obstante, sería recomendable que en investigaciones futuras sobre dicha temática se pueda incluir un grupo de comparación de sujetos no clínicos.

Asimismo, es preciso tomar en cuenta el número reducido de participantes, lo que puede haber disminuido la representatividad del grupo. Resulta importante considerar las dificultades para acceder a un grupo clínico caracterizado mayormente por la desconfianza interpersonal, la discontinuidad y el abandono de los procesos; así como por una tendencia familiar a mantener oculta la problemática de personas externas al tratamiento, pudiendo dificultar su disponibilidad. Otra limitación consistió en la baja confiabilidad de una de las escalas, teniendo incluso que excluirse del análisis, restando así fuerza a los resultados. Cabe mencionar que dicha escala ha mostrado en otros estudios un comportamiento similar, con bajos niveles de confiabilidad (Garrido et al, 2009; Nóbrega y Traverso, 2013; Rey de Castro, 2009), siendo necesario revisar el funcionamiento de los ítems que la componen en la medición de la distancia familiar y la priorización de la independencia.

Por otro lado, tomando en cuenta las observaciones realizadas por Barone y Guiducci (2009) acerca de las limitaciones de investigaciones previas sobre el trastorno alimenticio en el marco del apego, hubiera sido relevante incorporar el control de las variables propuestas por los autores en el presente estudio para obtener resultados más exhaustivos. Sin embargo, dada la complejidad de éstas y el contexto de la presente investigación, no fue posible, pues se hubiera limitado la posibilidad de acceder a un grupo mayor de participantes.

Por último, es preciso mencionar que la metodología utilizada en el presente estudio no permitió el acceso a aspectos cualitativos de la experiencia individual, respecto a la vivencia subjetiva singular de la historia de cada persona. Si bien, el uso de auto-cuestionarios puede brindar una medida rápida y eficaz de la evaluación consciente sobre una temática, permitiendo así el acceso a elementos del funcionamiento psicológico, corre el riesgo de reducir la complejidad y diversidad de la experiencia humana. Resulta importante considerar, entonces, que futuras investigaciones puedan incorporar entrevistas abiertas en el estudio del apego y los desórdenes alimenticios. Tal como menciona O'Shaughnessy y Dallos (2009), a través del discurso sobre las experiencias de apego surgen procesos defensivos que no pueden ser recogidos por los cuestionarios, por lo que una entrevista permitiría recoger tanto lo que la persona *dice* como aquello que *calla*, es decir, lo manifiesto y lo encubierto.

Adicionalmente, sería de interés que se pudiera realizar una evaluación de las representaciones de apego pasadas diferenciando la figura materna de la paterna, de modo que se pueda comenzar a ahondar en los roles específicos que ambas figuras de cuidado juegan en la dinámica subyacente del trastorno. Ello, dado que, si bien se ha enfatizado la función que cumple la diada madre-hija en el entramado de relaciones que influyen en la problemática, la función del padre resulta aún relativamente ausente, sin que sea por ello menos relevante. Tomando en cuenta la descripción que hace la literatura de madres que favorecen vínculos simbióticos y que impiden la construcción de un self diferenciado en los desórdenes alimenticios (Bruch, 1982, Zusman, 2004), podría explorarse el rol de la figura del padre como tercero que pudo haber favorecido la separación y el paso a la triangulación.

Pese a las limitaciones mencionadas, la presente investigación resulta una aproximación inicial acerca de la configuración del apego en pacientes que han desarrollado un desorden alimenticio, brindando algunos elementos de partida para ahondar en investigaciones futuras sobre dicha problemática. Tratándose de un entidad

Discusión

clínica compleja y de difícil tratamiento, el estudio de las relaciones vinculares podría potenciar las intervenciones clínicas, tanto a nivel individual como en el trabajo con la familia.



Referencias

- Ainsworth, M (1979) Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34 (10), 932-937.
doi: 0003-066X/79/3410-0932\$00.75
- Ainsworth, M. y Tracy, R. (1981) Maternal Affectionate Behavior and Infant-Mother Attachment Patterns. *Child Development*, 52, 1341-1343. doi: 0009-3920/81/5204-0027M1 0
- American Psychiatric Association [APA] (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson, S.A.
- Balluerka, N.; Lacasa, F.; Gorostiaga, A.; Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011) Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*. 23 (3), 486-494.
- Barone, L. y Guiducci, V. (2009) Mental representations of attachment in Eating Disorders: a pilot study using the Adult Attach Interview. *Attachment and Human Development*, 11(4), 405-417. doi: 10.1080/14616730902814770
- Barth, F.D. (2008) Hidden Eating Disorders: Attachment and Affect Regulation in the Therapeutic Relationship. *Clinical Social Work Journal*, 36, 355-365. doi: 10.1007/s10615-008-0164-2
- Behar, R. (2008) Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 136, 1589-1598. doi: 10.4067/S0034-98872008001200013
- Belsky, J. (1999) Modern evolutionary theory and patterns of attachment. En: J. Cassidy y P. Shaver (Eds) *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (141-161). New York: Guilford Press.
- Betancourt, L.; Rodriguez, M. y Gempeler, J. (2007) Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48 (3), 261-276.
- Biedermann, K.; Martínez, V.; Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009) Aportes de la Teoría del Apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (3), 217-226
- Bowlby, J. (1969/1998) *El Apego y la pérdida: El apego*. (Vol. I). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bowlby, J. (1973/1998) *El Apego y la pérdida: La separación afectiva*. (Vol. II) Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A .

- Bowlby, J. (1980/1993) *El Apego y la pérdida: La pérdida. Tristeza y Depresión* (Vol. III) Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bretherton, I. y Munholland, K. (1999) Internal Working Models in Attachment Relationships. A Construct revisited. En: J. Cassidy y P. Shaver (Eds) *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (497-519). New York: Guilford Press.
- Bruch, H. (1982) Psychotherapy in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1(4), 3-14. doi: 0276.3478/82/0203/03/12/2.00
- Cole-Detke, H. y Kobak, R. (1996) Attachment Processes in Eating Disorder and Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (2), 282-290. doi: 0022-006X/96/S3.00
- Daiber, F. (2007) Relación madre-hija en anorexia desde una comprensión psicodinámica. *Ciencia Psicológica*. 1 (1)
- Dozier, M.; Stovall, K.C. y Albus, K.E. (1999) Attachment and Psychopathology in Adulthood. En: J. Cassidy y P. Shaver (Eds) *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (497-519). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3.
- Fonagy, P.; Leigh, T.; Steele, M.; Steele, H.; Kennedy, R.; Mattoon, G.; Target, M.; y Gerber, A (1996) The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (1), 22-31.
- Fourment, K. (2009) *Validez y confiabilidad del Auto-cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego (CaMir) en un grupo de madres de Lima Metropolitana* (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/418>
- Gabbard, G. (2002) Trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En Gabbard (Eds.) *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. (pp. 355-392). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Garrido, L.; Santelices, M.; Pierrehumbert, B. y Armijo, I. (2009) Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIR. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41(1), 81-98.

- Grau, M. (02 de Octubre de 2011) Drama juvenil: se duplica el número de los varones con anorexia. *El Comercio*. Recuperado de: <http://elcomercio.pe/peru/1311578/noticia-drama-juvenil-se-duplica-numero-varones-anorexia>
- Greenberg, D. (2001) Attachment themes relevant to young women with eating disorders. *Dissertation Abstracts International: Sección B: The Sciences and Engineering* 61(10-B), 5563.
- Honorio Delgado Noguchi (2002) Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 18 (1 y 2).
- Landrau, E. y Short, J. (2010) The role of relationship attachment styles in disordered eating behaviors. *Colonial Academic Alliance Undergraduate Research Journal*, 1 (1) Artículo 11.
- Lecannelier, F. (2006) *Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Levy, K.; Meehan, K.; Kelly, K.; Reynoso, J.; Weber, M.; Clarkin, J. y Kernberg, O. (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 74 (6), 1027-1040. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1027
- Main, M. (1996) Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (2) 237-243. doi: 0022-006X/96/S3.00
- Martinez, C y Nuñez, C (2007) Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): Propiedades Psicométricas de su Versión en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*, 41 (3), 261-274.
- Martinez, C. y Santelices, M. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhé*, 14 (1), 181-191. doi: 10.4067/S0718-22282005000100014
- Martínez, P.; Zusman, L.; Hartley, J.; Morote, R. y Calderón, A. (2003) Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21 (2), 233-269.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego: un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Bader, M. y Halfon, O. (2005). Assessing Attachment Cognitions and Their Associations with Depresión in Youth with Eating

- or Drug Misuse Disorders. *Substance Use y Misuse*. 40, 605-623. doi 10.1081/JA-200055349
- Morales, S. y Santelices, M. (2007) Los modelos operantes internos y sus abordajes en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 163-172.
- Nóblega, M. y Traverso, P. (2013) Confiabilidad y validez de constructo del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir. *Pensamiento Psicológico*. 11(1): 7-25.
- Oates, J. (ed.) (2007) *Relaciones de apego. La calidad del cuidado en los primeros años*. La Haya: Open University.
- O'Shaughnessy, R. y Dallos, R. (2009) Attachment research and Eating Disorders: A review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 14(4): 559–574. doi: 10.1177/1359104509339082
- Pierrehumbert, B.; Karmaniola, A.; Sieye, A.; Meister, C.; Miljkovitch, R. y Halfon, O. (1996) Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*. 1, 161-206.
- Pierrehumbert, B.; Bader, M.; Miljkovitch, R.; Mazet, P.; Amar, M. y Oliver, H. (2002) Strategies of Emotion Regulation in Adolescents and Young Adults with Substance Dependence or Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 9, 384-394. doi: 10.1002/cpp.339
- Rey de Castro, M. (2009) *Representaciones de apego en madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/407>
- Ringer, F. y Crittenden, P. (2007) Eating Disorders and Attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 15, 119-130. doi: 10.1002/erv.761
- Rodriguez, L. y Romero, S. (2012) *El rol del apego y mentalización en la experiencia de los trastornos alimenticios*. (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1555>
- Santoncini, C.; Bojorquez, L.; Carreño, S. y Caballero, A. (2006) Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*. 29 (002) 44-51.
- Soares, I. y Dias, P. (2007) Apego y Psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (001) 177-195.

- Stein, H.; Koontz, D.; Fonagy, P.; Allen, J.; Fultz, J.; Brethour, J.; Allen, D. y Evans, R. (2002) Adult Attachment: What are the underlying dimensions?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 75, 77-91.
- Sunkel, G. (2004) La familia desde la cultura. ¿Qué ha cambiado en América Latina? En: I. Arriagada y V. Aranda (Eds.) *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces* (119-137). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Tasca, G.; Ritchie, K. y Balfour, L. (2011) Implications of Attachment Theory and Research for the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *Psychotherapy*. 48 (3), 249-259. doi: 10.1037/a0022423
- Troisi, A.; Massaroni, P. y Cuzzolaro, M. (2005) Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *The British Journal of Medical Psychology*, 44, 89-96. doi: 10.1348/014466504X20053
- Ward, A.; Ramsay, R.; Turnbull, S.; Benedettini, M. y Treasure, J. (2000) Attachment Patterns in Eating Disorders: Past in the Present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370-376.
- Ward, A.; Ramsay, R.; Turnbull, S.; Steele, M.; Steele, H. y Treasure, J. (2001) Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *The British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505.
- Zusman, L. (2004) *Los desórdenes de la alimentación: una lectura psicoanalítica*. (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/107>
- Zusman, L. (2009) *Los desórdenes de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia*. Lima: Fondo Editorial PUCP.

Anexo A

Consentimiento Informado

Estilos de Relación en un grupo de mujeres jóvenes que reciben ayuda psicológica por dificultades de alimentación

Ud. está siendo invitada a participar de una investigación que busca conocer cuál es la manera en que se relacionan y qué piensan sobre las relaciones las mujeres jóvenes que reciben ayuda psicológica debido a dificultades en los hábitos de alimentación. La investigación es conducida por Giovanna Bardales Aranibar, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, y cuenta con la aprobación de la institución.

Si usted acepta participar, se le solicitará contestar a una pequeña encuesta sobre algunos datos de usted y su familia. Luego, se le pedirá contestar a una prueba relacionada al tema arriba mencionado, lo que tomará un tiempo aproximado de una hora de su tiempo. De acceder, su ayuda será muy valiosa para entender mejor las dificultades de alimentación en mujeres jóvenes.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su nombre solo aparecerá en el presente documento, por lo que sus respuestas serán anónimas. Las pruebas que se le aplicarán no resultarán perjudiciales para usted, pero si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o no responderlas. Igualmente, puede retirarse de esta evaluación en cualquier momento si lo considera conveniente.

En función a lo leído, ¿acepta participar de la investigación? Sí_____ NO_____

Fecha

Nombre de la Participante

Firma de la Participante

Anexo B

Ficha de Datos

Evaluadora: _____

Fecha de evaluación: _____

Datos de la participante:

- Edad: _____

- Estado civil: _____

- Lugar de nacimiento: _____

- Tiempo de permanencia en Lima: _____

- Grado de instrucción: _____

- Ocupación: _____

- Personas con las que vivió en la infancia: _____

- Personas más importantes durante la infancia (¿por qué?): _____

- Número de hijos (edades y sexo): _____

Información clínica (*):

1. Diagnóstico Actual -Subtipo de TA: _____ -Otros trastornos: _____
2. Tiempo de enfermedad -Inicio del trastorno alimenticio: _____ -Inicio del tratamiento psiquiátrico: _____
3. Asistencia a Psicoterapia 3.1. Actual: ¿Recibe actualmente tratamiento psicológico? Sí: _____ No: _____ ¿Hace cuanto tiempo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

3.2 Pasadas: ¿Ha recibido tratamiento psicológico anteriormente? Sí:_____ No:_____

¿Hace cuánto tiempo?

¿Durante cuánto tiempo?

¿Con qué frecuencia?

1. _____

2. _____

3. _____

4. Hospitalizaciones

-¿Ha sido internada alguna vez en una institución de salud mental? Sí:_____ No:_____

¿Hace cuánto tiempo?

¿Durante cuánto tiempo?

1. _____

2. _____

3. _____

5. Tratamiento Farmacológico

- ¿Ha sido alguna vez medicada? Sí:_____ No:_____

¿Qué medicación recibió?

¿Por cuánto tiempo?

1. _____

2. _____

3. _____

(*) La información clínica puede ser obtenida de la historia clínica de la paciente y no necesariamente preguntada.

Anexo C

 Confiabilidad del Autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto
 (CaMir) y de sus escalas

<i>Consistencia interna (alpha de Cronbach) de toda la prueba</i>		
	N de elementos	α
CaMir	72	.66

<i>Consistencia interna (α de Cronbach) de cada escala</i>		
Escala	N de elementos	α
A Interferencia Parental	6	.50
B Preocupación Familiar	6	.66
C Resentimiento de Infantilización	6	.74
D Apoyo Parental	6	.73
E Apoyo Familiar	6	.78
F Reconocimiento de Apoyo	6	.60
G Indisponibilidad Parental	6	.75
H Distancia Familiar	3	.05
I Resentimiento de rechazo	6	.64
J Traumatismo Parental	6	.78
K Bloqueo de recuerdos	3	.63
L Dimisión Parental	6	.58
M Valoración de la Jerarquía	6	.67

Anexo D

Puntuaciones T peruanas para los tres prototipos del CaMir

Medias y desviaciones estándar de las correlaciones para los tres prototipos, en un grupo de sujetos no clínicos

	Seguro	Desentendido	Preocupado
Medias de las puntuaciones Q	0.56	-0.07	-0.17
Desviación tipo	0.30	0.14	0.17

Nota: Estudio de validación de n=372 sujetos no clínicos por Nóbrega y Traverso (2013)



Anexo E

Prueba de normalidad para la distribución de los puntajes de las escalas del CaMir

Prueba de normalidad - Shapiro Wilk para las Escalas A-M

	Estadístico	p
A Interferencia Parental	.968	.713
B Preocupación Familiar	.985	.979
C Resentimiento de Infantilización	.962	.588
D Apoyo Parental	.964	.620
E Apoyo Familiar	.958	.509
F Reconocimiento de Apoyo	.932	.168
G Indisponibilidad Parental	.959	.517
H Distancia Familiar	.970	.760
I Resentimiento de rechazo	.973	.815
J Traumatismo Parental	.950	.362
K Bloqueo de recuerdos	.966	.660
L Dimisión Parental	.956	.473
M Valoración de la Jerarquía	.736	.000