



TESIS DOCTORAL

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE APEGO EN LA FAMILIA, LOS SISTEMAS MOTIVACIONALES DE LA PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autor:

José Miguel Budia Velo

Director/es:

Carlos María Alcover de la Hera

Juan José Fernández Muñoz

Ascensión Blanco Fernández

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Escuela Internacional de Doctorado

2023

La realización de esta tesis doctoral ha sido posible gracias a al apoyo formativo, laboral y emocional de todo el equipo del Centro de Psicoterapia Vínculo.



*So, this is what you meant when you said that you were spent?
And now it's time to build from the bottom of the pit
Right to the top, don't hold back
Packing my bags and giving the academy a rain-check*

*I don't ever wanna let you down
I don't ever wanna leave this town
'Cause after all
This city never sleeps at night*

*It's time to begin, isn't it?
I get a little bit bigger, but then I'll admit
I'm just the same as I was
Now, don't you understand
That I'm never changing who I am?*

*So, this is where you fell, and I am left to sell?
The path to heaven runs through miles of clouded hell
Right to the top, don't look back
Turning to rags and giving the commodities a rain-check*

*I don't ever wanna let you down
I don't ever wanna leave this town
'Cause after all
This city never sleeps at night*

*It's time to begin, isn't it?
I get a little bit bigger, but then I'll admit
I'm just the same as I was
Now, don't you understand
That I'm never changing who I am?*

*It's time to begin, isn't it?
I get a little bit bigger, but then I'll admit
I'm just the same as I was
Now, don't you understand
That I'm never changing who I am?*

*This road never looked so lonely
This house doesn't burn down slowly
To ashes, to ashes
It's time to begin, isn't it?*

*I get a little bit bigger, but then I'll admit
I'm just the same as I was*



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi equipo de dirección de tesis la labor formativa que han tenido conmigo:

Carlos, por abrirme la puerta a la formación investigadora contigo desde hace 8 años, con el Trabajo de Fin de Grado, seguido por el Trabajo de Fin de Máster y finalizando con esta tesis doctoral. Tu experiencia y tu excelencia en el ámbito académico y docente me ha permitido sentir como manejable este complicado mundo que es el de la investigación. Estoy convencido de que, sin ti, no habría sido capaz de llegar tan lejos en mi aprendizaje. Recuerdo la dedicatoria que firmaste en mi orla, en 2016, en la que me escribiste *“No me cabe ninguna duda acerca de tu éxito profesional en la psicología, y la profesión ha ganado un gran activo. Te deseo lo mejor, y espero que mantengamos el contacto y la colaboración.”* Parafraseando otra parte de la dedicatoria, y en la recta final de mi doctorado, quiero devolverte que, para mí, siempre has sido y serás un estímulo, pues buenos profesores como tú hacen también buenos a los alumnos. Gracias, por tanto.

Juanjo, por sumarte a la tesis y aportar una mayor firmeza, seguridad en el aspecto metodológico y estadístico, y orgullo cuando hablaba de que también estabas como director de mi tesis. He sentido tu vocación desde el principio y la seguridad de que, en todo momento, dabas el todo por el todo por ayudarme en las dificultades. Tu paciencia y tus mensajes de ánimo en esta recta final me han supuesto un buen ansiolítico y me han dado mucha seguridad. Me siento muy afortunado de haber seguido el consejo de solicitar tu dirección. Gracias a ti también por todo.

Igone, porque sin conocernos previamente mostraste tu implicación conmigo desde el principio. Me has aportado toda la parte clínica, los contactos, tu experiencia, trabajo y muchísimo apoyo en lo más difícil. Tenerte muchas semanas trabajando conmigo en la clínica, y tener la

oportunidad de darte un abrazo o desahogar mis miedos contigo ha sido fundamental. Para mi eres un ejemplo a seguir, la personificación del ejemplo de lo que debe ser una persona en el mundo de los trastornos de la conducta alimentaria. Gracias por tu ayuda, y por ser como eres.

Al equipo del **Centro de Psicoterapia Vínculo**, empezando por **María y Silvia**. Habéis sido el centro del crecimiento de esta tesis. Profesionalmente me habéis enseñado tanto y me habéis dado una oportunidad tan grande que no tengo palabras para describir lo mucho que os agradezco todo esto. Me habéis aportado crecimiento, seguridad, profesionalidad, aprendizaje para mejorar en mis aptitudes, contactos, formación y muchísimo apoyo. Entré en una apuesta total por mí en un mal momento para vosotras y eso no lo olvidaré jamás. Gracias infinitas.

Al resto del equipo Vínculo: **Andrea, Beñat, Isa, Elena, María Montero, Ester, Rosi y Jos**, porque han aportado mucho apoyo de todo tipo en los momentos más difíciles y me han ayudado a conocerme más a mí mismo. He aprendido cada día a vuestro lado. Sois un equipo increíble. Gracias.

A **Miriam Félix**, de la unidad de paliativos Hospital Universitario Móstoles, eres una persona verdaderamente admirable en todos los sentidos, una figura de seguridad y una inspiración. Te sumaste en la parte más difícil de la tesis y me lo has dado todo. Sentir, pese a lo complicada que es tu agenda, que en todo momento he podido contar contigo si lo necesito, además de otros ratos de micro terapia que hemos tenido, han aportado un gran aprendizaje en la tesis, así como para publicar y obtener contactos. Siento que me has mejorado como profesional. Mil gracias.

A **James**, por tu trabajo como traductor, tu meticulosidad y tu dedicación. Has trabajado muy duro en muy poco tiempo para darme la mejor versión del artículo, y he aprendido de ti lo bonito que es el mundo de la traducción. Gracias por tu magia con los textos.

A **Ana Bernal**, Psicóloga Clínica experta en Trastornos Alimentarios y Obesidad de la Unidad de TCA del Hospital Universitario de Móstoles (Madrid), que para mí es como una mentora. Me abriste el mundo de los TCA en la Unidad de día hace 6 años, y todavía me demuestras que los recursos siguen abiertos para mí, para poder seguir aprendiendo a tu lado. Es un placer haber vuelto a la unidad para cerrar mi ciclo formativo allí. Gracias por tu ayuda y colaboración con el estudio empírico.

A la **Dra. Miriam Esther Pelayo Delgado** y la **Dra. Teresa González Salvador** del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Majadahonda, gracias por la ayuda y la colaboración para la elaboración del estudio empírico.

A **Marina Díaz Marsá**, jefe de Sección Hospital Clínico San Carlos y profesora Universitaria en la Universidad Complutense de Madrid, gracias por la ayuda y la colaboración para la elaboración del estudio empírico.

Antonio Alcántara y **Rafael Torrubia**, por su ayuda y colaboración sin conocernos previamente. Vuestras aportaciones han sido fundamentales en esta tesis. Gracias por vuestra ayuda.

A mi **familia** por estar semanalmente apoyando, animando e insistiendo. Por mostrar orgullo y seguridad en mi progreso. Gracias.

A mi **novia, Sara**, por acompañarme, apoyarme, aguantarme y sujetarme, y por quererme incondicionalmente. Gracias por tu paciencia, por tu escucha, por estar ahí y ayudarme en los momentos más duros y no titubear con ello. Tu forma de ser me fascina día a día.

A mis **amigos y amigas**, Pepa, Ana y Saray, Alberto, Samu, Paloma, Antonio, Pablo, Cris y Anamari, por seguir ahí, apoyando, después de tantos momentos difíciles.

A mi **compañero** Chus, próximo jefe de unidad, gracias por tanta ayuda y durante tanto

tiempo.

A la **familia** Arrieta Nieves (Carmen, Auxi y Fernando) por brindarme su apoyo y su solidaridad.

A **Andrea Sanz y su familia**, por tanta implicación y ayuda eficaz para hacer posible este trabajo

A los que no están y les gustaría haber estado. También a los que se fueron y creyeron en mí en su momento.

SIN TODOS, CONVERTIRME EN DOCTOR NO SERÍA POSIBLE

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	7
RESUMEN	13
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE FAMILIA, PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	17
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	18
Definición y Tipos	18
Epidemiología de los TCA: Incidencia y Prevalencia Antes y Después de la Pandemia por la COVID-19	20
Diagnóstico Clínico Cognitivo-Conductual: Análisis Funcional de la Conducta Problema ..	25
Diagnóstico Diferencial, Dimensionalidad y Transdiagnóstico	35
Modelos y Tratamientos Psicológicos para los TCA	40
VARIABLES DE LA PERSONALIDAD EN TCA	50
Definición de la personalidad	50
Modelos Teóricos de la Psicología de la personalidad.....	51
El Modelo de Sistemas Motivacionales de Gray	54
La Personalidad desde un Enfoque Dimensional	55
TEORÍA DEL APEGO DE BOWLBY-AINSWORTH	57
Etapas del Desarrollo del Apego	57
Sistemas del Apego.....	58
Tipos de Apego	58
CAPÍTULO 2: JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	61
CAPÍTULO 3. REVISIÓN SISTEMÁTICA	65
Resumen	67

Introducción.....	68
Método.....	73
Resultados.....	77
Discusión.....	97
Referencias.....	108
CAPÍTULO 4. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....	121
Resumen.....	122
Introducción.....	123
Método.....	128
Resultados.....	142
Discusión.....	167
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN GENERAL.....	175
REFERENCIAS.....	195
ANEXOS.....	223
ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE, CONSENTIMIENTOS Y ASENTIMIENTOS INFORMADOS.....	225
ANEXO 2. DECLARACIÓN JURADA POR PARTE DEL EQUIPO INVESTIGADOR.....	259
ANEXO 3. INFORMES FAVORABLES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA Y DE LA DIRECCIÓN DE LOS CENTROS.....	261
ANEXO 4. ARTÍCULO DE REVISIÓN PUBLICADO.....	267

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA PRISMA DE LA BÚSQUEDA ESTRATÉGICA.....	78
FIGURA 2. EL MODELO TRANSDIAGNÓSTICO DE LAS TRES DIMENSIONES RELACIONADAS DEL TCA.....	104

FIGURA 3. ESQUEMA DEL ANÁLISIS DE MODERACIÓN 1 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GTCA)	159
FIGURA 4 ANÁLISIS DE MODERACIÓN 1 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GTCA).....	160
FIGURA 5. ESQUEMA DEL <i>ANÁLISIS DE MODERACIÓN 2 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GTCA)</i>	161
FIGURA 6. <i>ANÁLISIS DE MODERACIÓN 2 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GTCA)</i>	161
FIGURA 7. ESQUEMA DEL ANÁLISIS DE MODERACIÓN 3 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GTCA)	162
FIGURA 8. ANÁLISIS DE MODERACIÓN 3 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GTCA)	162
FIGURA 9. ESQUEMA DEL ANÁLISIS DE MODERACIÓN 4 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL (GC)	163
FIGURA 10. ANÁLISIS DE MODERACIÓN 4 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GC)	163
FIGURA 11. ESQUEMA DEL ANÁLISIS DE MODERACIÓN 5 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL (GC)	164
FIGURA 12. ANÁLISIS DE MODERACIÓN 5 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GC)	165
FIGURA 13. ANÁLISIS DE MODERACIÓN 5 DE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GC)	166
FIGURA 14. EL MODELO TRANSDIAGNÓSTICO DE LAS TRES DIMENSIONES	

RELACIONADAS DEL TCA, CON CORRELACIONES DE SPEARMAN.....171

**TABLA 1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TCA:
ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA PROBLEMA.....26**

TABLA 2. SELECCIÓN DE ESTUDIOS QUE INVESTIGAN EAI-AN 81

TABLA 3. SELECCIÓN DE ESTUDIOS QUE INVESTIGAN LA RELACIÓN SIC/SAC-AN.
.....86

TABLA 4. SELECCIÓN DE ESTUDIOS QUE INVESTIGAN LA RELACIÓN EAI-SIC/SAC-
AN90

TABLA 5. RIESGO DE SESGO (ESCALA OTTAWA)93

TABLA 6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN FUNCIÓN DE LOS GRUPOS
DE ESTUDIO131

TABLA 7. INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS PARA ADMINISTRAR EN FUNCIÓN DE
LOS GRUPOS DE ESTUDIO132

TABLA 8. ELECCIÓN DE SUBÍNDICES POR CADA INSTRUMENTO Y JUSTIFICACIÓN
.....138

TABLA 9. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES DEL
ESTUDIO142

TABLA 10. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS DATOS RECOGIDOS POR LOS
INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN GRUPO CLÍNICO144

TABLA 11. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS DATOS RECOGIDOS POR LOS
INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN GRUPO CONTROL145

TABLA 12. PRUEBA DE SHAPIRO-WILK PARA LA COMPROBACIÓN DEL SUPUESTO

DE NORMALIDAD.....	146
TABLA 13. DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS EN LA VARIABLE ESTUDIADA DEL BSI 18 (U DE MANN-WHITNEY)	147
TABLA 14. DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS EN LAS VARIABLES DE APEGO DEL CAMIR (U DE MANN-WHITNEY)	148
TABLA 15. DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS EN LOS SISTEMAS MOTIVACIONALES DEL SCSR (U DE MANN-WHITNEY).....	149
TABLA 16. DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS EN EL IMPACTO DEL TRAUMA DEL CIT (U DE MANN-WHITNEY).....	150
TABLA 17. DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS EN LOS INDICADORES PARA EL TCA DEL EDI-3 (U DE MANN-WHITNEY).....	151
TABLA 18. CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CLÍNICO (GTCA).....	152
TABLA 19. CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE LAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL (N=39).....	154
TABLA 20. RESUMEN 1 DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL BAYESIANA DEL GRUPO CLÍNICO.....	157
TABLA 21. RESUMEN 2 DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL BAYESIANA DEL GRUPO CLÍNICO	157
TABLA 22. RESUMEN 1 DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL BAYESIANA DEL GRUPO CONTROL	158
TABLA 23. RESUMEN 2 DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL BAYESIANA DEL GRUPO CONTROL	158

RESUMEN

Introducción: La investigación previa ha descrito la asociación entre las relaciones familiares disfuncionales y los trastornos alimentarios (TCA). Además, la presencia de estilos de apego inseguros (EAI) en la familia se relaciona con una hipersensibilidad al castigo o al refuerzo como constructos de la personalidad. En el estudio de las tres variables conjuntas, los EAI y los sistemas motivacionales de inhibición conductual (SIC) y de activación conductual (SAC) se asocian con los TCA, pero no se han identificado relaciones de causalidad entre ellas. El objetivo de esta tesis doctoral es, por lo tanto, analizar la relación entre las tres variables y la propuesta de un modelo teórico explicativo.

Método: Esta tesis doctoral se compone de una revisión sistemática sobre la asociación entre el apego inseguro, los sistemas motivacionales y los trastornos de la conducta alimentaria, descrita en el capítulo 2, y de un estudio empírico sobre la relación entre las variables mencionadas, descrito en el capítulo 3.

Para la revisión sistemática, la búsqueda siguió los criterios PRISMA, introduciendo los términos de búsqueda “anorexia nerviosa”, “apego”, y los relacionados con los sistemas motivacionales. Se centró en las publicaciones fechadas entre la última revisión de cada tema y la actualidad: Para “anorexia nerviosa y apego” 2014-2022; y para “anorexia nerviosa y SIC/SAC” 2010-2022. Los estudios seleccionados fueron analizados por la escala de riesgo de sesgo Newcastle-Ottawa (NOS).

Para el estudio empírico, se contó con una muestra de 81 participantes, 42 del grupo clínico de personas con TCA, y 39 del grupo control de personas sanas. A través de un diseño transversal, se hizo una comparación del estado actual de la relación entre variables en cada grupo y en su comparación entre grupos.

Resultados: Respecto al estudio de revisión, de los 587 artículos revisados, 30 fueron incluidos

en el análisis cualitativo de la relación entre Anorexia Nerviosa y Apego (17), Anorexia y Sistemas Motivacionales (10) y Anorexia, Apego y Sistemas Motivacionales (3). Se observa una asociación entre la Anorexia Nerviosa y el EAI evitativo y la sensibilidad al castigo (SIC). También con la sensibilidad al refuerzo (SAC). Se identifica una posible relación de las tres variables, con otras variables mediadoras transdiagnósticas, como la alexitimia o el perfeccionismo.

Por otro lado, el estudio empírico ha ofrecido resultados significativos en el análisis de la relación entre las variables apego evitativo, SIC, impacto internalizante del trauma y TCA restrictivo. Además, se ha observado una relación positiva y significativa entre el apego ansioso y el TCA bulímico, y negativa y también significativa entre el SAC y el TCA bulímico. No se ha encontrado una relación significativa entre el apego ansioso y el SAC.

Discusión: Los resultados encontrados en ambos estudios describieron que el TCA restrictivo se relaciona positivamente con el apego inseguro evitativo y con el SIC. También se observa una relación entre las variables de TCA bulímico-impulsivo, apego ansioso y el SAC, esta relación presenta contradicciones. Se exponen las implicaciones teóricas y prácticas de los resultados en forma de un modelo teórico explicativo con un análisis preliminar de la asociación entre variables. También las limitaciones del modelo, que suponen la base de futuras líneas de investigación.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE FAMILIA, PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Trastornos de la Conducta Alimentaria

En este apartado se describen los criterios diagnósticos de cada subtipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, así como su epidemiología, su diagnóstico clínico cognitivo-conductual y diferencial, los modelos de intervención y los tratamientos empíricamente validados en la actualidad.

Definición y Tipos

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante, TCA) se caracterizan por una alteración persistente de los pensamientos, sentimientos y conductas de una persona relacionadas con la alimentación, que no pueden explicarse por otra afección de la salud (APA, 2022; WHO, 2021). Estas alteraciones repercuten de forma negativa en la vida de la persona a través de un malestar clínicamente significativo y/o un deterioro en la relación consigo misma, con su entorno social y familiar, académico, laboral u otras áreas de funcionamiento (APA, 2022).

La clasificación actual de los TCA según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición Texto Revisado (DSM-5-TR, APA, 2022) y según la Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª revisión (CIE 11, WHO, 2021), establece que los TCA se subdividen en:

1 ***Anorexia nerviosa (AN)***. Consiste en un patrón de restricción alimentaria con la consiguiente reducción de peso que puede alcanzar niveles peligrosos para la salud y que puede conllevar la muerte. Se suman un miedo intenso a ganar peso y una distorsión de la imagen corporal. A su vez, la anorexia nerviosa se subdivide en:

Subtipo restrictivo. Caracterizado esencialmente por la restricción de la ingesta.

Subtipo con atracones/purgas. caracterizado por la restricción de la ingesta y la realización de conductas compensatorias purgativas, como son el vómito autoinducido, el uso de laxantes,

diuréticos y otros métodos para la reducción de peso.

1 ***Bulimia nerviosa (BN)***. Se trata de un patrón recurrente de episodios de atracones que se complementan con hábitos compensatorios y purgativos, tales como el vómito autoinducido, el uso inadecuado de laxantes, diuréticos, enemas, ejercicio físico excesivo y periodos de restricción alimentaria. Como un subtipo de bulimia se puede encontrar el Trastorno de Purgas que consiste en una realización compulsiva de hábitos purgativos con influencia del peso o la silueta, sin la presencia de episodios de ingesta alimentaria compulsiva. Sintomatología presente con frecuencia de, al menos, una vez a la semana durante 3 meses.

2 ***Trastorno por atracón (TA)***. Patrón recurrente de atracones descontrolados como regulador emocional ante un déficit en las habilidades de la regulación afectiva, en este caso sin la realización de hábitos compensatorios. Sintomatología presente con frecuencia de, al menos, una vez a la semana durante 3 meses.

3 ***Pica***. Consiste en la ingesta de sustancias no nutritivas (por ejemplo, tierra o yeso), inapropiada para la edad, fase del desarrollo del individuo y cultura durante un período mínimo de un mes.

4 ***Rumiación o regurgitación***. Consiste en la regurgitación y nuevas masticaciones de un alimento de manera reiterada después de un periodo de funcionamiento normal durante un período mínimo de un mes. No se produce durante el transcurso de una anorexia nerviosa ni se justifica por la presencia de otras psicopatologías del neurodesarrollo.

5 ***Trastorno de evitación o restricción de los alimentos***. Consiste en una falta de interés en la ingesta, evitación de ciertos alimentos en función de sus características o preocupación sobre las consecuencias de la ingesta que repercute negativamente en el cumplimiento de las necesidades nutritivas del individuo. Produce una pérdida ponderal y un déficit nutricional

significativos, y en ocasiones precisa de alimentación enteral o el uso de suplementos alimenticios orales. No se justifica por la presencia de una anorexia nerviosa, porque no hay miedo a engordar ni distorsión de la autoimagen corporal.

6 ***Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos no especificado (TCANE)***. Presentación de síntomas compatibles con un TCA pero que no cumplen todos los criterios para la clasificación en una categoría específica.

7 ***Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado***. Se trata de trastornos alimentarios que no cumplen todos los criterios en su presentación (Belloch et al., 2020). Se recogen la anorexia nerviosa atípica, en la que no existe un infra peso, la bulimia nerviosa o el trastorno de atracones de frecuencia baja o limitada de atracones o purgas, el trastorno de purgas antes mencionado y el síndrome de ingesta nocturna de alimentos, en el que la sobre ingesta se produce, en vigilia, durante la noche o después de cenar (Belloch et al., 2020).

Epidemiología de los TCA: Incidencia y Prevalencia Antes y Después de la Pandemia por la COVID-19

Tras la gran repercusión que ha tenido la pandemia para la vida de toda la población mundial, a nivel general, y para la población clínica de TCA en particular, se ha hecho necesario dividir este apartado en dos momentos temporales, inmediatamente antes de la pandemia e inmediatamente después.

Incidencia de los TCA antes y después de la pandemia

La aparición de nuevos casos de TCA confirmados aumentó drásticamente durante la pandemia por COVID-19 (Taquet et al., 2022). Se ha observado cómo, en el Reino Unido, la incidencia ascendió de, aproximadamente, 2 por cada 10000 habitantes en septiembre del 2017 a 5 por cada

10000 habitantes en septiembre del 2020 (Taquet et al., 2022), siendo mayor el aumento en mujeres que en hombres, como se podría esperar por la mayor proporción de mujeres que padecen TCA de forma general (Taquet et al., 2022). Los estudios emergentes de Europa del este, Asia y América Latina muestran un aumento de la incidencia similar (Silén y Keski-Rahkonen, 2022).

Prevalencia de los TCA antes de la pandemia

En los últimos estudios de meta-análisis publicados antes de la pandemia por el coronavirus, como el de Galmiche et al. (2019), la prevalencia vital de un TCA a nivel mundial era de una media de 8,4% para las mujeres y de un 2,2% para los hombres, existiendo diferencias en los diferentes continentes. En América, la prevalencia puntual del TCA era de una media del 4,6%, en Europa del 2,2% y en Asia del 3,5% (Galmiche et al., 2019). Entre los años 2000 y 2006 la prevalencia puntual era del 3,5%, aumentando al 4,9% entre 2007 y 2012 y al 7,8% en el periodo entre 2013 y 2018 (Galmiche et al., 2019).

Diferenciando entre diagnósticos, encontramos una prevalencia vital del 0,2-0,7% para la anorexia nerviosa, del 0,4-0,8% para la bulimia nerviosa y del 0,8% para el trastorno por atracón (TA) en la población general de España (Belloch et al., 2020).

En un principio el trastorno se entendía como esencialmente prevalente en las clases socioeconómicas medias y altas, aunque se ha ido observando cómo el trastorno también tiene una prevalencia en las clases bajas (Erskine y Whiteford, 2018).

El TCA más prevalente hasta la fecha es el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), con una prevalencia de 5,6% Galmiche et al. (2019), seguido por la bulimia nerviosa (1-1,5%), el trastorno de atracones (0,8-1%) y, por último, la anorexia nerviosa (0,4%, APA, 2022).

Prevalencia de los TCA después de la pandemia

Las personas con diagnóstico o con riesgo de padecer TCA formaron parte de uno de los sectores que más se vio afectada por el COVID-19 (Graell et al., 2020; Tavoracci et al., 2021; Vitagliano et al., 2021). En estudios sobre prevalencia de TCA, como el de Tavoracci et al. (2021), se ha observado un aumento del 20% en los nuevos casos confirmados de mujeres, y de un 18,3% en los casos confirmados en hombres. Se han observado cambios en la rutina alimentaria en el 75% de las personas de la población general en España, viéndose favorecido el empleo de estrategias de control obsesivo de las calorías o empeorando la rutina alimentaria, modificando sus horarios, entre otros aspectos (Haghshomar et al., 2022; Villena-Esponera et al., 2021). En los casos confirmados antes de la pandemia, en el estudio de meta-análisis de Khraisat et al. (2022) se han registrado datos de empeoramiento de sintomatología de un 57% de los casos. Respecto a las comorbilidades, han aumentado los trastornos de ansiedad concomitantes hasta un 56% (Alvarado et al., 2021).

Predisponentes y Precipitantes del TCA durante el Confinamiento

Los factores predisponentes son aquellos que aumentan la vulnerabilidad de la persona a padecer TCA pero que no son condición suficiente para el desarrollo de la psicopatología. Entre otros, durante el confinamiento se observaron los siguientes (Alvarado et al., 2021):

- ***La insatisfacción corporal.*** La insatisfacción corporal existente antes de la pandemia (Gailledrat et al., 2016), y agravada con el confinamiento (Monteleone, et al., 2021), pueden favorecer el uso de dietas restrictivas o del ejercicio físico excesivo.
- ***El cierre de los servicios asistenciales presenciales de salud mental.*** La mayoría de los servicios hospitalarios de atención a la salud mental permanecieron cerrados. Conservaron el servicio telemático, pero ello supuso una reducción de la satisfacción de algunas personas

pacientes de psiquiatría (Werbart et al., 2022).

- ***Aislamiento físico de personas no convivientes.*** La disminución de ocupaciones de ocio y otros factores protectores de la salud, como es el apoyo social presencial, supuso un factor de vulnerabilidad al empeoramiento de la salud mental (Alvarado et al., 2021). El cambio de rutina de vida puede ser especialmente difícil en personas con excesiva necesidad de control (Isaksson et al., 2021).

- ***Tendencia en redes sociales hacia publicaciones relacionadas con la comida o el ejercicio físico.*** La presión ejercida a través de las redes sociales y medios de comunicación hacia la comida sana, la cultura del ejercicio o la sobreexposición a la coacción publicitaria (Alvarado et al., 2021).

- ***Relaciones familiares conflictivas.*** La obligatoriedad de confinarse hizo que las familias pasaran más tiempo juntas, siendo perjudicial en los casos de familias con dinámicas disfuncionales (Hernández y Vitoria, 2020; Villena et. Al., 2021).

Por otro lado, los factores precipitantes del TCA son aquellos que aparecieron justo antes del debut de la sintomatología. Como elementos precipitantes ocurridos durante el confinamiento se han observado, entre otros, los siguientes (Broche-Pérez et al., 2021; Graell et al., 2020; Hernández y Vitoria, 2020; Miniati et al., 2021; Vitagliano et al., 2021):

- ***Empeoramiento de los factores económicos.*** La inestabilidad económica por el cambio forzado en muchas de las condiciones laborales se suma como un estresor más que puede precipitar los síntomas (Alvarado et al., 2021; Martínez-Aguilar et al., 2022).

- ***La ambigüedad y la incertidumbre vivida en la situación de peligro.*** La intolerancia a la incertidumbre o a la frustración podría haber precipitado la psicopatología (Broche-Pérez et al., 2021).

- ***Limitación de las estrategias de afrontamiento adecuadas frente al estrés.*** Estas son derivadas, por ejemplo, de tener que compaginar la vida laboral con la familiar, al tener que teletrabajar y al mismo tiempo apoyar a los hijos/as con sus tareas académicas (Martínez-Aguilar et al., 2022).
- ***Pérdida del sentido de competencia y control frente a la situación.*** En personas con excesiva necesidad de control la imposibilidad de realizar acciones para cambiar la situación puede haber generado estados de ansiedad que precipitaran la psicopatología (Isaksson et al., 2021).
- ***Fallecimiento de familiares e imposibilidad de la realización de un ritual de despedida.*** La pérdida repentina de familiares junto con la prohibición de reunirse para realizar el velatorio supuso importantes estados de ansiedad que podrían precipitar síntomas (Alvarado et al., 2021).

Estos factores se combinaron con los predisponentes y, llevados por las situaciones límite, dieron lugar a un aumento de los síntomas bulímicos y de las comorbilidades con síntomas ansioso-depresivos (Alvarado et al., 2021; Graell et al., 2020; Tavoracci et al., 2021). Los datos aportados por los servicios de salud nacionales e internacionales evidencian un empeoramiento general de los casos de TCA, tanto en aquellos que estaban en tratamiento psicológico, como aquellos que ya se encontraban en seguimiento o alta (Alvarado et al., 2021; Coulthard et al., 2021; Fernández-Aranda et al., 2020; Vitagliano et al., 2021). Se han recogido datos en los que se produjo un aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) en aquellas personas que realizan ingestas compulsivas (Coulthard et al., 2021), un descenso del IMC en aquellas restrictivas (Samatán-Ruiz y Ruiz-Lázaro, 2021), un aumento de la diferencia numérica entre los/las pacientes leves y graves, disminuyendo la proporción de aquellas personas con sintomatología de gravedad media

(Samatán-Ruiz y Ruiz-Lázaro, 2021). Las personas con un TCA no especificado vieron un aumento significativo de su sintomatología, sumando síntomas ansioso-depresivos a sus síntomas alimentarios (Fernández-Aranda et al., 2020). Además, en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid notaron, además de la reactivación de los síntomas alimentarios, un aumento de las conductas autolesivas e intentos de suicidio (Graell et. al., 2020).

Las familias de personas que padecen TCA, como el resto de las familias, refirieron mayores niveles de estrés derivados de la disminución del apoyo social, del cambio de rutina de vida, de la afectación de la cuarentena en el factor económico de las familias y de la incertidumbre evocada por la situación (Broche-Pérez et al., 2021; Hernández y Vitoria, 2020).

Diagnóstico Clínico Cognitivo-Conductual del TCA: Análisis Funcional de la Conducta

Problema

La etiopatogenia de los TCA es multicausal (Belloch et al., 2020). Se trata de una problemática compleja en la que la que la sintomatología relacionada con el cuerpo y la comida funcionan como herramientas liberadoras de una acumulación de angustia y otras emociones desagradables que las personas afectadas no son capaces de regular de una manera saludable (Belloch et al., 2020).

A continuación, se presenta una tabla de la estructura seguida para el diagnóstico clínico (ver Tabla 1):

Tabla 1

Diagnóstico Clínico Cognitivo-Conductual del TCA: Análisis funcional de la conducta problema

Antecedentes	Organismo	Conducta Problema	Consecuencias	Contingencias
Predisponentes	Variables Físicas	Variables Cognitivas	A Corto Plazo	Refuerzo de la Conducta Problema
Precipitantes	Condicionamientos Previos	Variables Conductuales	A Largo Plazo	Refuerzo positivo
		Variables Sociales		Refuerzo negativo
				Castigo de la Conducta Saludable
				Castigo positivo
				Castigo negativo

Antecedentes predisponentes del TCA

Son aquellas variables presentes mucho antes del primer episodio sintomático, en algún momento de la vida de la persona afectada, y que no necesariamente se deben encontrar durante el curso del trastorno. Son elementos que aumentan la vulnerabilidad de padecer TCA, pero que no precipitan por sí solos el inicio de la sintomatología. Entre los más comunes se encontrarían:

- **Estereotipos culturales y presión social.** En las relaciones con los iguales existe una tendencia a la aceptación social de una vida basada en el control (Pájaro-Martínez et al., 2023; Rosenbaum et al., 2023). Durante las situaciones complicadas, como fue la ya mencionada situación del confinamiento por la pandemia, la sensación subjetiva de control y de orden es un elemento de regulación del malestar muy empleada (Gilsbach y Herpertz-Dahlmann, 2023). Dentro de la psicología cognitiva, las estrategias de afrontamiento o *copying* van orientadas a que la persona tome el control y gestione sus problemas, observándose como una herramienta eficaz,

sobre todo en personas con problemas de control de impulsos (Szalai, 2017). En este caso, las personas con una predisposición a padecer TCA van a ser especialmente sensibles a todos aquellos comentarios, consejos y opiniones orientados al control del aspecto físico y de la regulación de la ingesta (Gilsbach y Herpertz-Dahlmann, 2023). De este modo buscarán la aceptación social, intentando verse físicamente atractivos hacia el otro regulando su ingesta y cuidando su aspecto físico (Schneider et al., 2023). En función de la percepción de aceptación social, de sentirse válido/a, aparecerá o no la satisfacción (Merwin et al., 2023).

- **Etapa adolescente.** Se trata de una variable sociocultural relevante (Solmi et al., 2022), pues como ya observó Erik Erikson, durante la adolescencia, etapa en la que más tiene lugar la aparición de los TCA, el hecho significativo para las personas durante esta etapa es responder a la cuestión de quién es, estableciendo identidades sociales y ocupacionales en las que los elementos de cuerpo y comida entran en las dinámicas a través de la comparación social, sobre todo con los iguales (de Carvalho y Veiga, 2022).

- **Ocupaciones con alta exigencia.** La presión hacia una rutina alimentaria y deportiva rígida es un factor de riesgo (Gómez, 2023), pues se trata de una exigencia autoinducida en la que la persona puede volverse obsesiva si no comparte sus impresiones con un marco social de referencia protector de la salud si este favorece la regulación emocional (Gómez, 2023). Cuando la presión para ser autoexigente es extrínseca, como ocurre en el deporte de élite o en la rutina académica, la persona entiende que a mayor sobre exigencia mayor felicidad, recibiendo un mayor refuerzo si los resultados son más cercanos a la excelencia (Gómez, 2023; Hinarejos et al., 2023).

- **Estructura familiar disfuncional.** Las familias con una estructura familiar disfuncional son vulnerables al déficit de regulación emocional (Wallis et al., 2018). Siendo las familias aglutinadas o desligadas frecuentes en TCA, los límites entre los miembros familiares ni

las fronteras con el exogrupo no se establecen adecuadamente (Cárdenas et al., 2022; Minuchin, 1974). Los déficits en la regulación emocional de los miembros familiares son un factor de riesgo, tanto por no servir de modelo de afrontamiento adecuado (Wallis et al., 2018) como por no ser una base segura de regulación de la persona vulnerable (Monteleone et al., 2018a). La emoción expresada, siendo esta un estilo comunicacional marcado por el criticismo, la hostilidad, la sobreimplicación, en combinación con una estrecha relación, es una de las variables familiares de riesgo para la aparición de los TCA (Nalbant et al., 2020).

- **Vivencia de eventos traumáticos en el pasado.** La asociación directa entre el maltrato y la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria ha sido ampliamente estudiada y fundamentada por la bibliografía hasta la fecha (Caslini et al., 2016; Monteleone et al., 2019; Tasca et al., 2013). La presencia del trauma infantil es un factor de riesgo que altera la disposición de la persona a establecer relaciones de apego seguras y una regulación emocional adaptativa (Keating et al., 2013). De hecho, la experiencia de falta de afecto de las madres parece tener un efecto directo en la insatisfacción corporal (Grenon et al., 2016). Por ello, la vivencia del trauma se puede considerar un factor de riesgo transdiagnóstico dentro de la psicopatología alimentaria.

- **Antecedentes familiares de TCA u otras patologías psiquiátricas o médicas graves.** Los antecedentes familiares de TCA y otras adicciones (Bodell y Racine, 2023) reflejan la posibilidad de tener una vulnerabilidad genética transmitida (Donato et al., 2022), lo que se suma a alteraciones del funcionamiento típicas que se contagian de padres/madres a hijos/as en la convivencia, educación y crianza, asimilando creencias, maneras de afrontar las emociones y conductas disfuncionales (Balottin et al., 2017).

- **Semántica del poder.** Algunos estudios muestran cómo una mentalidad competitiva en extremo puede favorecer la aparición de los TCA (Castiglioni et al., 2013). Toda

la semántica elaborada alrededor del pensamiento dicotómico comparativo (por ejemplo “iniciativa o pasividad”, “sobresalir o mantener perfil bajo”) se ha visto relacionada con la anorexia, la bulimia y la obesidad (Castiglioni et al., 2013).

Antecedentes precipitantes del TCA

Se exponen como variables precipitantes aquellas que justo antes de que la persona debute con la sintomatología de TCA. Entre las más comunes, se encuentran:

- **El uso de dietas.** Las dietas, que frecuentemente tienen un perfil restrictivo, se emplea como herramienta para la obtención de la sensación de control en una persona que, en los casos de TCA, ya está teniendo problemas de regulación emocional (Kanakam et al., 2017; Redondo y Luyten, 2018). El funcionamiento excesivamente controlador e inflexible ya se ha visto, en otros casos, cómo puede enmascarar estados emocionales disfóricos (De la Vega y Montalvo, 2020). Además, al ser frecuente el efecto rebote de las dietas, por el cual la persona recupera su peso en un periodo de tiempo e incluso acaba pesando más de lo que pesaba en un principio (Muniz y Pérez, 2016), esto puede desestabilizar del todo a la persona y sucumbir al TCA (Galván y Ramírez, 2017).

- **Situaciones de estrés mantenido.** Los periodos finales de formación académica, oposiciones, enfermedad grave de larga duración de un ser querido, muerte de familiares, acoso escolar y otros tipos de acoso u eventos traumáticos presentes, en personas con un funcionamiento perfeccionista y sobre exigente favorecido por el entorno pueden favorecer la aparición de un TCA (Phillipou et al., 2016). Es por ello que las condiciones de estrés en, por ejemplo, el ámbito universitario puede cambiar los patrones de comida (Emond et al., 2016). Las situaciones de abuso, maltrato y negligencia infantojuvenil en el momento presente podrían ser consideradas como de estrés mantenido y ser válidas también como precipitantes (Gander et al., 2021).

- **Insatisfacción corporal.** La insatisfacción corporal referida o propia pueden favorecer la aparición del miedo intenso a ganar peso, patognomónico de la anorexia y la bulimia nerviosa, y el uso de dietas restrictivas (Gailledrat et al., 2016).

- **Abuso de sustancias o inicio en otras patologías adictivas.** El padecimiento de una adicción se ha descrito como un factor de vulnerabilidad al padecimiento de los TCA, al tener la misma base etiológica de funcionamiento (Bodell y Racine, 2023; Gearhardt y DiFeliceantonio, 2023).

Variables físicas del TCA

Se trata de todas las afectaciones corporales o con una causa orgánica que se relacionan con los TCA. En ocasiones, las variables que en adelante se exponen pueden suponer la alarma para la toma de conciencia de que la persona padece un TCA. Las alteraciones físicas que se describen a continuación se recogen de los trabajos de Camarena y Hernandez-Munoz, (2023), Gibson et al., (2019) y Westmoreland et al., (2016), entre otros:

- **Alteraciones en el peso.** El peso significativamente bajo o los cambios bruscos de peso registrables por el Índice de Masa Corporal o IMC son variables comunes en los TCA (APA, 2022, WHO, 2021). En la anorexia nerviosa, el bajo peso es incluso un criterio diagnóstico.

- **Alteraciones dermatológicas.** Se encuentran entre estas alteraciones la piel seca, el lanugo o la alopecia, las uñas quebradizas o los signos de Russel (Gibson et al., 2019; Westmoreland et al., 2016).

- **Predisposición hereditaria.** Además de suponer un antecedente, está demostrada la relación entre alteraciones genéticas, heredadas y congénitas y los trastornos alimentarios (Camarena y Hernandez-Munoz, 2023). Alteraciones en los transportadores de serotonina, la presencia del gen SLC6A4 y del polimorfismo en la región promotora 5-HTTLPR hace a la

persona propensa psicopatología alimentaria (Camarena y Hernandez-Munoz, 2023).

- **Renales.** Son ejemplos las alteraciones en los niveles de creatinina y urea. uremia prerrenal, fallo renal crónico, retención de líquidos (Gibson et al., 2019; Westmoreland et al., 2016).
- **Endocrinas.** Se han descrito alteraciones como la hipotermia, hipoglucemia, osteoporosis, amenorrea atrofia ovárica, el nivel alterado de hormonas luteinizante y foliculoestimulante, estrógenos, cortisol y amilasa (Gibson et al., 2019; Westmoreland et al., 2016). También se relaciona con la anemia, las alteraciones metabólicas y la alteración en la función tiroidea (Gibson et al., 2019; Westmoreland et al., 2016).
- **Cardiovasculares.** La bradicardia o picos de taquicardia, que son criterio grave de ingreso, o hipotensión arterial, la disminución del tamaño cardíaco, las arritmias y la hipotermia (Gibson et al., 2019; Westmoreland et al., 2016).
- **Bioquímicas.** El perfil electrolítico completo puede mostrar desequilibrios en el sodio, potasio, calcio, magnesio y cloro (Westmoreland et al., 2016). La hipopotasemia es un criterio urgente de ingreso (Gibson et al., 2019; Westmoreland et al., 2016).
- **Hematológicas:** Son las alteraciones en los niveles de hierro, ácido fólico, vitamina B12 y vitamina D (Westmoreland et al., 2016).
- **Digestivas.** La gastroparesia, el estreñimiento o la distensión abdominal (Cárdenas et al., 2022). Situaciones de dificultades en el tránsito o la distensión abdominal. En caso de bulimia nerviosa puede conllevar riesgo de rotura intestinal al realizar atracones, por la presencia de fecalomas (Westmoreland et al., 2016).
- **Función hepática.** Se puede producir la apoptosis de los hepatocitos por la desnutrición en AN o anomalías en las enzimas hepáticas (Westmoreland et al., 2016).

- **Problemas bucales.** Se puede producir erosión dental por de la desnutrición o de la corrosión por los vómitos (Uhlen et al., 2014).

- **Alteraciones en la personalidad.** La teoría de Cloninger expone el temperamento como aquella variable de la personalidad fuertemente relacionada con un carácter innato, heredado y difícilmente modificable (Atiye et al., 2015). Se pueden observar en los distintos TCA las alteraciones en los rasgos temperamentales, que son la búsqueda de novedades, la evitación del peligro, la dependencia de la recompensa y la perseverancia (Atiye et al., 2015). Esto puede afectar a los estilos de la personalidad y colaborar en la génesis de un trastorno de la personalidad (Martinussen et al., 2017). También respecto a la alteración neurobiológica de la personalidad desde el enfoque de Gray (Gray, 1970), cuya teoría se expone detalladamente en un apartado a continuación de este trabajo.

- **Condicionamientos previos.** El historial de aprendizajes directos o vicarios a lo largo de la vida relacionados con el cuerpo o la comida, pueden favorecer la tendencia de la persona al malestar relacionado con la comida o el aspecto físico (Reilly et al., 2017). Esta serie de condicionamientos puede alterar las redes neuronales produciendo circuitos de integración y de fabricación de respuestas, produciendo la limitación neurobiológica del cambio terapéutico (Reilly et al., 2017). Puede explicar la existencia de alimentos prohibidos en la alimentación de la persona, y su dificultad para desasociar los alimentos prohibidos a sensaciones de, por ejemplo, ansiedad, miedo o asco.

Conducta problema del TCA

En este apartado se recogen todas aquellas respuestas, cognitivas y conductuales relacionadas con la persona y con su interacción social, que son realizadas dentro del contexto del TCA:

- **Variables Cognitivas.** Son todos aquellos eventos internos, pensamientos y sentimientos, que tienen relación con el TCA. Algunas de ellas son, la falta de conciencia de la enfermedad (Pagès Nebot y Ocaña Fernández, 2019), el pensamiento obsesivo y rígido (De la Vega y Montalvo, 2020), la semántica del poder (Castiglioni et al., 2013), la sobre exigencia y perfeccionismo (Tasca y Balfour, 2014), la alexitimia y déficit en la gestión emocional (Nalbant et al., 2019), la baja autoestima (Gismero, 2020) y los estados disociativos relacionados con el trauma (Pignatelli et al., 2017).

- **Variables Conductuales.** Las variables de la sintomatología relacionada con el cuerpo y la comida son, entre otras, pesarse y medirse compulsivamente (Amianto et al., 2021), anorexia de alimentos prohibidos, esconder comida, ejercicio físico extremo, vómitos, atracones, autolesiones, intentos autolíticos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, insulina y anorexígenos (Belloch et al., 2020).

- **Variables Sociales.** Las variables que en adelante se exponen parten, generalmente, de un déficit de habilidades sociales que llevan a conflictos y/o aislamiento social (Uzunian y Vitalle, 2015) en las áreas de funcionamiento vital. Estas son, en primer lugar, en el ámbito de las amistades, el aislamiento social como consecuencia de sentimientos de no entendimiento o de no apoyo pueden llevar a conflictos o reacciones evitativas, así como la tendencia a las comparaciones (Uzunian y Vitalle, 2015). En segundo lugar, en el ámbito familiar, la estructura familiar aglutinada o desligada (Criscuolo et al., 2022) que llevan a los roles inadecuados, los problemas de comunicación (como la emoción expresada, Duclos et al., 2013), la enfermedad grave en algún familiar o los estilos de apego inseguros (Monteleone et al., 2018a). En tercer lugar, respecto al ámbito laboral o académico, se pueden producir conflictos con compañeros/as y alarma por disminución de rendimiento (Safi et al., 2022). Por último, en el ámbito sentimental o conyugal,

se pueden producir discusiones, problemas sexuales, comentarios sobre el cuerpo o sobre la forma de comer (Kirby et al., 2016).

Consecuencias del TCA

Las consecuencias de la conducta problema de los TCA pueden ser muy diversas. Desde las consecuencias más fisiológicas, algunas transitorias y otras permanentes, hasta las psicológicas y las sociales, los TCA sumergen a la persona en una espiral autodestructiva con consecuencias a corto y largo plazo. En este apartado se recogen las consecuencias derivadas de los actos recogidos en el apartado anterior de conducta problema relacionada con el TCA.

A corto plazo, la principal consecuencia a corto plazo es la regulación emocional del uso del síntoma (Cruzat et al., 2010). Por ejemplo, la realización de atracones, el ejercicio compulsivo o el uso de vómitos puede producir una disminución de la ansiedad y sensación ilusoria de control respecto al desajuste emocional o sus consecuencias (Cruzat et al., 2010).

A largo plazo, el síntoma produce el mantenimiento, agravamiento y descontrol de la sintomatología. Al usarlo como regulador emocional, no permite la instauración o el progreso de los pensamientos, sentimientos y conductas saludables, produciendo la disminución de la autoestima y de la autoeficacia percibida, el aislamiento social o la conflictividad familiar o con los iguales, además de la disminución de rendimiento académico o laboral (Cruzat et al., 2010).

Contingencias asociadas a las conductas problema del TCA

Al igual que en otras conductas problema, la sintomatología de TCA también se adquiere por condicionamiento clásico y se mantiene por condicionamiento operante (García-Burgos et al., 2023).

Como ejemplos de la sintomatología del TCA que puede suponer un refuerzo positivo (Rf+) se encuentra la comida, que produce una sensación de plenitud y la gratificación de los

sabores en perfiles bulímicos o de trastorno de atracones (Garcia-Burgos et al., 2023). También la sensación de hambre, en perfiles restrictivos, pues queda condicionada a una sensación ilusoria de control y poder (Garcia-Burgos et al., 2023). Por último, la activación de los opiáceos endógenos tras el ejercicio físico o el placer incondicionado tras el vómito son reforzadores positivos.

Por refuerzo negativo (Rf-), todos los hábitos compulsivos evitativos que se empleen para evitar o reducir angustia, como esconder la comida, pesarse, medirse o aislarse. El acto compulsivo reduce o elimina el pensamiento obsesivo, que supone un castigo, por lo que a corto plazo puede suponer un reforzador negativo.

Por castigo positivo (C+) la conducta saludable se ve castigada. En el caso de la socialización, que permitiría la expresión emocional y la construcción de una identidad social saludable, el castigo positivo serían las críticas y los comentarios sobre el aspecto físico o al hábito de comer, así como las discusiones o la agresividad y violencia interpersonal.

Por último, como ejemplo de castigo negativo (C-) se encuentra el aislamiento social, que lleva a la persona a perder el reforzador que se pudiera obtener en la interacción, como es el apoyo social saludable.

Diagnóstico Diferencial, Dimensionalidad y Transdiagnóstico

Desde un enfoque categorial, el diagnóstico de TCA conlleva el descarte de diagnósticos con una psicopatología similar. De ese modo, se termina de definir el problema y se puede afinar el plan de tratamiento. Una vez confirmado el TCA, se establece el plan de intervención, guiado por los manuales de referencia (Fonseca, 2021), que exponen los tratamientos empíricamente validados para cada diagnóstico.

Sin embargo, en la realidad clínica es difícil encontrar un diagnóstico aislado de otros. La presencia de comorbilidades, tanto entre diagnósticos de diferentes categorías como dentro de la

categoría de los TCA, hace que, en muchas ocasiones, el enfoque de diagnóstico categorial sea insuficiente. Es por ello por lo que el planteamiento dimensional de los TCA puede ser un éxito, y por ello se expondrá en este apartado.

Más aún, la existencia de dimensiones comunes en todos los TCA plantea la posibilidad de mejorar el abordaje de los TCA incluyendo el enfoque transdiagnóstico, motivo por el cual este enfoque se describirá también en este apartado.

Diagnóstico Diferencial

Antes de confirmar un diagnóstico de TCA, primero hay que descartar que la sintomatología no se explique mejor por una patología física (Belloch et al., 2020). Una vez descartada la patología física, se procede a diagnóstico diferencial entre psicopatologías (APA, 2022; Belloch et al., 2020).

En referencia a la anorexia nerviosa, es un criterio fundamental el miedo intenso al aumento de peso, que otras psicopatologías en las que puede haber pérdida de peso no existe (Treasure et al., 2020). Son ejemplos el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, los trastornos por consumo de sustancias o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de los alimentos. Por otro lado, si existen obsesiones y compulsiones, en la anorexia nerviosa se limitan a la alimentación o el cuerpo, y en otros trastornos obsesivos, tales como el Trastorno Obsesivo Compulsivo, la sintomatología se produce también en otros ámbitos (Belloch et al., 2020; Treasure et al., 2020). Por último, los miedos sociales limitados a la ingesta en público, en ausencia de otros miedos sociales, favorecen el diagnóstico de anorexia nerviosa en contraposición con el trastorno de ansiedad social (APA, 2022; Belloch et al., 2020).

Respecto al diagnóstico de bulimia nerviosa, el normopeso o sobrepeso se considera excluyente del diagnóstico de anorexia nerviosa del subtipo con atracones/purgas (Belloch et al.,

2020; Treasure et al., 2020). La presencia de conductas compensatorias establece la diferencia de la bulimia nerviosa con el trastorno por atracón (APA, 2022). En el trastorno depresivo mayor con características atípicas es frecuente la sobrealimentación, pero no se producen hábitos compensatorios ni hay una preocupación por el peso o la figura.

En cuanto al trastorno por atracón, este se puede diferenciar de la obesidad respecto a que en el primer diagnóstico existe una sobreevaluación del peso y la constitución corporal (APA, 2022). La existencia de otras comorbilidades psiquiátricas es más frecuente también en personas con trastorno por atracón, además de existir tratamientos psicológicos eficaces en el trastorno por atracón que no existen en el diagnóstico de obesidad, al no ser considerada esta última como un trastorno mental, sino una condición médica general (Belloch et al., 2020).

Dimensionalidad y Transdiagnóstico

Es una realidad que los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón no son entidades diagnósticas rígidas y aisladas entre ellos (Fairburn et al., 2003). Como mencionaron Fairburn et al., (2003), los subtipos de TCA se asemejan en su proporción en función del género, en la autoevaluación disfuncional de la imagen corporal, en el miedo intenso a ganar peso, este último en el caso de la anorexia y la bulimia nerviosa; y en su aumento de incidencia en los últimos años siendo, esto último, exponencial después de la pandemia (Kurusu et al., 2022; Tavoracci et al., 2021). Desde los manuales para el diagnóstico clínico de enfermedades mentales (APA, 2022; WHO, 2021), los subtipos de TCA se presentan por categorías, estableciendo criterios diagnósticos que diferencian las entidades diagnósticas de TCA entre sí con el objetivo, entre otros, de obtener una mejor comunicación entre profesionales.

Sin embargo, como se está observando en la realidad clínica, la mayor proporción de diagnósticos de TCA no encajan con los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia

nerviosa o el trastorno por atracones, y deben ser incluidos en el grupo diagnóstico como Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE, APA, 2022). Por ello, se plantea la posibilidad de la adopción del enfoque dimensional, en el que se considera que todas las psicopatologías del TCA tienen los mismos criterios diagnósticos, y cuya diferencia entre entidades diagnósticas radica en la intensidad de los síntomas. Posiblemente, el enfoque dimensional pueda acercar, de este modo, la realidad académica a la clínica, y así obtener una mayor comprensión y eficacia en la intervención.

Por otro lado, el modelo transdiagnóstico, aúna los enfoques categorial y dimensional para responder al problema de solapamiento entre diagnósticos, sin desatender las particularidades del TCA (Fairburn et al., 2008). Se enfoca sobre los constructos psicopatológicos comunes presentes en todos los TCA, como son el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales (Fairburn et al., 2003), para diseñar tratamientos adaptados a los elementos comunes, y no tanto a la categoría diagnóstica. De este modo, se postula que la remisión del TCA sucede al remitir la sintomatología transdiagnóstica, independientemente del tipo de TCA. A continuación, se exponen en detalle las cuatro variables transdiagnósticas del TCA (Fairburn et al., 2003) junto la variable de trauma, que en este trabajo se describe como una variable transdiagnóstica más por su fuerte asociación con los TCA (Rosenberg et al., 2023):

- ***El perfeccionismo clínico.*** La necesidad imperiosa de alcanzar unos estándares extremos de resultados o de rendimiento en una tarea significativa para la persona. Se trata de un estilo de funcionamiento rígido, disfuncional y temerario, en cuanto a que no realiza una valoración realista de las consecuencias negativas de su sobreexigencia. En personas con TCA el perfeccionismo clínico puede verse en el miedo a engordar, en los resultados académicos brillantes y sus niveles de autocrítica (Egan et al., 2012; Puttevils et al., 2019).

- ***La baja autoestima.*** Las personas con TCA tienen una valoración de su autoconcepto excesivamente negativa, sintiéndose inferiores en su rendimiento e ineficaces en su capacidad de progresar. En el ámbito interpersonal y sistémico, su autoestima se traduce en sentimientos de no ser queribles o valiosas para otras personas (Clague et al., 2023). En personas con TCA, la necesidad de aceptación motiva a determinar su autoestima en función de su peso y figura corporales, o a través del control sobre la comida. Al combinarse con el perfeccionismo (Puttevils et al., 2019), la gratificación al conseguir una talla deseada o un control de la ingesta deseado nunca llega.

- ***La intolerancia emocional.*** El déficit en el afrontamiento funcional y en la regulación de los afectos intensos, sobre todo los desagradables, puede llevar a las personas con TCA a la realización de síntomas que funcionan como reguladores, compensatorios (Ambwani et al., 2014).

- ***Las dificultades interpersonales.*** Las personas con TCA ven relacionada su sintomatología con la conflictividad familiar, familiar o social (Harper et al., 2023), influencias sociales promotoras del control de la alimentación y el peso, aislamiento social o episodios de duelo por separación, ruptura o fallecimiento (Meneguzzo et al., 2023; Monteleone et al., 2023).

- ***Antecedentes de trauma.*** Existe una asociación ampliamente estudiada entre la vivencia de experiencias traumáticas y los TCA (Rosenberg et al., 2023). Por ejemplo, el maltrato infantil, y en concreto el subtipo emocional, está directamente relacionado con la psicopatología alimentaria (Tasca et al., 2013). Además, la experiencia de falta de afecto de la madre parece tener un efecto directo en la insatisfacción corporal del paciente (Grenon et al., 2016).

Ante estas cinco variables, las personas con TCA podrían emplear diversas estrategias de afrontamiento, que podrían agruparse en un continuo en función del modo de la regulación de los

afectos y de las situaciones intra e interpersonales. En un extremo se encontraría el control rígido, restrictivo, falta de comunicación y expresión emocional motivado por una hipersensibilidad al castigo o a la crítica (Budía et al., 2023; De Paoli et al., 2017). En el otro extremo, las personas, en su descontrol sintomático funcionarían con impulsividad, la autocrítica explícita excesiva y a la necesidad de búsqueda de refuerzo interpersonal a través de las relaciones que pudieran ayudar a la persona en su regulación emocional (Budía et al., 2023; Nandrino et al., 2020).

También existirían numerosos modos de regulación que no serían extremos pero que sí que compartirían las características comunes descritas.

Modelos y Tratamientos Psicológicos para los TCA

En la intervención de los TCA es fundamental el abordaje multidisciplinar (Fonseca, 2021). La complejidad del trastorno, descrita en los apartados anteriores, hace necesaria la formación de un equipo médico de diferentes especialidades (psiquiatría y endocrinología fundamentalmente, aunque también se puede necesitar la intervención de neurología, ginecología, cardiología o aparato digestivo, según el caso); enfermería, nutrición, terapia ocupacional y psicología. Más aún, se requiere un entrenamiento específico hacia profesionales para con este perfil de pacientes, debido a la escasa conciencia de enfermedad, al verse obligadas a recibir tratamiento o a la larga duración del tratamiento, necesaria para superar la psicopatología. El grado de intervención de cada ámbito profesional se realizará en función de las necesidades de la persona con TCA, existiendo de este modo recursos escalonados.

Como primera toma de contacto existe el tratamiento ambulatorio, en el que la persona acude a recibir terapia psicológica grupal y/o individual y seguimiento nutricional y de psiquiatría una vez a la semana a un centro sanitario y prosigue con su rutina de vida (Rivera, 2023). Se considera oportuno para los casos leves o con buena contención familiar o social. Dentro de la

modalidad ambulatoria existe la intervención ambulatoria intensiva, en la que la persona puede acudir más de una vez a la semana al mismo servicio (Rivera, 2023).

Cuando la intervención ambulatoria y la ambulatoria intensiva fracasan se recomienda la hospitalización de día (NICE, 2017). El hospital de día consiste en la asistencia diaria a un centro sanitario durante un tiempo determinado (suele equivaler a un turno laboral) en el que se realiza una mayor contención sintomática y un trabajo más intensivo con la persona. Se realizan varias intervenciones a la semana y se controla la ingesta y posibles conductas compensatorias mientras están en el centro. Este recurso también es empleado en los casos de salida de ingreso hospitalario de larga duración, para preparar una desescalada y cuidar la reintegración de la persona a la vida rutinaria (académica, laboral, social, etc).

Como última opción, al no recibir los efectos deseados ni en el tratamiento ambulatorio ni en el hospital de día se recomienda el ingreso hospitalario (NICE, 2017). Este tipo de intervención queda reservada a pacientes con poca autonomía para el cambio, con poca conciencia de enfermedad o con un riesgo real para su salud. Las personas, en esta modalidad, realizan toda su rutina de día en una unidad de ingreso hospitalario, sin posibilidad de salir salvo autorización, y con un control riguroso de todas sus rutinas ultradianas (ingesta, ocio, aseo, actividades formativas, laborales y sociales). Reciben atención profesional varias veces a la semana en distintas modalidades y se trabaja con el objetivo de estabilizar a la persona orgánica y psicológicamente lo mínimo para poder ser derivada a hospital de día.

Modelos de intervención en TCA

Las principales teorías sobre el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria son los siguientes:

- **Modelo Cognitivo-Conductual.** Se trata de un enfoque orientado a la modificación

de los pensamientos disfuncionales que subyacen al afrontamiento de ciertas situaciones, así como la modificación del repertorio conductual que favorece la aparición y el mantenimiento de la psicopatología (Murphy et al., 2010). Con un gran impacto en el panorama psicoterapéutico actual, este modelo nace para enriquecer las intervenciones basadas en las teorías del aprendizaje y la terapia de conducta. Esta terapia asume que el foco de estudio debe ser aquello que la persona piensa, siente y hace, de manera cognitiva, fisiológica o motora, en función de una situación (Södersten et al., 2017). El enfoque cognitivo conductual entiende la acción conductual y cognitiva como elementos cambiantes, la respuesta emocional como un informante del estado interno, y la situación como elemento extrínseco que no es foco de tratamiento en sí, pero con la que se puede trabajar si es necesario (Södersten et al., 2017). Por ejemplo, en la técnica control estimular, se previene la exposición a aquellas situaciones físicas o sociales en las que una persona con sintomatología alimentaria podría sucumbir a la realización del síntoma (Kang y Kwack, 2020). En definitiva, el tratamiento basado en el modelo cognitivo conductual (TCC) ha demostrado una amplia evidencia para el abordaje de múltiples trastornos mentales (Fonseca, 2021). Para los TCA, el máximo exponente de la TCC es Fairburn (Murphy et al., 2010), que protocolizó la intervención desde este modelo para la Bulimia Nerviosa (Fairburn, 2008).

- **Modelo Familiar Sistémico.** Este enfoque nace de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, aplicada a la terapia familiar en su esencia (Ochoa, 2004). Entiende a las familias como un sistema con entidad propia, cuya esencia va más allá que la suma de sus individuos (Ochoa, 2004). El sistema es dinámico y puede sufrir influencias y modificaciones del exterior, por lo que es posible que adquiera dinámicas o estructuras disfuncionales que sucumban con la generación de una psicopatología en uno de los miembros del sistema. Sin embargo, esta persona que porta el síntoma no será el foco de la intervención, sino que se reformulará la consulta hacia

el problema sistémico. Existen cinco escuelas de intervención sistémica, como es la Escuela Internacional MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto de Watzlawick et al., (2011), la Escuela Estructural de Minuchin, (1974) la Escuela Estratégica de Haley y Madanes (Ochoa, 2004), la Escuela de Milán de Selvini-Palazzoli et al. (Boscolo y Bertrando, 1987; Ochoa, 2004) y la Terapia centrada en las Soluciones de De Shazer (Ochoa, 2004).

La terapia sistémica es una buena opción para pacientes de TCA jóvenes con historia breve de enfermedad (Wallis et al., 2017), por la posibilidad de que las personas cuidadoras formen parte de la terapia como figura de contención.

- **Modelo de Terapia Interpersonal (TIP) de Klerman.** Es modelo de terapia breve focalizada en las relaciones con el entorno social, sin centrarse únicamente en la familia (Lavigne et al., 2016). Según este modelo, las áreas problemáticas de la persona para abordar, en el presente, son el duelo, las disputas interpersonales, las transiciones de rol y los déficits interpersonales. La intervención desde la TIP constará con un rol activo del terapeuta que explore los diferentes problemas interpersonales mencionados y ayude a explorar alternativas para manejarlos. Es un modelo que también se centra en los afectos interpersonales, explorándolos y realizando psicoeducación sobre ellos (gestos, silencios, asunciones erróneas).

- **Modelos de tercera generación.** Son modelos en los que el contexto y la función de la conducta cobran más importancia que el motivo por el que se realiza la conducta (Muratore y Attia, 2021). De este modo, la persona no padece el trastorno, sino que se encuentra situado en un contexto problemático del que tiene que aprender a manejarse (Muratore y Attia, 2021). Por ello, desde este modelo, los focos de todo tratamiento de tercera generación serán la aceptación y la activación. Ejemplos de modelos de tercera generación son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Analítico.Funcional (FAP), la terapia de Activación Conductual

de Jacobson y el Mindfulness (Fisher et al., 2023).

- **Modelos Integradores: terapias dialéctico conductuales.** Los modelos diseñados, en un principio, para el tratamiento de los trastornos de la personalidad también se pueden emplear para el tratamiento de TCA (De la Vega y Montalvo, 2020; Linehan, 1993; Lynch et al., 2013, 2018). Por ejemplo, la terapia dialéctico conductual de Linehan (TDC, 1993) emplea estrategias de mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia del malestar como focos de tratamiento para el trastorno de la personalidad límite (TLP), pero que también se ha empleado para trabajar con TCA (Kamody y Burton, 2023). La terapia dialéctico conductual radicalmente abierta (Lynch, 2018), surgió como una adaptación de la TDC tradicional para el tratamiento de perfiles de personalidad obsesivos e hipercontroladores, como es el caso del trastorno de la personalidad obsesivo compulsiva (TPOC), trastorno esquizoide y evitativo (De la Vega y Montalvo, 2020), y coloca a la obsesividad en el centro de un tratamiento con muchos elementos comunes, lo que recuerda al modelo de Hollander (2000) sobre el continuo impulsividad (TLP) y obsesividad (TPOC).

Una vez descritos los modelos, el manual de tratamientos de Fonseca (2021) y la guía NICE (NICE, 2017) establece una recomendación sobre cada una de las intervenciones en los trastornos específicos, en función del grado de evidencia hallado hasta la fecha.

Tratamientos psicológicos para los TCA

Los tratamientos psicológicos que se recogen en este apartado se clasificarán en función del diagnóstico y por orden de eficacia documentada según el Manual de tratamientos psicológicos de Fonseca (2021):

Anorexia Nerviosa (AN)

- **Rehabilitación Nutricional.** Se trata de la intervención prioritaria pensada en AN

con un infrapeso que pone en riesgo la salud física. La alianza al tratamiento orientado a la recuperación del peso será el primer objetivo al que se debe centrar el personal de psicología, entendiendo que no es posible una terapia psicológica si su capacidad de raciocinio queda alterada por las consecuencias del infrapeso.

- **Terapia Cognitivo Conductual (TCC).** De forma paralela a la rehabilitación nutricional, en este modelo de terapia el trabajo con AN se centra en las distorsiones cognitivas acerca del cuerpo, de la comida, y sobre otras relacionadas con el self, como el autoconcepto y la autoestima (Fairburn, 2008). Los componentes de la TCC son, en primer lugar, la evaluación psicológica para la formación de un análisis funcional que explique la conducta problema. En segundo lugar, se realiza una orientación y el acuerdo con la persona afectada para el establecimiento de objetivos de terapia, realizando psicoeducación y motivando a la persona con TCA hacia el cambio. En tercer lugar, y una vez acordados los objetivos, se trabaja la sintomatología central de la AN a través de procedimientos de manejo de contingencias, tales como la exposición a los alimentos prohibidos en sus diferentes variantes (desensibilización sistemática, exposición con prevención de la respuesta problema con naturaleza obsesivo-compulsiva, (Murphy et al., 2010). También se trabaja a nivel interpersonal, con el entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas (Fonseca, 2021). Paralelamente se realiza terapia cognitiva a través de procedimientos como el autorregistro de comidas y pensamientos, la técnica de las tres columnas y las cuatro preguntas para el registro de las distorsiones cognitivas, o técnicas emotivas para trabajar el control de la activación afectiva (Fairburn, 2008; Fonseca, 2021).

Según el manual de tratamientos de Fonseca (2021), esta terapia cuenta con un nivel de evidencia 1-, lo que significa que se sustenta en estudios con alto riesgo de sesgos, y un grado de

recomendación B, que informa de que la técnica puede ser aplicable a la población diana.

- **Terapia Familiar. El tratamiento Maudsley para la Anorexia Nervosa en adultos (MANTRA).** El MANTRA, o Terapia Basada en la Familia (FBT, Family Based Therapy, Quiles et al., 2021) es un formato de terapia integradora para la anorexia nerviosa, padecida durante la adolescencia o la adultez, que focaliza su intervención en variables cognitivo-conductuales e interpersonales. Este modelo de terapia es especialmente eficaz para pacientes adolescentes con historia breve de enfermedad y contención familiar. El Tratamiento Basado en la Familia para la anorexia nerviosa (Couturier et al., 2013) involucra a la familia en sus dos fases de intervención. En la primera, focalizados en el restablecimiento de un peso fuera de peligro, el terapeuta enfoca y ayuda a padres y madres a tomar medidas para revertir la situación. Se realiza una evaluación de la interacción entre familiares y los focos de conflicto, hasta el establecimiento de una estructura y funcionamiento familiar saludable (Wallis et al., 2017). En la segunda fase se fomenta la autonomía en la ingesta de la persona con AN, y se trabaja el impacto que ha tenido el trastorno en la construcción de la identidad de la persona, fomentando en autodescubrimiento del yo y ayudando a establecer límites parentales adecuados. Consta de siete módulos que se llevan a cabo en 20-40 sesiones. Está basado en el Modelo de Mantenimiento Cognitivo Interpersonal para la Anorexia Nerviosa de Treasure y Schmidt (2013). En este modelo, los factores mantenedores del trastorno, tanto intrapersonales como interpersonales, son el perfeccionismo y la rigidez cognitiva, la tendencia a la evitación, los pensamientos favorecedores de la anorexia y la reacción del entorno familiar (Treasure y Schmidt, 2013). Es un formato de intervención flexible y con amplia participación de la persona con anorexia nerviosa en toda la estructura de la terapia, eligiendo activamente los temas a trabajar, fomentando la motivación intrínseca, el autodescubrimiento a través de las tareas de escritura. El MANTRA es el tratamiento de primera

línea para la AN, sin embargo, la remisión no se logra en aproximadamente la mitad de los adolescentes con AN que la reciben (Hagan et al., 2023).

Esta modalidad de terapia cuenta con un nivel de evidencia según Fonseca (2021) 2++, lo que indica que está basada en estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con probabilidad de establecer una relación causal. Asimismo, el grado de recomendación para esta terapia es B, que informa de que la técnica puede ser aplicable a la población diana.

- **El manejo clínico de apoyo especializado (SSCM).** Es una psicoterapia diseñada para la anorexia nerviosa que incluye dos componentes: el manejo clínico de los síntomas de la anorexia nerviosa hacia su remisión y la psicoterapia de apoyo para el abordaje de los problemas identificados por el paciente como importantes (Kaidesoja et al., 2023; NICE, 2017; Schmidt et al., 2015). La intervención con este modelo es no confrontativa, de apoyo a través de la estabilización de la persona en el normopeso y de la realización de una ingesta saludable junto con la psicoeducación, la estructuración de la psicoterapia en base a los requerimientos de la persona con anorexia nerviosa, el fomento de una relación terapéutica y del autodescubrimiento de la relación entre los síntomas del cuerpo y la comida y la psicopatología subyacente (Carter et al., 2011; NICE, 2017). Esta intervención cuenta con un nivel de evidencia según Fonseca (2021). Asimismo, el grado de recomendación para esta terapia es B, que informa de que la técnica puede ser aplicable a la población diana.

Bulimia Nerviosa

Las psicoterapias empíricamente validadas para el tratamiento de la bulimia se recogen en este apartado, y son las siguientes:

- **Terapia Cognitivo Conductual.** Para el tratamiento ambulatorio de la BN existe un manual con el protocolo de intervención estandarizado, que entiende que la intervención con

este perfil de pacientes tiene una duración de entre 15 y 20 sesiones, en formato semanal, individual y grupal, y que se estructura en 3 fases (Fairburn et al., 1993; Murphy et al., 2010):

Fase 1. Cambio alimentario (8 semanas). Lograr una motivación por el cambio a través de la intervención psicoeducativa y el establecimiento de acuerdos. Como objetivo se establece lograr una estabilidad en la conducta alimentaria. Para ello, se realiza el autorregistro diario de comidas, una frecuencia de pesaje semanal, proporcionar información sobre las consecuencias físicas adversas derivadas de la sintomatología bulímica, aporte de alternativas al síntoma de regulación emocional y, por último, establecer contacto con alguna persona allegada con una relación estrecha para asegurar la red de apoyo social.

Fase 2. Intervención cognitiva (8 semanas). Paralelamente a la intervención sobre las comidas, se trabajan las distorsiones cognitivas relacionadas con la imagen corporal, así como el entrenamiento en solución de problemas.

Fase 3. Prevención de recaídas (4 semanas). Mantenimiento de logros y prevención del uso de la sintomatología como reguladores emocionales.

La TCC para BN ha demostrado una eficacia de 1++ según Fonseca (2021), lo que significa que está basada en estudios de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo, así como un grado de recomendación A, que indica que los estudios piloto han demostrado que es aplicable a la población clínica, además con gran consistencia entre ellos.

- **Terapia Interpersonal (TIP).** Esta modalidad de terapia asume que los síntomas bulímicos están estrechamente relacionados con los problemas interpersonales. La TIP está manualizada y estructurada en 12-20 sesiones, en las que se trabajan 3 fases (Fairburn et al., 1993; Murphy et al., 2012):

Fase 1 de valoración. Identificación de los problemas interpersonales de la persona en el

presente, asociados a los síntomas bulímicos (duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol y conflicto de rol). Se recoge también la historia de funcionamiento del trastorno, el funcionamiento interpersonal previo, situaciones o momentos vitales relevantes y problemas de autoestima.

Fase 2 de mejora de las habilidades de funcionamiento interpersonal. Se insta al paciente a enfocarse en sus estrategias de afrontamiento en situaciones de conflicto o pérdida y no en los síntomas bulímicos, con sesiones poco estructuradas y práctica modelada por role-playing en diferentes variantes.

Fase 3 de planificación y preparación para el seguimiento. Se preparan posibles dificultades futuras y se consolidan las habilidades aprendidas para la prevención de recaídas.

La TIP ha demostrado ser más lenta que la TCC, pero igual de eficaz. Se indica especialmente para pacientes con baja autoestima o que no se beneficien de la TCC. Según Fonseca (2021), la TIP para la BN obtiene una evidencia de 2+, lo que indica que se sustenta en estudios bien realizados, con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. El grado de recomendación es C, por lo que se recomienda la aplicación a la población diana, con las condiciones previamente descritas.

Trastorno por Atracón (TA)

Para el tratamiento psicológico del TA se emplea la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) más estrategias conductuales para perder peso. La TCC aplicada en este caso es transdiagnóstica para todos los TCA, y recibe el nombre de TCC reforzada (TCC-R) o extendida (TCC-E). Al igual que en la BN, consta de unas 20 sesiones, en este caso con 4 fases (Fairburn, 2008):

Fase 1. Dos sesiones a la semana durante un mes. Se realiza psicoeducación, entrevista motivacional con formulación conjunta de los objetivos del tratamiento y dos tareas rutinarias:

pesarse semanalmente y comer de forma regular.

Fase 2. Dos sesiones, una por semana. Se centra únicamente en la revisión de progresos.

Fase 3. Ocho sesiones de frecuencia 1 por semana. Identificación e intervención sobre los mecanismos de mantenimiento del trastorno.

Fase 4. Una sesión cada dos semanas. Se persigue el mantenimiento de los cambios y la prevención de recaídas.

El empleo de la TCC en formato de autoayuda guiada por profesional se considera de primera elección en estos casos. Se obtienen ventajas de una mayor accesibilidad por el abaratamiento de costes, pero un porcentaje de personas no se ven beneficiadas por esta modalidad, al necesitar una intervención más guiada por una persona especialista.

Variables de Personalidad en TCA

Definición de la personalidad

Definir la personalidad es una tarea compleja que implica aproximarse al concepto desde diferentes aproximaciones. Se puede entender la personalidad como una suma de aspectos que definen a la persona, como un conjunto integrado de características organizadas, estructuradas y jerarquizadas en la persona, como la organización de los elementos en la persona que nos permiten ajustarnos a las necesidades del entorno o como el conjunto de elementos de la persona que la diferencian del resto de personas (Belloch et al., 2020).

A nivel general, la personalidad se define como un conjunto de características o rasgos que identifican el modo de ser, de sentir y de actuar del individuo, de modo que, a partir de ellos, se puede predecir el modo de funcionamiento en su relación con el entorno social, laboral, emocional e intelectual y otras áreas de funcionamiento, (APA, 2022; Belloch et al., 2020). La combinación

de las características hacen única a cada persona ante otras personas y ante sí misma en su desarrollo ontogenético, es decir, que es una propiedad emergente y en constante cambio (Belloch et al., 2020; Bermúdez et al., 2017).

Por otra parte, los rasgos de la personalidad son patrones relativamente estables de funcionamiento emocional, motivacional, cognitivo o conductual que se activan en función de los cambios percibidos en el contexto (Belloch et al., 2020; Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2012).

La psicología de la personalidad intenta entender las diferencias entre los individuos sin tratar de cuantificarlas (Belloch et al., 2020; Bermúdez et al., 2017; Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2012). No se concibe la existencia de una personalidad correcta o incorrecta, sino funcional o disfuncional en sus múltiples variantes. La característica definitoria de la personalidad es su dimensionalidad (Belloch et al., 2020).

Modelos Teóricos de la Psicología de la Personalidad

El desarrollo de la personalidad se produce con la combinación de elementos internos y ambientales (Bermúdez et al., 2017; Pérez-García & Bermúdez-Moreno, 2012). Para la comprensión de la formación de la personalidad en la persona con TCA, en este apartado se describen los principales modelos que recogen cada uno de los elementos:

1. ***El énfasis internalista: Estados y Rasgos de la Personalidad.*** El modelo internalista de la personalidad entiende que los diferentes elementos que definen la personalidad de la persona se mantienen estables en el tiempo y consistentes a través de las diferentes situaciones (Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2012). La conducta, por lo tanto, tendrá un correlato más personal, e incluso biológico, por encima de las influencias ambientales (Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2012). Aunque en la actualidad se entiende que la explicación que comprende la interacción entre persona y ambiente en la formación de la personalidad es lo más acertado

(Persson, 2020), los modelos interaccionistas aportan teorías relevantes respecto a las estructuras internas (Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2012).

Las teorías internalistas entienden que la personalidad se conforma por estados y por rasgos. Los estados de la personalidad, descritos por Rogers y Freud, entienden que la conducta de la persona vendrá determinada por sus estados afectivos y cognitivos. Pone el énfasis en determinados procesos internos que pueden determinar nuestro razonamiento, y con ello, nuestro sistema de valores y creencias (Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2012). Por otro lado, los rasgos de la personalidad, descritos por Eysenk y Cattell, describen el repertorio conductual de la persona como previamente establecido en su ser antes de que la persona actúe, y que esta obedece a una organización previa que se ha cometido en la persona, y que explica su funcionamiento global (Schmidt et al., 2010). Entiende, por lo tanto, que se pueden identificar rasgos comunes entre personas, que en algunas personas pueden estar más acentuados que en otras.

En personas con TCA, el enfoque internalista de la personalidad puede explicar, por un lado, la variación de la sintomatología en función de los estados o mecanismos afectivos y cognitivos que forman parte de la persona; y por el otro, la existencia de rasgos comunes de la personalidad a las distintas personas afectadas por esta psicopatología, como el neuroticismo (Münch et al., 2016).

2. ***El énfasis situacionista: Conducta y Personalidad.*** En la antítesis de lo internalista, el énfasis situacionista entiende que la conducta tiene una importancia en sí misma y no tanto su correlato interno (Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2012). Postula, por lo tanto, que la personalidad se puede aprender y modular por los principios del aprendizaje, y que en función de lo que aporte cada situación, la personalidad se puede moldear. Al tener un correlato más describible, observable y medible, la personalidad puede ser estudiada por el método experimental.

Personalidades como Bowers son representantes del modelo situacionista (Bowers, 1973; Sarason et al., 1975).

En las personas con TCA, el énfasis situacionista permitiría explicar la variabilidad de la sintomatología con el cambio de entorno de la persona, pudiendo ser el cambio un factor protector o de vulnerabilidad en función de las circunstancias del entorno. Son ejemplos, salir de un entorno familiar conflictivo, finalizar el rol de cuidadora de una persona enferma o el cambio de centro educativo en un caso de acoso escolar (Fox et al., 2017; Kang & Kwack, 2020).

3. ***El énfasis interaccionista.*** Este modelo se presenta como una combinación del modelo internalista y situacionista. Se entiende en el interaccionismo que las conductas pueden ser explicadas por aspectos situacionistas y por correlatos internos (Li, 2023). Entiende a la persona como un organismo activo que construye sus creencias sobre la realidad y las pone a prueba con el entorno, moldeando su cosmovisión en función de las influencias recibidas. La situación no influye en el organismo de forma directa, sino que se somete a la interpretación cognitiva que la persona hace de esta. Por ello, las teorías implícitas de la personalidad de Hampson entienden que las creencias que las personas construyen sobre lo que es la vida o lo que es la persona son aspectos relevantes de estudio en personalidad (Mammadov y Ward, 2022).

En personas afectadas por TCA, el énfasis interaccionista permitiría comprender cómo la interpretación de los eventos puede influir en la psicopatología, observando cómo un mismo evento puede ser interpretado de manera diferente entre diferentes personas con TCA. Por ello, en algunos casos, el tratamiento deberá centrarse, por ejemplo, en el significado que la persona le ha otorgado a una experiencia de acoso escolar sufrida, mientras que otra persona que también sufrió *bullying* preferirá centrarse, por ejemplo, en el conflicto familiar. Esto podría explicarse, por ejemplo, por una hipersensibilidad al castigo o a la recompensa adquirida en el contexto social de

relevancia para la persona, siguiendo el modelo de sistemas motivacionales de Gray (Gray, 1970).

En suma, los modelos expuestos describen que, tanto la interpretación de los acontecimientos contextuales, como la naturaleza de los mismos, pueden influir en la motivación de la persona durante el desarrollo de su personalidad. De este modo, en el próximo apartado se describirá el modelo de sistemas motivacionales de Gray, así como la afectación de los mismos en las personas con TCA.

El Modelo de Sistemas Motivacionales de Gray

Entendiendo la personalidad desde el enfoque interaccionista, el modelo factorial de personalidad de Gray (1970) entiende que los mecanismos biológicos, la motivación y la emoción son variables de estudio, aunque también tiene en cuenta procesos basados en la influencia externa, como el aprendizaje. Este trabajo incorpora el modelo de Gray con el propósito de comprender si una hiperactividad de los sistemas motivacionales podría influir en la interacción de la persona con su entorno y de la interpretación de este, siendo una interacción e interpretación disfuncional un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un TCA.

Profundizando en el modelo, según Gray existen tres sistemas cerebrales de activación neurobiológica (Becerra, 2010):

4. ***Sistema de Inhibición Conductual (SIC, Behavior Inhibition System)***. Explica la reacción del organismo ante los castigos y los nuevos estímulos. Es un sistema basado en la dimensión de la ansiedad, que es el resultado de combinar introversión y neuroticismo. El SIC se ha relacionado con la serotonina, la noradrenalina, y con las estructuras del sistema septohipocámpico y la corteza orbitofrontal (Fuentes et al., 2012), y su hiperactivación hace a las personas especialmente sensibles al castigo.

5. ***Sistema de Activación Conductual (SAC, Behavioral Activation System)***. Se

estimula en la presencia de premios. Es un sistema en el que predomina la impulsividad, fruto de combinar extroversión y el neuroticismo. El SAC está relacionado con la dopamina y con los bucles talámicos corticales y con las vías dopaminérgicas ascendentes (Barrós-Loscertales et al., 2010).

6. ***Sistema de Huida-Lucha (SHL, Fight-Flight System)***. Es el instinto de defensa de funcionamiento rápido. Tiene que ver con la dimensión básica de la impulsividad como respuesta de evitación y escape ante amenazas.

Gray considera que estos sistemas son unipolares, con diferentes grados de activación dentro de un funcionamiento dimensional.

La Personalidad desde un Enfoque Dimensional

Como se ha descrito en apartados anteriores, el enfoque dimensional de determinados constructos psicológicos puede acercar la investigación a la realidad clínica. Ello motiva a explorar cada una de las variables de estudio de este trabajo desde el enfoque dimensional. En este caso, se expondrá el modelo dimensional de Hollander y Rosen (2000), su coherencia con el modelo de Gray (1970) y su aplicabilidad en el ámbito de los TCA.

El modelo dimensional propuesto por Hollander y Rosen (2000) hace una distinción de determinados diagnósticos en un continuo bipolar de obsesividad-impulsividad. La impulsividad y la obsesividad comparten el mismo sistema neurobiológico, en el que las alteraciones en el funcionamiento del lóbulo prefrontal y en la recaptación serotoninérgica se han relacionado con los síntomas obsesivos y, también, con la impulsividad (Hollander y Rosen, 2000). Desde el enfoque de la dimensionalidad se ha relacionado, de este modo, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) con las conductas suicidas (Bramante et al., 2022).

En el polo de la obsesividad, encontramos diagnósticos en los que la hiperactivación del

SIC también es predominante y guardan sintomatología común, como es el TOC (Amianto et al., 2021; Hollander y Rosen, 2000) y la Anorexia Nerviosa (Amianto et al., 2021; Jonker et al., 2020). En otros estudios, como el de Luca et al. (2015) se pudo observar cómo la sintomatología obsesiva de la personalidad se asociaba también a la Anorexia Nerviosa.

Por otro lado, en el polo impulsivo, la presencia de diagnósticos con una hiperactivación del SAC es predominante, siendo el caso de la Bulimia Nerviosa y el Trastorno de la Personalidad Límite (Martinussen et al., 2017). La impulsividad, como se ha descrito en el apartado anterior, es una variable de la personalidad relevante en el estudio de la sensibilidad al castigo y al refuerzo.

Por todo lo expuesto, la adopción de un enfoque dimensional en el estudio de la relación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos alimentarios puede ser adecuada. De hecho, la terapia con una amplia evidencia en el tratamiento de la conducta suicida o parasuicida con base en la impulsividad, la terapia dialéctico conductual de Linehan (1993) tuvo una adaptación reciente por parte de Lynch, llamada terapia dialéctico conductual radicalmente abierta (Lynch, 2018) para pacientes del otro polo, aquellos con una sintomatología obsesiva y con exceso de control. Ambas psicoterapias son empleadas en la actualidad, también, para el tratamiento psicológico del TCA (De la Vega y Montalvo, 2020). El trabajo aplicado de TDC-RA con pacientes con exceso de control, guardando elementos comunes con la TDC tradicional, está obteniendo resultados favorables para el funcionamiento interpersonal saludable de las personas afectadas (De la Vega y Montalvo, 2020).

Uno de los objetivos de este trabajo de tesis doctoral irá orientado, por lo tanto, a comprobar si existen diferencias significativas entre las personas con TCA y sin TCA en torno a los sistemas motivacionales. Se postula que, dentro de un enfoque dimensional, las personas con un TCA de tipo restrictivo (anorexia nerviosa y sus variantes) tendrán mayor hipersensibilidad al castigo (SIC)

que las personas con un TCA bulímico-impulsivo (bulimia nerviosa y sus variantes o el trastorno por atracón) y que las personas sin TCA. Por otro lado, las personas con un TCA bulímico-impulsivo serán más propensas a la hiperactivación del SAC que las personas con un TCA restrictivo.

Teoría del apego de Bowlby-Ainsworth

Por otro lado, la teoría del apego se sitúa entre lo intrapsíquico y lo sistémico, estudiando la interacción de la persona con sus padres, madres o cuidadores/as (Barg, 2011). Desde el nacimiento, el ser humano posee una serie de necesidades que son básicas para el desarrollo socioemocional (Lewis, 1981). La capacidad de establecer lazos afectivos es una de ellas. De hecho, desde la teoría del apego, la capacidad de vincularse con personas adultas es la más importante, pues asegurará que se cubran el resto de sus necesidades.

Etapas del Desarrollo del Apego

El apego hacia cuidadores/as se desarrolla en cuatro etapas (Bowlby, 1979):

1 Respuesta Social Indiscriminada (0-2 meses de edad): no existe una distinción comportamental del niño/a en función de si está con las personas cuidadoras o con extrañas. Las respuestas que proporciona son para satisfacer sus propias necesidades.

2 Respuesta Social Discriminada (2-7 meses): comienza a preferir estar con determinadas personas. La sonrisa social, que aparece a los 2 meses, desaparece poco a poco a partir del quinto mes hacia las personas extrañas.

3 Aparición del Apego (7-30 meses): Aparece la ansiedad por separación y la angustia ante extraños. La ansiedad por separación se hace muy evidente a los 8-9 meses y permanece muy marcadamente hasta los 18 meses. En situaciones extrañas, de 9 a 12 meses de edad el niño/a no se aleja del cuidador/a. Poco a poco se va individualizando. La angustia ante

extraños aparece sobre los 8 meses y se intensifica si los cuidadores no están presentes.

4 Asociación de Apego enfocada a una meta (30 meses en adelante): la persona cuidada se asocia con las personas cuidadoras para conseguir una meta. En la separación, la persona cuidada se mostrará segura, siempre y cuando sepa dónde están y cuándo vuelven.

Sistemas del Apego

La teoría del apego entiende que la persona tiene dos sistemas de interacción con su entorno:

El sistema de protección tiene la función de aportar una sensación de seguridad a la persona cuidada. Interaccionando con las personas cuidadoras, la persona cuidada desarrolla los modelos de funcionamiento en forma de expectativas y creencias sobre aquello que puede esperar de los demás en sus conductas de protección hacia él/ella, así como creencias sobre si se es digno de ser cuidado/a (Bowlby, 1979). La presencia percibida de la persona cuidadora, con capacidad de intervenir en su conducta de protección, es fundamental en este sistema.

En el sistema de exploración, la persona cuidada explora su entorno físico y social de forma autónoma y pone a prueba sus capacidades sin ayuda de las personas cuidadoras, generando de este modo una identidad del self que será la base de su autoestima (Bowlby, 1979; Brumariu y Kerns, 2010). En este sistema, la figura del cuidador debe estar presente simbólicamente, pero no debe intervenir para no menoscabar la independencia del individuo.

Tipos de Apego

El Apego Seguro

La teoría del apego entiende que una interacción saludable entre la persona y sus cuidadores/as, que llama apego seguro, está basada en un equilibrio entre el sistema de protección y el sistema de exploración (Bowlby, 1979). El apego seguro se da en el 65% de los casos en el

experimento de la situación extraña de Ainsworth (Rodríguez, 2008), y el apego inseguro, en el 35% de los casos.

El Apego Inseguro

Por contraste, una interacción disfuncional, con un desequilibrio entre el sistema de protección y de exploración que desemboca en un apego inseguro, hace a la persona más vulnerable a sufrir una psicopatología (Bowlby, 1979).

Existen 3 tipos de apego inseguro (Ainsworth et al., 2015):

- **El apego evitativo.** La persona emplea más el sistema de exploración y no se apoya en las personas cuidadoras para regularse, mostrándose fría y distante en presencia de estos. Se da en un 20% de los casos.

- **El apego ansioso/ambivalente/preocupado/pegajoso.** La persona no obtiene tranquilidad ni en presencia ni en ausencia de las personas cuidadoras. Vive con temor al abandono o a no ser capaz de establecer vínculos cercanos. Se da en un 10-12% de los casos.

- **El apego desorganizado.** Caracterizado por conductas desorganizadas y desorientadas en presencia de las personas cuidadoras (Main y Solomon, 1990). Está relacionado con la vivencia de experiencias traumáticas (Monteleone et al., 2020). Se da en un 3-5% de los casos.

Teniendo en cuenta las características expuestas del apego, otro de los objetivos de este trabajo consistirá en comprobar si el estilo de apego tiende a ser diferente en personas con TCA en comparación con personas sin TCA. Además, se postula que el estilo evitativo del apego puede asociarse con la hipersensibilidad al castigo del SIC, y a su vez asociarse con los TCA restrictivos. De este modo, la desconexión emocional, interpersonal y el rechazo alimentario funcionarían como estrategias disfuncionales de afrontamiento estrechamente relacionadas. Por otro lado,

también se postula que el apego ansioso puede asociarse con la hipersensibilidad al refuerzo del SAC, y a su vez asociarse a TCA bulímico-impulsivos. De esta manera, la impulsividad, la dependencia emocional hacia otras personas, la sobre ingesta alimentaria y los hábitos purgativos pueden asociarse como otro conjunto de estrategias de afrontamiento disfuncionales. El apego desorganizado como síntoma de vivencia de trauma podría encontrarse en los dos estilos de afrontamiento, al ser común en el diagnóstico tanto de anorexia como de bulimia nerviosa.

CAPÍTULO 2

Justificación, Objetivos e Hipótesis

La asociación entre los trastornos alimentarios (TCA) y las relaciones familiares disfuncionales ha sido previamente descrita en investigaciones anteriores. Además, se ha observado que la presencia de estilos de apego inseguros (EAI) en el ámbito familiar está relacionada con una hipersensibilidad al castigo o al refuerzo, considerados como constructos de la personalidad. Al estudiar estas tres variables en conjunto, se ha encontrado que los EAI, así como los sistemas motivacionales de inhibición conductual (SIC) y de activación conductual (SAC), se asocian con los TCA.

No obstante, aún no se han establecido relaciones de causalidad entre ellas. Por lo tanto, el objetivo de esta tesis doctoral es analizar la relación entre estas tres variables y proponer un modelo teórico explicativo.

Justificación

Tras el confinamiento por la COVID-19 se ha observado un aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios (Taquet et al., 2022). Con la necesidad de permanecer en sus casas, las familias pasaban más tiempo juntas, y cuando los estilos de apego entre familiares son inseguros, la conflictividad familiar puede aumentar (Hernández y Vitoria, 2020).

Analizar a posteriori el papel de la hipersensibilidad al rechazo o a la crítica, así como la búsqueda compulsiva del ejercicio y de la sensación subjetiva de control de la ingesta como resultado de una hipersensibilidad a los reforzadores, puede ayudar a entender el aumento de la conflictividad familiar, así como el aumento de la prevalencia y la severidad de los casos de TCA registrados en los servicios de salud mental (Alvarado et al., 2021; Hernández y Vitoria, 2020).

De este modo, de obtenerse más datos que permitan ahondar en la relación entre las relaciones familiares, la hipersensibilidad al castigo y al refuerzo y los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria, se podría crear un modelo en el que el personal clínico podría aumentar

la eficiencia de las intervenciones multidisciplinarias.

Objetivos

Objetivo General

En síntesis, el objetivo general de esta tesis doctoral consiste en analizar la relación entre las variables de relaciones de apego intrafamiliar, los sistemas motivacionales de la personalidad y la sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria.

Objetivos Específicos

2. Revisar sistemáticamente la bibliografía científica acerca de las relaciones entre el apego, los sistemas motivacionales y los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria.

3. Formular un nuevo modelo teórico explicativo que contemple la asociación entre las variables apego, sistemas motivacionales, trastornos de la conducta alimentaria desde el punto de vista dimensional, teniendo en consideración otras variables transdiagnósticas tales como el perfeccionismo, la vivencia traumática o la alexitimia.

4. Realizar una investigación empírica para comprobar la relación entre las variables mencionadas, y estudiar la idoneidad del modelo teórico propuesto.

CAPÍTULO 3

ESTUDIO DE REVISIÓN

SISTEMÁTICA

Apego, Sistemas Motivacionales y Anorexia Nerviosa: Una revisión sistemática y una propuesta de modelo teórico para los trastornos alimentarios

José Miguel Budia¹, Carlos María Alcover², Juan José Fernández-Muñoz³, Ascensión Blanco⁴, Miriam P. Félix-Alcántara⁵

¹Budia, J. M. Doctorando en psicología. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Avenida de Atenas, s/n, 28922, Alcorcón (Madrid,

España). Email: jm.budia@alumnos.urjc.es

²Catedrático de psicología social. Departamento de Psicología, Universidad Rey Juan Carlos

³Doctor en psicología. Departamento de Psicología, Universidad Rey Juan Carlos

⁴Doctora en psicología. Departamento de Psicología, Universidad Europea de Madrid

⁵Doctora en psicología. Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid).

Recuento de palabras: texto (6390) resumen (234).

Número de figuras: 2. **Número de tablas:** 4.

Mensaje del Importancia Práctica

- Durante el confinamiento por la Covid-19, se observó un aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios.
- Con la necesidad de permanecer en cuarentena, se produjeron más interacciones entre familiares con apego inseguro, lo que pudo haber aumentado la conflictividad familiar.
- Analizar el papel de la hipersensibilidad al rechazo o a la crítica, así como la búsqueda compulsiva del ejercicio y de la sensación subjetiva de control de la ingesta como reforzadores, puede ayudar a entender el aumento de la conflictividad familiar, así como el aumento de la prevalencia y la severidad de los casos.
- Se necesitan nuevos estudios longitudinales que analicen la relación entre el apego, los sistemas motivacionales y los trastornos alimentarios, centrándose también en la variable trauma, y la posibilidad del entendimiento del apego como una variable dimensional.

Resumen

Introducción: La investigación previa ha comprobado que el estilo de apego inseguro (EAI) y los sistemas motivacionales de inhibición conductual (SIC) y de activación conductual (SAC) se relacionan directamente con la anorexia nerviosa (AN), pero no se han identificado las posibles relaciones directas entre ellos. El objetivo de este artículo es analizar la relación entre las tres variables y la propuesta de un modelo explicativo.

Método: Se llevó a cabo una revisión sistemática en cuya búsqueda se siguieron los criterios PRISMA, introduciendo los términos de búsqueda “anorexia”, “apego”, y los relacionados con los sistemas motivacionales. La búsqueda se centró en las publicaciones fechadas entre la última revisión de cada tema y la actualidad: Para “anorexia y apego” 2014-2022; y para “anorexia y SIC/SAC” 2010-2022.

Resultados: De los 587 artículos revisados, 30 fueron incluidos en el análisis cualitativo de la relación entre Anorexia y Apego (17), Anorexia y Sistemas Motivacionales (10) y Anorexia, Apego y Sistemas Motivacionales (3). Se observa una relación entre la AN y el EAI evitativo y la sensibilidad al castigo (SIC). También con la sensibilidad al refuerzo (SAC). Se identifica una posible relación de las tres variables, con otras variables mediadoras.

Discusión: La AN se relaciona con el apego evitativo y con el SIC, y se observa una relación entre las variables de BN, apego ansioso y el SAC, aunque esta relación presenta contradicciones. Se propone modelo explicativo acerca de estas relaciones.

Palabras clave: trastornos alimentarios, anorexia, apego, trauma, personalidad, sistemas motivacionales.

La investigación previa ha identificado diversos factores asociados a la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA), y al éxito de los tratamientos (Cassioli et al., 2022; Harrison et al., 2016; Tasca & Balfour, 2014). Entre ellos, se encuentran la familia (Münch et al., 2016; Wallis et al., 2018) y las características de personalidad (Martinussen et al., 2017). En consecuencia, la evidencia empírica muestra que estos factores pueden, independientemente y en combinación, desempeñar un papel relevante tanto en la etiología como en la eficacia de los tratamientos.

El objetivo del presente estudio consiste en recopilar de forma sistemática la evidencia disponible sobre la posible relación entre los estilos de apego inseguro, los sistemas motivacionales y la anorexia nerviosa. Como objetivo específico, se propone la construcción de modelo explicativo del modo de interacción entre las variables de apego inseguro familiar, sistemas motivacionales y los trastornos alimentarios.

Trastornos de la Conducta Alimentaria y Factores Familiares

Los TCA, entre los que se incluyen los trastornos de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), el trastorno de atracones (TA) y los TCA no especificados (TCANE), son trastornos psiquiátricos en los que la familia es un factor relevante en su etiología (Gismero, 2020; Quiles et al., 2013; Wallin & Saha, 2020). La estructura y los estilos de funcionamiento familiar pueden ser de relevancia en el tratamiento de la psicopatología (Fox et al., 2017; Gismero, 2020; Linardon et al., 2018; Quiles et al., 2013). Por ello, el tratamiento del TCA desde un enfoque familiar puede ser fundamental para su éxito, tanto para superar el trastorno como para el mantenimiento de los efectos de la psicoterapia en el seguimiento (Couturier et al., 2013; Wallin & Saha, 2020).

Uno de los aspectos que tradicionalmente se abordan con las familias de pacientes con TCA es el estilo de apego (Cortés-García et al., 2021; Oldham-Cooper et al., 2021). El modo de

funcionamiento del padre o la madre como cuidadores, así como el tipo de relación entre padres e hijos, ejerce un importante papel en el modo en que el hijo/a aprende a regularse emocionalmente desde el punto de vista intrapersonal e interpersonal (Cortés-García et al., 2021; Forsén et al., 2019). Según la conceptualización de Bowlby (Bowlby, 1979; Brumariu & Kerns, 2010), el estilo de apego seguro (EAS) se refiere al equilibrio óptimo entre proporcionar una base segura de protección y un sistema de exploración autónoma. En la base segura, la persona puede refugiarse en las personas cuidadoras cuando siente que necesita ayuda. En el sistema de exploración, la persona explora de forma autónoma y conoce su entorno sin ayuda de las personas cuidadoras. El apego seguro se entiende como una crianza protectora para la salud mental (Barg, 2011). Los estilos de apego inseguro (EAI), por contraste, se definen como un desequilibrio entre la base segura y el sistema de exploración. Los estilos de apego inseguro, en la conceptualización de Bowlby (1979) y Ainsworth (Ainsworth et al., 2015) se dividen en 3. En primer lugar, el evitativo, cuando la persona emplea más el sistema de exploración y no se apoya en las personas cuidadoras para regularse, mostrándose fría y distante en presencia de estos. En segundo lugar, el ansioso o ambivalente, cuando la persona no obtiene tranquilidad ni en presencia ni en ausencia de las personas cuidadoras. Y por último, el desorganizado (Main & Solomon, 1990), caracterizado por conductas desorganizadas y desorientadas en presencia de las personas cuidadoras. Todos estos subestilos se han asociado con la presencia de psicopatologías, como es el caso de los TCA (Keating et al., 2016; Szalai, 2020).

Trastornos de la Conducta Alimentaria y Características de la Personalidad

El segundo de los aspectos de importancia en el tratamiento de los TCA son las variables de la personalidad (Martinussen et al., 2017). Hay evidencia de que el perfeccionismo desadaptativo, los elevados niveles de neuroticismo y la rigidez obsesiva de pensamiento son

elementos comunes en personas con TCA (Dakanalis et al., 2014; Lazarević et al., 2016; Martinussen et al., 2017; Münch et al., 2016). Una de las teorías de la personalidad que se ha relacionado con los TCA, es la de los sistemas motivacionales de personalidad de Gray (Becerra, 2010; Gray, 1970). Combinando los sistemas motivacionales con las dimensiones de personalidad desde el modelo de Eysenck, Gray propone dos sistemas: un sistema de inhibición conductual (en adelante SIC) compuesto por ansiedad, que incluye introversión y neuroticismo; y un sistema de activación conductual (en adelante SAC) compuesto por impulsividad, que incluye la extroversión y el neuroticismo (Becerra, 2010; Gray, 1970). Dentro del Sistema de Inhibición Conductual, se subdividen el SIC de ansiedad y el SIC de miedo; y dentro del sistema de activación conductual, se subdivide el SAC búsqueda de recompensa, el SAC control y el SAC búsqueda de la diversión (Harrison et al., 2016).

Según esta teoría, las personas con elevados niveles del sistema de inhibición conductual son más sensibles al castigo, y en el caso del sistema de activación conductual se asocian a una sensibilidad al refuerzo (Becerra, 2010; Gray, 1970; Keating et al., 2016). Desde este modelo, las conductas de las personas introvertidas se relacionan con el sistema de inhibición conductual, dado que las personas introvertidas son más sensibles al castigo (Squillace, 2011), y por ello van a tender a inhibirse. Las extrovertidas se asociarían, por contraste, con el sistema de activación conductual, debido a que estas son más sensibles al refuerzo, y su condición de personalidad les va a hacer buscar activamente el refuerzo social (Becerra, 2010; Keating et al., 2016; Squillace, 2011). En los estudios de personalidad desde los sistemas motivacionales (p. ej. Becerra, 2010), las personas con diagnóstico de anorexia nerviosa, u otros perfiles de TCA basados en la restricción alimentaria, tienen predominancia del sistema de inhibición conductual como sistema neurobiológico de activación predominante. En la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones u otros perfiles de TCA

basados en la ingesta compulsiva de alimentos y/o síntomas purgativos, se han observado elevados niveles de activación tanto del sistema de inhibición como del sistema de activación conductual (Becerra, 2010).

Estilos de Apego Inseguro (EAI) y Sistemas Motivacionales de Inhibición Conductual (SIC) y de Activación Conductual (SAC)

Desde el modelo de Ochsner (2008), los estímulos sociales, como los que se pueden producir en la interacción entre las personas cuidadoras y las cuidadas, conducen a sentimientos aversivos o de refuerzo, influyendo de este modo en el estilo de apego que se genera entre ellos (Huh et al., 2020; Ochsner, 2008). Exponiendo los principios neurobiológicos del aprendizaje afectivo, Ochsner destaca la corteza prefrontal medial y la ínsula como las regiones límbicas relacionadas con este proceso de aprendizaje (Ochsner, 2008). El proceso motivacional de aproximación-evitación a la persona cuidadora se describía también en la teoría del apego de Bowlby-Ainsworth (Bowlby, 1979), diferenciando los estilos de apego en el experimento de la situación extraña por las conductas de acercamiento o alejamiento, y en la regulación afectiva de la persona cuidada en presencia de la persona cuidadora (Rodríguez, 2008).

El apego y los sistemas motivacionales son dos constructos con una fuerte influencia en la salud mental (Huh et al., 2020). En trastornos mentales como la depresión, el apego y los sistemas motivacionales se han detectado como factores de riesgo del tratamiento, afectando negativamente a la duración y a la prognosis (Huh et al., 2020). Además, se ha observado una relación positiva entre la sensibilidad al castigo del SIC y la sensibilidad al refuerzo del SAC con el apego ansioso (Huh et al., 2020; Shahzadi & Walker, 2022), y la sensibilidad al castigo del SIC y el apego evitativo (Lan & Wang, 2020; Shahzadi & Walker, 2022). Además, el SAC se relaciona de forma negativa con el apego evitativo (Huh et al., 2020; Shahzadi & Walker, 2022).

Estilos de Apego Inseguro (EAI), Sistemas Motivacionales de Inhibición Conductual (SIC) y de Activación Conductual (SAC) y Anorexia Nerviosa (AN)

La evidencia muestra una asociación del apego inseguro y la AN (Cortés-García et al., 2021; Forsén et al., 2019; Monteleone et al., 2017; Szalai, 2020), entre los sistemas SIC/SAC y la AN (Becerra, 2010; Keating et al., 2016; Minnick et al., 2017; Murcia et al., 2009), y los estilos de apego inseguro con los sistemas SIC/SAC (Huh et al., 2020; Lan & Wang, 2020; Shahzadi & Walker, 2022). Con base en estos antecedentes, este trabajo pretende identificar la existencia de posibles relaciones conjuntas de los estilos de apego inseguro, los sistemas SIC/SAC y la AN.

Existen antecedentes de este estudio, como los resultados obtenidos por Monteleone (2018a) en los que se observó un posible papel mediador del SIC en la asociación entre el apego inseguro y el TCA en general (Monteleone et al., 2018a). Y también los de Dakanalis et al. (2014), y Münch et al. (2016), en los que se encontró también dicho papel mediador (Dakanalis et al., 2014; Münch et al., 2016). Sin embargo, esta evidencia es aún escasa, y no existe en la literatura publicada una revisión sistemática que explore los datos disponibles sobre la relación entre las tres variables.

Trauma y Trastornos Alimentarios

Existe una asociación ampliamente estudiada entre el trauma y los trastornos alimentarios (Rosenberg et al., 2023). Por ejemplo, el maltrato infantil, y en concreto el subtipo emocional, está directamente relacionado con la psicopatología alimentaria (Tasca et al., 2013). Además, la experiencia de falta de afecto de la madre parece tener un efecto directo en la insatisfacción corporal del paciente (Grenon et al., 2016).

La implicación, por ejemplo, del trauma como experiencia muy frecuente en pacientes con AN (Gander et al., 2021; Murray & Holton, 2021; Pignatelli et al., 2017), sugiere el análisis de la

posible relación entre las condiciones infantiles de crianza y la formación del apego desorganizado (Lecannelier et al., 2011), la implicación del trauma en el SIC (Huh et al., 2020) y la aparición de síntomas de desconexión corporal en la AN (Gander et al., 2021; Murray & Holton, 2021).

En suma, los dos objetivos de este artículo se resumen en:

1) la realización de una revisión sistemática de la literatura que permita identificar las posibles asociaciones entre los EAI, los sistemas motivacionales y la AN;

2) Construcción de un modelo explicativo propuesto para el trabajo con terapia familiar en casos de AN y sistemas motivacionales hipersensibles, a partir de los resultados de la revisión. Esto sería de utilidad clínica debido a la elevada comorbilidad entre la AN y los Trastornos de la Personalidad con altos niveles del SIC (Martinussen et al., 2017; Meyer, 2002).

Metodología

Diseño

Este estudio es una revisión sistemática basada en los criterios PRISMA (Page et al., 2021), con un diseño no empírico y una metodología cualitativa. La estrategia de búsqueda se define a continuación.

Búsqueda Bibliográfica

Los términos y operadores se introdujeron en las bases de datos electrónicas *Pubmed*, *Scopus*, *Medline* y *PsycInfo*. Las dos últimas se revisaban simultáneamente a través de la plataforma *EBSCO*. Para la búsqueda manual, se empleó la plataforma *Google Scholar*. Estas bases de datos ofrecen una cobertura óptima de la investigación en Psicología y Neuropsicología de las relaciones descritas desde el punto de vista psicológico, social y también neurofisiológico.

Se tuvieron únicamente en cuenta, en un principio, las publicaciones realizadas entre el 1 enero del 2000 y el 24 de marzo del 2022. Se revisaron también publicaciones académicas,

experimentales y de revisión, a través del rastreo de los términos de búsqueda en título/resumen. En la fase de idoneidad, este criterio de fechas se acotó aún más en función de la revisión sistemática encontrada más actual relacionada con el tema.

Búsqueda Estratégica

Los términos de búsqueda empleados fueron “Anorexia Nervosa AND attachment”; “Anorexia Nervosa AND (BIS or BAS or FFS or "Reward Sensitivity" or "Punishment Sensitivity" or “Gray Personality Theory”)” and “Anorexia Nervosa AND Attachment AND (BIS or BAS or FFS or "Reward sensitivity" or "Punishment sensitivity" or “Gray Personality Theory”)”.

Criterios de Elegibilidad

Un investigador, supervisado por otros dos investigadores del mismo equipo, revisó todos los títulos y resúmenes que aparecieron en las bases de datos al introducir los términos y operadores, y fue seleccionando las publicaciones en la fase de Identificación en función de los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

5. Publicaciones académicas empíricas o de revisión.

1.1) En la fase de idoneidad, y en función de los resultados que se encontraron, se acotó aún más este criterio: Solamente se tendrán en cuenta las publicaciones académicas empíricas, realizadas desde el año de publicación de la última revisión de cada tema (A) y (B). Al comprobar, en la primera búsqueda, las publicaciones de revisión realizadas recientemente, se selecciona la fecha de la revisión similar más reciente para cada una de las relaciones estudiadas (A y B), y se añade la inclusión de, exclusivamente, aquellas publicaciones empíricas que hayan podido hacer progresos respecto a la literatura previa.

6. Mención exacta de los términos y del estudio de la relación entre las variables:

A) AN-apego.

B) AN-SIC/SAC.

C) AN-apego-SIC/SAC.

Entre las fechas 1 de enero de 2000 y marzo de 2022.

2.1) En la fase de idoneidad, y en función de los resultados que se encontraron, se acotó aún más este criterio: el segmento temporal se acota a estudios publicados desde el año de la publicación de la última revisión sistemática.

Para A: desde el 1 de enero del 2014 hasta el 31 de marzo de 2022.

Para B: desde el 1 de enero del 2010 hasta el 31 de marzo de 2022.

Para C: sin modificaciones por escasez de resultados.

7. En las publicaciones empíricas, emplean instrumentos cuantitativos de análisis de las variables de apego y SIC/SAC. La AN puede estar ya diagnosticada a la hora de comparar grupos clínicos/experimentales Vs grupo control. Se consideran válidos para la evaluación cuantitativa del apego: Attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney et al., 1994); Cartes Modèles Individuels de Relation (CAMIR, o la versión reducida CaMir; Balluerka et al., 2011); the Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1996); Experiences in Close Relationships (ECR; Brennan et al., 1998); Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA; Armsden & Greenberg, 1989); Kerns Security Scale (Kerns et al., 1996); Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al., 1979). Adult Attachment Scale (AAS; Collins & Read, 1990) y el Relationship Scale Questionnaire (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994).

Para la evaluación cuantitativa de los sistemas motivacionales: The SIC/SAC scales (Carver & White, 1994); Sensivity to Punishment and Sensivity to Reward Questionnaire (Torrubia et al., 2001); Appetitive Motivation Scale (AMS; Smillie & Jackson, 2005).

8. Estudios con humanos en edad de poder desarrollar una AN (no animales ni bebés).
9. Publicaciones en inglés.
10. Se estudia el apego en el contexto familiar.

Criterios de Selección

La fase de identificación se realizó revisando el título y el resumen de todos los artículos presentes según los criterios de inclusión mencionados.

Dos investigadores más supervisaron tanto el método de búsqueda como la elección de los operadores y los artículos seleccionados de forma independiente.

En la fase de cribado, se revisó también el título y el resumen para hacer una primera selección de los estudios que encajaban en los criterios.

En la fase de idoneidad se revisaron el título y el resumen de los estudios cribados, comprobando la utilización de instrumentos cuantitativos con buenas propiedades psicométricas. Teniendo en cuenta los datos recogidos en esta fase, se acotaron más los criterios de inclusión/exclusión añadiendo los mencionados (1.1) y (2.1), y dejando de incluir los estudios de revisión.

En la fase de inclusión se revisaron su texto completo para confirmar su admisión a la fase de síntesis cualitativa, y cumpliendo exhaustivamente con los criterios de inclusión y exclusión.

Evaluación del Riesgo de Sesgo

Para la evaluación del riesgo de sesgo se ha empleado la herramienta Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale (Wells et al., 2014), al considerarse una herramienta aceptada y empleada para el análisis del riesgo de sesgo en estudios observacionales de estas características. Para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios, esta herramienta evalúa la selección de la muestra, la comparabilidad entre estudios y la determinación de la exposición. Esta escala

evalúa del 1 al 9 el riesgo de sesgo, siendo la puntuación superior a 7 considerada como de bajo riesgo e inferior a 7 como con riesgo de sesgo.

Resultados

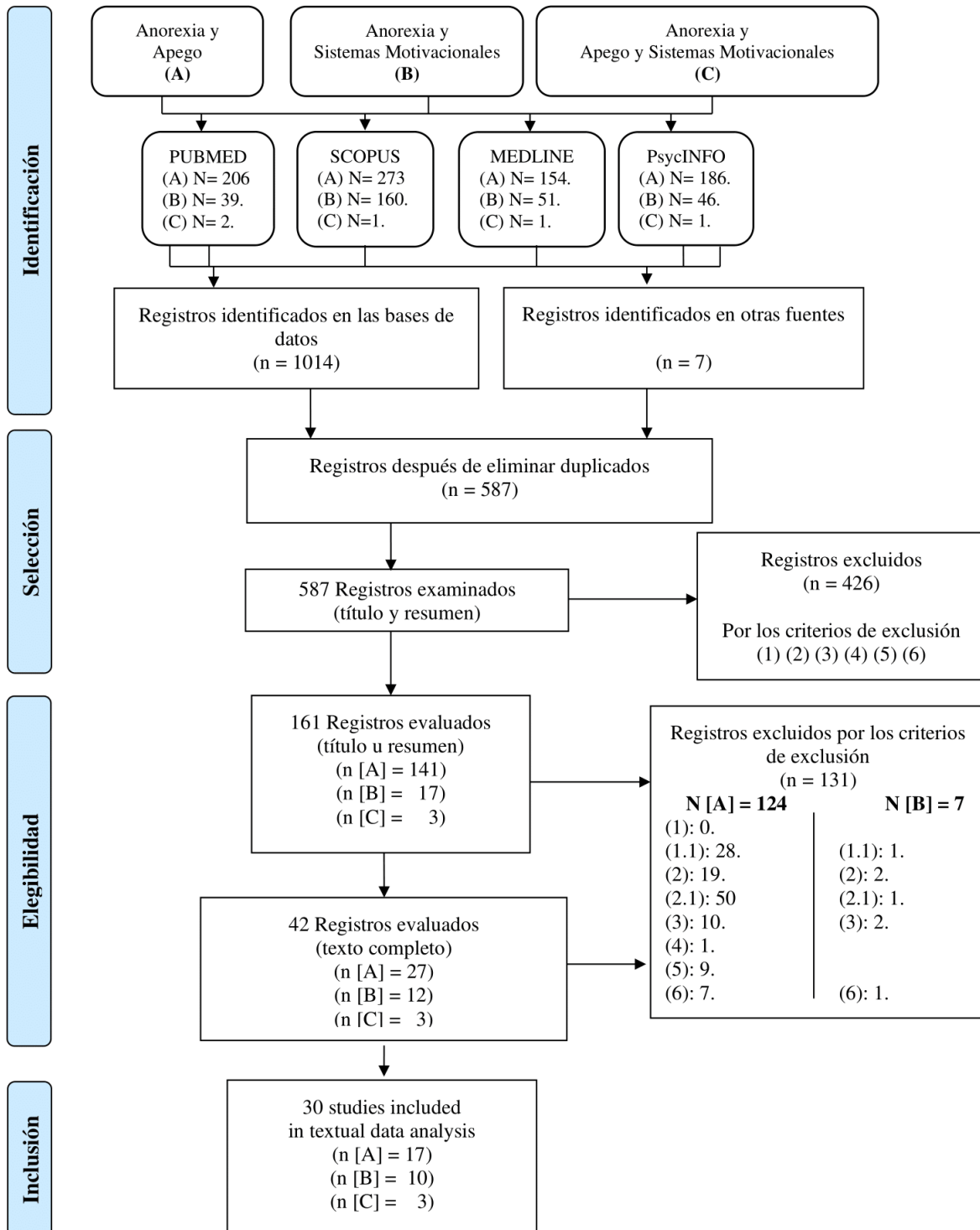
Proceso de Selección de Estudios

El protocolo PRISMA consta de 4 fases, en las que se subdivide el procedimiento de búsqueda y selección de estudios. Estas son la fase de identificación, selección, elegibilidad e inclusión.

En la fase de identificación, se encontraron 1014 resultados al introducir los operadores en las bases de datos seleccionadas, a los que se suman 7 resultados encontrados a través de búsquedas manuales. De los 1021 estudios, 587 fueron aquellos que se preseleccionaron en la fase de cribado y los duplicados fueron descartados. De dicha preselección, para la fase de idoneidad se cribaron 161 registros en función de los criterios de inclusión (1) (2) (3) (4) (5) (6), descartando de este modo 426 publicaciones. Con el objetivo de ofrecer nuevos datos empíricos desde las últimas revisiones, y así poder avanzar el conocimiento sin solapar los datos con las revisiones previas sobre cada tema, se introdujeron en esta fase los criterios de inclusión (1.1) y (2.1), eliminando desde esta fase el criterio del segmento temporal del (2). Teniendo en cuenta los datos encontrados, se eligieron 42 publicaciones para el análisis de texto completo, mediante el empleo de los criterios de inclusión (1.1) (2 y criterio temporal del 2.1) (3) (4) (5) (6). Para la fase de Síntesis Cualitativa, finalmente, se incluyeron 17 publicaciones que revisan la relación A, 10 de la relación B y 3 de la relación C. A partir de la lectura y análisis de los estudios seleccionados se realizó una síntesis narrativa de los resultados, agrupados en función de las asociaciones objeto de estudio. El diagrama de flujo del proceso de selección de estudios se puede observar en la Figura 1.

Figura 1.

Diagrama PRISMA de la búsqueda estratégica



Relación A entre los Estilos de Apego Inseguro (EAI) y la Anorexia Nerviosa (AN)

Todos los estudios recogidos en este apartado son transversales, y salvo los dos estudios de Redondo y Luyten, (2018, 2021) y los de Pace et al., (2016, 2017), el resto no midieron el EAI desorganizado en su evaluación del apego.

El estudio de Cascino et al. (2022) encontró en su muestra de pacientes con AN y BN que el EAI evitativo era más frecuente que el ansioso en ambos diagnósticos. Los resultados obtenidos por Katznelson et al., (2021), recogieron un 81,3% de EAI en su muestra con AN, destacando el subtipo evitativo. Por su parte, Amianto et al., (2021) encontraron una asociación entre el EAI ansioso y la AN mediada por los síntomas obsesivos compulsivos, destacando la mayor presencia de EAI ansioso en la AN en comparación con el GC. En el estudio de Monteleone et al. (2021), se describió que el EAI explicaba, junto con la confianza en las sensaciones corporales, el 45% de la sintomatología en la AN. En 2019, Monteleone et al. encontraron en su muestra de personas con TCA puntuaciones elevadas de EAI ansioso y evitativo, destacando las elevadas puntuaciones de ambos estilos de apego en AN y también en BN, aunque los valores en BN de ambos EAI eran inferiores que en AN. En el estudio de Monteleone et al., (2018b) encontraron una correlación positiva mayor entre el EAI evitativo y las puntuaciones obtenidas de la sintomatología de TCA en general que entre EAI ansioso y dichas puntuaciones. Otro estudio, realizado por Monteleone et al. (2017), observaba en sus resultados una asociación entre EAI ansioso y evitativo y la AN y BN, sugiriendo un enfoque transdiagnóstico en el estudio de los TCA. Se suman los estudios de Redondo y Luyten (2018, 2021), que mostraron una correlación entre todos los EAI, incluyendo en este caso el EAI desorganizado, y la sintomatología de la AN. En el estudio de 2018 se observó que la alexitimia funcionaba como una variable mediadora total en la asociación EAI-AN (Redondo y Luyten, 2018). En el estudio de 2021, el EAI evitativo era más frecuente en pacientes

con AN restrictiva (Redondo y Luyten, 2021) y además se observó también una correlación positiva de la sintomatología de la AN con el EAI desorganizado. Los resultados del estudio de Nalbant et al., (2020) mostraron menores niveles de EAS en la muestra clínica de AN. Nandrino et al., (2020), observaron en su muestra con AN una mayor presencia de EAI ansioso y evitativo, a lo que se sumaron peores competencias para las habilidades de manejo emocional intrapersonal en comparación con el GC. Batista et al., (2018), encontraron mayores niveles de EAI ansioso y evitativo en la muestra con AN que en GC. En el estudio de Pace et al., (2017), se encontró que las asociaciones entre el EAI evitativo y los TCA y el EAI desorganizado y los TCA eran mayores que en su comparación con el GC. Por último, otro estudio de Pace et al. (2016) observó mayores niveles de los EAI ansioso, evitativo y desorganizado en la muestra con AN en su comparación con el GC.

Los estudios descritos recogen, en general, una clara asociación entre los EAI y la AN, ofreciendo en algunos casos variables mediadoras, como la alexitimia (Redondo y Luyten, 2018) y la rigidez obsesivo-compulsiva (Amianto et al., 2021). Se encuentran otros elementos a tener en cuenta, como la sugerencia de un enfoque transdiagnóstico en el estudio de los TCA (Monteleone et al., 2017) y las habilidades empobrecidas del manejo intrapersonal e interpersonal (Nandrino et al., 2020) y el limitado estudio de la relación entre el EAI desorganizado y los TCA.

En la Tabla 2 se recoge la información de los 14 de los 17 artículos que estudiaron la relación A. Los 3 artículos que se encontraron mediante la búsqueda de A pero que estudiaron la relación C se describen en el apartado de C.

Tabla 2

Selección de estudios que investigan EAI-AN

Autor/Año	Participantes (n)	Edad (años)	% Mujeres	Diagnósticos	Tests (apego)	Estilo de Apego	Resultados
Cascino 2022	TCA-50 GC-20	\bar{x} ↑ evitativo = 24 \bar{x} ↓ evitativo = 27 \bar{x} GC 26	100%	27-AN-R 23-BN	ECR	Ansioso Evitativo	27AN y 23BN; - 11AN + 7BN ansioso. ↓ - 16AN + 14BN ansioso. ↑ - 16AN + 16BN evitativo. ↓ 11AN + 7BN evitativo. 9 AN-Evitativo 4 AN-Ansioso 3 AN-Seguro (81,3% Inseguro)
Katznelson 2021	AN-16 GC-NO	18-48	100%	10 AN-típica 6 AN-atípica	AAI	Evitativo Ansioso Secure	EAI Ansioso-Síntomas OC-AN. Alto Ansioso en AN que en HC.
Amianto 2021	AN-41 GC-82	16-30	100%	30 AN-R 11 AN-P	ASQ	Ansioso	Apego inseguro y confianza en las sensaciones corporales explican 45% Sintomatología de AN N21 TCA-Alto ansioso (bajo 31) - 8-ANTípica - 5-ANAtípica - 8-BN
Monteleone 2021	AN-150 GC-No	\bar{x} 22-23	100%	127 AN-típica 23 AN-atípica con comorbilidades	ASQ	Ansioso Evitativo	N34 TCA-Alto Evitativo (bajo 18) - 12-ANT - 7-ANA - 15-BN
Monteleone 2019	TCA-52 GC-No	\bar{x} 23,19 TCA ↑ ansioso \bar{x} 27,13 TCA ↓ ansioso \bar{x} 25,30 TCA- ↑ evitativo \bar{x} 23,19 TCA- ↓ evitativo	100%	AN-29 17-AN-típica 12-AN-atípica 24-AN-restrictiva 5-AN-atracón/purgas 23-BN	ECR	Ansioso Evitativo	No diferencias ANs-BNs ED- Evitativo 1. N High 53 2. N Low 25 ED-Ansioso
Monteleone 2018b	ED-78 GC-NO	AN \bar{x} 24,8	100%	38 AN-R 5 AN-P 35 BN	ECR	Evitativo Ansioso	

1. N High 33
2. N Low 45

Monteleone 2017	TCA-113 GC-117	18-60	100%	71-AN 52-BN	ECR	Ansioso Evitativo	No diferencias entre diagnóstico. EAI-síntomas cuerpo en AN y BN (enfoque transdiagnóstico)
Redondo 2021	AN-38 GC-323	AN 13-30 GC \bar{x} 19,1	100%	38 AN	CaMir	Ansioso Evitativo Desorganizado	Todos EAI-alexitimia-AN Mediación total
Redondo 2018	AN-38 GC-323	13-30 AN 19,1 \bar{x} GC	100%	38 AN	CaMir	Ansioso Evitativo Desorganizado (U)	Ansioso-uso de dietas ($r=.14$, $p<.01$) Evitativo-uso de dietas ($r=.31$, $p<.01$) Desorganizado-uso de dietas ($r=.24$, $p<.01$)
Nalbant, 2020	AN-43 GC 37	12-18	100%	38 AN-R 5 AN-P	IPPA	Seguro Ansioso Evitativo	AN ↓ Apego seguro. GC ↑ Apego seguro.
Nandrino 2020	AN-63 GC-63	AN \bar{x} 19,54 HC \bar{x} 19,98	100%	63 AN-R	ECR	Evitativo Ansioso	Ansioso and Evitativo-muy mal intrapersonal y mal interpersonal-AN
Batista 2018	AN-35 GC-35	11-19	100%	32 AN-R 9 AN-P	ECR-R	Evitativo Ansioso	AN- ↑ Ansioso y Evitativo ($t=2.33$, $p=0.02$) Apego inseguro no es predictor.
Pace 2017	ED-50 GC-50	ED 16-25 GC \bar{x} 20	100%	25 AN 25 BN	AAI	Evitativo Desorganizado	ED>HC en ambos EAI
Pace 2016	AN-25 GC-25	14-18	100%	22-AN-R 3-AN-P	AAI	Seguro (F/A) Ansioso (E) Evitativo (Ds) Desorganizado (U) No clasificado (CC)	Grupo AN (n=24) GC (n=25) (F/A) N=6 N= 13 (E) N=1 N=0 (Ds) N= 11 N=8 (U/CC) N=6 N(U)=3 ↑ EAI N(CC)=0

Nota: EAI estilo de apego inseguro, AN anorexia nerviosa, AN-R anorexia nerviosa subtipo restrictiva, AN-P anorexia nerviosa tipo atracones/purgas, GC grupo control, OC síntomas obsesivos-compulsivos, AAI entrevista de apego adultos, ECR experiencias en las relaciones cercanas, IPPA inventario de padres e iguales sobre el apego, ASQ cuestionario sobre el estilo de apego.

Relación B entre la Anorexia Nerviosa (AN) y los Sistemas de Inhibición Conductual (SIC) y de Activación Conductual (SAC)

Los estudios descritos en esta sección son todos transversales, salvo el estudio de Harrison et al., (2016), que realizó un estudio longitudinal con una medida antes y otra después del tratamiento, y que observó que los niveles del SIC eran mayores en el grupo AN en comparación con el GC. Esta diferencia se mantuvo después de la recuperación de las personas con TCA. Respecto al SAC, encontró valores más bajos en AN que en el GC, pero la diferencia no fue significativa (Harrison et al., 2016).

De los estudios transversales, en el estudio realizado por King et al., (2021) se observó que cuanto menor es el IMC, mayores son los valores del SIC y mayor es la gravedad de la AN, y además observaron mejor capacidad de aprendizaje en personas con bajo SIC. Por otro lado, Jonker et al. (2020) encontraron una robusta asociación entre los niveles del SIC y la gravedad de la AN. Bernardoni et al., (2018) observaron, a través de la Resonancia Magnética (IRM), cambios selectivos en las bases neuronales del castigo en la AN, que fueron mayores que en la comparación con el GC. Por otro lado, Kanakam et al. (2017) hallaron en su estudio que las personas con AN tenían menores niveles del SAC que el GC, y observó correlaciones negativas entre el IMC y el SIC, el tiempo con el trastorno y el SAC, el ayuno y el SAC, la edad y el SAC y el uso de laxantes y el SAC; y correlaciones positivas entre la motivación apetitiva y el SAC. Además, encontraron influencia genética en los estudios de gemelos con TCA respecto al SAC, con puntuaciones semejantes y bajas del SAC entre gemelos monocigóticos del grupo experimental en su comparación con el GC (Kanakam et al., 2017). Los resultados obtenidos por Monteleone et al. (2014) describieron mayores niveles del SIC en AN en su comparación con el GC, y no observó diferencias intragrupos ni intergrupos en los niveles del SAC. Los resultados que ofreció el estudio

de Glashouwer et al. (2014) mostraron, dentro de la asociación entre SIC-AN, una mayor asociación en el subtipo de AN purgativo que en el del AN restrictivo, y además observaron elevadas puntuaciones del SAC en los casos de AN, estableciendo la posibilidad de que la AN funcionara como predictor del sistema motivacional hipersensible. En el estudio de Giel et al. (2013) con pacientes con AN en comparación con dos GC, uno de atletas y otro de no atletas, los niveles del SAC y de la fijación atencional hacia estímulos asociados a la actividad física fueron mayores en personas con AN en comparación con un GC de no atletas, y sin diferencias atencionales ni del SAC respecto al otro GC de atletas. Los resultados mostraron también un mayor sentimiento de culpa y de afectividad negativa en las personas con AN que en las personas del GC atletas ante el sedentarismo. Además, se propuso que las personas con AN sienten el hambre como un reforzador (Giel et al., 2013). El estudio de Jappe et al. (2011) mostró mayores índices del SIC y del SAC en las personas con AN en comparación con el GC, con especial énfasis en la elevada puntuación de las subescalas SIC ansiedad y miedo, y la reducida puntuación en la subescala SAC búsqueda del reforzador, y concluyó con la posibilidad de que las personas con AN tuvieran un sistema motivacional hipersensible. Por último, Harrison et al. (2011), en sus resultados, observaron mayores valores del SAC búsqueda de la diversión en el GC, y mayores del SIC en el grupo con AN, y no encontraron diferencias intragrupos del grupo TCA en los valores del SAC.

Los estudios recogidos para este apartado muestran, en general, una asociación entre el SIC y la AN. El empleo de pruebas de neuroimagen en el estudio de Bernardoni et al. (2018) proporciona una mayor robustez de los resultados.

Respecto a las asociaciones del SAC con la AN, los estudios recogidos observaron que el SAC no se asociaba de forma diferente con los síntomas de AN que con los de BN (Harrison et al., 2011; Kanakam et al., 2017; Monteleone et al., 2014), y tampoco mostraban diferencias en la

comparación entre los casos y los controles (Giel et al., 2013). Sí que se destaca la correlación negativa entre el SAC y el tiempo transcurrido con el diagnóstico de TCA (Kanakam et al., 2017).

Los 10 estudios que recogen información de la relación B están sintetizados en la Tabla 3.

Tabla 3

Selección de estudios que investigan la relación SIC/SAC-AN.

Autor/Año	Participantes (n)	Edad (años)	% Mujeres	Diagnósticos	Test SIC/SAC	Resultados
King 2021	AN-68 GC-49	12-28	100%	43-AN-Infrapeso 25-AN-peso recuperado	The BIS/BAS scales	↓IMC -↑SIC -↑AN. SIC: AN > GC Sólo las participantes con ↓SIC aprenden con el castigo
Jonker 2020	AN-69 GC-69	12-23	97%	39-AN-R 10-AN-P 11-Atípica-AN-R 9-Atípica-AN-P	The BIS/BAS scales	AN- ↑SIC (evidencia robusta)
Bernardoni 2018	AN-36 GC-36	12-24	100%	36-AN Infrapeso	The BIS/BAS scales MRI	Las bases neurales del aprendizaje están hipersensibilizadas al castigo en AN Vs GC No influencias de edad, IMC extremo o evitación del castigo
Kanakam 2017	Participantes Gemelos 112 TCA-50 Sin TCA-19 GC-42	16-60	100%	26- BD (BN, TCANE-BN) 24-AN (AN-R, AN-P TCANE-AN)	The BIS/BAS scales AMS	↓IMC-SIC ↑ ↓Duración TCA-SAC ↑ ↓Ayuno-SIC ↑ ↓Abuso laxantes-SAC ↑ ↑Motivación apetitiva-SAC ↑ ↓Edad-SAC ↑ GC-mayor SAC que TCA (AN y BD)
Harrison 2016	TCA-71 GC-NO	̄x 26.6	85,7%	25-AN-R 24-AN-P 20-TCANE-AN 2-TCANE-BN	The BIS/BAS scales	Gemelos con AN o BD-↓SAC No en mellizos Cambios en SIC/SAC no significativos pre-post TCA>GC en SIC TCA<GC en SAC
Harrison 2011	TCA-121 Post-TCA -74 GC-91	M TCA-34.21 M Post-TCA-35.25 M GC-31.79	100%	84-AN: 29-AN-R 55-AN-P 34-BN	The BIS/BAS scales	AN-R < GC SAC-FS (búsqueda de recompensa) TCA > GC SIC AN-R = BN SAC

Monteleone 2014	TCA-48 GC-19	M AN-P-31,8 M AN-R-26,9 M BN-28 M GC-26,5	100%	25-AN 13 AN-P 12 AN-R 23-BN	The BIS/BAS scales	SIC-TCA > SIC-GC SAC-AN=BN=GC
Glashouwer 2014	AN-165 GC-72	M 15	100%	117-AN-R 48-AN-P	SPSRQ	AN- ↑ SIC AN-P > AN-R AN- ↑ SAC SIC/SAC como predictor de AN SAC y compromiso atencional AN > GC
Giel 2013	AN-15 GC-Atletas-15 GC-No Atletas-15	Adultas	100%	9-AN-R 6-AN-P	The BIS/BAS scales	↑ Niveles de culpa y afecto negativo cuando no se hace ejercicio AN > GC AN se mantiene por una búsqueda de recompensa (hambre como refuerzo)
Jappe 2011	AN-31 GC-33	12-45	100%	22-AN-R 9-AN-P	The BIS/BAS scales SPSRQ	AN > GC en SIC (P < .00001) AN > GC en SAC (P < .005). ↑ SIC Ansiedad, miedo ↓ SAC diversión ↑ Sensibilidad del sistema motivacional

Nota: TCA trastornos alimentarios, AN anorexia nervosa, AN-R anorexia nervosa restrictiva, AN-P anorexia nervosa con atracones/purgas, BN bulimia nerviosa, TCANE trastorno alimentario no especificado, GC grupo control, SIC sistema de inhibición conductual, SAC sistema de activación conductual, M media.

Relación C entre el apego inseguro (EAI), los sistemas motivacionales de inhibición conductual (SIC) y de activación conductual (SAC) y la Anorexia Nerviosa (AN)

En este apartado todos los estudios incluidos son transversales. La descripción de los datos encontrados se divide en función de la búsqueda, describiendo por un lado aquellos que se encontraron buscando la relación EAI-AN (A) y que se observó posteriormente que ofrecían datos también sobre la personalidad; y por otro lado los encontrados teniendo en cuenta a priori la personalidad en los términos de búsqueda de EAI-SIC/SAC-AN (C).

Los resultados de A válidos para C: la relación EAI-personalidad-AN

Como ya se ha mencionado, en la revisión de A se observaron ya alusiones a la personalidad como mediadora de la relación EAI-AN. En el estudio de Lazarević et al. (2016), se describieron las variables de evitación, perfeccionismo y preocupación hacia el cuerpo como predictoras de la AN, con la variable de EAI como agravante de la sintomatología en su asociación. Münch et al. (2016) tuvieron en cuenta factores del modelo de Eysenck, como la introversión/extroversión en la comparación entre el grupo clínico con AN y el GC, y estudiaron también la relación EAI-AN, con una mayor frecuencia del EAI en la muestra con AN. Por último, Dakanalis et al. (2014) observaron una mediación del perfeccionismo entre la asociación EAI-AN.

Los resultados recogidos sobre la personalidad describen la importancia de analizar ciertas variables de la personalidad como elementos relevantes en el estudio de la relación EAI-AN.

Sobre la relación C del EAI-SIC/SAC-AN

En primer lugar, el estudio de Monteleone et al. (2018a) encontró un papel mediador del SIC en la asociación entre el EAI Ansioso y los TCA de sintomatología restrictiva, y no encontró diferencias entre los subgrupos de TCA y el GC en su relación

con el SAC. Mencionó el apego ansioso como variable independiente, el SIC como mediadora y la AN como variable dependiente (Monteleone et al., 2018a). En segundo lugar, el estudio de De Paoli et al. (2017) observó una correlación positiva entre los EAI evitativo y ansioso, la sensibilidad al rechazo interpersonal y los síntomas alimentarios de impulso a la delgadez y bulimia (De Paoli et al., 2017). En tercer lugar, Keating et al. (2016) describieron que los EAI ansioso y evitativo, junto con los síntomas depresivos, se asocian con la AN, con el SIC como mediador. Los estilos de apego y los síntomas depresivos explicaban el 59% de la varianza de AN mediada por SIC, frente al 19% de varianza de la misma relación en el GC (Keating et al., 2016).

En los resultados de los estudios descritos se observa una clara asociación entre el EAI, el sistema motivacional SIC y los TCA (Keating et al., 2016), observándose incluso el EAI como variable antecedente, el SIC como mediadora y la AN como dependiente (Monteleone et al., 2018a). Además, se observan otras variables relacionadas, como los síntomas depresivos y la sensibilidad al rechazo interpersonal, interpretable como un modo de sensibilidad al castigo (De Paoli et al., 2017) (ver Tabla 4).

Tabla 4

Selección de estudios que investigan la relación EAI-SIC/SAC-AN

Autor/Año	Participantes (n)	Edad (años)	% Mujeres	Diagnósticos	Tests	Estilos de apego y sistemas motivacionales	Resultados
Monteleone 2018a	TCA-78 GC-45	M AN-25.15 M BN 27	100%	38-AN-R 10-AN-P 30-BN	The BIS/BAS scales ASQ	Evitativo y ansioso SIC/SAC subestilos	AN>GC en SIC AN=GC en SAC Apego Ansioso-SIC-TCA (restrictivo) BN≠AN-P en SAC Ansioso y evitativo-TCA ED>GC en sensibilidad al rechazo interpersonal
De Paoli 2017	TCA-122 GC-622	M 25,16	98%	56-AN-R 17-AN-P 17-BN 10-TA 22-OTCA+TCANE	ECR-R Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ)	Evitativo y ansioso	Ambos ansioso y evitativo- ↑ RS basado en la apariencia + rango social bajo - impulso por la delgadez o la bulimia AN=GC en SAC
Keating 2016	AN-24 GC-26	M AN-23.1 M HC-22.6	100%	23-AN-R 1-AN-P	SPSRQ Torrubia ASQ	Evitativo y ansioso SIC/SAC	AN-SIC-apego ansioso y evitativo Apego ansioso, evitativo y síntomas depresivos →59% SIC en AN.
Munch 2016	TCA 106 GC 147	M 26	100%	45-AN 29-BN 12-Otros TCA 20-excedían el punto de corte (sin diagnóstico)	AAS The Experiences in Personal Social Systems Questionnaire (EXIS.pers) Big-Five Personality Test (B5T)	Pegajoso/Dependiente Rechazante/Distanciado Ansioso/Evitativo Extroversión Neuroticismo Experiencias familiares negativas	EAI TCA>GC Neuroticismo ED>GC Introversión EAI-Introversión-TCA Experiencias negativas familiares TCA>GC EAI-Exp.Neg.-TCA Alta severidad de TCA-baja extro + alto neuro+experiencias negativas en familia AN-81,6% Apego inseguro (ansioso y evitativo)
Lazarevic 2016	AN-38 GC-462	20-25	100%	38 AN diagnosticado con el test EAT.	ECR	Evitativo y ansioso	EAI AN≠GC. Evitación, perfeccionismo y preocupación por la forma corporal son predictores significativos de AN.

Dakanalis 2014	TCA-411 GC-NO	M 25,33	100%	101-AN 167-BN 135-TCANE	ASQ	Evitativo y ansioso	Ansioso-perfeccionismo desadaptativo- TCA Mediación total Evitativo-perfeccionismo desadaptativo- TCA Mediación parcial Evitativo → ED relación directa
----------------	------------------	---------	------	-------------------------------	-----	---------------------	---

Nota: TCA trastornos alimentarios, AN anorexia nervosa, AN-R anorexia nervosa restrictiva, AN-P anorexia nervosa con atracones/purgas, BN bulimia nerviosa, TCANE trastorno alimentario no especificado, GC grupo control, SIC sistema de inhibición conductual, SAC sistema de activación conductual, M media, RS sensibilidad al rechazo.

Riesgo de Sesgo

Como se mencionó en el apartado metodología, se ha empleado la herramienta de evaluación del sesgo *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* (Wells et al., 2014). En la Tabla 4 se puede observar que, de los 30 estudios incluidos, 22 estudios tenían bajo riesgo de sesgo (73,3%), y 8, sombreados de color naranja, alto riesgo de sesgo (26,6%).

La mayoría de los estudios con alto riesgo de sesgo son por la no comparación del grupo experimental con un grupo control equivalente, como se observa en Dakanalis et al., (2014), Harrison et al., (2016), Katznelson et al., (2021) o Monteleone, (2018b, 2019 y 2021). Por otro lado, el estudio de Lazarević et al., (2016), presenta un riesgo de sesgo medio por la no definición ni representatividad adecuadas de su grupo experimental (ver Tabla 5).

Tabla 5*Riesgo de Sesgo (Escala Ottawa)*

Estudios (n=30)	Selección		Comparabilidad				Exposición		Puntuación total (máx. 9 puntos)
	Adecuación	Representatividad	Selección	Definición	1 o >1 resultados	Comprobación	Mismo método	Tasa de no respuesta	
Nalbant, 2020	-	-		-	-	-	-	-	8
Batista 2018	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Katznelson 2021	-	-			-	-			4 (no GC)
Amianto 2021	-	-	-	-	-	-		-	8
Nandrino 2020	-	-		-	-	-		-	
Monteleone 2018b	-	-			-	-			5 (no GC)
Pace 2017	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Monteleone 2021	-	-			-	-			4 (no GC)
Monteleone 2019	-	-			-	-			5 (no GC)
Cascino 2022	-	-	-	-	-	-	-	-	9

Redondo 2021	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Redondo 2018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Monteleone 2017	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Pace 2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Monteleone 2014	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Kanakam 2017	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Harrison 2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Harrison 2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 (no GC)
King 2021	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Jonker 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Bernardoni 2018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Giel 2013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Jappe 2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Glashouwer 2014	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7

Monteleone 2018a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Keating 2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
De Paoli 2017	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Dakanalis 2014	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 (no GC)
Lazarevic 2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Munch 2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7

Nota: se han empleado guiones para marcar los requisitos de cada columna del riesgo de sesgo cumplidos. Las filas sombreadas en naranja representan aquellos estudios con alto riesgo de sesgo.

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la evidencia hallada sobre la relación entre los estilos de apego inseguro, los sistemas motivacionales de la personalidad y la anorexia nerviosa, con el propósito de encontrar elementos comunes que pudieran conformar un modelo explicativo de interacción entre variables. Se han descrito 30 investigaciones, cuyos resultados se organizaron en función de las asociaciones entre las variables EAI-AN (A), SIC/SAC-AN (B) y EAI-SIC/SAC-AN (C).

Respecto a la relación EAI-AN, se ha observado que los estilos de funcionamiento familiar pueden ser de relevancia en la etiología de los TCA, tal y como se esperaba en la bibliografía previa (Gismero, 2020; Quiles et al., 2013; Wallin y Saha, 2020). El EAI evitativo se han asociado de forma más elevada con la AN que con la BN y el GC (Cascino et al., 2022; Katznelson et al., 2021; Monteleone et al., 2018b; Redondo y Luyten, 2021). El EAI ansioso mostró también una asociación con la AN y con la BN mayores que con el GC (Amianto et al., 2021; Batista et al., 2018; Pace et al., 2016). El EAI desorganizado se ha asociado con mayor fuerza con todos los TCA que con el GC (Pace et al., 2016).

En cuanto a la asociación SIC/SAC-AN, los resultados expusieron que la inhibición conductual y la sensibilidad al castigo del SIC se asociaba más fuertemente con la AN que con el GC (Glashouwer et al., 2014; Jonker et al., 2020), tal y como se esperaba en la bibliografía (Becerra, 2010; Minnick et al., 2017). Por otro lado, respecto a la relación del SAC con la AN, Kanakam et al. (2017) encontraron una correlación negativa entre la motivación apetitiva y algunos síntomas restrictivos, como el abuso de las dietas o el ayuno, con el SAC.

Sin embargo, los resultados de la relación del SAC con la AN son contradictorios, viéndose datos opuestos entre los estudios recogidos, y también en comparación con lo esperado (Becerra, 2010). Por ejemplo, el estudio de Giel et al. (2013), describió una relación del SAC mayor con el GC de no atletas que con las personas con AN, y no encontró diferencias

respecto a otro GC de atletas. Los estudios de Harrison et al., (2011, 2016) observaron una asociación menor del SAC con el GC que con la AN, y el estudio de Kanakam et al. (2017) encontró una correlación negativa del SAC y los síntomas restrictivos y el abuso de dietas (Kanakam et al. 2017).

En el estudio de la asociación entre las tres variables EAI-SIC/SAC-AN, se describió cómo el perfil restrictivo de la AN, asociándose mayoritariamente con el subtipo evitativo del EA, sugería la evitación disfuncional del refuerzo, esto es, de la comida como reforzador primario, y del apoyo social, como reforzador secundario (Keating et al., 2016). El perfil ambivalente de la BN, alternando periodos de atracones/purgas con fases restrictivas de la ingesta, podría explicar la relación directa, también con el subtipo evitativo del EAI (Keating et al., 2016), y con el EAI ansioso (Monteleone et al., 2018a). Esto puede ser debido a que la persona con BN es más tendente a la búsqueda activa del refuerzo social (Becerra, 2010; Squillace, 2011), pero al tener también malas habilidades de identificación y regulación emocional (Nandrin et al., 2020), la persona puede buscarlas de manera insaciable (EAI ansioso) o fracasar en sus reiterados intentos y preferir la autonomía (EAI evitativo, Dakanalis et al., 2014). La menor asociación encontrada del EAI ansioso con la AN que con la BN (Monteleone et al. 2018b) apoyan esta teoría. Al encontrarse evidencia de la mediación del SIC en la asociación EAI-AN, e incluso causalidad en la relación (Monteleone et al. 2018a), se puede interpretar que el apego evitativo con las personas cuidadoras puede verse agravado por una asimilación del sistema motivacional hipersensible al castigo en personas con AN (Glashouwer et al., 2014; Jappe et al., 2011).

Si cruzamos estos datos con los recogidos sobre el EAI desorganizado como indicio de vivencia de experiencia traumática en la familia, los sucesos traumáticos se pueden asociar con un rechazo a la familia por parte de la persona con AN (Pace et al., 2016), y esto con el aumento de su SIC (De Paoli et al., 2017). Asimismo, dado que el apego desorganizado está más presente

en personas con TCA que en personas sanas, este tipo de apego se puede considerar como un elemento común transdiagnóstico dentro del TCA (Lecannelier et al., 2011; Tasca et al., 2013). La relación también existente entre el EAI ansioso y la AN (Amianto et al., 2021; Batista et al., 2018; Monteleone, et al., 2018a), y el SAC y la AN (Giel et al., 2013; Glashouwer et al., 2014; Jappe et al., 2011), sugieren el rechazo del enfoque categórico y la elección del enfoque dimensional, debido a que la AN se relaciona también con estas variables, pero de manera menos intensa que con las variables del polo EAI-evitativo (Katznelson et al., 2021) y el SIC (Jonker et al., 2020).

Por último, otras variables de la personalidad, como el perfeccionismo o el neuroticismo, se pueden sumar al fortalecimiento de la relación EAI-AN (Dakanalis et al., 2014; Lazarević et al., 2016), así como la polarizada introversión o extroversión, encontrada en el estudio de Münch et al. (2016). Respecto a las variables de identificación emocional, la alexitimia se ha demostrado ser un mediador total en la relación positiva EAI-AN (Redondo y Luyten, 2021). Por ello, el estudio de Redondo y Luyten (2021) sugiere que la preferencia por una regulación emocional autónoma puede asociarse a una incapacidad para identificar las emociones propias, y esto con la sintomatología de la AN.

A continuación, se destacan las fortalezas de este estudio. En primer lugar, el haber reunido los datos de una línea de investigación poco estudiada en la actualidad, como es el análisis de la asociación entre las variables apego inseguro, sistemas motivacionales y anorexia nerviosa es un éxito. También lo es la recogida de datos contradictorios respecto a las relaciones descritas, pues permiten plantearse nuevas preguntas de investigación. En segundo lugar, esta revisión ha permitido observar la necesidad de que las investigaciones posteriores opten por el enfoque dimensional, el método longitudinal de recogida de datos y la consideración de la variable trauma en el estudio del apego y como variable independiente. Por último, es importante destacar que, con base en el estudio de revisión, se ha podido postular un modelo

teórico explicativo del funcionamiento entre variables.

Asimismo, es importante destacar que este estudio presenta limitaciones. En primer lugar, algunos de los estudios utilizaron instrumentos empíricos en los que el SAC no obtuvo una fiabilidad robusta como para realizar afirmaciones firmes en el modelo sobre su relación con los TCA (e.g., Harrison et al., 2011; Harrison et al., 2016; o Jonker, en 2020). En segundo lugar, se han encontrado muchos datos contradictorios respecto a la relación del SIC con la BN, del SAC con ambos TCA y de la diferencia entre los EAI en su asociación a los subdiagnósticos de TCA, de modo que las relaciones propuestas deberán ser confirmadas por los resultados de futuros estudios. En tercer lugar, la mayoría de los estudios emplean instrumentos que no miden el apego desorganizado/no resuelto (ECR, ASQ). Por ello, en futuras investigaciones se deberá considerar la medición psicométrica de este tipo de apego, para poder contrastar el modo de relación de esta variable, y optar por mediciones psicométricas con entrevista estructurada o semiestructurada. En cuarto lugar, este estudio no profundiza en la vivencia de trauma como variable de estudio debido a que, por su complejidad, esto requeriría una revisión aparte. En quinto lugar, la heterogeneidad de los estudios primarios, como se observa en las diferencias entre rangos de edad de los sujetos, los diferentes diseños empleados y la diversidad de la calidad metodológica, sólo permite una interpretación cautelosa. Más aún, los estudios revisados contaban casi en su totalidad con muestra exclusivamente formada por mujeres, lo que impide observar diferencias en función del género.

Al tratarse de relaciones familiares, de la formación neurobiológica de un factor de la personalidad y de la posible implicación de eventos traumáticos, se suma la necesidad de optar por el diseño de investigación longitudinal para la observación de las variables de apego, de personalidad y de trauma en las diferentes etapas del desarrollo del sistema familiar de personas que acaban desarrollando un TCA. Se ha de tener en cuenta también que algunos de los estudios recogidos no contrastaban sus resultados con un grupo control, lo que aumenta el riesgo de

sesgo de los resultados obtenidos. Por último, sería preferible contrastar los sistemas motivacionales con técnicas de neuroimagen para el análisis del funcionamiento diferencial entre casos y controles, como el análisis de las diferencias en el funcionamiento neurobiológico de los sistemas de recompensa y de aprendizaje.

El Modelo Transdiagnóstico de las Tres Dimensiones Relacionadas de los TCA

La mayor prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) respecto a los otros tipos de TCA, así como la falta de realismo y ayuda en la adopción de un enfoque categórico en el diagnóstico psicológico de los TCA hace necesario el planteamiento de alternativas, como es la adopción de un enfoque dimensional. La fluctuación diagnóstica de hasta el 50% de los casos, permite entender que, en el TCA, hay elementos comunes entre diagnósticos y elementos diferenciadores.

Los elementos comunes son aquellos que la persona especialista en TCA observa en reiteradas ocasiones en la evaluación psicológica de diferentes personas afectadas. Son ejemplos el perfeccionismo, la sobreexigencia, el déficit en la identificación o regulación emocional y en las habilidades sociales empobrecidas, los antecedentes de eventos traumáticos (Rosenberg et al., 2023), los problemas de establecimiento de relaciones de apego y el funcionamiento familiar disfuncional (Fairburn et al. 2003). En la transición terapéutica hacia los objetivos que se acuerdan en sesión, se puede observar de manera general una hipersensibilidad a los fracasos, con una tendencia a las distorsiones cognitivas de personalización y catastrofización ante los eventos desagradables. De igual manera, se observa una conducta de dependencia del refuerzo que puede denotar de igual manera hipersensibilidad al refuerzo, como ocurre en los episodios de atracones, como reforzador positivo, o la conducta de pesarse o medirse, como reforzador negativo al ser un hábito compulsivo.

La alta comorbilidad con psicopatologías muy variadas, como ocurre con los trastornos de la personalidad, así como la adopción de un enfoque dimensional en la perspectiva de estos

diagnósticos, ofrece la adopción de la dimensionalidad en el estudio de los factores sintomáticos y familiares en torno al TCA. Desde este enfoque, se observan diferencias.

Los elementos diferenciadores residen, en primer lugar, en la sintomatología internalizante o externalizante. La versión internalizante del TCA vendría representado, prototípicamente, por una AN restrictiva, con un perfil obsesivo y rígido, introvertido, alexitímico y encerrado en sí mismo. Al clínico/a le será difícil el establecimiento de la alianza terapéutica derivado de la falta de iniciativa en el aporte de información, que se acompaña de una sensación de urgencia derivado del infrapeso. Este perfil de pacientes es, con frecuencia, un perfil obsesivo y académicamente sobresaliente, motivado por una hipersensibilidad a las amenazas sobre la validez, y al miedo al rechazo o fracaso social o familiar. Ello les empuja a funcionar de un modo perfeccionista y sobre exigente, a ser personas aduladoras, simpáticas e incluso evitadoras del conflicto a través de una excesiva concordia. Respecto a sus figuras de apego, estas verán a la persona con AN como una persona reservada y de pocas palabras, con un funcionamiento muy autónomo, en ocasiones egoísta, pero procurando no generar conflictos. Sería, en este caso, la consecuencia de un funcionamiento evitativo de regulación emocional interpersonal respecto a sus figuras de apego.

Por contraste, la versión externalizante vendría representada prototípicamente por un perfil de BN, con un perfil impulsivo y desbordante, extrovertido, torpe en sus relaciones interpersonales y, frecuentemente, con facilidad de generar relaciones fusionales con las figuras de apego, en las que los límites interpersonales son muy difusos y las fronteras respecto a otras relaciones son muy rígidas. Al clínico/a le será fácil el establecimiento de la relación terapéutica por ser personas que se presentan generalmente como encantadoras y con facilidad en el aporte de información, que se acompaña de la sensación de urgencia debido al malestar referido y a la presencia de atracones, vómitos, y en ocasiones, autolesiones. Este perfil de pacientes también suele ser académicamente sobresaliente por las mismas razones, pero es un

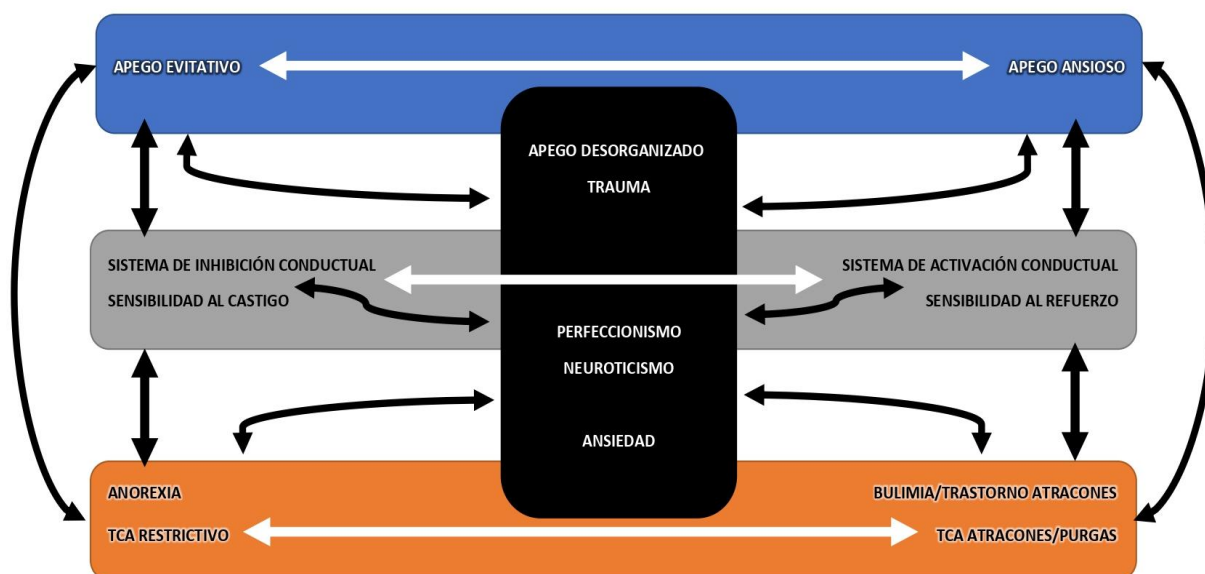
perfil en el que la impulsividad le puede llevar a mayores problemas en sus áreas de funcionamiento. Respecto a sus figuras de apego, estas verán a la persona con BN como una persona encantadora pero dependiente, que maneja incorrectamente sus emociones y que produce, en ocasiones, la intervención de ellos/as para salvaguardar a la persona de los problemas en los que puede involucrarse por su impulsividad. Sería, en este caso, un funcionamiento muy ansioso/ambivalente como tipo de apego.

El modelo propuesto se deriva de este planteamiento y de los resultados de la revisión. Pretende ofrecer una explicación alternativa del patrón de interacción de las variables, con capacidad heurística para formular nuevos enfoques y, eventualmente, resolver las contradicciones observadas. Aunque el estudio se centraba en obtener datos sobre la AN, se han aprovechado los resultados recabados sobre la interacción del EAI y el SIC/SAC con la BN, y de este modo comprender con mayor profundidad la naturaleza de la interacción.

Se trata de un modelo en el que las variables EAI, SIC/SAC y TCA funcionan como tres variables dimensionales que se asocian entre sí, de tal modo que la dimensión de cada variable está compuesta por dos polos en sus extremos: un polo llamado Restrictivo, compuesto por el EAI evitativo, el SIC y la AN (u otros TCA con naturaleza de restricción alimentaria); y otro polo Bulímico-Impulsivo, formado por el EAI ansioso, el SAC y la BN (u otros TCA con naturaleza de atracones/purgas). Las variables que comparten polo se asocian de una forma más elevada que con aquellas que se sitúan en el polo opuesto, relacionándose también con ellas, pero con menor intensidad y, en algunos casos, de forma inversa (ver Figura 2).

Figura 2

El modelo transdiagnóstico de las tres dimensiones relacionadas del TCA



Situadas en el centro del continuo, en el recuadro negro, encontramos las variables transdiagnósticas, encontradas mayoritariamente en los TCA, y que son el trauma y el apego desorganizado, el perfeccionismo, el neuroticismo, la alexitimia y las dificultades de la regulación emocional. Estas variables fortalecen la interacción interdimensional y hacen vulnerable a la persona a padecer el TCA.

El polo restrictivo

Siguiendo la hipótesis del modelo anteriormente expuesto, en la evaluación psicológica de los casos de TCA restrictivos, se encontrará con mayor probabilidad un estilo de apego evitativo y con indicios de desorganizado, y una especial sensibilidad al castigo. En el trabajo clínico real, esto podría representarse en una persona con una fuerte sintomatología de restricción alimentaria, una marcada alexitimia y una vivencia de situaciones traumáticas intrafamiliares o interpersonales (e. g., *bullying*, negligencia parental o abusos de cualquier índole). Se sumaría la conflictividad familiar, marcada por un estilo comunicacional con emoción expresada (criticismo, hostilidad, sobreimplicación). Como variables de la personalidad, desde el enfoque de Gray, se observaría una hipersensibilidad al castigo, en la

que, además, se podría invertir la capacidad reforzante de los alimentos, que se podrían convertir en un castigo por la sensación de hinchazón física, empacho y el miedo a engordar; y del hambre, que se convertiría en un refuerzo, por una sensación subjetiva de control a través de la hiporexia o anorexia. Aunque de una forma menos intensa, también mostrarían hipersensibilidad al refuerzo, por lo que la tendencia de aproximación al refuerzo, que en este caso es el hambre, aumentaría en la tolerancia al mismo, agravando así el problema. Asimismo, otras variables de personalidad, como la obsesividad, el perfeccionismo y el neuroticismo, funcionarían como mantenedoras del problema.

El polo bulímico-impulsivo

En la evaluación psicológica de un perfil de TCA bulímico o de atracones, se encontrará probablemente un estilo de apego ansioso y con puntuación elevada también en el apego desorganizado, así como una especial sensibilidad al refuerzo. Este perfil de paciente también mostraría alexitimia y una dificultad o incapacidad para la gestión de las emociones propias y de los impulsos. En la exploración se podrá observar también la vivencia de situaciones traumáticas antes mencionadas, y un estilo comunicacional familiar con emoción expresada. La hipersensibilidad al refuerzo favorecería las conductas autorreforzantes disfuncionales de hiperorexia y compensatorias, creando tolerancia al refuerzo e instigando a la persona afectada a aumentar su conducta en frecuencia, intensidad y duración. Como se ha mencionado, también tendrían una especial sensibilidad al castigo, aunque de intensidad menor que en AN, por lo que la sensación de saciedad y los sentimientos de culpa funcionarían como mantenedoras del problema, junto con el estilo de personalidad marcadamente perfeccionista y neurótico.

Sirviendo ambos polos como extremos, también se presentarían casos clínicos de TCA en situaciones intermedias, con una sintomatología compartida por ambos polos, e incluso las personas afectadas podrían derivar de un polo al otro. Esto se explicaría por la dimensionalidad y podría comprender las contradicciones recogidas en la revisión sistemática sobre la relación

observada entre variables aparentemente opuestas, como por ejemplo la sintomatología restrictiva y el SAC, o el EAI evitativo y la sintomatología bulímica. Desde este modelo se entiende como esperable la fluctuación y la transición diagnóstica, incluso como consecuencia del trabajo terapéutico, y cuyo propósito sería el estabilizar a la persona en su fluctuación, procurando mejorar su sintomatología para que pueda romper su inercia hacia el continuo psicopatológico.

Implicaciones Clínicas del Modelo

En primer lugar, destaca que la investigación en psicología de la personalidad desde el enfoque de Gray y su relación sobre los Trastornos Alimentarios es aún escasa, y la propuesta de conexión entre las variables como las que propone el modelo puede revelar modos de interacción no tenidos en cuenta hasta ahora. En segundo lugar, como fuerte implicación teórica del modelo destaca el eclecticismo teórico amplio, pues su diseño y conclusiones son el resultado de aunar diferentes enfoques dentro de la psicología (cognitivo-conductual, sistémico, terapias de tercera generación y terapias integradoras), procurando de este modo combinar los elementos de cada enfoque de intervención con una base científica rigurosa. Además, a partir de la evidencia que conformara el modelo, se podría diseñar una intervención específica para pacientes con TCA y trastornos de la personalidad concomitantes, (p.ej., evitativa, límite o histriónica).

En el modelo se priorizaría el establecimiento de un vínculo terapéutico en el que la persona pudiera sentir cómoda en el entorno terapéutico. En las primeras fases se trabajaría la evitación experiencial, los mitos y las creencias disfuncionales sobre el cuerpo y la comida que suponen un castigo para la persona, el control de impulsos y la búsqueda de la recompensa. En fases posteriores, habiendo creado un vínculo de confianza con la persona y el sentimiento de autoeficacia tras superar los primeros retos terapéuticos, se trabajarían con delicadeza los aspectos del apego en las relaciones sociales y en la familia, entendiéndose como uno de los

aspectos centrales del problema.

Por otra parte, la adopción del enfoque dimensional y transdiagnóstico acercaría más la investigación a la realidad clínica, pues el enfoque categorial con frecuencia fracasa en la práctica a la hora de establecer un diagnóstico clínico con precisión.

Finalmente, es importante destacar que este estudio presenta limitaciones. En primer lugar, algunos de los estudios utilizaron instrumentos empíricos en los que el SAC no obtuvo una fiabilidad robusta como para realizar afirmaciones firmes en el modelo sobre su relación con los TCA (e.g., Harrison et al., 2011; Harrison et al., 2016; o Jonker, en 2020). En segundo lugar, se han encontrado muchos datos contradictorios respecto a la relación del SIC con la BN, del SAC con ambos TCA y de la diferencia entre los EAI en su asociación a los subdiagnósticos de TCA, de modo que las relaciones propuestas deberán ser confirmadas por los resultados de futuros estudios. En tercer lugar, la mayoría de los estudios emplean instrumentos que no miden el apego desorganizado/no resuelto (ECR, ASQ). Por ello, en futuras investigaciones se deberá considerar la medición psicométrica de este tipo de apego, para poder contrastar el modo de relación de esta variable, y optar por mediciones psicométricas con entrevista estructurada o semiestructurada. En cuarto lugar, este estudio no profundiza en la vivencia de trauma como variable de estudio debido a que, por su complejidad, esto requeriría una revisión aparte. En quinto lugar, la heterogeneidad de los estudios primarios, como se observa en las diferencias entre rangos de edad de los sujetos, los diferentes diseños empleados y la diversidad de la calidad metodológica, sólo permite una interpretación cautelosa. Más aún, los estudios revisados contaban casi en su totalidad con muestra exclusivamente formada por mujeres, lo que impide observar diferencias en función del género.

Al tratarse de relaciones familiares, de la formación neurobiológica de un factor de la personalidad y de la posible implicación de eventos traumáticos, se suma la necesidad de optar por el diseño de investigación longitudinal para la observación de las variables de apego, de

personalidad y de trauma en las diferentes etapas del desarrollo del sistema familiar de personas que acaban desarrollando un TCA. Se ha de tener en cuenta también que algunos de los estudios recogidos no contrastaban sus resultados con un grupo control, lo que aumenta el riesgo de sesgo de los resultados obtenidos. Por último, sería preferible contrastar los sistemas motivacionales con técnicas de neuroimagen para el análisis del funcionamiento diferencial entre casos y controles, como el análisis de las diferencias en el funcionamiento neurobiológico de los sistemas de recompensa y de aprendizaje.

Conclusión

En resumen, los datos recogidos en esta revisión permiten proponer un modelo explicativo pionero en el entendimiento del estilo de apego como una variable dimensional. Entre las fortalezas de este estudio, se encuentra el haber reunido los datos de una línea de investigación poco estudiada en la actualidad, como es el análisis de la asociación entre las variables apego inseguro, sistemas motivacionales y anorexia nerviosa. También en la recogida de datos contradictorios respecto a las relaciones descritas que permiten plantearse nuevas preguntas de investigación. Investigaciones posteriores deben optar por el enfoque dimensional, el método longitudinal de recogida de datos y la consideración de la variable trauma en el estudio del apego y como variable aparte.

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Referencias

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press

*Amianto, F., Secci, I., Arletti, L., Davico, C., Abbate Daga, G., & Vitiello, B. (2021). Obsessive-compulsive symptoms in young women affected with anorexia nervosa, and their relationship with personality, psychopathology, and attachment style. *Eating and*

- Weight Disorders: EWD*. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01252-y>
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1989). *Inventory of parent and peer attachment (IPPA)*. University of Washington Seattle
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494
- Barg, G. (2011). Bases neurobiológicas del apego. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 69–81. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a07.pdf>
- *Batista, M., Žigić Antić, L., Žaja, O., Jakovina, T., & Begovac, I. (2018). Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta Clinica Croatica*, 57(3), 399–410. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01>
- Becerra, J. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 6(6), 61–65
- *Bernardoni, F., Geisler, D., King, J. A., Javadi, A.-H., Ritschel, F., Murr, J., Reiter, A. M. F., Rößner, V., Smolka, M. N., Kiebel, S. J., & Ehrlich, S. (2018). Altered Medial Frontal Feedback Learning Signals in Anorexia Nervosa. *Biological Psychiatry*, 83, 235–243
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioural and Brain Sciences*, 2(4), 637–638
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177–203
- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioural inhibition, behavioural activation, and

affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319

*Cascino, G., Ruzzi, V., D'Agostino, G., Barone, E., Del Giorno, C., Monteleone, P., & Monteleone, A. M. (2022). Adult attachment style and salivary alpha-amylase and emotional responses to a psychosocial stressor in women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 153(December 2021), 110713. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110713>

Cassioli, E., Rossi, E., Vizzotto, C., Malinconi, V., Vignozzi, L., Ricca, V., & Castellini, G. (2022). Avoidant Attachment Style Moderates the Recovery of Healthy Sexuality in Women with Anorexia Nervosa Treated With Enhanced Cognitive Behavior Therapy (CBT-E): A 2-Year Follow-Up Study. *Journal of Sexual Medicine*, 19(2), 347 – 355. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.12.001>

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>

Cortés-García, L., McLaren, V., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2021). Attachment, mentalizing, and eating disorder symptoms in adolescent psychiatric inpatients and healthy controls: a test of a mediational model. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01017-z>

Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11. <https://doi.org/10.1002/eat.22042>

*Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., Riva, G., & Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating

- disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Research*, 215(1), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.039>
- *De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., Halliwell, E., Puccio, F., & Krug, I. (2017). Social Rank and Rejection Sensitivity as Mediators of the Relationship between Insecure Attachment and Disordered Eating. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 469–478. <https://doi.org/10.1002/erv.2537>
- Feeney, J., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). *Attachment Style Questionnaire*. Guilford Press
- Forsén, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2019). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *Psychology and Psychotherapy*, 92(3), 379–393. <https://doi.org/10.1111/papt.12184>
- Fox, J. R., Dean, M., & Whittlesea, A. (2017). The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 103–125. <https://doi.org/10.1002/cpp.1984>
- Gander, M., Fuchs, M., Franz, N., Jahnke-Majorkovits, A.-C., Buchheim, A., Bock, A., & Sevecke, K. (2021). Non-suicidal self-injury and attachment trauma in adolescent inpatients with psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 111. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152273>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). The adult attachment interview. *Unpublished Manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley*
- *Giel, K. E., Kullmann, S., Preißl, H., Bischoff, S. C., Thiel, A., Schmidt, U., Zipfel, S., & Teufel, M. (2013). Understanding the reward system functioning in anorexia nervosa: crucial role of physical activity. *Biological Psychology*, 94(3), 575–581
- Gismero, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la

- intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33–47.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
- *Glashouwer, K. A., Bloot, L., Veenstra, E. M., Franken, I. H. A., & de Jong, P. J. (2014). Heightened sensitivity to punishment and reward in anorexia nervosa. *Appetite*, 75, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.12.019>
- Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, 8(3), 249–266. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(70\)90069-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(70)90069-0)
- Grenon, R., Tasca, G. A., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G., & Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: the mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*, 19, 49-56.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment
- *Harrison, A., Sternheim, L., O'Hara, C., Oldershaw, A., & Schmidt, U. (2016). Do reward and punishment sensitivity change after treatment for anorexia nervosa? *Personality and Individual Differences*, 96, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.051>
- *Harrison, A., Treasure, J., & Smillie, L. (2011). Approach and avoidance motivation in eating disorders. *Psychiatry Research*, 188(3), 396–401.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.022>
- Huh, H. J., Jeong, B. R., Hwang, J. H., & Chae, J.-H. (2020). High behavioural inhibition system/behavioural activation system sensitivity, childhood emotional neglect and their interaction as possible related factors for adult attachment style in depression. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 122–129. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0165>
- *Jappe, L. M., Frank, G. K. W., Shott, M. E., Rollin, M. D. H., Pryor, T., Hagman, J. O., Yang, T. T., & Davis, E. (2011). Heightened sensitivity to reward and punishment in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 317–324.

<https://doi.org/10.1002/eat.20815>

- *Jonker, N. C., Glashouwer, K. A., Hoekzema, A., Ostafin, B. D., & de Jong, P. J. (2020). Heightened self-reported punishment sensitivity, but no differential attention to cues signaling punishment or reward in anorexia nervosa. *PloS One*, *15*(3), e0229742
- *Kanakam, N., Krug, I., Collier, D., & Treasure, J. (2017). Altered Reward Reactivity as a Behavioural Endophenotype in Eating Disorders: A Pilot Investigation in Twins. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, *25*(3), 195–204. <https://doi.org/10.1002/erv.2512>
- *Katznelson, H., Daniel, S. I. F., Poulsen, S., Lunn, S., Buhl-Nielsen, B., & Sjögren, J. M. (2021). Disturbances in the experiences of embodiment related to attachment, mentalization and self-objectification in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00463-z>
- * Keating, C., Castle, D. J., Newton, R., Huang, C., & Rossell, S. L. (2016). Attachment insecurity predicts punishment sensitivity in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *204*(10), 793-798
- Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Security Scale. *Developmental Psychology*
- *King, J. A., Braem, S., Korb, F. M., Diekmann, L. S., Roessner, V., Steding, J., & Ehrlich, S. (2021). The Impact of Punishment on Cognitive Control in a Clinical Population Characterized by Heightened Punishment Sensitivity. *Journal of Abnormal Psychology*, *131*(2), 130–140. <https://doi.org/10.1037/abn0000713>
- Lan, X., & Wang, W. (2020). To be Shy or avoidant? Exploring the longitudinal association between attachment and depressive symptoms among left-behind adolescents in rural China. *Personality and Individual Differences*, *155*, 109634. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109634>
- *Lazarević, J., Batinić, B., & Vukosavljević-Gvozden, T. (2016). Risk factors and the

- prevalence of anorexia nervosa among female students in Serbia. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(1), 34–41. <https://doi.org/10.2298/vsp1307091211>
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M. (2011). Attachment & psychopathology: An update review of parental etiological models of disorganized attachment. *Terapia Psicologica*, 29(1), 107–116. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082011000100011>
- Linardon, J., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2018). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioural therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials? *The International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1303–1311. <https://doi.org/10.1002/eat.22986>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Martinussen, M., Friberg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffler, A. L., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 201–209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Meyer, B. (2002). Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 174–188. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.2.174.22546>
- Minnick, A. M., Cachelin, F. M., & Durvasula, R. S. (2017). Personality Disorders and Psychological Functioning Among Latina Women with Eating Disorders. *Behavioural Medicine*, 43(3), 200–207. <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1276429>
- *Monteleone, A. M., Cardi, V., Volpe, U., Fico, G., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Castellini, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2018a). Attachment and motivational systems: Relevance

- of sensitivity to punishment for eating disorder psychopathology. *Psychiatry Research*, *260*, 353–359. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.002>
- *Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., Zamponi, F., Mancini, M., Stanghellini, G., Monteleone, P., Treasure, J., & Maj, M. (2017). Embodiment Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology. *European Eating Disorders Review*, *25*(6), 461 – 468. <https://doi.org/10.1002/erv.2536>
- *Monteleone, A. M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Fico, G., Pellegrino, F., Castellini, G., Steardo, L. J., Monteleone, P., & Maj, M. (2018b). Insecure Attachment and Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis Functioning in People with Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, *80*(8), 710–716. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000629>
- *Monteleone, Al. M., Cascino, G., Martini, M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Delsedime, N., Abbate-Daga, G., & Marzola, E. (2021). Confidence in one-self and confidence in one's own body: The revival of an old paradigm for anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(4), 818–827. <https://doi.org/10.1002/cpp.2535>
- * Monteleone, A. M., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Cascino, G., Del Giorno, C., ... & Maj, M. (2019). The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the trier social stress test. *Psychoneuroendocrinology*, *101*, 278-285. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.232>
- *Monteleone, P., Scognamiglio, P., Monteleone, A. M., Perillo, D., & Maj, M. (2014). Cortisol awakening response in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa: relationships to sensitivity to reward and sensitivity to punishment. *Psychological Medicine*, *44*(12), 2653–2660. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000270>
- *Münch, A. L., Hunger, C., & Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of

- personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 4(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0141-4>
- Murcia, F. M. M., Cangas, A. J., Pozo, E. M., Sánchez, M. M., & Pérez, M. L. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21(1), 33–38
- Murray, S. L., & Holton, K. F. (2021). Post-traumatic stress disorder may set the neurobiological stage for eating disorders: A focus on glutamatergic dysfunction. *Appetite*, 167, 105599. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105599>
- * Nalbant, K., Kalayci, B. M., & Akdemir, D. (2020). Attachment Security and Perceived Expressed Emotion in Adolescents with Anorexia Nervosa. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 31(1), 22
- *Nandrino, J.-L., Dodin, V., Cottencin, O., & Doba, K. (2020). Effect of intrapersonal emotional competences on the relationship between attachment insecurity and severity of eating disorder symptoms in patients with restrictive anorexia. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 476–492. <https://doi.org/10.1002/jclp.22877>
- Oldham-Cooper, R., Semple, C., & Wilkinson, L. L. (2021). Reconsidering a role for attachment in eating disorder management in the context of paediatric diabetes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 669–681. <https://doi.org/10.1177/1359104520986215>
- * Pace, C. S., Guiducci, V., & Cavanna, D. (2016). A controlled study of attachment representations and emotion regulation in female adolescents with anorexia nervosa. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(1)
- *Pace, C. S., Guiducci, V., & Cavanna, D. (2017). Attachment in eating-disordered outpatients with and without borderline personality disorder. *Journal of Health Psychology*, 22(14),

1808–1818. <https://doi.org/10.1177/1359105316636951>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews*, *10*(1), 1-11

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*

Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loredio, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, *18*(1), 100–115. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>

Quiles, Y., Quiles, M. J., Pamies, L., Botella, J., & Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: a meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *28*(4), 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>

*Redondo, I., & Luyten, P. (2021). Alexithymia Mediates the Relationship Between Insecure Attachment and Eating Disorder Symptoms. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, *39*(4), 491–508. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00381-0>

*Redondo, Iratxe, & Luyten, P. (2018). The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *82*(3), 202–223. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.3.202>

Rodriguez, G. (2008). Validación del método de la situación extraña de Mary Ainsworth en niños argentinos entre 1 y 3 años de edad. In *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires

- Rosenberg, T., Lahav, Y., & Ginzburg, K. (2023). Child abuse and eating disorder symptoms: shedding light on the contribution of identification with the aggressor. *Child Abuse & Neglect, 135*, 105988.
- Shahzadi, K., & Walker, B. R. (2022). Reinforcement sensitivity theory and adult attachment: A replication study. *Current Psychology, 41*(3), 1440–1446. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00685-5>
- Smillie, L. D., & Jackson, C. J. (2005). The appetitive motivation scale and other BAS measures in the prediction of approach and active avoidance. *Personality and Individual Differences, 38*(4), 981–994
- Squillace, M., Janeiro, J. P., & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana, 3*(1), 8-18
- Szalai, T. D. (2020). Attachment Interventions in the Treatment of a Case of Binge Eating Disorder. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata, 35*(3), 307–321
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 710 – 717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., ... & Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 926-933.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J., & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences, 31*(6), 837–862.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00183-5)

- Wallin, U., & Saha, S. (2020). Implementation of Key Components of Evidence-Based Family Therapy for Eating Disorders in Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Care. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 59. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00059>
- Wallis, A., Miskovic-Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R. D., Cao, L., & Touyz, S. (2018). Family Functioning and Relationship Quality for Adolescents in Family-based Treatment with Severe Anorexia Nervosa Compared with Non-clinical Adolescents. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association, 26*(1), 29–37. <https://doi.org/10.1002/erv.2562>
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2014). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa (ON): Ottawa Health Research Institute.

CAPÍTULO 4

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Investigación Empírica

Estudio de la relación entre el Apego, los Sistemas Motivacionales y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Resumen

El estilo de apego inseguro familiar, la hipersensibilidad de los sistemas motivacionales y el antecedente de experiencia vital traumática se han asociado al trastorno de la conducta alimentaria (TCA). El riesgo de desarrollar un déficit en la regulación emocional es mayor en estilos de apego familiar inseguros y/o con experiencias vividas de sucesos traumáticos, pudiendo favorecer la aparición de la sensibilidad al rechazo interpersonal, la búsqueda activa del refuerzo social, y el TCA. El objetivo de este estudio consistió en investigar si el apego inseguro podía asociarse a los sistemas motivacionales, al impacto del trauma y a los TCA. Ochenta y una mujeres voluntarias participaron en este estudio, siendo 42 aquellas diagnosticadas de TCA que formarían parte del grupo clínico, y 39 personas sin TCA que formarían parte del grupo control. Todas las participantes rellenaron los cuestionarios BSI 18, CaMir, SCSR, EDI-3 y el CIT. Las mujeres con TCA obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las mujeres del grupo control en los niveles de psicopatología general, de apego inseguro, de los sistemas motivacionales, de TCA y de impacto del trauma. En el grupo clínico, los estilos de apego inseguro se relacionaron positiva y significativamente con los indicadores de TCA y con algunos del impacto del trauma, pero no con el sistema de inhibición conductual (SIC). En el grupo control, los estilos de apego inseguro se relacionaron positiva y significativamente con el sistema de activación conductual (SAC), con algunos indicadores del impacto del trauma y con la sintomatología restrictiva del TCA. En el grupo clínico, el análisis de regresión lineal estableció como variable predictora el apego evitativo y el SIC, y como variable dependiente la sintomatología restrictiva de TCA. Por otro lado, también estableció el apego ansioso como variable independiente y la sintomatología bulímico-impulsiva del TCA como variable dependiente. El análisis de moderación estableció el SIC

como moderador significativo de la relación entre el apego evitativo y el TCA restrictivo, en sus puntuaciones bajas y medias. No se obtuvo evidencia de moderación del SAC. Estos hallazgos sugieren una relación de causalidad respecto al apego inseguro y su efecto sobre el TCA, con evidencias de SIC como variable moderadora en el caso del apego evitativo y los síntomas restrictivos del TCA. Los hallazgos y las limitaciones se exponen con base al modelo teórico propuesto.

Introducción

Como ya se ha señalado en capítulos previos, los trastornos de la conducta alimentaria, en adelante TCA, son patologías psiquiátricas en las que, además de la sintomatología relacionada con el cuerpo y la comida, existen alteraciones de la personalidad (Martinussen et al., 2017) y del funcionamiento socioemocional interpersonal y familiar (Monteleone et al., 2018a; Münch et al., 2016).

Algunas de las alteraciones de la personalidad que se han relacionado con el TCA son el elevado perfeccionismo (Barnes y Caltabiano, 2017; Tasca y Balfour, 2014), el neuroticismo (Münch et al., 2016), la polarizada introversión o la extroversión (Münch et al., 2016), la rigidez obsesiva (Amianto et al., 2021; Reas et al., 2013), y también las elevadas Sensibilidades al Castigo (SC) y al Refuerzo (SR) (Giel et al., 2013; Jappe et al., 2011; King et al., 2021).

Desde el modelo de personalidad de Gray (Becerra, 2010; Gray, 1970), la SC y la SR estarían reguladas por el sistema de inhibición conductual (SIC) y el sistema de activación conductual (SAC), respectivamente. En los casos de TCA se ha demostrado una hipersensibilidad tanto al SIC como al SAC (Jappe et al., 2011), aunque de manera más pronunciada con el SIC (Harrison et al., 2011; Kanakam et al., 2017; Monteleone et al., 2014). Cuando la sintomatología de personalidad se agrava, se pueden conformar trastornos de la personalidad concomitantes, como son el trastorno de la personalidad evitativa, con un 33% de comorbilidad con anorexia nerviosa (AN) restrictivas, o el trastorno de la personalidad límite,

con una comorbilidad del 42% con los TCA del subtipo bulímico y del 37% con el subtipo restrictivo, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (Reas et al., 2013), el trastorno de la personalidad histriónica, con un 13% para el AN bulímico o el trastorno de la personalidad dependiente, con un 10% entre las AN restrictivas, entre otros (Piran et al., 1988).

Además, el funcionamiento interpersonal y familiar que se observa en los TCA suele estar inmerso en un estilo comunicacional afectado por la emoción expresada (Nalbant et al., 2020), con una comunicación hostil y/o agresiva (Nalbant et al., 2020), alexitímica (Keating et al., 2013), con invalidación emocional derivada de la sobreprotección (Laporte y Guttman, 2007) y alteraciones en las conductas de apego (Amianto et al., 2021; Batista et al., 2018).

Desde las teorías del apego (Bowlby, 1979), la capacidad de regular las emociones, fabricar las habilidades de afrontamiento frente a las amenazas y buscar el apoyo social se ve afectada por el tipo de interacción temprana con los padres/madres/cuidadores (Cascino et al., 2022). Desde los primeros años de vida, a través del estilo de apego, la persona genera unas expectativas de funcionamiento interpersonal que marcan el modo de interacción con su entorno social (Bowlby, 1979; Cascino et al., 2022).

Se han descrito hasta ahora cuatro estilos de apego (Jewell et al., 2016). En el apego seguro, que es el modo de interacción considerado como protector de la salud mental, existe un equilibrio entre la percepción de los cuidadores como una base segura en la que poder refugiarse cuando la persona se siente indefensa, y el sistema de exploración, en el que a la persona se le permite explorar su entorno físico y social en ausencia de los cuidadores (Jewell et al., 2016). Cuando se produce un desequilibrio entre los sistemas de refugio y de exploración en las personas, se conforma el apego inseguro (Bowlby, 1979; Cascino et al., 2022).

Se ha observado una mayor presencia de apego inseguro en personas con TCA (Monteleone et al., 2021; Münch et al., 2016; Nalbant et al., 2020; Redondo y Luyten, 2021). De este modo, se ha observado relación entre el apego inseguro evitativo y el diagnóstico de

Anorexia Nerviosa (AN, Katznelson et al., 2021; Monteleone et al., 2018a; Pace et al., 2017), y el apego ansioso y la bulimia nerviosa (BN, Becerra, 2010; Monteleone et al., 2019). El apego desorganizado, como síntoma de vivencia traumática, se relaciona con frecuencia con ambos diagnósticos (Pace et al., 2016; Redondo y Luyten, 2021; Redondo y Luyten, 2018).

Estilo de Apego Inseguro, Sistemas Motivacionales y Trastornos Alimentarios

Las evidencias obtenidas por Monteleone et al. (2018a), y respaldadas por los estudios previos de Dakanalis et al. (2014) y Munch et al. (2016), indican que el apego inseguro se establece como el antecedente del TCA y con la sensibilidad al castigo como variable mediadora. De este modo, se entiende que el modo en el que la persona conforma su sensibilidad al castigo está condicionado por el estilo de interacción con sus cuidadores (Huh et al., 2020; Shahzadi y Walker, 2022), y puede facilitar, si es disfuncional, la tendencia a desarrollar la psicopatología (Dakanalis et al., 2014; Monteleone et al., 2018a; Münch et al., 2016). Sin embargo, la relación causal aún no ha quedado suficientemente contrastada, y además no se estudia la influencia del trauma como apego desorganizado como indicador de vivencia de trauma en la muestra.

Los estudios que estudian la relación a tres entre el apego inseguro, los sistemas motivacionales y los TCA, muestran una relación entre apego inseguro, la SC del Sistema de Inhibición Conductual (SIC) y los TCA. Cuando se observa la relación con el SAC, se encuentran resultados mixtos, esto es, a favor y en contra de la relación con el apego inseguro y la sintomatología de TCA (Budia et al., 2023).

Antecedente de Trauma en la Relación entre el Apego, Sistemas Motivacionales y Trastornos de la Conducta Alimentaria

El antecedente de vivencia de experiencias traumáticas familiares en el pasado de la persona está muy presente en las personas con un TCA (Rosenberg et al., 2023). Como factor desestabilizador, las experiencias traumáticas infantiles se asocian con la formación de

relaciones de apego inseguro de la persona con sus familiares (Lecannelier et al., 2011), haciendo más vulnerable a la persona al padecimiento de un TCA (Nandrino et al., 2020).

Esto también puede afectar a su personalidad, pues el antecedente de trauma puede asociarse a una hipersensibilidad al castigo o rechazo interpersonal, así como una mayor dependencia del refuerzo extrínseco derivado del entorno social (Glashouwer et al., 2014; Liotti, 2017). Ante esta hipersensibilidad, la persona realizará un mayor esfuerzo en evitar o forzar ciertas situaciones interpersonales, pudiendo suponer una fuente de conflictos con familiares y otras personas allegadas.

Por lo expuesto, el impacto del trauma no resuelto se convierte en un principal desestabilizador emocional e interpersonal, cuya importancia en este estudio será mayúscula. Al existir la asociación descrita entre la vivencia traumática y los TCA independientemente del diagnóstico (Tasca et al., 2013), y, por otro lado, del trauma con todos los estilos de apego inseguro (Lecannelier et al., 2011) y con los sistemas motivacionales (Liotti, 2017), el planteamiento de la variable trauma como una variable transdiagnóstica y dimensional, influyente en el análisis de las asociaciones entre apego, sistemas motivacionales y TCA, puede suponer un mayor acercamiento a la realidad clínica.

Objetivos e Hipótesis

En suma, esta investigación tiene como objetivo principal estudiar la relación entre las variables apego inseguro, sistemas motivacionales y TCA, junto al impacto del trauma, en una muestra de pacientes con TCA, que conformarán el grupo clínico (GTCA), y en un grupo control equivalente (GC), con el objetivo de contrastar un modelo explicativo propuesto de la relación entre variables.

Los objetivos específicos se resumen en:

1) Comprobar si existe una relación entre las variables de TCA con el apego inseguro y con la Sensibilidad al Castigo del SIC y la Sensibilidad al Refuerzo del SAC.

2) Contrastar la existencia de diferencias significativas entre las variables que se denominarán del “polo restrictivo”, que son anorexia (u otros TCA restrictivos), apego evitativo y Sensibilidad al Castigo; y las que se denominarán del “polo bulímico-impulsivo”, que son la bulimia o el trastorno de atracones (u otros TCA impulsivos), el apego ansioso y la Sensibilidad al Refuerzo.

3) Contrastar, con los datos recogidos, el Modelo Transdiagnóstico de las Tres Dimensiones Relacionadas en TCA de Budia et al. (2023), que estudia la relación entre las variables de apego inseguro, los sistemas motivacionales y los TCA en función de los polos propuestos, restrictivo y bulímico impulsivo.

En función de estos objetivos, se formulan las siguientes hipótesis:

H₁: Existirán diferencias significativas entre los grupos clínico y control equivalente en las variables de apego, sistemas motivacionales SIC y SAC y el impacto del trauma.

H₂: La asociación entre las variables del polo restrictivo (apego evitativo, SIC y la sintomatología restrictiva del TCA), será mayor que con la sintomatología bulímica y con el grupo control.

H₃: La asociación entre las variables del polo bulímico-impulsivo (apego ansioso, SAC y la sintomatología bulímico-impulsiva del TCA), será mayor que con la sintomatología restrictiva y con el grupo control.

H₄: Existirán correlaciones positivas y significativas entre el apego desorganizado, SIC y el SAC y los indicadores de TCA restrictivo y bulímico-impulsivo.

H₅: Existen correlaciones positivas y significativas entre los indicadores de impacto del trauma, los estilos de apego inseguro, el SIC y el SAC y los indicadores de TCA restrictivo y bulímico-impulsivo en el grupo clínico.

Método

Participantes

Las personas participantes que conformarán el Grupo Clínico (GTCA) han sido reclutados de los centros colaboradores especializados en la intervención ambulatoria, de hospital de día e ingreso hospitalario/domiciliario (ver [Tabla 5](#)), entre las fechas 17 de marzo del 2023 y el 22 de abril del 2023.

Para poder realizar este estudio se obtuvo previamente el consentimiento del Comité de Ética de la Investigación (CEI) tanto del centro formativo (URJC) como del hospital en el que se recogen los datos (CEIm del Hospital Universitario Puerta del Hierro, CEI del Hospital Universitario de Móstoles y CEI del Hospital Clínico San Carlos). Asimismo, las personas que participaron leyeron una hoja de información específica y firmaron un consentimiento informado en físico (véase [Anexo 1](#)), y las menores de 16 años un asentimiento informado (véase Anexo 3), en el que se les informó sobre todo el procedimiento y propósitos del estudio y de la recogida de sus datos, y en el que tuvieron la oportunidad de resolver sus dudas con el investigador antes de cumplimentarlo. Los centros del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con los que se estableció la colaboración para participar en este estudio son, en primer lugar, la Unidad de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Móstoles (Madrid), el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid) y el Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Además de los centros del SERMAS, también colaboró para la obtención de la muestra un centro especializado en TCA de entidad privada, el centro de psicoterapia Vínculo. En este centro, se recogieron los primeros datos de las participantes voluntarias. En él se diseñó la investigación en colaboración de todo el equipo interdisciplinar, y se realizó el pilotaje del procedimiento de recogida de datos aprobado por los CEI. Viendo la viabilidad del protocolo, se siguió posteriormente la misma estructura en las Unidades de Trastornos de la Conducta

Alimentaria del SERMAS. Además, para la obtención de la muestra del grupo control, se contó con la colaboración de la Universidad Europea de Madrid y la Universidad Rey Juan Carlos.

Las personas del grupo clínico fueron, en esencia mayores de edad, aunque también se permitía por protocolo que participaran menores si cumplían con los criterios de inclusión. En esencia, estas personas debieron cumplir criterios DSM-5-TR o CIE-11 para los diagnósticos de AN y sus subtipos, BN y sus subtipos, Trastorno de Atracones (TA) y haber comenzado con la sintomatología del TCA al menos siete años antes de la participación en el estudio. La elección de este segmento temporal de la sintomatología se justificó por el criterio de cronicidad observado en el estudio de Calvo et al. (2012) y posteriormente Kirszman, (2020) que permite observar la sintomatología en resistencia al tratamiento; así como por la necesidad de observar el desarrollo de las variables de estudio de la personalidad desarrolladas plenamente, como es el caso del SIC en lo observado en el estudio de Kanakam et al. (2017) ([ver Tabla 6](#)).

Los criterios de exclusión fueron ([ver Tabla 6](#)): sintomatología iniciada con una antigüedad inferior a los seis años desde la participación en el estudio, antecedentes o comorbilidad de consumo de sustancias o de adicciones sin sustancia o cualquier otro trastorno del eje I, enfermedad mental o física grave, discapacidad física o intelectual, daño cerebral adquirido o haber sufrido accidentes con cualquier grado de afectación neurológica.

Las personas participantes que conformaron el Grupo de Control Equivalente (GC), fueron todas mujeres adultas con una media de edad de entre 33 y 34 años y un nivel educativo medio, sin diferencias significativas respecto al GTCA. Estas voluntarias fueron reclutadas en los centros formativos colaboradores y de personas conocidas de estas, cumpliendo siempre con los siguientes criterios de inclusión: ausencia vital y actual de trastornos mentales diagnosticados o cuadro sintomatológico significativo compatible con trastornos recogidos en el DSM-5-TR, ausencia de diagnóstico de TCA en familiares de su generación y de las 2

generaciones anteriores a la persona (hermanos, padres, tíos, primos, abuelos) y sin enfermedad mental o física grave, discapacidad física o intelectual, daño cerebral adquirido o haber sufrido accidentes con cualquier grado de afectación neurológica ([ver Tabla 6](#)). El muestreo para la participación en el GC fue incidental, pero se buscó que sea equivalente, cumpliendo los criterios de inclusividad descritos. En su defecto, se asumirá que sea un Grupo Cuasi-control. La introducción del GC está justificada por la necesidad de realizar una comparación entre casos y población sana de cara al desarrollo del modelo.

El reclutamiento de las personas que se ofrecieron voluntariamente a formar parte del GC se realizó asistiendo presencialmente a los centros académicos colaboradores por parte de un miembro o varios del equipo investigador. Se buscó que el perfil sociodemográfico del participante del GC fuera lo más equivalente posible al perfil previamente obtenido en el reclutamiento del GTCA (edad, género y nivel educativo). Se explicó verbalmente todo el contenido descrito en la hoja de información al participante, consentimiento informado y asentimiento informado, y se les proporcionó el documento de información al participante (HIP).

Tabla 6*Criterios de inclusión y exclusión en función de los grupos de estudio*

	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Grupo Clínico (GTCA)	Cumplir criterios DSM-5-TR y/o CIE-11 para TCA. Mayores o menores de edad, pero cumpliendo el criterio de Cronicidad: ≥ 7 años con TCA.	Diagnóstico TCA < 7 años. Patología dual. Otras patologías eje I. Enfermedad mental o física grave. Discapacidad física o psíquica. Haber sufrido accidentes neurológicos o daño cerebral adquirido.
Grupo Control Equivalente (GC)	Mismo rango de edad, género y nivel de educación que el GE. Ausencia vital y actual de trastorno mental diagnosticado o sintomatología compatible. No TCA en 3 generaciones familiares. Sin enfermedad mental o física grave. Sin discapacidad física o psíquica, ni daño cerebral adquirido ni accidentes de afectación neurológica.	Nivel de edad o educación diferente al promedio del GE. Diagnóstico o sintomatología compatible con trastorno mental. TCA en hermanos o primos, padres, tíos o abuelos. IMC <18,5 o >25. Diagnóstico de enfermedad mental o física grave. Discapacidad física o psíquica diagnosticada o historial de accidente con afectación neurológica.

Evaluación

Se recogieron los datos sociodemográficos, psicopatológicos y clínicos a través de la administración de cuestionarios por un psicólogo general sanitario especializado (el doctorando). Los diagnósticos clínicos de TCA fueron realizados previamente por especialistas en psicología clínica y psiquiatras.

Instrumentos

Cada participante cumplimentó los cuestionarios e inventarios siguientes (ver Tabla 7):

Tabla 7*Instrumentos cuantitativos para administrar en función de los grupos de estudio*

Grupo Clínico (GTCA)	Grupo Control (GC)
Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18) (Derogatis, 1994)	Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18) (Derogatis, 1994)
Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 3)	Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 3)
Cuestionario de Apego CaMir	Cuestionario de Apego CaMir
Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad al Refuerzo (SCSR)	Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad al Refuerzo (SCSR)
Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT)	Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT)

4. **Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18).** El inventario BSI 18, desarrollado por Derogatis y Fitzpatrick (2004), es un instrumento autoaplicado de 18 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta, de 0 (nunca) a 4 (mucho). Presenta una consistencia interna de entre 0,78 y 0,91 y adecuados índices de validez de criterio y de constructo (Derogatis y Fitzpatrick, 2004). En la muestra obtenida para este estudio, la consistencia interna obtuvo un valor entre 0,95 (alfa) y 0,96 (omega). Por último, el instrumento presenta cuatro dimensiones. En primer lugar, la somatización (SOM), con seis ítems como, por ejemplo, el ítem 1 de “Sensación de desmayo o mareo”. Esta dimensión mide el malestar causado por la percepción de una disfunción corporal y la manifestación somática de los trastornos de ansiedad y depresión. La segunda dimensión es la depresión (DEP), con otros seis ítems, como por ejemplo el ítem 2 de “No sentir interés por las cosas”. Esta dimensión mide los sentimientos de disforia, autodesprecio, anhedonia, pérdida de esperanza e ideación suicida. En tercer lugar, la ansiedad (ANS), con los seis ítems restantes, como por ejemplo el ítem 3 de “Nerviosismo o temblor”. Esta mide síntomas de nerviosismo, tensión, agitación motriz y aprehensión. Por último, el índice global de severidad (IGS), que resume el nivel general de

malestar psicológico y psicosomático del sujeto. La adaptación española fue llevada a cabo por el Departamento de I+D de *Pearson Clinical & Talent Assessment*, en colaboración con la Universidad de Valencia y la empresa *SGS Tecnos S. A.*

5. **El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).** Se trata de un inventario autoaplicado de 91 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que oscilan desde el 0 (nunca) al 5 (siempre). Presenta unos valores de consistencia interna de entre 0,74 y 0,96 y buenos índices también de validez de constructo (Garner, 2004). En nuestra muestra, el inventario obtuvo una muestra de entre 0,85 (alfa de Cronbach) y 0,81 (omega de McDonald). La estructura factorial del EDI-3 se compone de 12 factores y dos escalas de riesgo. Los factores son, en primer lugar, la obsesión por la delgadez (DT), que evalúa el deseo de estar más delgado/a, miedo a ganar peso y preocupación por la alimentación. Se conforma de siete ítems como, por ejemplo, el ítem 1 de “Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme”. En segundo lugar se encuentra la subescala de bulimia (B), que mide la tendencia a pensar en realizar atracones. Se compone de ocho ítems, como por ejemplo el ítem cuatro de “Suelo comer cuando estoy disgustado”. En tercer lugar, la insatisfacción corporal (BD), que mide la insatisfacción con la figura corporal, se compone de diez ítems, como por ejemplo el ítem 2 de “Creo que mi estómago es demasiado grande”. En cuarto lugar se encuentra la subescala de baja autoestima (LSE), que evalúa la autoevaluación negativa y los sentimientos de inseguridad, ineficacia y ausencia de valía personal. Consta de siete ítems, como por ejemplo el ítem 10 de “Me considero una persona poco eficaz”. En quinto lugar, la alienación personal (PA), que mide la sensación de vacío emocional, la soledad y los sentimientos de incompreensión de uno/a mismo/a. Se compone de seis ítems, como por ejemplo el ítem 20 de “Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida”. En sexto lugar, la inseguridad interpersonal (II) que evalúa la sensación de incomodidad y de aprensión del sujeto cuando se encuentra en situaciones sociales y la reticencia a participar en ellas. Se

compone de siete ítems, como por ejemplo el ítem 15 de “Soy capaz de expresar mis sentimientos”. En séptimo lugar la desconfianza interpersonal (IA), que recoge los sentimientos de desilusión, decepción, distanciamiento y desconfianza en las relaciones, así como sentirse atrapado/a en las relaciones. Está compuesto por siete ítems, como por ejemplo el ítem 17 de “Confío en los demás”. En octavo lugar se encuentra la subescala de los déficits interoceptivos (ID), que mide la dificultad para reconocer con precisión y responder a los diferentes estados emocionales, incluyendo las subescalas de miedo y confusión ante las emociones. Se compone de nueve ítems, como el ítem 8 de “Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes”. En noveno lugar el desajuste emocional (ED), que evalúa la tendencia a ser inestable emocionalmente, impulsivo, temerario, iracundo y autodestructivo. Se compone de ocho ítems, como el ítem 67 de “La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable”. En décimo lugar se encuentra la subescala del perfeccionismo (P), que mide la imposición social o autoimpuesta a sí mismo de alcanzar los más altos niveles de logro personal y la consecución de los objetivos con el máximo nivel de exigencia. Se compone de seis ítems, como por ejemplo el ítem 13 de “En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes”. En undécimo lugar el ascetismo (A), que mide la tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales como la autodisciplina, la renuncia a los placeres, la restricción, el autosacrificio y el control de las necesidades, usando la dieta y la delgadez como una forma de purificación y de virtud. Se compone de 7 ítems, como por ejemplo el ítem 66 de “Me avergüenzo de mis debilidades humanas”. En duodécimo lugar el miedo a la madurez (MF), que evalúa el deseo a regresar a la seguridad de la infancia. Se compone de 8 ítems, como por ejemplo el ítem 3 de “Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro”. Por otro lado, las escalas de riesgo son el índice de riesgo de TCA (EDRC), que se obtiene sumando las puntuaciones de DT, B y BD y que se suele utilizar para realizar una exploración inicial; y el índice de desajuste psicológico general (GPMC), que se compone de las 9 escalas restantes,

y puede tener un valor de predicción del resultado del tratamiento, comprender el patrón de respuestas de la persona o indicar niveles altos de psicopatología. La adaptación española fue realizada por Elosua y López-Jáuregui (2012).

6. **El Cuestionario de Apego CaMir.** Es un cuestionario que mide las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y principio de edad adulta (Balluerka et al., 2011). Consta de 32 ítems que el participante debe responder en una escala tipo Likert de cinco puntos que oscilan entre el uno (Totalmente en desacuerdo) y el cinco (Totalmente de acuerdo). Presenta una consistencia interna de entre 55-84 y una adecuada validez factorial, convergente y de decisión (Balluerka et al., 2011). En nuestra muestra, la consistencia interna obtuvo una puntuación entre 0,58 (alfa de Cronbach) y 0,70 (omega de McDonald). La estructura factorial del CaMir se compone de 7 factores, 5 de ellas sobre estilos de apego. En primer lugar, el apego seguro corresponde el factor 1 de seguridad (disponibilidad y apoyo de las figuras de apego). Se compone de siete ítems, como por ejemplo el ítem 3 de “En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo”. En segundo lugar, el apego inseguro ansioso corresponde el factor 2 de preocupación familiar, y el factor 3 de interferencia de los padres. El factor 2 de preocupación familiar se compone de seis ítems, como por ejemplo el ítem 12 de “No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas”. El factor 3 de interferencia de los padres se compone de cuatro ítems, como es el ítem 4 de “Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido”. En tercer lugar, el apego inseguro evitativo conforma el factor 6 de autosuficiencia y rencor hacia los padres. Se compone de cuatro ítems, como por ejemplo el ítem 8 de “Detesto el sentimiento de depender de los demás”. En cuarto y último lugar se encuentra el apego desorganizado, que conforma el factor 7 de traumatismo infantil. Se compone de cinco ítems, como el ítem 1 de “Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son

parte de mis recuerdos infantiles”. Los dos factores restantes se refieren a las representaciones de la estructura familiar, siendo el factor 4 el valor de la autoridad de los padres y el factor 5 la permisividad parental. La adaptación española fue realizada por Fernando Lacasa y Alexander Muela, en 2011.

7. **El Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad al Refuerzo (SCSR).** Es cuestionario de autoinforme que consta de 48 ítems con un formato de respuesta dicotómica (Sí/No). Mide la sensibilidad al castigo y al refuerzo desde el modelo de sistemas motivacionales de Gray. Se compone de dos subescalas de 24 ítems cada una en las que se recogen la sensibilidad al castigo o sistema de inhibición conductual (SIC) y la sensibilidad al refuerzo o sistema de activación conductual (SAC). Presenta una consistencia interna de entre 75-83 (Caseras et al., 2003; Torrubia et al., 2001). En nuestra muestra, la consistencia interna del instrumento fue de entre 0,88 (alfa de Cronbach) y 0,89 (omega de McDonald).

8. **El Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT).** El cuestionario CIT, desarrollado por Crespo et al. (2020), se compone de 180 ítems con un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que oscilan desde la respuesta 1 (Nunca o Casi Nunca), hasta la 5 (Siempre o Casi Siempre). Presenta una consistencia interna de 0,81 y también adecuados índices de validez (Hernández et al., 2016). En nuestra muestra, la consistencia interna de este cuestionario obtuvo un valor entre 0,96 (alfa de Cronbach) y 0,98 (omega de McDonald). La estructura factorial se compone de 4 factores, que son el estrés postraumático, los síntomas, las alteraciones en las creencias y el deterioro en el funcionamiento. En primer lugar, el estrés postraumático (EPT) se compone de seis subescalas, que son la intrusión (INT), compuesta por cinco ítems; evitación (EVI), compuesta por dos ítems; la alteración cognitiva y del estado de ánimo (COG), compuesta por siete ítems; la alteración de la activación y la reactividad (ACT), compuesta por seis ítems; y la disociación (DIS) y la centralidad del acontecimiento (CEN), cuyo número concreto de ítems de estas subescalas no es informado

por parte de los autores (COP, 2021). En segundo lugar, la escala de síntomas se compone de un área internalizante y otra externalizante. El área internalizante de síntomas se compone de la escala de problemas somáticos (SOM), con 10 ítems; las alteraciones del sueño (SUE), con seis ítems; la ansiedad (ANS), con ocho ítems; la desregulación emocional (DES), con ocho ítems; la Dependencia emocional (DPN), con siete ítems; la Rumiación (RUM) con cuatro ítems; la Depresión (DEP), con nueve ítems; la Desconexión social (DSC), con seis ítems, el Malestar sexual (MSX), con seis ítems y las alteraciones en la conducta alimentaria (ALI), con cinco ítems. El área externalizante se compone de la escala de abuso de sustancias (SUS), con cuatro ítems; las conductas de riesgo (RIE) con siete ítems; las autolesiones (LES), con cinco ítems; la ideación y conducta suicida (SUI) con seis ítems y la ira (IRA) con siete ítems. El tercer factor, de alteraciones en las creencias, se compone de las escalas de creencias negativas sobre los demás (DEM), con cinco ítems; las creencias negativas sobre el mundo y el futuro (MUN), con seis ítems; las creencias negativas sobre uno mismo (AUT), con cuatro ítems; las creencias negativas de culpa (CUL), con cinco ítems y el autosabotaje (SAB), con tres ítems. Por último, el cuarto factor de deterioro en el funcionamiento consta de una única escala de deterioro de funcionamiento (DET), cuyo número de ítems tampoco es informado, acerca de la afectación de la vida cotidiana en relación con el acontecimiento traumático.

En este caso, el manual del cuestionario no ofrece una estructura factorial con la subdivisión de los ítems por factores, por lo que no se pueden ofrecer los ejemplos de los ítems por cada factor.

La selección final de los indicadores de cada instrumento se ha realizado en función de las variables planteadas en las hipótesis. Los subíndices que se emplearán de cada prueba para la realización de las comparaciones entre grupos y de las relaciones entre variables se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8*Elección de subíndices por cada instrumento y justificación*

Instrumentos	Subíndices	Motivo de elección
BSI-18	IGS	Medición del grado de psicopatología general.
CaMir	2 Preocupación	Medición apego ansioso
	3 Interferencia	Medición apego ansioso
	6 Autosuficiencia	Medición apego evitativo
	7 Traumatismo	Medición apego desorganizado
SCSR	SIC	Medición Sistema de Inhibición Conductual
	SAC	Medición Sistema de Activación Conductual
EDI-3	EDRC	Medición de riesgo de TCA
	A	Medición de síntomas de TCA restrictivos
	APC	Medición de síntomas de TCA bulímico-impulsivos
CIT	EPT	Medición de síntomas generales de estrés postraumático
	DSC	Medición de la restricción del estímulo social
	EVI	Medición de la restricción del estímulo emocional
	ALI	Medición de la impulsividad relacionada con la comida
	SUS	Medición de la impulsividad relacionada con las drogas
	SUI	Medición de la impulsividad relacionada con el suicidio

Procedimiento

El contacto con los participantes se realizó en dos fases, siendo la primera fase de recogida de datos y la segunda de devolución de resultados. Ambas fases tuvieron la duración permitida por cada centro, en función de la disponibilidad de los participantes para el acceso y recogida de datos. Se estimó una duración de recogida de datos a través de los cuestionarios de dos horas, con posibilidad de recoger los datos en dos días diferentes, o dentro del mismo día, pero con un descanso, si las necesidades de los centros o de los participantes así lo requerían.

La recogida de datos se hizo mediante un muestreo por conveniencia, debido a que la accesibilidad a los pacientes se ve condicionada por la disponibilidad de estos en los centros

sanitarios y del intervalo de tiempo del que el centro dispone para que se realice la recogida y devolución de los datos. La revisión de los datos fue abierta, con el propósito de que los participantes puedan consultar cualquier duda que puedan tener y estos puedan ser contactados posteriormente para la devolución de los resultados del estudio.

Se estimó como plazo para la recogida de datos, análisis de estos y devolución de los resultados de aproximadamente cuatro meses, dependiendo del acceso a la muestra. Aquellas personas participantes que desearon recibir tratamiento psicológico posterior (o realizar cambios en su tratamiento) en base a la información obtenida, fueron derivadas al centro de salud mental de zona, previamente habiéndose consultado, con la autorización de la persona participante, con el equipo de investigación y con los profesionales sanitarios que en ese momento están asignados o se les pudiera asignar a la persona participante. Los hallazgos que ameritaron una derivación o cambio de tratamiento o seguimiento serían aquellos que pudieran derivarse de la recogida de datos sobre relaciones familiares, impulsividad o la situación actual de los síntomas alimentarios o de la autoimagen.

Estimación y justificación del tamaño muestral

El protocolo presentado puede considerarse un estudio piloto exploratorio, pues pretende estudiar relaciones entre variables familiares, de la personalidad y de la psicopatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que no se han documentado previamente.

Los principales especialistas coinciden en que estos estudios tienden a realizarse a menor escala, con unas muestras más reducidas (Fontes et al., 2020; León y Montero, 2015). En este sentido los expertos en estadística y análisis de datos (Pardo y San Martín, 1999) indican que a partir de tamaños muestrales de 40 participantes las distribuciones de las variables cuantitativas tienden a normalizarse permitiendo el uso de pruebas paramétricas en el análisis de datos.

Análisis estadístico

Para cubrir los objetivos y las hipótesis planteadas en esta investigación se utilizaron los siguientes softwares informáticos: *Statistical Package for the Social Sciences*, versión 28 (SPSS, IBM Corp, 2021), empleando la herramienta *Process versión 4.2* de Hayes (2013) para la realización del análisis de moderación, *Jamovi* (Jamovi Project, 2023).

En cuanto a los procedimientos estadísticos, se comprobaron los supuestos correspondientes para cada uno de los procedimientos que se quieren aplicar, por ejemplo, normalidad de la distribución de las variables cuantitativas. En esta línea, al observarse que no se cumplen los supuestos en todos los casos, se plantearon análisis no paramétricos.

Se plantearon análisis descriptivos, a través de la recogida del número de sujetos por cada grupo, la media aritmética, desviación típica, mínimo y máximo la asimetría y la curtosis de la edad de cada grupo. Para el análisis de las puntuaciones en cada instrumento por grupos se emplearon los mismos estadísticos. La presencia de potenciales sesgos debidos al método común se evaluó a través de la prueba de un solo factor de Harman (Podsakoff, MacKenzie, y Podsakoff, 2012).

Además, para la comprobación del supuesto de normalidad se empleará la prueba de Shapiro Wilk, pues es la idónea para muestras inferiores a 50 personas. Se estableció el criterio de decisión sobre el uso de estadística paramétrica o no paramétrica en función de si las puntuaciones quedan por encima o por debajo del nivel de significación (p valor).

Más aún, para la comparación de las puntuaciones entre los grupos, primero se calculó la existencia de diferencias significativas con la prueba U de Mann-Whitney, estableciendo el criterio de decisión en función de las puntuaciones del p valor y el nivel de significación.

Posteriormente, para el análisis de la relación entre variables se aplicó el estadístico de correlación Rho de Spearman. Se interpretó que la relación fue significativa y positiva o negativa en función de la puntuación del valor de p ($p < 0.05$ o $p < 0.01$).

Siguiendo con el análisis de relaciones, para comprobar si el apego y los sistemas motivacionales son variables predictoras del TCA se empleó la regresión lineal bayesiana, estableciendo el criterio de decisión en función del valor de los estadísticos del factor de bayes (BF_{10}) y del coeficiente de determinación (R^2). Concretamente, se realizaron cuatro regresiones, dos para el grupo clínico y dos para el grupo control. Las regresiones se realizaron, tanto en el GTCA como en el GC, en función de las relaciones entre variables planteadas en las hipótesis. De este modo, en ambos grupos, se establecieron como predictoras del ascetismo (A) las variables independientes apego evitativo y el sistema de inhibición conductual (SIC), así como las variables de impacto del trauma, que son la escala de estrés postraumático general (EPT) y las escalas internalizantes, que son la evitación (EVI), la desconexión social (DSC), las alteraciones en la conducta alimentaria (ALI).

Por otro lado, se establecieron como predictoras del índice problemas afectivos (APC) el apego ansioso, el sistema de activación conductual (SAC) y los indicadores de impacto del trauma, que son la escala de estrés postraumático general (EPT) y las escalas externalizantes, que son la ideación y conducta suicida (SUI) y el abuso de sustancia (SUS).

Finalmente, para la comprobación de la posible existencia de relaciones de moderación se realizó un análisis de moderación con *Process* (Hayes, 2013), atendiendo también al valor de significancia o p valor. Concretamente, se realizaron cuatro análisis de moderación. Uno para el GTCA y otro para el GC sobre la relación entre el apego inseguro evitativo (X), sistema de inhibición conductual (Mo) y ascetismo (Y); y otras dos, también distribuidas por grupos, sobre la relación apego ansioso (X), sistema de activación conductual (Mo) e índice de problemas afectivos (Y). Para el criterio de decisión se tuvieron en cuenta los estadísticos del coeficiente de moderación (B) y el valor de significancia (p).

Resultados

Descriptivos

Variables Sociodemográficas

La muestra final está compuesta por 81 mujeres, siendo 42 del grupo clínico (GTCA) con una media de edad de 33,5 años ($M = 33,5$, $DT = 10,1$) y 39 del grupo control (GC) con una media de edad de 34,21 ($M = 34,21$, $DT = 10,19$). Las variables sociodemográficas de la muestra general, tanto del GTCA como del GC, se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9

Variables sociodemográficas de las participantes del estudio

Tipo de grupo	Mín	Máx	M	DT	Asimetría	Curtosis	
Clínico	Edad	19	55	33,50	10,10	0,43	-1,12
	Estudios	1	3	2,10	0,72	-0,14	-1,03
Control	Edad	19	52	34,21	10,19	0,49	-1,21
	Estudios	1	3	2,15	0,844	-0,30	-1,53

Grupo clínico: valor de $n = 42$, error estándar de asimetría = .36, error estándar de curtosis = .71.

Grupo control: valor de $n = 39$. Error estándar de asimetría = .37, error estándar de curtosis = .74.

La prueba de Harman indicó que la varianza explicada por un solo factor era del 45.1%. Al no representar la mayor parte de la varianza total, la prueba evidenció que los datos no se encontraban sesgados. Los factores tomados, por lo tanto, fueron adecuados, pues se representaron correctamente por los ítems seleccionados.

Variables descriptivas por Instrumentos

Se exponen en la Tabla 10 y en la Tabla 11 los estadísticos descriptivos de los factores de cada instrumento utilizados para el análisis.

Respecto al índice global de severidad (IGS), la puntuación media ha sido mayor en el

GTCA ($M = 70,14$, $DT = 8,91$) que en el GC ($M = 41,51$, $DT = 7,21$).

En cuanto al apego inseguro ansioso, también fueron mayores las puntuaciones en el GTCA (preocupación familiar $M = 3,58$, $DT = 0,66$; interferencia de los padres $M = 3,28$, $DT = 0,75$) respecto al GC (preocupación familiar $M = 2,70$, $DT = 0,72$; interferencia de los padres $M = 2,35$, $DT = 0,79$). El apego inseguro evitativo también mostró diferencias entre el GTCA ($M = 3,82$, $DT = 0,84$) y el GC ($M = 2,66$, $DT = 0,75$). Asimismo, el apego desorganizado del GTCA ($M = 3,14$; $DT = 1,03$) también fue mayor que en el GC ($M = 2,03$, $DT = 1,02$).

Respecto al indicador de sensibilidad al castigo o sistema de inhibición conductual (SIC), la puntuación del GTCA ($M = 17,88$, $DT = 4,25$) fue mayor que en el GC ($M = 10,13$, $DT = 5,54$). También, respecto al indicador de sensibilidad al refuerzo o sistema de activación conductual (SAC), las puntuaciones del GTCA ($M = 8,26$, $DT = 4,55$) fueron mayores que las del GC ($M = 5,72$, $DT = 3,17$).

Finalmente, respecto a las puntuaciones en el inventario de TCA EDI-3, la puntuación media del indicador general del riesgo de TCA (EDRC) también ha sido mayor en el GTCA ($M = 59,57$; $DT = 8,86$) respecto al GC ($M = 54,21$; $DT = 8,60$). En cuanto a los valores recogidos del indicador de ascetismo (A), también superó la puntuación del GTCA ($M = 56,14$, $DT = 7,09$) a la del GC ($M = 53,85$; $DT = 8,06$). Por último, la puntuación en el indicador de índice de problemas afectivos (APC) del GTCA ($M = 31,86$, $DT = 10,98$) fue menor que la del GC ($M = 51,15$, $DT = 7,72$).

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de los datos recogidos por los instrumentos empleados en grupo clínico

Grupo Clínico	Mín	Máx	M	DT	Asimetría	Curtosis
BSI 18 IGS	47	81	70,14	8,91	-0,94	0,33
CaMir 2. Preocupación familiar	2	5	3,58	0,66	-0,03	-0,25
CaMir 3. Interferencia de los padres	1	5	3,28	0,75	-0,88	1,28
CaMir 6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	2	5	3,82	0,84	-0,24	-0,99
CaMir 7. Traumatismo infantil	1	5	3,14	1,03	-0,12	-0,18
SIC	6	23	17,88	4,25	-0,96	0,70
SAC	2	22	8,26	4,55	1,02	0,92
CIT EPT	41	100	75,43	15,18	-0,48	-0,37
CIT SUI	47	100	78,71	24,39	-0,35	-1,85
CIT DSC	43	100	75,48	15,18	-0,38	-0,37
CIT SUS	45	100	59,52	19,66	1,10	-0,30
CIT EVI	42	84	64,69	13,46	-0,15	-0,80
CIT ALI	53	100	87,64	15,82	-1,38	0,67
EDI-3 EDRC	40	77	59,57	8,86	-0,33	-0,60
EDI-3 APC	11	55	31,86	10,98	0,17	-0,44
EDI-3 A	38	74	56,14	7,09	-0,09	0,86

N = 42; error estándar de asimetría 0.36; error estándar de curtosis = 0.71.

Abreviaturas: BSI inventario breve de síntomas, IGS índice global de severidad, SIC sistema de inhibición conductual/sensibilidad al castigo, SAC sistema de activación conductual/sensibilidad al refuerzo, CIT cuestionario de impacto del trauma, EPT estrés postraumático total, SUI ideación y conducta suicida, DSC desconexión social, SUS abuso de sustancias, EVI evitación, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, EDI inventario de trastornos alimentarios, EDRC índice de riesgo de trastornos alimentarios, APC índice de problemas afectivos, A ascetismo, Mín mínimo, Max máximo, M media aritmética, DT desviación típica.

Tabla 11

Estadísticos descriptivos de los datos recogidos por los instrumentos empleados en grupo control

Grupo Control	Mín	Máx	M	DT	Asimetría	Curtosis
BSI 18 IGS	35	60	41,51	7,21	0,98	0,27
CaMir 2. Preocupación familiar	1	5	2,70	0,72	0,42	0,30
CaMir 3. Interferencia de los padres	1	4	2,35	0,79	-0,009	-1,21
CaMir 6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	1	5	2,66	0,75	-0,14	-0,03
CaMir 7. Traumatismo infantil	1	5	2,03	1,02	1,07	0,39
SIC	1	22	10,13	5,54	0,43	-0,46
SAC	1	14	5,72	3,17	1,10	1,09
CIT EPT	38	66	48,44	7,38	0,56	-0,35
CIT SUI	40	79	47,74	6,16	3,69	17,74
CIT DSC	40	69	47,79	6,36	1,29	2,24
CIT SUS	43	86	50,08	9,44	2,32	5,67
CIT EVI	41	68	49,10	8,63	0,84	-0,69
CIT ALI	40	90	51,62	10,62	1,5	3,01
EDI-3 EDRC	40	69	54,21	8,60	0,29	-1,16
EDI-3 APC	37	70	51,15	7,72	0,45	-0,11
EDI-3 A	39	70	53,85	8,06	-0,03	-0,86

N = 39; error estándar de asimetría 0.37; error estándar de curtosis = 0.74

Abreviaturas: BSI inventario breve de síntomas, IGS índice global de severidad, SIC sistema de inhibición conductual/sensibilidad al castigo, SAC sistema de activación conductual/sensibilidad al refuerzo, CIT cuestionario de impacto del trauma, EPT estrés postraumático total, SUI ideación y conducta suicida, DSC desconexión social, SUS abuso de sustancias, EVI evitación, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, EDI inventario de trastornos alimentarios, EDRC índice de riesgo de trastornos alimentarios, APC índice de problemas afectivos, A ascetismo, Mín mínimo, Max máximo, M media aritmética, DT desviación típica.

Análisis exploratorio

Comprobación del supuesto de normalidad

Se empleó la prueba de Shapiro-Wilk para la comprobación del supuesto de normalidad en los subgrupos, pues las submuestras son inferiores a 50 personas (ver tabla 12). Dicha prueba reveló que algunas de las variables no se ajustaban a una distribución normal ($p < 0.05$). De este modo, se tomó la decisión de emplear la estadística no paramétrica para el análisis exploratorio.

Tabla 12

Prueba de Shapiro-Wilk para la comprobación del supuesto de normalidad

Grupo Clínico	Estadístico	gl	Sig.	Grupo Control	Estadístico	gl	Sig.
BSI 18 IGS	0,907	42	0,002	BSI 18 IGS	0,838	39	0,000
CaMir 2. Preocupación familiar	0,977	42	0,560	CaMir 2. Preocupación familiar	0,970	39	0,380
CaMir 3. Interferencia de los padres	0,948	42	0,054	CaMir 3. Interferencia de los padres	0,945	39	0,055
CaMir 6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	0,949	42	0,059	CaMir 6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	0,974	39	0,497
CaMir 7. Traumatismo infantil	0,970	42	0,326	CaMir 7. Traumatismo infantil	0,866	39	0,000
SIC	0,916	42	0,004	SIC	0,963	39	0,230
SAC	0,926	42	0,009	SAC	0,898	39	0,002
CIT EPT	0,962	42	0,171	CIT EPT	0,942	39	0,045
CIT SUI	0,702	42	0,000	CIT SUI	0,521	39	0,000
CIT DSC	0,961	42	0,157	CIT DSC	0,889	39	0,001
CIT SUS	0,738	42	0,000	CIT SUS	0,649	39	0,000
CIT EVI	0,918	42	0,005	CIT EVI	0,809	39	0,000
CIT ALI	0,743	42	0,000	CIT ALI	0,821	39	0,000
EDI-3 EDRC	0,969	42	0,314	EDI-3 EDRC	0,932	39	0,021
EDI-3 APC	0,982	42	0,748	EDI-3 APC	0,966	39	0,272
EDI-3 A	0,978	42	0,587	EDI-3 A	0,969	39	0,355

Abreviaturas: BSI inventario breve de síntomas, IGS índice global de severidad, SIC sistema de inhibición conductual/sensibilidad al castigo, SAC sistema de activación conductual/sensibilidad al refuerzo, CIT

cuestionario de impacto del trauma, EPT estrés postraumático total, SUI ideación y conducta suicida, DSC desconexión social, SUS abuso de sustancias, EVI evitación, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, EDI inventario de trastornos alimentarios, APC índice de problemas afectivos, A ascetismo, gl grados de libertad, sig significación.

Diferencias Entre Grupos

Se ha empleado la prueba U de Mann-Whitney para la comprobación de las diferencias entre dos grupos independientes con variables cuantitativas que tienen una distribución libre (ver Tabla 13).

Respecto al índice global de severidad de los síntomas (IGS), la diferencia entre grupos es estadísticamente significativa ($U = 24,50$, $p < .001^{***}$, ver tabla 13).

Tabla 13

Diferencias entre los grupos en la variable estudiada del BSI 18 (U de Mann-Whitney)

Dimensiones	Grupo	N	M (DT)	(Min-Max)	Suma de rangos	U	p
Índice Global de Severidad (IGS)	G1 Clínico	42	70,14 (8,913)	47-81	2516,50	24,50	0.001***
	G2 Control	39	41,51 (7,218)	35-60	804,50		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$ en significación bilateral

Abreviaturas: M media, DT desviación típica, Mín mínimo, Máx máximo

En cuanto a los estilos de apego, las diferencias entre grupos fueron significativas para el apego evitativo ($U = 294,5$, $p < .001^{***}$), para el apego ansioso en el indicador de interferencia de los padres ($U = 271$, $p < .001^{***}$), y para el apego desorganizado ($U = 361,5$, $p < .001^{***}$, ver Tabla 14). No fueron significativas las diferencias para el apego ansioso en el indicador de preocupación familiar ($U = 780$, $p = .711$, ver Tabla 14).

Tabla 14*Diferencias entre los grupos en las variables de apego del CaMir (U de Mann-Whitney)*

Dimensiones	Grupo	N	M (DT)	(Min-Max)	Suma de rangos	U	p
Apego evitativo	G1 Clínico	42	3,82 (0,849)	2-5	2270,00	294,5	0.000***
	G2 Control	39	2,70 (0,725)	1-5	1051,00		
Apego ansioso Preocupación	G1 Clínico	42	3,58 (0,668)	2-5	2246,50	780	0.711
	G2 Control	39	2,35 (0,793)	1-5	1074,50		
Apego ansioso Interferencia	G1 Clínico	42	3,28 (0,758)	1-5	2224,00	271	0.000***
	G2 Control	39	2,66 (0,758)	1-4	1097,00		
Apego desorganizado	G1 Clínico	42	3,14 (1,030)	1-5	2179,50	361,5	0.000***
	G2 Control	39	2,03 (1,029)	1-5	1141,50		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001 en significación bilateral.

Abreviaturas: M media, DT desviación típica, Mín mínimo, Máx máximo

En cuanto a los sistemas motivacionales, la diferencia entre los grupos fue significativa tanto para el sistema de inhibición conductual o sensibilidad al castigo (SIC, $U = 237$, $p = .000***$), como para el sistema de activación conductual o sensibilidad al refuerzo (SAC, $U = 533,5$, $p = .007**$, ver Tabla 15).

Tabla 15*Diferencias entre los grupos en los sistemas motivacionales del SCSR (U de Mann-Whitney)*

Dimensiones	Grupo	N	M (SD)	(Min-Max)	Suma de rangos	U	p
SIC	G1 Clínico	42	17,88 (4,250)	6-23	2304,00	237	0.000***
	G2 Control	39	10,13 (5,545)	1-22	1017,00		
SAC	G1 Clínico	42	8,26 (4,559)	2-22	2007,50	533,5	0.007**
	G2 Control	39	5,72 (3,178)	1-14	1313,50		

*p < 0.05 ** p < 0.01 ***p < 0.001 en significación bilateral

Siguiendo con los indicadores de impacto del trauma, las diferencias entre los grupos fueron significativas para los indicadores estrés postraumático total (EPT, $U = 115$, $p < .001$ ***), ideación y conducta suicida (SUI, $U = 220$, $p = .000$ ***), desconexión social (DSC, $U = 109$, $p < .001$ ***), abuso de sustancias (SUS, $U = 615$, $p = .035$ *), evitación (EVI, $U = 285,5$, $p < .001$ ***) y alteraciones en la alimentación (ALI, $U = 94$, $p < .001$ ***, ver Tabla 16).

Tabla 16*Diferencias entre los grupos en el impacto del trauma del CIT (U de Mann-Whitney)*

Dimensiones	Grupo	N	M (SD)	(Min-Max)	Suma de rangos	U	p
EPT	G1 Clínico	42	75,43 (15,182)	41-100	2426,00	115	0.000***
	G2 Control	39	48,44 (7,383)	38-66	895,00		
SUI	G1 Clínico	42	78,71 (24,395)	47-100	2321,00	220	0.000***
	G2 Control	39	47,74 (6,167)	40-79	1000,00		
DSC	G1 Clínico	42	75,48 (15,184)	43-100	2432,00	109	0.000***
	G2 Control	39	47,79 (6,367)	40-69	889,00		
SUS	G1 Clínico	42	59,52 (19,666)	45-100	1926,00	615	0.035*
	G2 Control	39	50,08 (9,446)	43-86	1395,00		
EVI	G1 Clínico	42	64,69 (13,468)	42-84	2255,50	285,5	0.000***
	G2 Control	39	49,10 (8,632)	41-68	1065,50		
ALI	G1 Clínico	42	87,64 (15,828)	53-100	2447,00	94	0.000***
	G2 Control	39	51,62 (10,629)	40-90	874,00		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$ en significación bilateral.

Abreviaturas: M media, DT desviación típica, Mín mínimo, Máx máximo, EPT estrés postraumático total, SUI ideación y conducta suicida, DSC desconexión social, SUS abuso de sustancias, EVI evitación, ALI alteraciones en la conducta alimentaria.

Respecto a los indicadores del TCA, las diferencias entre los grupos fueron significativas para los indicadores de riesgo de TCA (EDRC, $U = 1099,5$ $p = .008^{**}$) y de problemas afectivos (APC, $U = 127$, $p = .000^{***}$). Las diferencias no fueron significativas para el ascetismo (A, $U = 680,5$, $p = .190$, ver Tabla 17).

Tabla 17*Diferencias entre los grupos en los indicadores para el TCA del EDI-3 (U de Mann-Whitney)*

Dimensiones	Grupo	N	M (SD)	(Min-Max)	Suma de rangos	U	p
EDRC	G1 Clínico	42	59,57 (8,868)	40-77	2002,50	1099,5	,008*
	G2 Control	39	54,21 (8,603)	40-69	1318,50		
APC	G1 Clínico	42	31,86 (11,057)	11-55	1030,00	127	0.000***
	G2 Control	39	28,62 (9,028)	37-70	2291,00		
A	G1 Clínico	42	56,14 (7,097)	38-74	1860,50	680,5	0,190
	G2 Control	39	53,85 (8,067)	39-70	1460,50		

*p < 0.05 ***p < 0.001 en significación bilateral.

Abreviaturas: M media, DT desviación típica, Mín mínimo, Máx máximo, EDRC índice de riesgo de trastorno alimentario, APC índice de problemas afectivos, A ascetismo.

Por todo lo expuesto, se confirma la primera hipótesis de existencia de diferencias significativas entre los grupos clínico y control en las variables de psicopatología general, apego, sistemas motivacionales, indicadores del trauma y de trastorno de la conducta alimentaria. En el siguiente apartado, se analizan las relaciones entre variables para la comprobación del resto de las hipótesis.

Correlaciones de Spearman en ambos grupos

Grupo Clínico (GTCA)

En la Tabla 18 se representan las correlaciones recogidas sobre el grupo clínico (GTCA).

El apego evitativo correlacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con la sintomatología de estrés postraumática (EPT, $Rho r_s = .369$; $p < .01$), con la desconexión social (DSC, $Rho r_s = .439$; $p < .01$) y con la evitación cognitiva, emocional y conductual (EVI, $Rho r_s = .356$; $p < .05$) como consecuencia del impacto del trauma, además de con el ascetismo (A, $Rho r_s = .449$; $p < .01$) como indicador de TCA restrictivo.

El apego ansioso, por su parte, correlacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con las alteraciones en la conducta alimentaria relacionadas con el impacto del trauma (ALI, $Rho r_s = .294; p < .05$) y con el índice de problemas afectivos relacionados con el TCA (APC, $Rho r_s = .325; p < .05$).

En suma, el apego desorganizado se relacionó de forma significativa y positiva con el sistema de activación conductual o sensibilidad al refuerzo (SAC, $Rho r_s = .269; p < .05$), con la sintomatología de estrés postraumático total (EPT, $Rho r_s = .296; p < .05$), con la desconexión social (DSC, $Rho r_s = .352; p < .05$) y con la evitación (EVI, $Rho r_s = .518; p < .01$).

Por otro lado, el SAC se relacionó de forma significativa y positiva con el abuso de sustancias como regulador emocional en relación con el acontecimiento traumático (SUS, $Rho r_s = .264; p < .05$), y de forma negativa con el APC ($Rho r_s = -.329; p < .05$).

Por último, se han obtenido correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el ascetismo (A) y los indicadores de vivencia del trauma EPT ($Rho r_s = .289; p < .05$), DSC ($Rho r_s = .343; p < .05$) y SUS ($Rho r_s = .322; p < .05$).

Tabla 18*Correlaciones de Spearman entre las variables en el Grupo Clínico (GTCA)*

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
● Apego evitativo	0,171	-0,028	,369**	0,168	,439**	0,050	,356*	-0,203	0,087	,449**
● Apego ansioso	-0,058	0,000	0,216	0,096	0,081	-0,088	0,006	,294*	,325*	0,061
● Apego desorganizado	0,077	,269*	,296*	0,162	,352*	0,229	,518**	-0,092	0,020	,267*
● SIC	--	--	0,207	0,208	0,145	0,037	0,080	-0,082	0,215	0,119
● SAC	--	--	0,164	0,058	,277*	,264*	0,183	0,061	-,329*	-0,209
● CIT EPT	--	--	--	--	--	--	--	--	0,082	,289*
● CIT SUI	--	--	--	--	--	--	--	--	-0,026	0,118
● CIT DSC	--	--	--	--	--	--	--	--	0,002	,343*
● CIT SUS	--	--	--	--	--	--	--	--	0,189	,322*
● CIT EVI	--	--	--	--	--	--	--	--	-0,051	0,138
● CIT ALI	--	--	--	--	--	--	--	--	0,099	0,124
● EDI-3 APC	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
● EDI-3 A	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral). N = 42

Abreviaturas: BSI inventario breve de síntomas, IGS índice global de severidad, SIC sistema de inhibición conductual/sensibilidad al castigo, SAC sistema de activación conductual/sensibilidad al refuerzo, CIT cuestionario de impacto del trauma, EPT estrés postraumático total, SUI ideación y conducta suicida, DSC desconexión social, SUS abuso de sustancias, EVI evitación, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, EDI inventario de trastornos alimentarios, APC índice de problemas afectivos, A ascetismo.

Grupo Control (GC)

En la Tabla 19 se resumen las correlaciones obtenidas en el grupo control (GC).

El apego evitativo se relacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con el SAC ($Rho r_s = .293; p < .05$), con el SUI ($Rho r_s = .331; p < .05$), con el DSC ($Rho r_s = .387; p < .01$) y con el A ($Rho r_s = .304; p < .01$). Además, el apego ansioso, se relacionó positiva y estadísticamente significativa con el EPT ($Rho r_s = .457; p < .01$), la DSC ($Rho r_s = .542; p < .01$), el SUS ($Rho r_s = .360; p < .05$) y la ALI ($Rho r_s = .380; p < .01$).

Por otro lado, el sistema de inhibición conductual o sensibilidad al castigo (SIC) se

relacionó de forma negativa y estadísticamente significativa con el A ($Rho r_s = -.280; p < .05$).

El SAC, por su parte, se relacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con la DSC ($Rho r_s = .334; p < .05$) y ALI ($Rho r_s = .310; p < .05$).

Más aún, la ideación y conducta suicida SUI se relacionó con A de forma positiva y estadísticamente significativa ($Rho r_s = .285; p < .05$). La DSC se relacionó de forma significativa y negativa con el APC ($Rho r_s = -.289; p < .05$) y, por último, y la ALI se relacionó de forma negativa y significativa con la APC ($Rho r_s = -.373; p < .05$, ver Tabla 19).

Tabla 19

Correlaciones de Spearman entre las variables en el Grupo Control

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
- Apego evitativo	-0,109	,293*	0,247	,331*	,387**	-0,163	0,177	0,202	0,000	,304*
- Apego ansioso	0,034	,317*	,457**	0,098	,542**	,360*	0,261	,380**	-0,104	0,110
- Apego desorganizado	-0,094	-0,079	0,148	-0,074	0,078	-0,191	0,116	-0,036	0,163	0,234
- SIC	--	--	0,150	-0,172	-0,227	0,033	0,172	0,192	-0,176	-,280*
- SAC	--	--	0,086	0,207	,334*	-0,105	-0,058	,310*	-0,182	-0,090
- CIT EPT	--	--	--	--	--	--	--	--	-0,224	-0,150
- CIT SUI	--	--	--	--	--	--	--	--	-0,013	,285*
- CIT DSC	--	--	--	--	--	--	--	--	-,289*	-0,008
- CIT SUS	--	--	--	--	--	--	--	--	0,070	0,014
- CIT EVI	--	--	--	--	--	--	--	--	-0,051	-0,108
- CIT ALI	--	--	--	--	--	--	--	--	-,373**	-0,105
- EDI-3 APC	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- EDI-3 A	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Abreviaturas: BSI inventario breve de síntomas, IGS índice global de severidad, SIC sistema de inhibición conductual/sensibilidad al castigo, SAC sistema de activación conductual/sensibilidad al refuerzo, CIT cuestionario de impacto del trauma, EPT estrés postraumático total, SUI ideación y conducta suicida, DSC desconexión social, SUS abuso de sustancias, EVI evitación, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, EDI inventario de trastornos alimentarios, APC índice de problemas afectivos, A ascetismo.

En el grupo clínico (GTCA), los resultados encontrados demostraron la existencia de una relación positiva y significativa entre las variables apego evitativo y ascetismo (A), pero

no entre estas variables y el BIS. Además, esta relación es ligeramente mayor respecto a la comparación con la sintomatología bulímica y al grupo control (GC). Por lo expuesto, se confirmaría parcialmente la segunda hipótesis alternativa (H_2), pero se requiere del resto de análisis exploratorios para la confirmación definitiva o no de esta hipótesis. Respecto a la tercera hipótesis (H_3), la asociación entre el apego ansioso y los sistemas motivacionales no ha obtenido evidencia significativa, por lo que H_3 queda rechazada. En cuanto a la cuarta hipótesis (H_4) el apego desorganizado ha obtenido puntuaciones significativas en el grupo clínico que no se han obtenido en el grupo control respecto a la relación con los sistemas motivacionales y los trastornos de la conducta alimentaria, por lo que se acepta H_4 .

Regresión Lineal Bayesiana

Se aplicó un modelo de regresión lineal bayesiano, dado que las variables no se ajustaban a una distribución normal, con el propósito de comprobar si se podían predecir los síntomas de TCA a partir de las subescalas de apego inseguro, los sistemas motivacionales y los síntomas del impacto del trauma.

En la línea de nuestras hipótesis, se pretendía comprobar, en primer lugar, si los resultados en los niveles de ascetismo (A) se podrían predecir a partir de los indicadores de apego evitativo, del sistema de inhibición conductual (SIC), la escala de estrés postraumático general (EPT) y las escalas internalizantes del impacto del trauma, que son la evitación (EVI), la desconexión social (DSC), las alteraciones en la conducta alimentaria (ALI).

Por otro lado, se pretendía comprobar si los resultados de los niveles del índice problemas afectivos (APC) se podrían predecir a partir de los indicadores de apego ansioso, el sistema de activación conductual (SAC), la escala de estrés postraumático general (EPT) y las escalas externalizantes del impacto del trauma, que son la ideación y conducta suicida (SUI), el abuso de sustancia (SUS).

En el grupo clínico (GTCA), el modelo de regresión bayesiana mostró que el apego evitativo, junto con la evitación (EVI) y la sintomatología de estrés postraumático (EPT) como predictoras, explicaron un 30,9% de la sintomatología de A ($BF_{10} = 15,71$, $R^2 = 0,309$, ver tabla 20). Sumando el efecto de la desconexión social (DSC) a las anteriores, el modelo mantiene el porcentaje de explicación, aunque con menos puntuación en el factor de Bayes ($BF_{10} = 6,26$, $R^2 = 0,309$, ver Tabla 20). Si a las predictoras apego evitativo, EVI y EPT le añades como predictora el SIC, esta explica un 31% de la varianza de la sintomatología de A, aunque también con una puntuación en el factor de bayes menor ($BF_{10} = 6,37$, $R^2 = 0,310$, ver Tabla 20).

Por otro lado, las variables de apego ansioso, el abuso de sustancias (SUS) y el EPT apenas explicaban la variabilidad del APC ($BF_{10} = 2,21$, $R^2 = 0,216$, ver Tabla 21).

En contraste, en el grupo control (GC) no se han obtenido puntuaciones significativas en los modelos de regresión de ninguna de las relaciones postuladas (Tablas 22 y 23).

Tabla 20*Resumen 1 de los modelos de regresión lineal bayesiana del Grupo Clínico*

Modelos de Variable Independiente	P(M)	P(M data)	BF_M	BF₁₀		R²
Modelo nulo	0.0313	0.0100	0.313	1.00		0.000
Apego evitativo + EVI + EPT	0.0313	0.1572	5.783	15.71	Fuerte	0.309
Apego evitativo	0.0313	0.1353	4.851	13.52	Fuerte	0.203
Apego evitativo + EPT	0.0313	0.0788	2.651	7.87	Moderada	0.231
Apego evitativo + SIC + EVI + EPT	0.0313	0.0637	2.110	6.37	Moderada	0.310
Apego evitativo + DSC	0.0313	0.0634	2.099	6.34	Moderada	0.221
Apego evitativo + DSC+ EVI + EPT	0.0313	0.0626	2.071	6.26	Moderada	0.309
Apego evitativo + EVI	0.0313	0.0444	1.439	4.43	Moderada	0.204
Apego evitativo + SIC	0.0313	0.0435	1.409	4.34	Moderada	0.203
Apego evitativo + DSC + EVI	0.0313	0.0382	1.233	3.82	Moderada	0.243
Apego evitativo + SIC + EPT	0.0313	0.0301	0.963	3.01	Moderada	0.231

Nota: Variable dependiente: Ascetismo (A). Abreviaturas: SIC sistema de inhibición conductual/sensibilidad al castigo, EPT estrés postraumático total, DSC desconexión social, EVI evitación, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, A ascetismo.

Tabla 21*Resumen 2 de los modelos de regresión lineal bayesiana del Grupo Clínico*

Modelos de Variable Independiente	P(M)	P(M data)	BF_M	BF₁₀		R²
Modelo nulo	0.0156	0.0286	1.85	1.00		0.000
Apego Ansioso	0.0156	0.0782	5.35	2.74	Baja	0.125
Apego Ansioso + SUS	0.0156	0.0757	5.16	2.65	Baja	0.178
EPT + Apego Ansioso + SUS	0.0156	0.0631	4.25	2.21	Baja	0.216
Apego Ansioso + ALI + SUS	0.0156	0.0442	2.91	1.55	Baja	0.197
Apego Ansioso + SUS + SUI	0.0156	0.0347	2.27	1.22	Baja	0.184
EPT + Apego Ansioso	0.0156	0.0341	2.22	1.19	Baja	0.135
Apego Ansioso + ALI	0.0156	0.0327	2.13	1.15	Baja	0.133
EPT + Apego Ansioso + ALI + SUS	0.0156	0.0314	2.04	1.10	Baja	0.222

Nota: Variable dependiente: índice de problemas afectivos (APC). Abreviaturas: SUS abuso de sustancias, EPT estrés postraumático total, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, SUI ideación y conducta suicida.

Tabla 22*Resumen 1 de los modelos de regresión lineal bayesiana del Grupo Control*

Modelos de Variable Independiente	P(M)	P(M data)	BF_M	BF₁₀		R²
Modelo nulo	0.0156	0.0354	2.31	1.000		0.0000
Apego evitativo + SIC + EPT	0.0156	0.0454	2.99	1.280	Baja	0.1983
Apego evitativo + SIC	0.0156	0.0440	2.90	1.241	Baja	0.1462
Apego evitativo + EPT	0.0156	0.0435	2.87	1.228	Baja	0.1455
SIC	0.0156	0.0390	2.56	1.100	Baja	0.0808
Apego evitativo	0.0156	0.0355	2.32	1.002	Baja	0.0751
Apego evitativo + SIC + EVI	0.0156	0.0326	2.12	0.919	Baja	0.1786
Apego evitativo + SIC + DSC	0.0156	0.0283	1.84	0.800	Baja	0.1701
Apego evitativo + EVI	0.0156	0.0282	1.83	0.795	Baja	0.1192
Apego evitativo + SIC + ALI	0.0156	0.0264	1.71	0.745	Baja	0.1658

Nota: Variable dependiente: Ascetismo (A). Abreviaturas: SIC sistema de inhibición conductual/sensibilidad al castigo, EPT estrés postraumático total, DSC desconexión social, EVI evitación, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, A ascetismo.

Tabla 23*Resumen 2 de los modelos de regresión lineal bayesiana del Grupo Control*

Modelos de Variable Independiente	P(M)	P(M data)	BF_M	BF₁₀		R²
Modelo nulo	0.00781	0.0472	6.29	1.000		0.0000
ALI	0.00781	0.0394	5.20	0.834	Nula	0.0639
EPT	0.00781	0.0314	4.12	0.666	Nula	0.0498
Apego ansioso	0.00781	0.0226	2.94	0.479	Nula	0.0286
EPT + ALI	0.00781	0.0219	2.84	0.464	Nula	0.0849
SAC	0.00781	0.0214	2.77	0.452	Nula	0.0249
ALI + SUI	0.00781	0.0181	2.34	0.383	Nula	0.0722
SAC + ALI	0.00781	0.0177	2.29	0.375	Nula	0.0709
ALI + SUS	0.00781	0.0173	2.24	0.367	Nula	0.0694

Nota: Variable dependiente: índice de problemas afectivos (APC). Abreviaturas: SUS abuso de sustancias, EPT estrés postraumático total, ALI alteraciones en la conducta alimentaria, SUI ideación y conducta suicida, SAC sistema de activación conductual/sensibilidad al refuerzo.

Los resultados descritos sobre los modelos de regresión lineal bayesiana confirman la

segunda hipótesis (H₂) de la relación positiva significativa entre el apego evitativo, el SIC y el TCA restrictivo medido a través del ascetismo, y además incluyendo variables de impacto del trauma. Respecto a la tercera hipótesis (H₃), el apego ansioso se situó como antecedente, acompañado de dos indicadores del trauma (EPT y SUS), del APC, aunque el modelo de predicción ofrece una evidencia circunstancial y no incluye el SAC. Por ello, se plantea rechazar la tercera hipótesis (H₃), aunque la confirmación se ofrecerá tras el análisis de moderación. Respecto a la quinta hipótesis (H₅), la evidencia hallada sobre asociación entre el impacto del trauma con las variables apego inseguro, sistemas motivacionales y trastornos de la conducta alimentaria del subtipo restrictivo y bulímico confirman H₅.

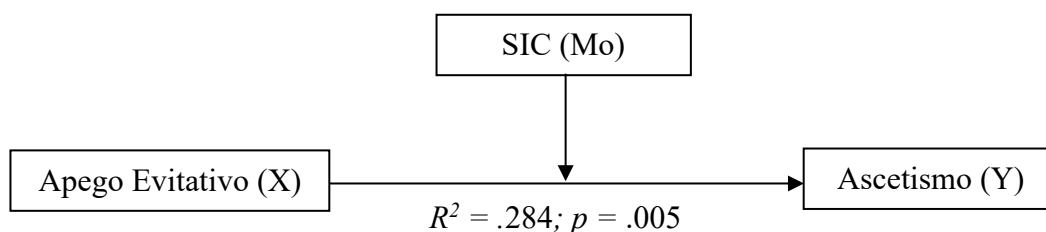
Análisis de Moderación

Se realizó un análisis de moderación para el análisis de la relación entre los estilos de apego inseguro, los sistemas motivacionales SIC/SAC y los TCA. Se realizó el análisis dividido por grupos (GTCA y GC) y en función de las relaciones entre variables determinadas en la hipótesis.

En primer lugar, en el GTCA se comprobó la existencia de moderación del SIC (Mo) en la relación entre el apego evitativo (X o variable independiente) y el ascetismo (Y o variable dependiente). Los resultados encontrados describen un porcentaje significativo del 28,4% de la varianza de A explicada por el modelo de moderación ($R^2 = .284, p = .005$, ver Figura 3).

Figura 3

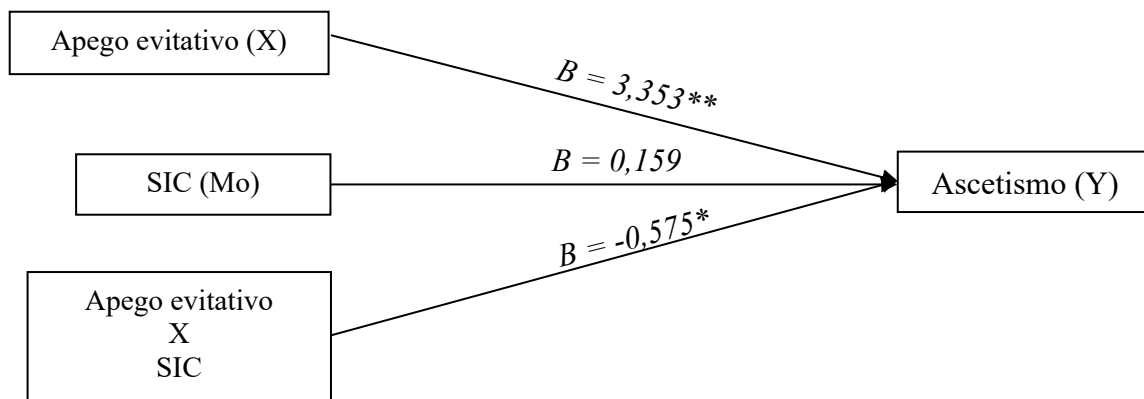
Esquema del análisis de moderación 1 de las variables en el grupo clínico (GTCA)



Respecto a las variables predictoras por separado, el apego evitativo predijo de forma independiente y significativa la varianza de A ($B = 3,353$, $t = 2,868$, $p = .007$, $SE = 1,169$; $[0,987, 5,720]$), en contraste con el SIC, que por sí solo no predijo significativamente la varianza de A ($B = .159$, $p = .513$, $t = .660$, $SE = 0,241$, $[-0,329, 0.646]$). Además, se observó que el efecto de interacción entre el apego evitativo y el SIC era significativo en su predicción de A ($B = -0,575$, $p = .044$, $t = -2,082$, $SE = 0.276$, $[-1,134, 0,16]$). Por último, el efecto moderador del SIC era significativo en sus niveles bajos ($B = 5,797$, $p < .001$, $t = 2,868$, $SE = 1,632$, $[2,857, 9,464]$), y también significativo, aunque menos, en sus niveles medios ($B = 3,353$, $t = 2,868$, $p = .007$, $SE = 1,175$, $[0,906, 5,664]$). En los niveles altos, el SIC no tiene efecto mediador ($B = .910$, $t = 0,508$, $p = .614$, $SE = 1,787$, $[-2,712, 4,531]$, ver Figura 4).

Figura 4

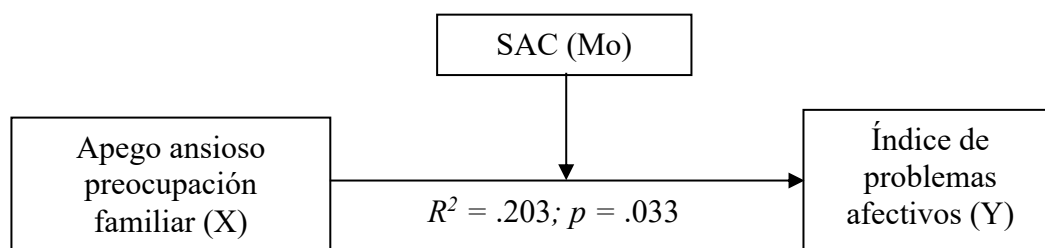
Análisis de moderación 1 de las variables en el grupo clínico (GTCA)



En segundo lugar, en el GTCA, respecto al contraste del posible modelo de moderación del SAC (Mo) en la relación entre el apego ansioso (X) y el índice de problemas afectivos (Y). Los resultados encontrados ofrecen un porcentaje significativo de la varianza de A explicada por el modelo de moderación respecto al indicador de apego ansioso de preocupación familiar junto al SAC ($R^2 = 0,203$, $p = .033$, ver Figura 5).

Figura 5

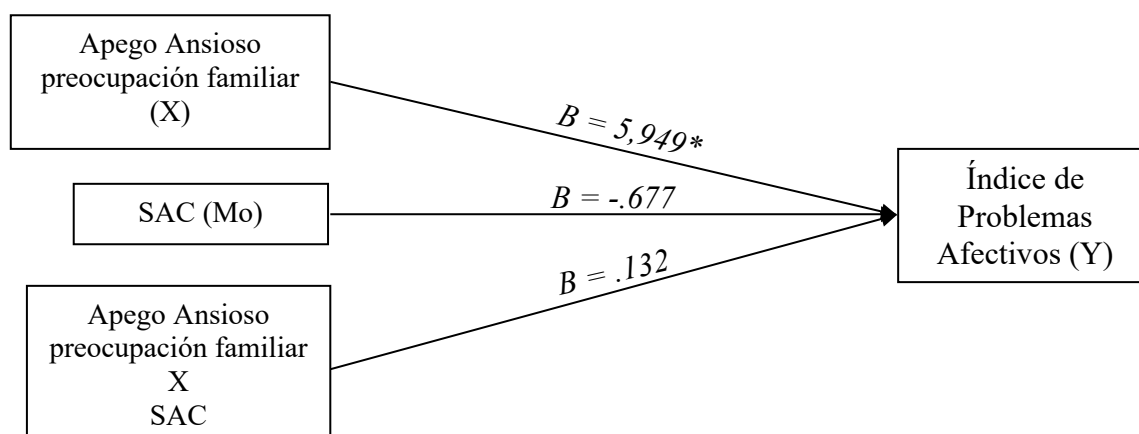
Esquema del análisis de moderación 2 de las variables en el grupo clínico (GTCA)



El indicador de apego ansioso de preocupación familiar, por sí solo, se mostró significativo como predictor de A ($B = 5,949$, $t = 2,256$, $p = .03$, $SE = 2,637$, $[0.610, 11,288]$, ver Figura 6). Sin embargo, la variable predictora del SAC por separado no obtuvo una puntuación significativa ($B = -.677$, $t = -1.924$, $p = .062$, $SE = .352$, $[-1,389, .035]$, ver Figura 6). Por último, al observar una relación significativa en el modelo general, se contrastó el efecto de interacción entre la preocupación familiar y el SAC, y se observó que el efecto de interacción no era significativo en su predicción de A ($B = .132$, $t = .179$, $p = .859$, $SE = .737$, $[-1,360, 1,624]$, ver Figura 6).

Figura 6

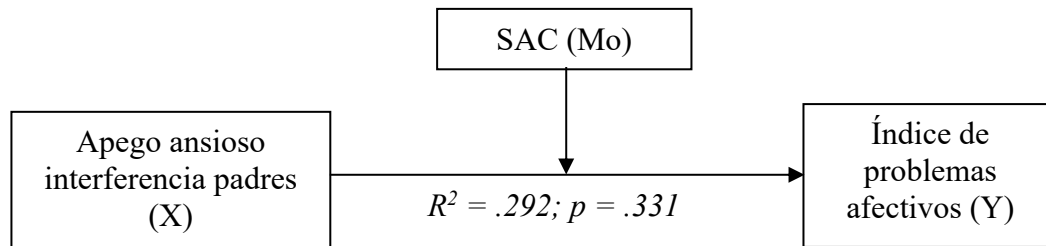
Análisis de moderación 2 de las variables en el grupo clínico (GTCA)



Siguiendo con el análisis de moderación del GTCA, respecto a la interacción del indicador de apego ansioso de interferencia de los padres con el SAC, el modelo no ofreció resultados significativos ($R^2 = .292$, $p = .331$, ver Figura 7).

Figura 7

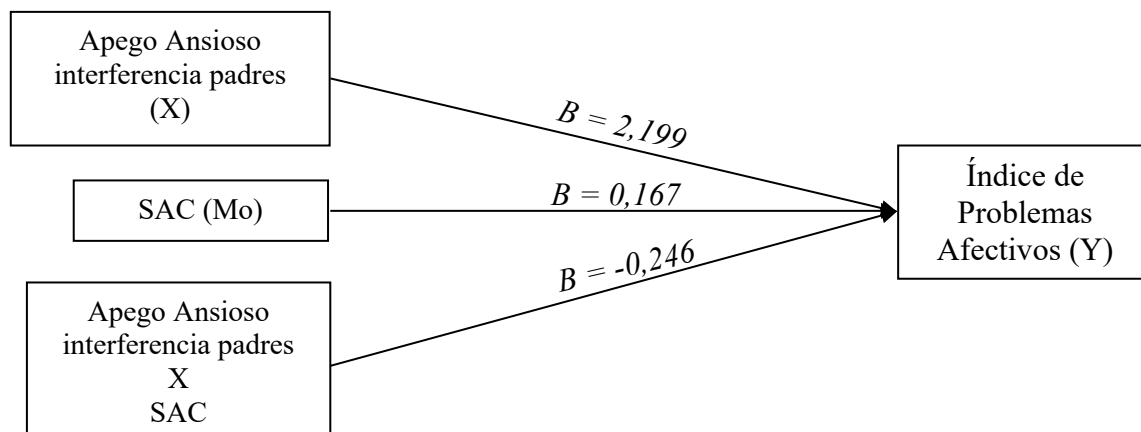
Esquema del análisis de moderación 3 de las variables en el grupo clínico (GTCA)



En el análisis de las predictoras del índice de problemas afectivos por separado, se obtuvo una puntuación no significativa del apego ansioso de interferencia de los padres en el GTCA ($B = 2,199$; $t = 0,468$; $p = .642$; $SE = 4,697$; $[-7,310, 11,707]$). Tampoco fueron significativos los valores del SAC para este modelo ($B = 0,167$; $t = 0,084$; $p = .933$; $SE = 1,988$; $[-3,856, 4,191]$), ni el efecto de interacción entre el apego ansioso de interferencia de los padres junto con el SAC ($B = -0,246$, $t = 0,436$, $p = .666$, $SE = 0,564$, $[-1,387, 0,896]$, ver Figura 8).

Figura 8

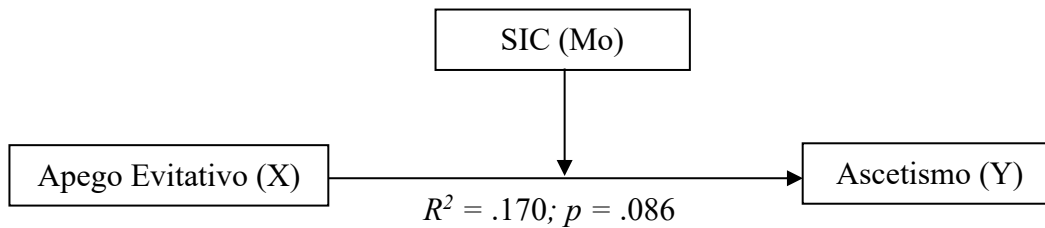
Análisis de moderación 3 de las variables en el grupo clínico (GTCA)



Por último, respecto al GC, el modelo de moderación del SIC (Mo) en la relación entre el apego evitativo (X o variable independiente) y el ascetismo (Y o variable dependiente) no obtuvo evidencia significativa ($R^2 = .170$; $p = .086$, ver Figura 9).

Figura 9

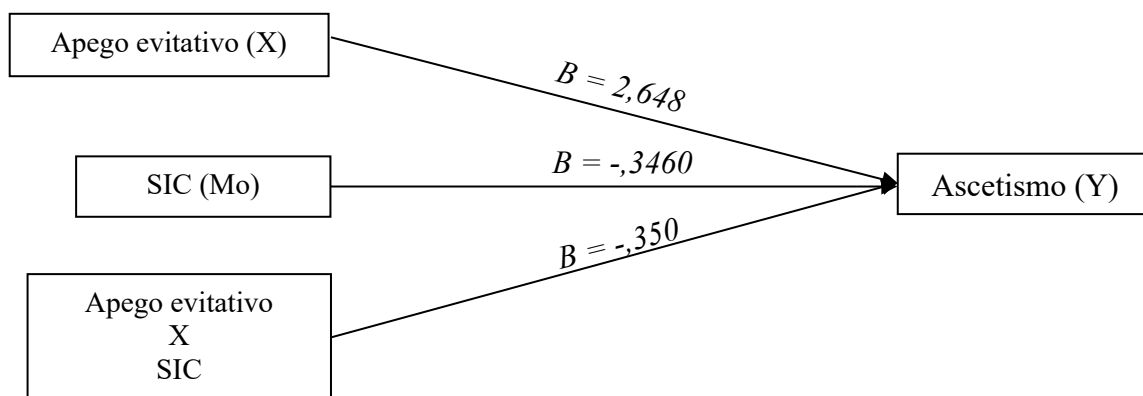
Esquema del análisis de moderación 4 de las variables en el grupo control (GC)



En el análisis de las predictoras por separado, el apego evitativo no explicó significativamente la varianza de A ($B = 2,648$; $t = 1,610$; $p = .110$; $SE = 1,644$; $[-0,690, 5,986]$). Por otro lado, la puntuación del SIC tampoco explicó significativamente la varianza de A ($B = -,3460$; $t = -1,513$; $p = .139$; $SE = .228$; $[-0,8102, 0,1183]$). La puntuación de la interacción entre las variables predictoras tampoco fue significativa como predictoras de A ($B = -.350$, $t = -.993$, $p = .327$, $SE = .353$, $[-1,067, 0,366]$, ver Figura 10).

Figura 10

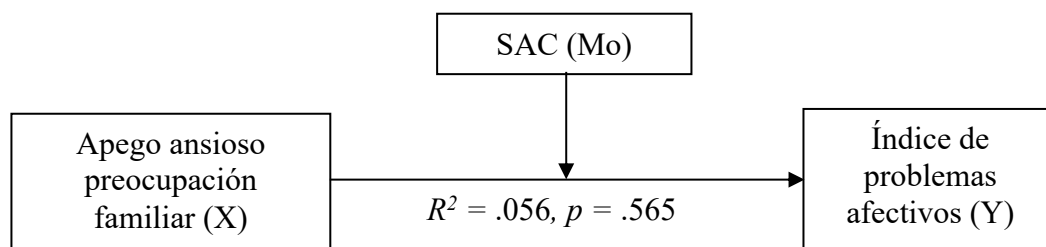
Análisis de moderación 4 de las variables en el grupo control (GC)



Por otro lado, también respecto al GC, el modelo de moderación del SAC (Mo) en la relación entre el apego ansioso (X) y el índice de problemas afectivos (Y) tampoco obtuvo evidencia significativa, ni respecto al indicador de preocupación familiar del apego ansioso como predictora ($R^2 = .056, p = .565$), ni respecto al indicador de interferencia de los padres como predictora ($R^2 = .081, p = .390$, ver Figura 11).

Figura 11

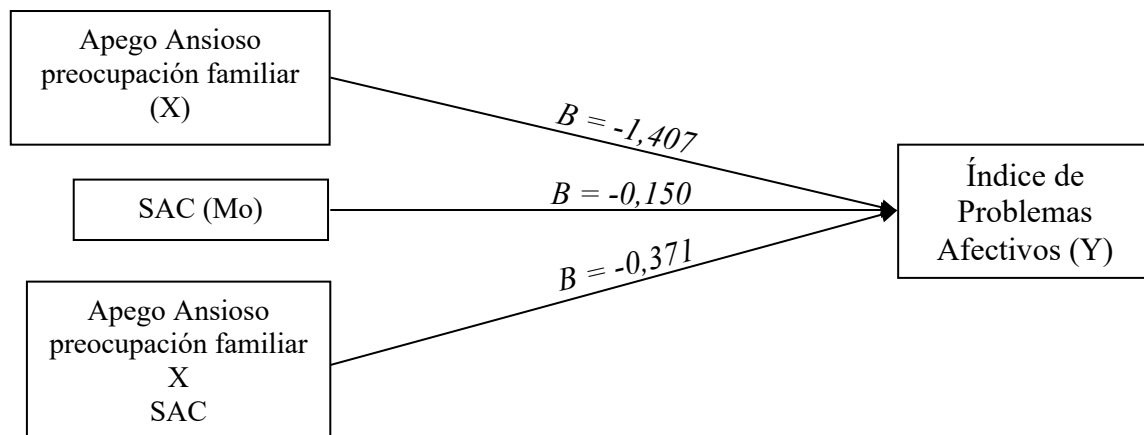
Esquema del análisis de moderación 5 de las variables en el grupo control (GC)



Respecto al modelo explicativo en el que la predictora de apego ansioso era el del subtipo de preocupación familiar en el GC, el análisis de las variables predictoras por separado no obtuvo tampoco puntuaciones significativas, ni para este indicador del apego ansioso de preocupación familiar ($B = -1,407, t = -,755, p = .455, SE = 1,864, [-5,191, 2,377]$), ni para el SAC en este modelo ($B = -,150, t = -,331, p = .743, SE = ,455, [1,075, 0 ,774]$). El efecto de interacción entre las predictoras apego ansioso de preocupación familiar junto con el SAC tampoco resultó significativo como predictoras del índice de problemas afectivos ($B = -,371, t = -,765, p = .449, SE = ,484, [-1,353, 0 ,612]$, ver Figura 12).

Figura 12

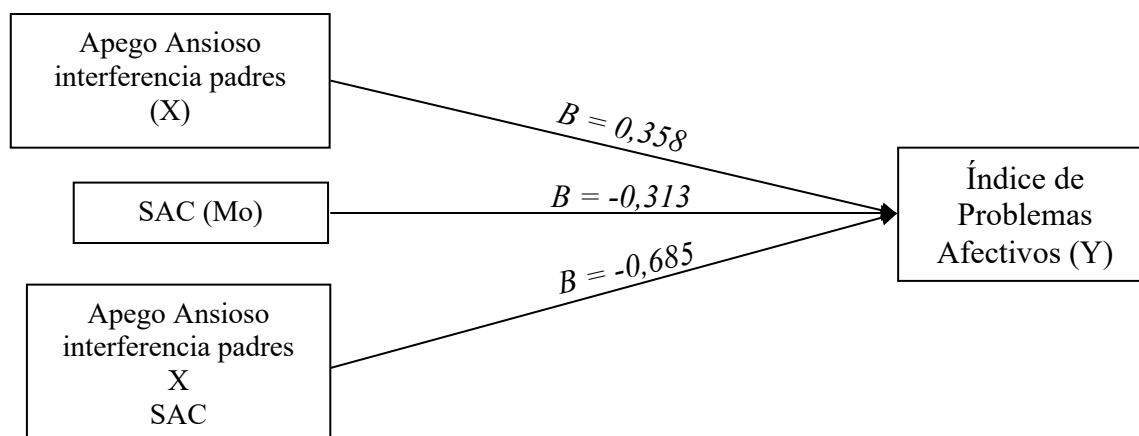
Análisis de moderación 5 de las variables en el grupo control (GC)



Respecto al modelo en el que el apego ansioso de interferencia de los padres es la predictora junto al SAC, analizando las variables predictoras por separado, el apego ansioso de interferencia de los padres no obtuvo una puntuaci3n significativa como predictora del índice de problemas afectivos ($B = ,358, t = ,224, p = .824; SE = 1,60, [-2,892, 3,610]$), al igual que el SAC por sí sola ($B = -,3139, t = -,777; p = .442; SE = ,403, [-1,133, 0,505]$). El efecto de interacci3n entre las predictoras de apego ansioso de interferencia de los padres junto con el SAC tampoco fue significativo como predictoras del índice de problemas afectivos ($B = -,685, t = -1,434, p = .160; SE = ,478; [-1,656, 0,285]$, ver Figura 13).

Figura 13

Análisis de moderación 6 de las variables en el grupo control (GC)



Los análisis de moderación han mostrado que la relación de mediación entre el apego evitativo (X), el SIC (Mo) y el ascetismo (Y) es significativa en el GTCA y no lo es en el GC, confirmando la H₂. Respecto a la H₃, la ausencia de una relación de moderación significativa en el GTCA y en el GC descarta H₃.

Para finalizar, cabe destacar las contradicciones recogidas en función del análisis realizado. En el análisis de correlaciones, no se han encontrado algunas relaciones que, posteriormente, en el análisis de regresión y/o de moderación sí que se han encontrado. Es el caso de la relación entre los estilos de apego inseguro y los sistemas motivacionales. Concretamente, el apego evitativo y el sistema de inhibición conductual (SIC) no se han asociado significativamente según el análisis de correlaciones de Spearman, pero sí lo hacían según la regresión lineal bayesiana y el análisis de moderación. Respecto al apego ansioso y el sistema de activación conductual (SAC), la asociación no ha sido significativa según el estadístico de Spearman, y según la regresión lineal bayesiana la relación ha sido circunstancial pero significativa. También se encuentra esta contradicción respecto a la relación entre el indicador del TCA bulímico (APC) y los indicadores de impacto del trauma, pues no se encuentran asociados significativamente en el análisis de correlaciones de Spearman pero sí en

el análisis de regresión bayesiana.

Discusión

El objetivo de esta investigación era analizar la relación entre el estilo de apego, los sistemas motivacionales de la personalidad, la vivencia del trauma y la sintomatología del TCA, en una muestra de casos confirmados de TCA que se compararon con otra muestra de personas que conformaría el grupo control. Se pretendía, en primer lugar, replicar los datos obtenidos en la investigación previa sobre la relación entre las variables descritas. En segundo lugar, poder contrastar la propuesta de modelo teórico explicativo sobre el funcionamiento de las variables (Budia et al., 2023).

En primer lugar y como se esperaba, las diferencias intergrupos fueron marcadamente significativas respecto a las variables de estudio (Harrison et al., 2011; Nalbant et al., 2020; Redondo y Luyten, 2018). La prueba estadística U de Mann Whitney ha reflejado diferencias significativas tanto en los estilos de apego, como en los sistemas motivacionales, el indicador de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC), en la severidad de la sintomatología registrada por el BSI 18 y del impacto del trauma. Algunos de los subindicadores, como la interferencia de los padres como segundo indicador de apego ansioso, puede encontrarse más asociado con la psicopatología alimentaria, mientras que la interferencia de los padres puede observarse como un factor común en todas las familias. La preocupación familiar excesiva es común en estilos familiares aglutinados, en los que no se tolera una toma de decisiones fuera del consenso y la aprobación familiar (Minuchin, 1974). Esto puede obstaculizar el desarrollo de la identidad y la autoestima, elementos fuertemente asociados a los TCA (Monteleone et al., 2017). Por otro lado, la no diferencia significativa en el ascetismo, puede ser el reflejo de las consecuencias sobre la conducta alimentaria observadas en la población general como consecuencia del confinamiento por la COVID-19. La crisis del coronavirus instigó a la búsqueda del sentimiento de seguridad y control de toda la población, agravando los casos de

TCA en los que el exceso de control ya era un problema, y haciendo más vulnerable a la psicopatología a la población sin TCA (Alvarado et al., 2021). Como se ha podido observar en este estudio, las consecuencias descritas se mantienen en la actualidad. Por todo lo expuesto, se aceptó la primera hipótesis (H_1).

En segundo lugar, respecto a la relación entre variables del polo restrictivo (apego evitativo, SIC y ascetismo o TCA restrictivo), los coeficientes Rho de Spearman demostraron la existencia esperada de una relación positiva y significativa entre las variables apego evitativo y ascetismo (A) en el grupo clínico (GTCA), lo que confirma que el estilo de afrontamiento evitativo y austero de las necesidades sociales y personales van asociadas, instigando a la persona al aislamiento social, la preferencia por la autonomía y la restricción alimentaria y otras necesidades. Esta relación es, además, ligeramente mayor en el GTCA respecto al grupo control (GC), y también mayor respecto a las variables de apego ansioso, sistema de activación conductual (SAC) y el índice de problemas afectivos del TCA (APC), por lo que se confirmaría parcialmente la segunda hipótesis alternativa (H_2). Sin embargo, la falta de una relación significativa de estas variables con el SIC sugiere que un modelo en el que las relaciones de las variables se asocian por pares no es idóneo. En la búsqueda de relaciones de causalidad se encontró que el SIC, junto con el apego evitativo y los indicadores del impacto internalizante del trauma (EVI, EPT), eran predictores significativos del TCA restrictivo en el GTCA, al contrario que en el GC y en la línea de lo esperado (Becerra, 2010). Adicionalmente, también se ha observado que existe una moderación significativa del SIC en la relación entre el apego evitativo como variable independiente, y el A, como variable dependiente en el GTCA, que tampoco se cumple en el GC y que también coincide con lo esperado (Monteleone, Cardi, et al., 2018). En síntesis, se observa cómo la adquisición de las habilidades disfuncionales de afrontamiento emocional basadas en el aislamiento social y la restricción austera de la alimentación y otras necesidades fisiológicas sigue una línea temporal, comenzando desde la

infancia en la adquisición de un apego evitativo respecto a las figuras de apego, agravada por una hipersensibilidad al castigo o al rechazo adquirida en el desarrollo de la personalidad y de la identidad, y que acaba sucumbiendo, entre otras variables descritas en el capítulo 1, en un TCA restrictivo. Esto permite aceptar la segunda hipótesis (H_2).

En tercer lugar, el análisis de correlaciones de Spearman respecto a las variables del polo bulímico-impulsivo, que son el apego ansioso, el SAC y el índice de problemas afectivos (APC) o TCA de atracones/purgas, se ha obtenido una relación positiva y significativa entre el apego ansioso y el APC, y negativa y significativa entre el SAC y el APC. No se ha obtenido relación significativa entre el apego ansioso y el SAC. Respecto a la relación con la variable trauma, se ha obtenido una relación positiva y significativa entre el apego ansioso y las alteraciones en la conducta alimentaria como síntoma de impacto internalizante del trauma (ALI), y del SAC con el indicador de abuso de sustancias como indicador externalizante de impacto del trauma (SUS). Las relaciones entre variables en el GTCA son mayores que en el GC. Este hallazgo reitera los resultados previos, y permite observar cómo la ansiedad por separación y el miedo al abandono se asocia con la sintomatología alimentaria basada en el impulso en busca de reducir el elevado afecto negativo, a través de, por ejemplo, los atracones y otras conductas adictivas (Monteleone, Cardi, et al., 2018). Sin embargo, los resultados encontrados respecto al SAC, de nuevo, no permiten establecer un modelo de asociación de las variables por pares. En la búsqueda de relaciones de causalidad, el modelo de predicción ofrece una evidencia significativa circunstancial del apego ansioso de preocupación familiar como antecedente del TCA bulímico, pero sin evidencia significativa de moderación del SAC. Por lo tanto, no se puede afirmar, en base a estos resultados y en contraste con lo esperado, que el SAC se relacione significativamente con el apego ansioso o el TCA. Por todo lo expuesto, se rechaza la tercera hipótesis alternativa (H_3), aunque la existencia de relaciones entre algunas de las variables ofrece la posibilidad de plantear, en futuras investigaciones, diferentes modelos

de interacción que pudieran dar respuesta a las incógnitas encontradas.

En cuarto lugar, los resultados obtenidos respecto al apego desorganizado en este estudio confirman una relación positiva y significativa del apego desorganizado con el A y con el SAC, en la línea con lo esperado (Monteleone et al., 2020), pero no se ha obtenido evidencia significativa de correlación con el APC en el GTCA ni en el GC, en la línea opuesta de lo esperado (Pignatelli et al., 2017). Esto sitúa al apego desorganizado como asociado a algunas variables de ambos polos, en la línea de lo esperado (Redondo y Luyten, 2021), aunque la falta de asociación significativa con el TCA bulímico contradice lo esperado. Por ello, se rechaza la cuarta hipótesis alternativa (H₄), pero estos resultados sugieren continuar con esta línea de investigación en futuras investigaciones.

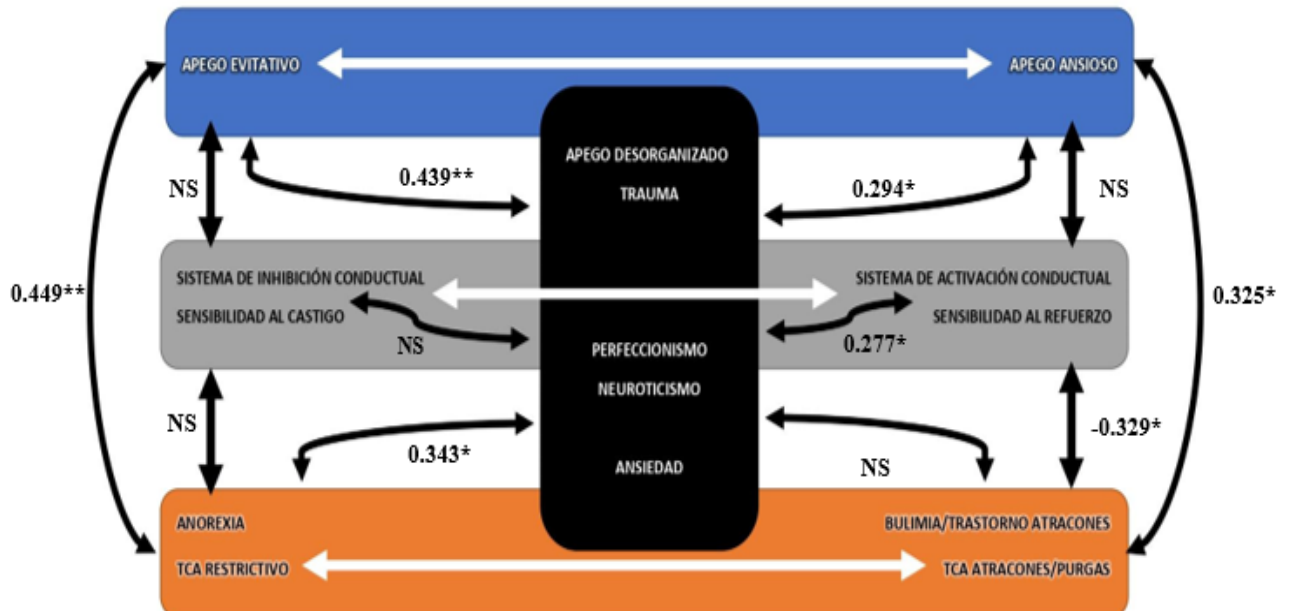
En quinto y último lugar, los resultados obtenidos respecto a la relación del impacto del trauma con el resto de las variables han sido variados. Se ha cumplido la relación esperada respecto al polo restrictivo y el impacto internalizante del trauma, confirmando la influencia del impacto del trauma en el desarrollo de las habilidades de afrontamiento basadas en la evitación, aislamiento, inhibición y desconexión de las necesidades fisiológicas y placeres (Tasca et al., 2013). Sin embargo, los resultados mixtos encontrados respecto al polo bulímico y el impacto externalizante del trauma plantean que es posible que exista una relación entre variables como la determinada en el polo bulímico, pero, como ya se ha mencionado, debe profundizarse en futuros estudios el rol del SAC en la relación entre el apego ansioso y el TCA de atracones/purgas, pues en este estudio no se ha obtenido evidencia significativa de relación entre estas variables. El hallazgo de la relación entre el SAC y el impacto externalizante del trauma aporta un enfoque de búsqueda activa del refuerzo y un alto umbral de sensibilidad a la recompensa asociados a la vivencia de situaciones traumáticas. Al no encontrarse todas las relaciones esperadas, debe rechazarse la quinta hipótesis alternativa (H₅). Sin embargo, deben tenerse en cuenta, como se ha mencionado, las relaciones encontradas respecto al apego

evitativo y las conductas resultado del impacto del trauma basadas en la desconexión social y la evitación de personas con apego evitativo respecto a sus figuras de apego familiar. Además, la relación entre la sensibilidad al refuerzo, la desconexión social y el abuso de sustancias puede explicar la vulnerabilidad previamente observada en la bibliografía de las personas con hipersensibilidad de los sistemas motivacionales y aislamiento social a la psicopatología alimentaria.

Como fortalezas de este estudio se encuentra, en primer lugar, la obtención de evidencia significativa respecto a la relación entre algunas de las variables y su direccionalidad, lo que alienta a proseguir con esta línea de investigación en posteriores estudios y con el planteamiento del Modelo Transdiagnóstico de las Tres Dimensiones Relacionadas del TCA (Budia et al., 2023, ver Figura 14).

Figura 14

El modelo transdiagnóstico de las tres dimensiones relacionadas, con correlaciones de Spearman



Nota: ** correlación significativa $p < 0,01$ (unilateral) * correlación significativa $p < 0,05$ (unilateral).
 Abreviaturas: NS no significativa, TCA trastorno de la conducta alimentaria.

La demostración de la existencia de un polo restrictivo en cuanto a su relación, linealidad y moderación entre variables favorece la comprensión de la psicopatología, y puede

inspirar a futuras investigaciones en su formulación de hipótesis respecto al modelo. En segundo lugar, al tratarse de un modelo pionero, los resultados de este estudio pueden contribuir a nuevos planteamientos que lleven al personal sanitario a una mayor eficacia en la intervención clínica. En tercer lugar, la profundización de la variable trauma en la relación entre las variables de apego, sistemas motivacionales y TCA ha demostrado ser un éxito en el análisis de la relación entre las variables familiares, la formación de la personalidad y de la psicopatología del TCA. En cuarto, la presencia de elevadas puntuaciones en obsesión por la delgadez, miedo a la madurez y ascetismo del grupo control podrían indicar el aumento de la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno alimentario en la población no clínica como consecuencia, ya descrita en otros estudios (Haghshomar et al., 2022; Villena-Esponera et al., 2021), de la pandemia por la COVID-19, prorrogando los efectos adversos incluso 3 años después del confinamiento.

Sin embargo, este estudio también presenta limitaciones. En primer lugar, destaca la selección de la muestra no aleatoria, por conveniencia, lo que sólo permite una interpretación cautelosa de los resultados. En segundo lugar destaca que, al no haber obtenido muestra masculina, no se han podido establecer una comparativa en función del factor género, cuya contribución se describe como altamente significativa en el manual EDI-3 (Garner, 2004). En tercer lugar, el diseño transversal puede limitar el establecimiento de relaciones de causalidad en el estudio de las variables de apego en la familia, de la formación de la personalidad en general, y de los sistemas motivacionales en particular, así como de su influencia sobre los TCA, por lo que es necesario el empleo en el futuro de diseños longitudinales. En cuarto lugar, debería considerarse la evaluación del apego desde las entrevistas semiestructuradas, pues la evaluación del estilo de apego con el CaMir conlleva limitaciones tanto psicométricas como de interpretación clínica. En quinto y último lugar, al ser todos los instrumentos de autoinforme, los datos obtenidos podrían albergar sesgos relacionados con la varianza común método.

Conclusiones

Este estudio tenía como propósito profundizar en las asociaciones entre apego familiar, hipersensibilidad al castigo y a la recompensa, impacto del trauma y los trastornos de la conducta alimentaria. Se considera que los nuevos hallazgos orientan a las futuras investigaciones a proseguir en el estudio de estas relaciones, para así responder a incógnitas de investigación que puedan favorecer el aumento de la eficacia de la intervención psicológica familiar con pacientes de TCA. En contraste, las limitaciones de este estudio instan a ser cautelosos con las interpretaciones, pues se necesita de estudios longitudinales, con un tamaño muestral óptimo y una muestra homogénea y con mayor paridad en función del género.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN GENERAL

Este apartado comienza con una descripción de los objetivos planteados en la presente tesis doctoral, describiendo posteriormente las preguntas de investigación planteadas y, de manera preliminar, se presentan los resultados obtenidos.

Los objetivos de la presente tesis doctoral fueron, en primer lugar, la recogida sistemática de la información actualizada sobre la relación entre las variables de apego en la familia, los sistemas motivacionales de la personalidad (SIC/SAC) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En segundo lugar, y en función de los resultados obtenidos, se pretendía comprobar la relación entre las variables mencionadas a través de la realización de un estudio empírico transversal. Con los datos obtenidos, se propuso un modelo teórico explicativo sobre el modo de interacción entre las variables.

Una de las preguntas de investigación formulada en este trabajo consistió en comprobar si el estilo de apego tiende a ser diferente en personas con TCA en comparación con personas sin TCA. Se postuló, por un lado, que el estilo evitativo del apego se asocia con la hipersensibilidad al castigo del SIC, y a su vez asociarse con los TCA restrictivos, en la línea de los resultados de estudios previos, como el de De Paoli et al. (2017) o el de Keating et al. (2016). De este modo, la desconexión emocional, interpersonal y el rechazo alimentario funcionarían como estrategias disfuncionales de afrontamiento estrechamente relacionadas. Por otro lado, también se planteó que el apego ansioso se podría asociar con la hipersensibilidad al refuerzo del SAC, y a su vez asociarse a TCA bulímico-impulsivos, en la línea de los resultados observados en los estudios de Harrison et al. (2011) o el de Pace et al. (2017). De esta manera, la impulsividad, la dependencia emocional hacia otras personas, la sobre ingesta alimentaria y los hábitos purgativos pueden asociarse como otro conjunto de estrategias de afrontamiento disfuncionales. Por último, el apego desorganizado, como síntoma de vivencia de trauma, podría encontrarse asociado a los dos subtipos de TCA, al ser común en el diagnóstico tanto de anorexia como de bulimia nerviosa (Monteleone et al., 2020; Redondo &

Luyten, 2018, 2021).

Los principales hallazgos respecto a la influencia del vínculo familiar en personas con TCA muestran que el estilo de apego inseguro se relaciona positivamente con la sintomatología del TCA, como ya había postulado previamente Monteleone et al. (2017). Se ha observado cómo, por ejemplo, el funcionamiento familiar que no proporciona un equilibrio entre los sistemas de apego de la persona, que son el sentimiento de seguridad y de autonomía para explorar el entorno, se asocia a las estrategias disfuncionales de regulación intrapersonal e interpersonal en la anorexia restrictiva, como ya habían identificado Nalbant et al., (2020) y Nandrino et al. (2020). Asimismo, tanto en los resultados del estudio de Monteleone et al. (2018) como en los resultados del estudio empírico realizado en esta tesis, se establece el apego inseguro como una variable antecedente del TCA. Además, se cumple la asociación significativa del apego evitativo con los síntomas restrictivos del TCA y del apego ansioso con los síntomas bulímico-impulsivos. Se trata de un resultado esperado, al ser la formación del apego previa cronológicamente a la media de aparición de los TCA, y además al ser el apego inseguro una variable que favorece el déficit en la identificación y regulación emocional (Józefik, 2008). En cuanto al apego desorganizado, este se ha descrito como otra variable asociada al TCA (Lecannelier et al., 2011). Este tipo de apego, en el que la persona se ha criado en un ambiente traumático, agresivo y negligente, también se ha asociado significativamente a los TCA, sin establecer diferencias entre subtipos (Lecannelier et al., 2011).

Por otro lado, otra de las preguntas de investigación formuladas establecía la relación significativa de los sistemas motivacionales de la personalidad con el TCA y con el estilo de apego, siguiendo a Monteleone et al. (2018a). En este trabajo se ha observado que los sistemas motivacionales de la personalidad se asocian al estilo de TCA y al estilo de apego inseguro (De Paoli et al., 2017; Keating et al., 2016; Monteleone et al., 2018). El planteamiento del sistema de inhibición conductual (hipersensibilidad al castigo (SIC) como una variable asociada,

concretamente, al apego evitativo y a la sintomatología restrictiva del TCA, ha obtenido evidencia de respaldo (De Paoli et al., 2017). Tanto en el estudio de Monteleone et al. (2018a) como en el estudio empírico, se ha observado cómo esta variable podía actuar como moderadora de la relación apego evitativo-síntomas restrictivos de TCA. En cuanto al sistema de activación conductual/hipersensibilidad al refuerzo (SAC), los resultados encontrados fueron contradictorios, pues en la revisión se encontraron estudios que mostraban una relación significativa y positiva con el TCA, como ya habían encontrado Jappe et al. (2011), y en otros estudios la hipersensibilidad al refuerzo era igual o mayor en el grupo control, como observaron Harrison et al. (2016) y Monteleone et al. (2018). En el estudio empírico recogido en el capítulo 3 de este trabajo, el SAC se asoció significativamente con la sintomatología tanto bulímica como restrictiva del TCA y con el apego inseguro y desorganizado, pero no de la manera esperada, pues la evidencia sigue siendo contradictoria. Se encontró una correlación el SAC significativa y positiva con el apego desorganizado, y negativa y significativa con los síntomas restrictivos del TCA en el grupo clínico. En el grupo control, el SAC correlacionó positiva y significativamente con el apego evitativo. Toda la evidencia hallada deja sin respuesta a la pregunta de investigación en relación con el SAC, por lo que se necesitarán futuros estudios que tengan en cuenta los resultados obtenidos para la profundización del funcionamiento de dicha variable.

Por último, la última pregunta de investigación planteaba el impacto del trauma como una variable asociada tanto al apego inseguro, como a los sistemas motivacionales y el TCA. La evidencia hallada en esta tesis doctoral sitúa el antecedente de trauma como una variable significativa de estudio en la relación entre las variables mencionadas (Pignatelli et al., 2017; Redondo & Luyten, 2021). Los indicadores de impacto del trauma se relacionaron positiva y significativamente con todos los estilos de apego inseguro en el grupo clínico, con el SIC como predictoras de los síntomas restrictivos del TCA, con el SAC en el análisis de correlaciones y,

por último, con el TCA, funcionando como antecedente de la sintomatología restrictiva y como variable asociada de la sintomatología bulímica. Por lo tanto, se ha demostrado que el impacto del trauma es una variable relevante de estudio en el análisis de variables asociadas al TCA, como ya se había recogido en los estudios previos de Monteleone et al., (2020) o de Pignatelli et al. (2017).

A continuación se presentan las implicaciones teóricas y las implicaciones prácticas de los resultados obtenidos, así como las limitaciones de los estudios realizados y las nuevas líneas de investigación derivadas de esta tesis doctoral.

Implicaciones Teóricas

Las implicaciones teóricas de este trabajo se resumirán en la descripción del modelo teórico propuesto, pues es una síntesis teórica de los resultados encontrados combinado con nuevos enfoques propuestos. Este es el modelo transdiagnóstico de las tres dimensiones relacionadas del TCA, publicado en Budia et al. (2023).

El modelo parte de la premisa transdiagnóstica propuesta por Fairburn et al. (2003) y adopta el carácter dimensional de las variables inspirado por el modelo de Hollander y Rosen (2000). Por ello, la anorexia nerviosa y sus subtipos se recogen bajo la denominación de TCA restrictivos, y la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones y el resto de los trastornos derivados se recogen bajo la denominación de TCA bulímico-impulsivos. Se entiende que la naturaleza de este conjunto de trastornos es dimensional y bipolar, conformando, junto con otras variables que a continuación se van a describir, un polo denominado “restrictivo” y otro polo denominado “bulímico-impulsivo”.

Se suman a los polos descritos, además, el abordaje ya existente de los sistemas motivacionales desde el punto de vista dimensional, como plantean Torrubia et al. en su construcción de la prueba SCSR (2001). De este modo, en polo restrictivo se incluiría el sistema de inhibición conductual (SIC), y al polo bulímico impulsivo, el sistema de activación

conductual (SAC).

Asimismo, se plantea una tercera variable dimensional, propuesta desde el modelo, pues clásicamente tiene un enfoque categorial, y es el estilo de apego inseguro (Budia et al., 2023). Desde este enfoque, el apego inseguro conformaría también un continuo bipolar a través del cual se encuentran, en un extremo (polo restrictivo), el apego evitativo, y en el otro (polo bulímico-impulsivo), el apego ansioso. El apego desorganizado sería el conector, presente en todo el continuo, con presencia en ambos polos. La situación del apego desorganizado en el continuo vendría justificada por la vivencia de trauma, muy común en personas con TCA, y cuyo funcionamiento será explicado en detalle en apartados posteriores.

A continuación, se procede a describir las implicaciones teóricas de los polos restrictivo y bulímico-impulsivo, así como las variables transdiagnósticas mantenedoras.

Como se ha mencionado en los apartados anteriores, la construcción de un modelo sobre la relación entre las variables de apego, sistemas motivacionales, trastornos de la conducta alimentaria e impacto del trauma, bajo la hipótesis del funcionamiento transdiagnóstico y dimensional de estas variables, permite un mayor acercamiento de la investigación a la realidad clínica. Anteriores modelos, como el dimensional de Hollander y Rosen (2000) o el transdiagnóstico de Fairburn et al (2003), ya aludían a las variables de obsesividad-impulsividad y las relacionadas con el TCA, respectivamente, como variables en las que el enfoque categorial podía resultar insuficiente para la explicación de su funcionamiento. El estudio empírico supuso, un punto de partida pionero para el abordaje de las variables mencionadas en conjunto desde el enfoque dimensional y transdiagnóstico.

La posible existencia de dos polos de funcionamiento, uno restrictivo y el otro bulímico-impulsivo, orienta hacia la integración de dos tendencias conexas de funcionamiento, tanto a nivel intrapersonal e interpersonal. La relación demostrada en este trabajo y en estudios previos como el de Monteleone et al. (2018a), entre las variables que integran el polo restrictivo, ofrece

una perspectiva del TCA restrictivo pionera, integrando la conducta de anorexia con la inclinación hacia el ascetismo, la austeridad y el control de los placeres, además del aislamiento social y la inhibición conductual con una hipersensibilidad al castigo y el impacto internalizante del trauma. Este trabajo, por lo tanto, consolida una nueva línea de investigación en torno al polo restrictivo que puede ofrecer resultados de relevancia en futuros estudios.

Por otro lado, las relaciones que quedan por demostrar respecto al polo bulímico-impulsivo propuesto, tanto en lo observado en los estudios previos como en lo observado en este trabajo, ofrecerían un estilo de funcionamiento basado en la evitación de la ansiedad y estados emocionales disfóricos intensos a través del establecimiento de relaciones sociales de dependencia afectiva, el abuso de drogas y el uso de atracones o conductas purgativas como consecuencia de la necesidad de la búsqueda del refuerzo fisiológico, afectivo y social. El polo bulímico-impulsivo, si se demuestra su existencia, orientaría a futuras investigaciones al estudio de la influencia del aprendizaje sobre la regulación emocional en la familia en la construcción de la personalidad y de los TCA de atracones/purgas, como ya orientaban los estudios de Fairburn et al. (2003) en el abordaje transdiagnóstico del TCA, y cómo la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales se relacionaban con la psicopatología alimentaria. Un abordaje dimensional sobre la relación entre las variables y sumando el impacto externalizante del trauma, en este caso, podría integrar más alternativas teóricas de funcionamiento que complementen, corrijan o se sumen a las postuladas hasta la fecha por anteriores personas investigadoras.

Más aún, la consideración de las variables transdiagnósticas descritas en este trabajo y que se van a exponer a continuación, ofrecen una explicación del mantenimiento de la psicopatología y de la relación disfuncional entre las variables.

El neuroticismo, definido como la tendencia a tener emociones desagradables, como la tristeza, el miedo o la ira, junto con la impulsividad, conformando un estado de inestabilidad

emocional (Clague et al., 2023), se debe considerar en futuros estudios empíricos sobre el TCA, pues el elevado afecto negativo puede explicar la consolidación de conductas de dependencia emocional y de la búsqueda insaciable del refuerzo, como ya se recogió en los estudios de Becerra (2010) y Münch et al. (2016). De este modo, la introducción del neuroticismo en el modelo permite tener una medida del grado de afecto negativo y disforia que la persona está sufriendo, así como poder analizar en detalle los sistemas de inhibición y activación conductual, pues ambos se construyen, entre otros, en base a este factor de la personalidad (Gray, 1970).

El alto o bajo umbral de sensibilidad frente a los estímulos sociales puede explicar la personalidad extrovertida e introvertida, respectivamente, como se ha observado en este trabajo en la relación del SIC y el SAC con algunas de las variables de apego inseguro y en la línea de lo que se había postulado en los estudios de Becerra (2010) y Gray (1970). Los extremos en esta variable pueden favorecer la tendencia hacia la psicopatología albergada en uno de los polos descritos, por lo que la consideración del umbral del estímulo social puede ser un éxito en el abordaje teórico de los TCA.

Por último, el perfeccionismo extremo es, quizá, la variable transdiagnóstica más prevalente en los trastornos de la conducta alimentaria, y se añadió en el modelo como un elemento mantenedor de la psicopatología, como ya postulaban los estudios de Dakanalis et al. (2014) y Fairburn et al. (2003). Estudiar esta variable en relación con la variable de apego familiar y de sintomatología de TCA podría explicar la presencia del perfeccionismo clínico observado en varias generaciones familiares de una persona afectada por TCA, descrito, por ejemplo, en los estudios de Lazarević et al. (2016) y Tasca y Balfour (2014).

En síntesis, el modelo transdiagnóstico de las tres dimensiones relacionadas del TCA permite un abordaje realista y comprensivo de la psicopatología del TCA. Procura aunar las variables que se han demostrado como implicadas en la etiología del trastorno, y ofrecer una

explicación sin las limitaciones teóricas que supone el enfoque categorial, motivado por el enfoque dimensional que otras personalidades del ámbito investigador están aplicando hacia la psicopatología. La investigación empírica que se ha expuesto en el capítulo anterior ha servido de estudio preliminar para observar, con pacientes reales y en comparación con personas sin TCA, el funcionamiento de estas variables, y estudiar las dificultades encontradas en estudios previos.

El propósito de toda investigación en psicología es facilitar la labor clínica y aumentar la eficacia y eficiencia de la intervención psicológica. Por ello, en el próximo apartado se expondrán las implicaciones prácticas que tiene trabajo.

Implicaciones Prácticas

Las implicaciones prácticas que se van a describir en este apartado relacionan los hallazgos teóricos del modelo y del estudio empírico con la intervención clínica cotidiana, pues refuerzan algunos de los postulados de la intervención clínica ya presentes y, además, ofrecen otros nuevos para favorecer la comprensión de la problemática y la acción terapéutica. Se exponen a continuación las implicaciones de la adopción de un enfoque dimensional en el estudio de las variables del modelo, seguido de los beneficios prácticos del enfoque transdiagnóstico, los hallazgos del apego inseguro como predictora del TCA, de los sistemas motivacionales como moderadoras de la asociación apego-TCA y la importancia práctica del abordaje de la personalidad en general en los casos de TCA y, por último, de la influencia de la pandemia en la construcción del modelo.

En primer lugar, la adopción del enfoque dimensional en el abordaje de la problemática del trastorno de la conducta alimentaria ha permitido el análisis exhaustivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales, que deterioran los diferentes ámbitos de la vida de la persona afectada, en torno a diferentes dimensiones de afectación. La dimensionalidad de las variables nos aleja del error que en ocasiones se comete de establecer conclusiones en función

de la dicotomía de los resultados (presente/ausente), a favor de la consideración, por ejemplo, del grado de implicación de una variable en la problemática de la persona de forma individualizada. Este acercamiento pretende profundizar en la problemática y el establecimiento de planes de actuación más individualizados.

En el caso del TCA, la dimensionalidad integra la posibilidad del cruce entre diagnósticos comúnmente producido con el paso del tiempo, sobre todo de la anorexia nerviosa a bulimia nerviosa (APA, 2022). Se entendería, en este caso, que este episodio es una “recolocación” del cuadro sintomático con el mismo núcleo psicopatológico subyacente. También sirve de ayuda en la psicoeducación a las familias sobre el TCA, pues de este modo entienden que la psicopatología va más allá de la presencia o ausencia de la sintomatología relacionada con el cuerpo y la comida, e incluso que, en muchas ocasiones, sigue siendo necesaria la intervención psicológica cuando estos síntomas ya no están presentes. Como consecuencia de una buena psicoeducación, las personas familiares y allegadas favorecerán la adherencia al tratamiento de la persona afectada (Bond y Anderson, 2015).

En segundo lugar, la introducción del enfoque transdiagnóstico en el modelo, por otro lado, permite avanzar en el estudio de los factores comunes a todos los TCA, y de este modo favorecer el diseño o perfeccionamiento de las psicoterapias para el tratamiento de los TCA. Las variables transdiagnósticas, que son el neuroticismo, el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia emocional, los antecedentes del trauma y las polarizadas introversión y extroversión, apuntan de nuevo hacia variables de la personalidad y de las relaciones familiares o sociales que deben ser abordadas con un tratamiento extendido en el tiempo, pues la personalidad y la sintomatología postraumática se conforman y repercuten en la vida de la persona durante años (Martinussen et al., 2017; Pignatelli et al., 2017). La obtención, por lo tanto, de evidencia a favor de un tratamiento extendido en el tiempo, servirá de ayuda al equipo clínico en la psicoeducación hacia familiares y allegados de la persona

afectada, respondiendo con datos a la pregunta tan escuchada en las unidades de TCA de “¿cuánto tiempo dura el tratamiento del TCA?”.

En tercer lugar, otra de las aportaciones realizadas por este modelo es la demostración del apego inseguro como variable predictora del TCA. Situar el apego como antecedente permite el establecimiento eficaz de programas de prevención primaria y secundaria, en los que el trabajo psicoeducativo puede centrarse, entre otros temas, en establecer un vínculo y una comunicación emocional saludables. De este modo, se adquieren habilidades para saber leer y responder a las necesidades de la persona, siendo de apoyo o del fomento de la autonomía. Asimismo, la adopción de un enfoque dimensional en el estudio del apego inseguro permite entender también las relaciones familiares en torno a la dimensión internalizante/externalizante, naturaleza que ya tienen otras variables con las que se asocia, como el trauma, los sistemas motivacionales y los TCA (Caseras et al., 2003; Crespo et al., 2020; Fairburn et al., 2003, 2008; Hollander y Rosen, 2000). Este enfoque puede facilitar la intervención familiar ajustando las pautas de comunicación y contacto a las necesidades y las capacidades que la persona está teniendo, y que se están observando también en el resto de las variables dimensionales.

Se ha observado cómo también, a través de la una relación de moderación, puede influir en los sistemas motivacionales de la formación de la personalidad, por lo que la consideración de la hipersensibilidad al castigo y a la recompensa como un síntoma más por parte del equipo de intervención multidisciplinar aumentará su comprensión de la psicopatología, favoreciendo, de este modo, la adopción de unos ritmos de tratamiento realistas. De este modo, la persona que reciba tratamiento se sentirá mejor entendida y escuchada.

En general, la inclusión de las variables de la personalidad en el modelo y la obtención de relaciones significativas insta a la formación especializada en los trastornos de la personalidad para el abordaje del TCA. En la realidad clínica, los casos de comorbilidad con

trastornos de la personalidad actualmente pueden alcanzar hasta el 50% de los casos (APA, 2022). La formación en psicoterapias integradoras para el abordaje del trastorno de la personalidad, como son la terapia dialéctico conductual de Linehan (Linehan, 1993) o la terapia dialéctico conductual radicalmente abierta de Lynch (Lynch, 2018), además de la terapia cognitivo conductual y la terapia sistémica, son fundamentales para poder considerar y estructurar todos los elementos del modelo en el abordaje clínico, pudiendo subsanar las contradicciones en las que podrían caer los diferentes estilos entre sí a favor de la persona que recibe psicoterapia. Son fundamentales también, para ayudar a entender la psicopatología y poder protegerse, como profesionales o familiares, del síndrome Burnout, que las personas que se encargan del tratamiento y del cuidado de las personas con TCA pueden sufrir, pues la introducción del pensamiento dialéctico en las dinámicas de apoyo e intervención, así como la supervisión entre profesionales, es un factor de protección (De la Vega & Montalvo, 2020).

Se puede observar cómo todas las implicaciones prácticas de este estudio de tesis doctoral se enfocan, considerable, en la relación de la persona con su entorno social. La persona, en su esencia, es un ser social que conforma su self, su autoestima y su modo de funcionar apoyado en la influencia social, de tal modo que la construcción de un yo regulado conllevará la construcción de un yo socializado (Nandrino et al., 2020).

Cuando el ser humano ha sido obligado a aislarse físicamente y a reducir considerablemente su contacto social, como ocurrió durante la pandemia por la COVID-19, aquellas personas que padecían o estaban en riesgo de TCA, fueron de las más afectadas por el confinamiento (Monteleone et al., 2021). Esto es debido a que algunas de las características psicopatológicas que ya estaban presente en las personas con la psicopatología alimentaria, o en riesgo de sufrirla, se vieron acrecentadas por las circunstancias externas (Castellini et al., 2020). Es el caso del aumento de la obsesividad, del exceso de control, del pensamiento rumiativo o de la hipersensibilidad al castigo o a la recompensa como consecuencia del

aislamiento, el miedo y la incertidumbre (Alvarado et al., 2021); o del aumento de la conflictividad familiar al más tiempo juntos/as en un espacio reducido (Hernández y Vitoria, 2020; Villena et. Al., 2021).

Como se ha mencionado en el apartado de antecedentes, pasados ya tres años desde el confinamiento, el incremento de los casos de TCA como consecuencia de la pandemia sigue siendo significativo (Khraisat et al., 2022). Sin embargo, el modelo que en este trabajo se expone no se circunscribe a lo ocurrido durante la pandemia o como consecuencia de esta, sino que trasciende de esta, estudiando las variables que ya se veían antes de la pandemia y que, durante muchos años, se ha visto cómo estaban relacionadas con el TCA. No obstante, el modelo sí que ofrece herramientas al problema social del aumento de casos post COVID-19, con el propósito de establecer los cambios esperados de una forma continuada en el tiempo, así como ayudar también a las nuevas generaciones.

Para finalizar, las implicaciones prácticas de este trabajo se resumen en tres puntos:

- Esta tesis doctoral ha permitido aumentar el conocimiento acerca de la relación entre el estilo de apego familiar, los sistemas motivacionales de la personalidad y la sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria, resaltando también la implicación del impacto del trauma como un antecedente y mantenedor de la psicopatología, así como otras variables transdiagnósticas.
- Se ha propuesto un modelo teórico explicativo acerca del funcionamiento y la relación entre las variables, que puede favorecer la intervención clínica en la práctica al aunar los factores multimodales relacionados con el TCA.
- El funcionamiento dimensional propuesto sobre el estilo apego ofrece una nueva línea de investigación que podrá ser abordada en futuros estudios.

Limitaciones

A pesar de los hallazgos teóricos y sus repercusiones en la práctica clínica, el presente

trabajo cuenta con una serie de limitaciones que se deben tener en cuenta en la interpretación de los resultados. A continuación se expondrán, en primer lugar, las limitaciones derivadas de la recogida de información, siguiendo con aquellas derivadas del diseño, de la muestra, del análisis de los resultados y finalizando con las derivadas de los propios resultados obtenidos.

Respecto a la recogida de información, en primer lugar, todos los instrumentos empleados en el estudio empírico eran medidas de autoinforme. Para el análisis de los estilos de apego y su impacto en la psicopatología de la persona pueden ser más acertadas las entrevistas clínicas semiestructuradas, con mejores propiedades psicométricas, y en las que se pueda registrar y estudiar una respuesta más detallada, limitación que ya fue reflejada en el estudio de Redondo y Luyten (2018) o en el estudio de Monteleone et al. (2018a). En segundo lugar, la recogida de información en un único momento temporal tiene una serie de limitaciones para la extracción de conclusiones que se podría subsanar realizando un diseño longitudinal con diferentes momentos para la recogida de información, como ya reflejó, también, el estudio de Redondo y Luyten (2018). De este modo, la consistencia transituacional y la estabilidad temporal de los resultados aportaría una mayor robustez a las conclusiones extraídas de los mismos.

Por otro lado, respecto a las limitaciones derivadas del diseño, sería más adecuado optar por diseños de estudio longitudinales con diferentes momentos de recogida de la información, sobre todo para el análisis de las relaciones familiares y la formación de la personalidad, al ser variables que pueden obtener diferencias significativas en función del momento en que se recoja la información y la edad de las personas participantes. Es bien sabido que las familias son entidades dinámicas y en constante cambio, con influencias derivadas del contexto físico y social, por lo tanto, será importante el estudio no sólo de la composición y relaciones familiares en un único momento temporal, sino que también será relevante registrar los cambios y la motivación de los mismos. Por otro lado, lo mismo ocurre respecto a la formación de la

personalidad, pues al estudiarse el desarrollo ontogenético de la persona afectada por TCA, los cambios o ajustes a medio y largo plazo que puedan producirse en las variables de la personalidad como consecuencia de su adaptación a las circunstancias físicas y/o sociales pueden ser relevantes en el entendimiento de la psicopatología. Esta limitación ya fue reflejada, por ejemplo, en el estudio de Monteleone et al. (2018a).

En cuanto a las limitaciones derivadas de la muestra, en primer lugar, destaca que el muestreo realizado es de conveniencia. Las participantes del grupo clínico son pacientes con TCA de hospitales de asistencia pública y centros sanitarios especializados de entidad privada, y han sido seleccionadas a partir de la disponibilidad y voluntariedad de las pacientes y los centros. Esto puede comprometer la generalización y representatividad de los datos al no haber seleccionado ni asignado aleatoriamente las personas a los grupos de investigación, a pesar de que todas las participantes seleccionadas para el grupo clínico han sido diagnosticadas en centros especializados de asistencia pública. Una limitación similar respecto a la selección de la muestra también se observó, por ejemplo, en el estudio de Kanakam et al. (2017) o el de Batista et al. (2018). En segundo lugar, la participación en el estudio fue voluntaria, lo que también compromete la aleatorización en la selección de la muestra, y ha podido suponer una cantidad de personas participantes inferior al necesario para la extracción de conclusiones robustas, limitación ya reflejada, también, en el estudio de Katznelson et al. (2017). En tercer lugar, las limitaciones temporales derivadas del calendario académico han podido influir también en el número de participantes que forman parte de la muestra, y el bajo tamaño muestral puede influir en la robustez de las conclusiones extraídas de los resultados, como ya se observó en el estudio de Keating et al. (2016). En cuarto lugar y último lugar, la obtención de una muestra exclusivamente formada por mujeres impide extraer conclusiones en relación con el género, siendo esta una variable con una elevada influencia en los TCA (Garner, 2004). Esta limitación es común en las investigaciones sobre TCA, en las que las muestras están

compuestas íntegramente por mujeres (véanse los estudios de Amianto et al., 2021; Cascino et al., 2022 y Nandrino et al., 2020), y debe tenerse en consideración para futuros estudios.

En referencia a las limitaciones derivadas del análisis de los resultados, destaca que el estadístico empleado para el establecimiento de diferencias entre grupos, U de Mann Whitney, sólo permite explorar las diferencias entre los grupos en general, sin concretar las variables que han sido diferenciadoras y las que no.

Por último, cabe destacar la contraposición entre algunos de los resultados en función del estadístico, como por ejemplo el rol del SAC en la relación entre el apego inseguro y los síntomas de TCA. Esto sugiere también la necesidad de obtención de un tamaño muestral mayor para el mejor funcionamiento de los estadísticos y, quizá, un mayor plazo temporal para la recogida de los datos. Las contradicciones en torno al SAC ya fueron registradas previamente, por ejemplo, en el estudio de Kanakam et al. (2017).

Futuras Líneas de Investigación

En primer lugar, se propone que los estudios que quieran explorar la relación entre el apego familiar, los sistemas motivacionales y los trastornos de la conducta alimentaria partan de diseños de investigación longitudinales, con diferentes momentos de medición, y con una muestra representativa tanto de personas con TCA como de un grupo control equivalente. Aunque los diseños de investigación transversales pueden ser muy útiles y eficientes, el análisis del funcionamiento familiar y de la personalidad queda limitado en la obtención de los resultados si sólo se registra una única medida en un único momento. Un diseño longitudinal ofrecería información más completa sobre la naturaleza de las variables y su relación. Estudios previos ya recomiendan la elección del diseño longitudinal, como es el caso del estudio de Batista et al. (2010) o el de Monteleone et al. (2018a).

En segundo lugar, y en la línea de lo que se acaba de exponer, se ha observado que el

tamaño de la muestra puede ser relevante de cara a la obtención de resultados congruentes y significativos en el análisis. Por ello, se precisa de un tamaño de muestra mayor que el obtenido. Esta recomendación quedó reflejada previamente en el estudio de Keating et al. (2016).

En tercer lugar, respecto a la muestra es importante destacar también que será necesaria una mayor paridad en el número de hombres y mujeres. Los estudios sobre los TCA y sus diferencias por género a nivel biológico, psicológico y social puede ser una línea de investigación que aporte novedades a la bibliografía. Se trata de una variable de elevada relevancia, como describió Garner (2004).

En cuarto y último lugar, respecto a los instrumentos empleados, será necesario en futuros estudios el empleo de la entrevista semiestructurada en lugar del autoinforme para el análisis del apego familiar, pues puede obtenerse, de este modo, información más valiosa que si se emplea un autoinforme con pregunta-respuesta cerrada. Por otro lado, para los sistemas de inhibición y activación conductual, sería conveniente complementar el cuestionario de autoinforme con técnicas de neuroimagen para la comparación entre grupos de las diferencias neurobiológicas provocadas por la hipersensibilidad al castigo o al refuerzo. Esta última recomendación ya fue reflejada en el estudio de Jonker et al. (2020).

Conclusiones

En la investigación y la práctica clínica con personas con trastornos de la conducta alimentaria surge la necesidad de profundizar en el estudio de la identidad, del nacimiento y desarrollo de la personalidad y de aquellas variables clave de la formación del yo que pueden perturbar la salud mental de la persona y su relación con su cuerpo y la comida. Como se ha expuesto en esta tesis doctoral, la forma en la que la persona se relaciona con entorno social y familiar, así como las experiencias traumáticas vividas, pueden sumarse a las causas o las consecuencias de un estilo de la personalidad hipersensible a las contingencias y, a su vez, pueden ser determinantes en el padecimiento del TCA.

El hallazgo de un patrón de afrontamiento de situaciones vitales estresantes basada en la restricción alimentaria, del contacto social y del ascetismo de los placeres y necesidades corporales, con influencia del sistema de inhibición conductual, ofrece una perspectiva pionera del entendimiento del funcionamiento biopsicosocial de la persona afectada por TCA. Además, la premisa sobre la naturaleza dimensional de todas las variables, sumando el impacto del trauma, permite el establecimiento de los nuevos planteamientos no tenidos en cuenta hasta la fecha. En contraste, la falta de claridad del rol del sistema de activación conductual en la asociación entre apego y TCA ofrece una línea de investigación para futuros estudios, que pudieran servir de guía para el funcionamiento bulímico-impulsivo con un apego inseguro ansioso.

Para finalizar, este trabajo supondrá el primer paso de una carrera investigadora en la que poder dedicar una vida laboral a la lucha frente a los trastornos de la conducta alimentaria, con el propósito de conseguir frenar el insidioso aumento de casos y aumentar la eficiencia terapéutica. Se trata de una lucha especialmente compleja, con múltiples variables que precisan de un equipo multidisciplinar en el que apoyarse, lo que supone un ejemplo más sobre lo importante que es rodearse de personas y relacionarse de una forma saludable con ellas para poder progresar hacia las metas vitales.

REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Alvarado, E., Obreque, B., Cumicheo, C., Sandoval, M., Carrasco, V., y Zambrano, A. (2021). COVID-19, Salud mental y enfermedades psiquiátricas. Revisión de la literatura en pubmed, durante los primeros meses de pandemia. *Revista ANACEM*, 15(1).
- Ambwani, S., Slane, J. D., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., y Grilo, C. M. (2014). Interpersonal dysfunction and affect-regulation difficulties in disordered eating among men and women. *Eating Behaviors*, 15(4), 550–554.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.005>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association, D., y Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, Issue 5). American psychiatric association Washington, DC.
- Amianto, F., Abbate-Daga, G., Morando, S., Sobrero, C., y Fassino, S. (2011). Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research*, 187(3), 401–408. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.028>
- Amianto, F., Secci, I., Arletti, L., Davico, C., Abbate Daga, G., y Vitiello, B. (2021). Obsessive-compulsive symptoms in young women affected with anorexia nervosa, and their relationship with personality, psychopathology, and attachment style. *Eating and Weight Disorders : EWD*. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01252-y>
- Armsden, G. C., y Greenberg, M. T. (1989). *Inventory of parent and peer attachment (IPPA)*. University of Washington Seattle.

- Atiye, M., Miettunen, J., y Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association*, 23(2), 89–99. <https://doi.org/10.1002/erv.2342>
- 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.
- Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., y Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 319–327. <https://doi.org/10.2147/NDT.S128418>
- Barg, G. (2011). Bases neurobiológicas del apego. *Ciencias Psicológicas*, V(1), 69–81. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a07.pdf>
- Barnes, M. A., y Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders : EWD*, 22(1), 177–184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>
- Barrós-Loscertales, A., Ventura-Campos, N., Sanjuán-Tomás, A., Belloch, V., Parcet, M.-A., y Avila, C. (2010). Behavioral activation system modulation on brain activation during appetitive and aversive stimulus processing. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(1), 18–28. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq012>
- Batista, M., Žigić Antić, L., Žaja, O., Jakovina, T., y Begovac, I. (2018). Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta Clinica Croatica*, 57(3), 399–410. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01>
- Becerra, J. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud = Annuary of Clinical and Health Psychology*, 6(6), 61–65.

- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología*. Biblioteca Hernán Malo González.
- Bernardoni, F., Geisler, D., King, J. A., Javadi, A.-H., Ritschel, F., Murr, J., Reiter, A. M. F., Rößner, V., Smolka, M. N., Kiebel, S. J., y Ehrlich, S. (2018). Altered Medial Frontal Feedback Learning Signals in Anorexia Nervosa. *Biological Psychiatry*, *83*, 235–243.
- Bodell, L. P., y Racine, S. E. (2023). A mechanistic staging model of reward processing alterations in individuals with binge-type eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *56*(3), 516–522. <https://doi.org/10.1002/eat.23875>
- Bond, K., y Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar disorders*, *17*(4), 349–362. <https://doi.org/10.1111/bdi.12287>
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1987). La terapia sistémica de Milán. *Roizblatt, AS Terapia Familiar y de Pareja*, 224–243.
- Bowers, K. S. (1973). Situationism in psychology: an analysis and a critique. *Psychological Review*, *80*(5), 307.
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, *2*(4), 637–638.
- Bramante, S., Maina, G., Borgogno, R., Pellegrini, L., Rigardetto, S., y Albert, U. (2022). Assessing suicide risk in patients with Obsessive-Compulsive Disorder: a dimensional approach. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *45*(1), 28–37. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2632>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., y Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., y Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-

19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488.
- Brumariu, L. E., y Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177–203.
- Budía, J. M., Alcover, C. M., Fernández-Muñoz, J. J., Blanco-Fernández, A., y Félix-Alcántara, M. P. (2023). Attachment, Motivational Systems and Anorexia Nervosa: A systematic review and proposed framework for eating disorders. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 1–18. <https://doi.org/10.1002/cpp.2845>
- Calvo, R., Gallego, L. T., y García, A. (2012). Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 763–770. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5690>
- Camarena, B., y Hernandez-Munoz, S. (2023). Genes and Eating Disorders. *Eating Disorders*, 95.
- Cárdenas, J. A. R., Fonseca, J. D., Barreto, S. H., Alfonso, Y. M., y Neiza, N. C. (2022). Bulimia nervosa risk factors (BN): key elements of health care security. A review of the literature/Factores de riesgo en la Bulimia Nerviosa (BN): elementos claves de seguridad en el cuidado de la salud. Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 13(1), 85–107.
- Carver, C. S., y White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319.
- Cascino, G., Ruzzi, V., D'Agostino, G., Barone, E., Del Giorno, C., Monteleone, P., y Monteleone, A. M. (2022). Adult attachment style and salivary alpha-amylase and emotional responses to a psychosocial stressor in women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 153(December 2021), 110713.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110713>

Caseras, X., Ávila, C., y Torrubia, R. (2003). The measurement of individual differences in behavioural inhibition and behavioural activation systems: A comparison of personality scales. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 999–1013.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00084-3)

Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., y Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79–90.

Castiglioni, M., Faccio, E., Veronese, G., y Bell, R. C. (2013). The Semantics of Power Among People With Eating Disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 26(1), 62–76.

<https://doi.org/10.1080/10720537.2013.740263>

Clague, C. A., Prnjak, K., y Mitchison, D. (2023). “I don’t want them to judge me”: Separating out the role of fear of negative evaluation, neuroticism, and low self-esteem in eating disorders. *Eating Behaviors*, 101708.

Collins, N. L., y Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. In *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 58, pp. 644–663). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>

COP (2021). *Evaluación del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT)*. Consejo General de la Psicología de España:

https://www.cop.es/uploads/PDF/2021/CIT_evaluacion_COP.pdf

Coulthard, H., Sharps, M., Cunliffe, L., y van den Tol, A. (2021). Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite*, 161, 105082.

Couturier, J., Kimber, M., y Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for

- adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11. <https://doi.org/10.1002/eat.22042>
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., y Santamaría, P. (2020). *CIT: Cuestionario de Impacto del Trauma*. Tea.
- Criscuolo, M., Marchetto, C., Buzzonetti, A., Castiglioni, M. C., Cereser, L., Salvo, P., y Zanna, V. (2022). Parental Emotional Availability and Family Functioning in Adolescent Anorexia Nervosa Subtypes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010068>
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., y Haemmerli, C. (2010). Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Padecen . In *Psyche (Santiago)* (Vol. 19, pp. 3–17). scielocl .
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., Riva, G., y Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Research*, 215(1), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.039>
- De Carvalho, N. A., y Veiga, F. H. (2022). Psychosocial Development Research in Adolescence: a Scoping Review. *Trends in Psychology*, 30(4), 640–669. <https://doi.org/10.1007/s43076-022-00143-0>
- De la Vega, I., y Montalvo, T. (2020). Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta para la Anorexia Nerviosa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 147–162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.314>
- De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., Halliwell, E., Puccio, F., y Krug, I. (2017). Social Rank and Rejection Sensitivity as Mediators of the Relationship between Insecure

- Attachment and Disordered Eating. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 469–478. <https://doi.org/10.1002/erv.2537>
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Adaptación castellana de la técnica. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. MANUAL.*
- Derogatis, L. R., y Fitzpatrick, M. (2004). *The SCL-90-R, the brief symptom inventory (BSI), and the BSI-18.*
- Donato, K., Ceccarini, M. R., Dhuli, K., Bonetti, G., Medori, M. C., Marceddu, G., Precone, V., Xhufi, S., Bushati, M., Bozo, D., Beccari, T., y Bertelli, M. (2022). Gene variants in eating disorders. Focus on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 63(2), E297–E305. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2772>
- Duclos, J., Maria, A. S., Dorard, G., Curt, F., Apfel, A., Vibert, S., Rein, Z., Perdereau, F., y Godart, N. (2013). Bonding and expressed emotion: Two interlinked concepts? *Psychopathology*, 46(6), 404 – 412. <https://doi.org/10.1159/000345405>
- Egan, S., Wade, T., y Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279–294.
- Elosua, P., y López-Jáuregui, A. (2012). Internal structure of the Spanish adaptation of the eating disorder inventory-3. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Emond, M., Ten Eycke, K., Kosmerly, S., Robinson, A. L., Stillar, A., y Van Blyderveen, S. (2016). The effect of academic stress and attachment stress on stress-eaters and stress-undereaters. *Appetite*, 100, 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.035>
- Erskine, H. E., y Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 462–470. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* Guilford Press.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., y Wilson, G. T. (2008). *Eating disorders: A transdiagnostic protocol*.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., y Wilson, G. T. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual*.
- Feeney, J. A., Noller, P., y Hanrahan, M. (1994). Assessing Adult Attachment. In W. H. Sperting, M. B. y Berman (Ed.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp. 128–152). New York: The Guilford Press.
- Fernández-Aranda, F., Munguía, L., Mestre-Bach, G., Steward, T., Etxandi, M., Baenas, I., Granero, R., Sánchez, I., Ortega, E., y Andreu, A. (2020). COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity—A collaborative international study. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 871–883.
- Fisher, V., Li, W. W., y Malabu, U. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the mental health, HbA1C, and mindfulness of diabetes patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*.
- Fonseca, E. (2021). *Manual de Tratamientos Psicológicos: Adultos*. Editorial Pirámide.
- Fontes, S., García, C., Cobián, L., Rodríguez, R., y Sarriá, E. (2020). *Fundamentos de investigación en psicología*. Editorial UNED.
- Fuentes, P., Barrós-Loscertales, A., Bustamante, J. C., Rosell, P., Costumero, V., y Ávila, C. (2012). Individual differences in the Behavioral Inhibition System are associated with orbitofrontal cortex and precuneus gray matter volume. *Cognitive, Affective y*

- Behavioral Neuroscience*, 12(3), 491–498. <https://doi.org/10.3758/s13415-012-0099-5>
- Gailliedrat, L., Rousselet, M., Venisse, J.-L., Lambert, S., Rocher, B., Remaud, M., Guilleux, A., Sauvaget, A., Eyzop, E., y Grall-Bronnec, M. (2016). Marked body shape concerns in female patients suffering from eating disorders: relevance of a clinical sub-group. *PloS One*, 11(10), e0165232.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Galván, R., y Ramírez, R. (2017). Establecimiento de una Dieta Adecuada en TCA. Metodología. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 26, 2871–2897. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6433399.pdf>
- Gander, M., Fuchs, M., Franz, N., Jahnke-Majorkovits, A.-C., Buchheim, A., Bock, A., y Sevecke, K. (2021). Non-suicidal self-injury and attachment trauma in adolescent inpatients with psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 111. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152273>
- Gander, M., Sevecke, K. y Buchheim, A. (2018). Características del apego específicas del trastorno y experiencias de abuso y negligencia infantil en adolescentes con anorexia nerviosa y un episodio depresivo mayor. *Psicología clínica y psicoterapia*, 25 (6), 894-906.
- García-Burgos, D., Wilhelm, P., Vögele, C., y Munsch, S. (2023). Food Restriction in Anorexia Nervosa in the Light of Modern Learning Theory: A Narrative Review. *Behavioral Sciences*, 13(2). <https://doi.org/10.3390/bs13020096>
- Garner, D. M. (2004). Eating disorder inventory-3 (EDI-3). *Professional Manual*. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Gearhardt, A. N., y DiFeliceantonio, A. G. (2023). Highly processed foods can be considered

- addictive substances based on established scientific criteria. *Addiction*, 118(4), 589–598. <https://doi.org/10.1111/add.16065>
- George, C., Kaplan, N., y Main, M. (1996). The adult attachment interview. *Unpublished Manuscript*.
- Gibson, D., Workman, C., y Mehler, P. S. (2019). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 263–274.
- Giel, K. E., Kullmann, S., Preißl, H., Bischoff, S. C., Thiel, A., Schmidt, U., Zipfel, S., y Teufel, M. (2013). Understanding the reward system functioning in anorexia nervosa: crucial role of physical activity. *Biological Psychology*, 94(3), 575–581.
- Gilsbach, S., y Herpertz-Dahlmann, B. (2023). “What Made My Eating Disorder Worse?” The Impact of the COVID-19 Pandemic from the Perspective of Adolescents with Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 15(5). <https://doi.org/10.3390/nu15051242>
- Gismero, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33–47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
- Glashouwer, K. A., Bloot, L., Veenstra, E. M., Franken, I. H. A., y de Jong, P. J. (2014). Heightened sensitivity to punishment and reward in anorexia nervosa. *Appetite*, 75, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.12.019>
- Gómez, A. (2023). *Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas*. *Subclinical manifestations of eating disorders in football players. Manifestações subclínicas de distúrbios alimentares em jogadores de futebol*. 23, 1–20.
- Graell, M., Morón-Nozaleda, M. G., Camarneiro, R., Villaseñor, Á., Yáñez, S., Muñoz, R., Martínez-Núñez, B., Miguélez-Fernández, C., Muñoz, M., y Faya, M. (2020). Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and

- future challenges. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 864–870.
<https://doi.org/10.1002/erv.2763>
- Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, 8(3), 249–266. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(70\)90069-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(70)90069-0)
- Grenon, R., Tasca, G. A., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G., y Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*, 19, 49–56.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.005>
- Griffin, D. W., y Bartholomew, K. (1994). *The metaphysics of measurement: The case of adult attachment*.
- Hagan, K. E., Matheson, B. E., Datta, N., L’Insalata, A. M., Onipede, Z. A., Gorrell, S., Mondal, S., Bohon, C. M., Le Grange, D., y Lock, J. D. (2023). Understanding outcomes in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: a network approach. *Psychological Medicine*, 53(2), 396–407.
- Haghshomar, M., Shobeiri, P., Brand, S., Rossell, S. L., Akhavan Malayeri, A., y Rezaei, N. (2022). Changes of symptoms of eating disorders (ED) and their related psychological health issues during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00550-9>
- Harper, J. A., Palka, J. M., y McAdams, C. J. (2023). Interpersonal attribution bias and social evaluation in adolescent eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 258–270.
- Harrison, A., Sternheim, L., O’Hara, C., Oldershaw, A., y Schmidt, U. (2016). Do reward and punishment sensitivity change after treatment for anorexia nervosa? *Personality and Individual Differences*, 96, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.051>

- Harrison, A., Treasure, J., y Smillie, L. (2011). Approach and avoidance motivation in eating disorders. *Psychiatry Research*, *188*(3), 396–401. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.022>
- Hayes, A. F. (2013). PROCESS SPSS Macro [Computer software and manual]. Recuperado de <http://afhayes.com/introduction-to-mediation-moderationand-conditionalprocessanalysis.html>.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles Del Psicólogo*, *37*(3), 192–197.
- Hernández, Ó. S., y Vitoria, A. B. C. (2020). Eficacia y Satisfacción del Programa Resiliencia y Bienestar: Quédate en casa. *Revista de Psicoterapia*, *31*(117), 381–398.
- Hinarejos, M. T., Zarceño, E. M. L., y Chirivella, E. C. (2023). El rol del deporte en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión de la literatura más reciente (2015-2020). *Journal of Sport and Health Research*, *15*(1).
- Hollander, E., y Rosen, J. (2000). Impulsivity. *Journal of Psychopharmacology*, *14*(2 SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1177/02698811000142s106>
- Huh, H. J., Jeong, B. R., Hwang, J. H., y Chae, J.-H. (2020). High behavioral inhibition system/behavioral activation system sensitivity, childhood emotional neglect and their interaction as possible related factors for adult attachment style in depression. *Psychiatry Investigation*, *17*(2), 122–129. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0165>
- IBM Corp, N. (2021). IBM SPSS statistics para windows. Version 28.0. *Armonk, Nueva York: IBM Corp.*
- Isaksson, M., Ghaderi, A., Wolf-Arehult, M., Öster, C., y Ramklint, M. (2021). Sharing and connecting with others – patient experiences of radically open dialectical behavior

- therapy for anorexia nervosa and overcontrol: a qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00382-z>
- Jamovi Project. (2023). *Jamovi (Versión 2.3.26) [Computer Software]*.
- Jappe, L. M., Frank, G. K. W., Shott, M. E., Rollin, M. D. H., Pryor, T., Hagman, J. O., Yang, T. T., y Davis, E. (2011). Heightened sensitivity to reward and punishment in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 317–324. <https://doi.org/10.1002/eat.20815>
- Jonker, N. C., Glashouwer, K. A., Hoekzema, A., Ostafin, B. D., y de Jong, P. J. (2020). Heightened self-reported punishment sensitivity, but no differential attention to cues signaling punishment or reward in anorexia nervosa. *PloS One*, 15(3), e0229742.
- Kaidesoja, M., Cooper, Z., y Fordham, B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *International Journal of Eating Disorders*, 56(2), 295–313.
- Kamody, R. C., y Burton, E. T. (2023). The use of dialectical behavior therapy in childhood and adolescent eating disorders. In *Handbook of Lifespan Cognitive Behavioral Therapy: Childhood, Adolescence, Pregnancy, Adulthood, and Aging* (pp. 193–203). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85757-4.00039-0>
- Kanakam, N., Krug, I., Collier, D., y Treasure, J. (2017). Altered Reward Reactivity as a Behavioural Endophenotype in Eating Disorders: A Pilot Investigation in Twins. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(3), 195–204. <https://doi.org/10.1002/erv.2512>
- Kang, N. R., y Kwack, Y. S. (2020). An Update on Mental Health Problems and Cognitive Behavioral Therapy in Pediatric Obesity. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology y Nutrition*, 23(1), 15–25. <https://doi.org/10.5223/pghn.2020.23.1.15>
- Katznelson, H., Daniel, S. I. F., Poulsen, S., Lunn, S., Buhl-Nielsen, B., y Sjögren, J. M. (2021).

- Disturbances in the experiences of embodiment related to attachment, mentalization and self-objectification in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00463-z>
- Keating, C., Castle, D. J., Newton, R., Huang, C., y Rossell, S. L. (2016). Attachment Insecurity Predicts Punishment Sensitivity in Anorexia Nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10). https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2016/10000/Attachment_Insecurity_Predicts_Punishment.12.aspx
- Keating, L., Tasca, G. A., y Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(3), 366–373. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.013>
- Kerns, K. A., Klepac, L., y Cole, A. (1996). Security Scale. *Developmental Psychology*.
- Khraisat, B. R., Al-Jeady, A. M., Alqatawneh, D. A., Toubasi, A. A., y AlRyalat, S. A. (2022). The prevalence of mental health outcomes among eating disorder patients during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN*, 48, 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.01.033>
- King, J. A., Braem, S., Korb, F. M., Diekmann, L. S., Roessner, V., Steding, J., y Ehrlich, S. (2021). The Impact of Punishment on Cognitive Control in a Clinical Population Characterized by Heightened Punishment Sensitivity. *Journal of Abnormal Psychology*, 131(2), 130–140. <https://doi.org/10.1037/abn0000713>
- Kirby, J. S., Fischer, M. S., Raney, T. J., Baucom, D. H., y Bulik, C. M. (2016). Couple-based interventions in the treatment of adult anorexia nervosa: A brief case example of UCAN. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 53(2), 241–250. <https://doi.org/10.1037/pst0000053>
- Kirszman, D. (2020). Obstáculos en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Propuestas

- para superarlos. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 5–15.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.352>
- Kurusu, K., Matsuoka, M., Sato, K., Hattori, A., Yamanaka, Y., Nohara, N., Otani, M., y Yoshiuchi, K. (2022). Increased prevalence of eating disorders in Japan since the start of the COVID-19 pandemic. *Eating and Weight Disorders*, 27(6), 2251–2255.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01339-6>
- Laporte, L., y Guttman, H. A. (2007). Recollections of parental bonding among women with borderline personality disorder as compared with women with anorexia nervosa and a control group. *Australian Journal of Psychology*, 59, 132–139.
- Lavigne, B., Audebert-Mérilhou, E., Buisson, G., Kochman, F., Clément, J. P., y Olliac, B. (2016). Interpersonal therapy (IPT) in child psychiatry and adolescent. *Encephale*, 42(6), 535–539. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.06.009>
- Lazarević, J., Batinić, B., y Vukosavljević-Gvozden, T. (2016). Risk factors and the prevalence of anorexia nervosa among female students in Serbia. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(1), 34–41. <https://doi.org/10.2298/vsp1307091211>
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., y Hoffmann, M. (2011). Attachment y psychopathology: An update review of parental etiological models of disorganized attachment. *Terapia Psicológica*, 29(1), 107–116. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082011000100011>
- León, O. G., y Montero, I. (2015). Estudios descriptivos mediante encuestas. *Métodos de Investigación En Psicología y Educación Las Tradiciones Cuantitativa y Cualitativa. 4a Ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España*, 161–198.
- Lewis, H. (1981). Are the traditional curriculum areas relevant? *Journal of Education for Social Work*, 17(1), 73–80.
- Li, R. (2023). Revisiting person–situation interactionism. *Nature Reviews Psychology*, 2(1), 6.

- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Liotti, G. (2017). Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: Key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *Journal of Trauma y Dissociation*, 18(3), 304–318.
- Luca, A., Luca, M., y Calandra, C. (2015). Eating disorders in late-life. *Aging and Disease*, 6(1), 48.
- Lynch, T R, Gray, K. L. H., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., y O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-293>
- Lynch, Thomas R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. New Harbinger Publications.
- Main, M., y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. (pp. 121–160). The University of Chicago Press.
- Mammadov, S., y Ward, T. J. (2022). Exploring the Relations Between Personality, Implicit Theories, and Subjective Well-Being Among High-Ability Undergraduate Students. *Gifted Child Quarterly*, 67(1), 28–43. <https://doi.org/10.1177/00169862221107862>
- Martínez-Aguilar, G. M., Barragán, M. E. M., García, Y. M., Gonzalez, G. J. L., y Puentes, P. C. R. (2022). Study of Psychosocial Conditions in University Latinos Students in Time of COVID-19. *Journal of Latinos and Education*. <https://doi.org/10.1080/15348431.2022.2156518>
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffler, A. L., Martinsen, E. W., y Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders

- in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 201–209.
<https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Meneguzzo, P., Meregalli, V., Collantoni, E., Cardi, V., Tenconi, E., y Favaro, A. (2023). Virtual Rejection and Overinclusion in Eating Disorders: An Experimental Investigation of the Impact on Emotions, Stress Perception, and Food Attitudes. *Nutrients*, 15(4), 1021.
- Merwin, R. M., Nikolaou, P., Moskovich, A. A., Babyak, M., Smith, P. J., y Karekla, M. (2023). Change in body image flexibility and correspondence with outcomes in a digital early intervention for eating disorders based on acceptance and commitment therapy. *Body Image*, 44, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.12.010>
- Miniati, M., Marzetti, F., Palagini, L., Marazziti, D., Orrù, G., Conversano, C., y Gemignani, A. (2021). Eating disorders spectrum during the COVID pandemic: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 4161.
- Minnick, A. M., Cachelin, F. M., y Durvasula, R. S. (2017). Personality Disorders and Psychological Functioning Among Latina Women with Eating Disorders. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 43(3), 200–207.
<https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1276429>
- Minuchin, S. (1974). Familias y terapia familiar (Trad. Víctor Fichman). *Barcelona, España: Editorial Gedisa*.
- Monteleone, A. M., Cardi, V., Volpe, U., Fico, G., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Castellini, G., Monteleone, P., y Maj, M. (2018a). Attachment and motivational systems: Relevance of sensitivity to punishment for eating disorder psychopathology. *Psychiatry Research*, 260, 353–359. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.002>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Martini, M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Delsedime, N., Abbate-Daga, G., y Marzola, E. (2021). Confidence in one-self and confidence in one's own

- body: The revival of an old paradigm for anorexia nervosa. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 28(4), 818–827. <https://doi.org/10.1002/cpp.2535>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., y Maj, M. (2019). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. *European Psychiatry*, 61, 111–118.
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Salerno, L., Albano, G., Barone, E., Cardi, V., y Lo Coco, G. (2023). The interplay between emotion regulation, interpersonal problems and eating symptoms in individuals with obesity: A network analysis study. *Journal of Affective Disorders*, 324, 61–67. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.056>
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., Zamponi, F., Mancini, M., Stanghellini, G., Monteleone, P., Treasure, J., y Maj, M. (2017). Embodiment Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(6), 461–468. <https://doi.org/10.1002/erv.2536>
- Monteleone, A. M., Marciello, F., Cascino, G., Abbate-Daga, G., Anselmetti, S., Baiano, M., Balestrieri, M., Barone, E., Bertelli, S., Carpiello, B., Castellini, G., Corrivetti, G., De Giorgi, S., Favaro, A., Gramaglia, C., Marzola, E., Meneguzzo, P., Monaco, F., Oriani, M. G., ... Monteleone, P. (2021). The impact of COVID-19 lockdown and of the following “re-opening” period on specific and general psychopathology in people with Eating Disorders: the emergent role of internalizing symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 285, 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.037>
- Monteleone, A. M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Fico, G., Pellegrino, F., Castellini, G., Steardo, L. J., Monteleone, P., y Maj, M. (2018b). Insecure Attachment and Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis Functioning in People With Eating Disorders. *Psychosomatic*

- Medicine*, 80(8), 710–716. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000629>
- Monteleone, A. M., Ruzzi, V., Patriciello, G., Pellegrino, F., Cascino, G., Castellini, G., Steardo, L. J., Monteleone, P., y Maj, M. (2020). Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: an investigation of their interactions. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 25(3), 577–589. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00649-0>
- Monteleone, Alessio Maria, Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Cascino, G., Del Giorno, C., Monteleone, P., y Maj, M. (2019). The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the trier social stress test. *Psychoneuroendocrinology*, 101(October 2018), 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.232>
- Monteleone, P., Scognamiglio, P., Monteleone, A. M., Perillo, D., y Maj, M. (2014). Cortisol awakening response in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa: relationships to sensitivity to reward and sensitivity to punishment. *Psychological Medicine*, 44(12), 2653–2660. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000270>
- Münch, A. L., Hunger, C., y Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 4(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0141-4>
- Muniz, F. J. S., y Pérez, B. S. (2016). Dieta e hidratación en la prevención y tratamiento de la obesidad. *Anales de La Real Academia Nacional de Farmacia*, 82.
- Muratore, A. F., y Attia, E. (2021). Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.11.006>
- Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal

- psychotherapy for eating disorders. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 19(2), 150–158.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Nalbant, K., Kalaycı, B. M., y Akdemir, D. (2020). Attachment Security and Perceived Expressed Emotion in Adolescents with Anorexia Nervosa. *Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 31(1), 22–30.
- Nalbant, K., Kalaycı, B. M., Akdemir, D., Akgül, S., y Kanbur, N. (2019). Emotion regulation, emotion recognition, and empathy in adolescents with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 24(5), 825–834. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00768-8>
- Nandrino, J. L., Dodin, V., Cottencin, O., y Doba, K. (2020). Effect of intrapersonal emotional competences on the relationship between attachment insecurity and severity of eating disorder symptoms in patients with restrictive anorexia. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 476–492. <https://doi.org/10.1002/jclp.22877>
- NICE, N. I. for H. and C. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE.
- Ochoa, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder.
- Pace, C. S., Guiducci, V., y Cavanna, D. (2016). A controlled study of attachment representations and emotion regulation in female adolescents with anorexia nervosa. In *Mediterranean Journal of Clinical Psychology MJCP* (Vol. 4).
- Pace, C. S., Guiducci, V., y Cavanna, D. (2017). Attachment in eating-disordered outpatients with and without borderline personality disorder. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1808–1818. <https://doi.org/10.1177/1359105316636951>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D.,

- Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372.
- Pagès Nebot, A., y Ocaña Fernández, M. (2019). Characteristics and behaviors shared by Pro-ANA girls. A change of direction for anorexia nervosa. *Metas de Enfermería*, 22(3), 12–19. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081387>
- Pájaro-Martínez, M. C., Martínez-Royert, J. C., y Peñate, M. P. (2023). The Impact of Social Networks on The Development of Eating Disorders in Adolescents. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 30(3), 640–648.
- Parker, G., Tupling, H., y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*.
- Pérez-García, A. M., y Bermúdez-Moreno, J. (2012). Introducción al estudio de la personalidad: unidades de análisis. *Psicología de La Personalidad*, 25–68.
- Persson, B. (2020). Genotype-Environment Correlation and Its Relation to Personality - A Twin and Family Study. *Twin Research and Human Genetics : The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, 23(4), 228–234. <https://doi.org/10.1017/thg.2020.63>
- Phillipou, A., Abel, L. A., Castle, D. J., Gurvich, C., Hughes, M. E., y Rossell, S. L. (2016). Self-reported and behavioural impulsivity in anorexia nervosa. *World Journal of Psychiatry*, 6(3), 345–350. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i3.345>
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loredio, C., Biondi, M., y Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma y Dissociation : The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 18(1), 100–115. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>

- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., y Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 589–599. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198809\)7:5<589::AID-EAT2260070502>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198809)7:5<589::AID-EAT2260070502>3.0.CO;2-H)
- Podsakoff, P., MacKenzie, S., & Podsakoff, N. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology*, 65, 539-569. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100452>
- Puttevils, L., Vanderhasselt, M., y Vervaet, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? *European Eating Disorders Review*, 27(4), 381–390.
- Quiles, M. J., Quiles, Y., Ruiz, A., León, E., y Pamies, L. (2021). Capítulo 15 Protocolo del programa mantra en pacientes adolescentes con un trastorno de la conducta alimentaria en España María José Quiles Sebastián, Yolanda Quiles Marcos, Álvaro Ruiz Maciá, Eva León Zarceño, y Lidia Pamies Aubalat. *Intervención En Contextos Clínicos y de La Salud: Un Enfoque Práctico Desde La Investigación*.
- Quiles, Y., Quiles, M. J., Pamies, L., Botella, J., y Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: a meta-analysis. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 28(4), 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>
- Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B., y Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 801–809. <https://doi.org/10.1002/eat.22176>
- Redondo, I., y Luyten, P. (2018). The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(3), 202–223. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.3.202>

- Redondo, I., y Luyten, P. (2021). Alexithymia Mediates the Relationship Between Insecure Attachment and Eating Disorder Symptoms. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 39(4), 491–508. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00381-0>
- Reilly, E. E., Anderson, L. M., Gorrell, S., Schaumberg, K., y Anderson, D. A. (2017). Expanding exposure-based interventions for eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(10), 1137–1141. <https://doi.org/10.1002/eat.22761>
- Rivera, G. A. (2023). Anorexia nerviosa: un abordaje psicológico para su tratamiento. *Rhombus*, 3(1), 70.
- Rodriguez, G. (2008). Validación del método de la situación extraña de Mary Ainsworth en niños argentinos entre 1 y 3 años de edad. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores En Psicología Del Mercosur*, 0–2.
- Rosenbaum, D. L., August, K. J., Gillen, M. M., y Markey, C. H. (2023). Understanding eating disorder symptoms in same-gender couples: social environmental factors. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 1–12.
- Rosenberg, T., Lahav, Y., y Ginzburg, K. (2023). Child abuse and eating disorder symptoms: Shedding light on the contribution of identification with the aggressor. *Child Abuse y Neglect*, 135, 105988. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105988>
- Safi, F., Aniserowicz, A. M., Colquhoun, H., Stier, J., y Nowrouzi-Kia, B. (2022). Impact of eating disorders on paid or unpaid work participation and performance: a systematic review and meta-analysis protocol. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00525-2>
- Samatán-Ruiz, E. M., y Ruiz-Lázaro, P. M. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 40–52.

- Sarason, I. G., Smith, R. E., y Diener, E. (1975). Personality research: components of variance attributable to the person and the situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(2), 199.
- Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., Lose, A., Broadbent, H., Loomes, R., y Yasin, H. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M. E. D. C., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G. D., y Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(02), 1–21.
- Schneider, J., Pegram, G., Gibson, B., Talamonti, D., Tinoco, A., Craddock, N., Matheson, E., y Forshaw, M. (2023). A mixed-studies systematic review of the experiences of body image, disordered eating, and eating disorders during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 26–67.
<https://doi.org/10.1002/eat.23706>
- Shahzadi, K., y Walker, B. R. (2022). Reinforcement sensitivity theory and adult attachment: A replication study. *Current Psychology*, 41(3), 1440–1446.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-00685-5>
- Silen, Yasmina, Keski Rahkonen, Anna (2022). Prevalencia mundial de los trastornos alimentarios del DSM-5 entre los jóvenes. *Opinión actual en psiquiatría* 35(6), 362-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Smillie, L. D., y Jackson, C. J. (2005). The appetitive motivation scale and other BAS measures in the prediction of approach and active avoidance. *Personality and Individual*

Differences, 38(4), 981–994.

- Södersten, P., Bergh, C., Leon, M., Brodin, U., y Zandian, M. (2017). Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior. *Physiology y Behavior*, 174, 178–190. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.016>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V, Correll, C. U., y Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Squillace, M. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 8–18. <https://doi.org/10.5579/rnl.2011.0057>
- Szalai, T. D. (2017). [The relationship of attachment features and multi-impulsive symptoms in eating disorders]. *Orvosi hetilap*, 158(27), 1058–1066. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30788>
- Taquet, M., Geddes, J. R., Luciano, S., y Harrison, P. J. (2022). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Psychiatry*, 220(5), 262–264. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.105>
- Tasca, G. A., y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710–717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., Demidenko, N., Hayden, G., Wong, A., y Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse y Neglect*, 37(11), 926–933.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004>

Tavolacci, M. P., Ladner, J., y Déchelotte, P. (2021). Sharp increase in eating disorders among university students since the covid-19 pandemic. *Nutrients*, 13(10), 8–12.

<https://doi.org/10.3390/nu13103415>

Team, R. D. C. (2009). A language and environment for statistical computing. <https://www.r-project.org>

Thomas, J., Kneale, D., McKenzie, J., Brennan, S., y Bhaumik, S. (2020). *Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones versión 6.1*. Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook/current>.

Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J., y Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31(6), 837–862.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00183-5)

Treasure, J., y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 1–10.

Treasure, Janet; Duarte, Tiago Antunes; Schmidt, Ulrike (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)

Uhlen, M.-M., Tveit, A. B., Refsholt Stenhagen, K., y Mulic, A. (2014). Self-induced vomiting and dental erosion—a clinical study. *BMC Oral Health*, 14(1), 1–7.

Uzunian, L. G., y Vitalle, M. S. de S. (2015). Social skills: a factor of protection against eating disorders in adolescents. *Ciencia y Saude Coletiva*, 20(11), 3495–3508.

<https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.18362014>

Villena-Esponera, M. P., Moreno-Ortega, A., Baquero, R. A., Ugarte-Gurrutxaga, M., Moreno-

- Rojas, R., y los Rios-Carmenado, D. (2021). Covid 19: Eating behavior changes related to individual and household factors during the COVID-19 lockdown in Spain. *Arch. Latinoam. Nutr*, 13–27.
- Vitagliano, J. A., Jhe, G., Milliren, C. E., Lin, J. A., Spigel, R., Freizinger, M., Woods, E. R., Forman, S. F., y Richmond, T. K. (2021). COVID-19 and eating disorder and mental health concerns in patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–8.
- Wallin, U., y Saha, S. (2020). Implementation of Key Components of Evidence-Based Family Therapy for Eating Disorders in Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Care. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 59. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00059>
- Wallis, A., Miskovic-Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R. D., Cao, L., y Touyz, S. (2017). How does family functioning effect the outcome of family based treatment for adolescents with severe anorexia nervosa? *Journal of Eating Disorders*, 5, 55. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0184-9>
- Wallis, A., Miskovic-Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R. D., Cao, L., y Touyz, S. (2018). Family Functioning and Relationship Quality for Adolescents in Family-based Treatment with Severe Anorexia Nervosa Compared with Non-clinical Adolescents. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association*, 26(1), 29–37. <https://doi.org/10.1002/erv.2562>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., y Jackson, D. D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder Editorial.
- Wells, G. A., Shea, B., O’Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., y Tugwell, P. (2014). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Oxford.
- Werbart, A., Byléhn, L., Jansson, T. M., y Philips, B. (2022). Loss of Rituals, Boundaries, and

Relationship: Patient Experiences of Transition to Telepsychotherapy Following the Onset of COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835214>

Westmoreland, P., Krantz, M. J., y Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *American Journal of Medicine*, 129(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>

World, y (WHO), H. O. (2021). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

ANEXOS

ANEXO I

*HOJAS DE INFORMACIÓN,
CONSENTIMIENTOS Y
ASENTIMIENTOS
INFORMADOS*

ESTUDIO TRANSVERSAL DE LA RELACIÓN ENTRE EL APEGO, LOS SISTEMAS MOTIVACIONALES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Hoja de Información y consentimiento para la persona ADULTA* del Grupo Clínico

*Se considerará la mayoría de edad sanitaria, que es a partir de los 16 años, como procede según la Ley Básica de Autonomía del Paciente.

José Miguel Budía Velo

Doctorando en Psicología Clínica

Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos

josemi@vinculopsicoterapia.com

Introducción

Le agradecemos su interés en este estudio. Para que pueda participar en él es necesario contar con su consentimiento, por lo que le solicitamos que tome el tiempo necesario para leer con detenimiento la siguiente información, y que plantee cuantas preguntas considere necesarias a quien considere, a fin de que pueda considerarse verdaderamente informado. Si decide que desea participar, le solicitaremos que firme el documento adjunto de consentimiento informado. Le proporcionaremos una copia original de este documento firmado y fechado para que la conserve, y el documento original quedará archivado junto con el resto de la documentación del estudio.

Sepa que, en todo caso, su decisión de **participación** es enteramente **voluntaria** y que, aún en el caso de haber decidido participar, podrá retirar dicho consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento/atención sanitaria.

En caso de que decida dejar de participar en el estudio, podrá informar Al investigador principal del estudio, avisando en persona o a través del email josemi@vinculopsicoterapia.com. También debe saber que puede ser retirado del estudio si el promotor o los investigadores lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad u otros. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, conforme establece la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Asimismo, ha sido diseñado y se realizará de acuerdo con las recomendaciones éticas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1964 (última actualización octubre 2013 Fortaleza (Brasil), y en el Convenio de Oviedo del Consejo de Europa de 1997, ratificado en 1999.

Descripción del estudio

Este estudio se va a realizar en 3 hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), además de en el Centro de Psicoterapia Vínculo, con una participación aproximada de 80 personas sumando a las personas diagnosticadas y a las personas sanas. Se le ha invitado a participar en este estudio de investigación porque se le ha diagnosticado un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Este trastorno se ha relacionado con estilos de relaciones familiares específicas y con una especial sensibilidad corporal al castigo o a la recompensa. Por ello, este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la manera en la que nos relacionamos con las personas que nos cuidan, la formación de nuestra personalidad desde la sensibilidad a la recompensa y al castigo y los síntomas de los TCA. La naturaleza del estudio es observacional, por lo que se recogerán los datos sin que se realicen pruebas ni intervenciones adicionales a las de la práctica clínica habitual. Se está intentando construir un nuevo modelo explicativo que podría ser de utilidad para aquellos profesionales sanitarios que trabajamos con pacientes de TCA, y la información que pueda aportar servirá para hacer una comparación de las 3

variables mencionadas entre personas con TCA y personas sin TCA. Se realizará una segunda reunión en la que se le expondrán los resultados del estudio y se resolverán todas las dudas que pudiera tener.

¿Quién realiza este estudio?

El investigador principal es José Miguel Budía, doctorando en psicología clínica por la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos, y su correo de contacto es josemi@vinculopsicoterapia.com. A su vez, es supervisado por el Dr. Carlos M^a Alcover, el Dr. Juan José Fernández, la Dra. Ascensión Blanco y la Dra. Miriam Félix, todos psicólogos investigadores con experiencia, además de las psiquiatras Dra. Miriam Esther Pelayo Delgado y la Dra. Teresa González Salvador del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Majadahonda.

¿Cuánto tiempo durará el estudio?

La duración prevista de este estudio es de aproximadamente 1 año natural, teniendo en cuenta el diseño, la recogida de información, el análisis y devolución de resultados y su publicación.

¿Cómo se realizará el estudio? ¿En qué consistirá mi participación y qué riesgos conlleva?

La participación implica a dos grupos de participantes: uno de personas diagnosticadas de TCA y otro de personas sanas. Su asignación al grupo correspondiente se realizará en función de su historial médico, si este cumple con los criterios mínimos para clasificarlo en el grupo clínico. Una vez haya rellenado el Consentimiento Informado, procederá a la fase 1 del estudio.

El estudio consta de dos fases. En la primera se le contactará vía telefónica o a través de email para que reciba su cita de participación, que puede ser en el hospital, en la clínica de Vínculo o en la Universidad Rey Juan Carlos. Una vez allí, deberá rellenar 5 cuestionarios: el Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18) que mide la situación actual y general del estado mental, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 (EDI 3), que mide síntomas de TCA, el Cuestionario de Apego CaMir, que mide el modo en que la persona se relaciona con sus cuidadores/as, el SCSR, que mide la sensibilidad al castigo y al refuerzo como variables de la personalidad y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT). Dichos cuestionarios tienen una duración estimada para completarlos de 2 horas. Se realizarán, en función del tiempo disponible, en un mismo día o quizá en dos, con posibilidad de hacer los descansos que usted necesite. Las respuestas de los cuestionarios se recogerán a través de *Formularios de Google*, en el que usted se deberá identificar con un código identificador que se le asignará, y que rellenará con un dispositivo electrónico facilitado y en presencia física del investigador principal. Una vez recogidos sus resultados, pasaremos a la Fase 2, en la que volveremos a reunirnos con usted para la devolución de los resultados y en el que resolveremos todas las dudas que pudieran surgirle.

¿Qué datos se recabarán para la realización de este estudio?

El estudio únicamente consiste en la recogida de datos de su historia clínica, de sus resultados diagnósticos, de su seguimiento médico y de los cuestionarios que se dispone a rellenar. No se modificará la atención médica o sanitaria que reciba, pues será la misma participe o no en el estudio.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Estos cuestionarios te van a ayudar a conocer mejor cómo funciona tu problema alimentarlo, además de proporcionar información valiosa a tu equipo terapéutico. Asimismo, puedes ayudar a obtener información de la que otras personas podrían beneficiarse en el futuro. Por otra parte, participar en este estudio te puede hacer consciente y hacerte enfrentar aspectos dolorosos o que suponen una activación emocional, esto es, es posible que al rellenar los cuestionarios puedas sentir sensaciones desagradables o incómodas, como por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre

otras. Sin embargo, los cuestionarios serán rellenados en un entorno sanitario, que facilitará que se te pueda ayudar con dichas sensaciones si lo necesitas.

Confidencialidad y Protección de Datos

Este estudio implica el tratamiento de datos de carácter personal, por lo que los investigadores garantizarán en todo momento la confidencialidad en el tratamiento de los mismos, cumpliendo con la normativa de protección de datos de carácter personal, en particular, el Reglamento Europeo 679/2016, de 27 de abril, general de protección de datos, así como de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales.

En aplicación de la normativa de protección de datos, le informamos de lo siguiente:

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

El responsable del tratamiento es la Universidad Rey Juan Carlos, c/Tulipán s/n 28233 Móstoles.

CONSENTIMIENTO Y FINALIDAD

Sus datos personales serán tratados con su consentimiento expreso, en el marco de la función investigadora que se realiza en la Universidad Rey Juan Carlos y en el Hospital Universitario Puerta del Hierro. Todos los datos que se recojan se utilizarán única y exclusivamente con la finalidad previamente expuesta en este documento

Usted podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin ninguna consecuencia para usted.

COMUNICACIÓN DE DATOS

Los datos personales recogidos no serán cedidos sin su consentimiento expreso salvo en los casos en los que haya una obligación legal de hacerlo o previa anonimización de los mismos, de manera que no sea posible su reidentificación. **Los resultados de los estudios llevados a cabo podrán ser publicados en revistas científicas o congresos médicos, sin que ello suponga la revelación de ningún dato personal que pueda llegar a identificar al participante.**

CONSERVACIÓN DE LOS DATOS

Sus datos personales serán conservados el tiempo de duración del proyecto (procediendo posteriormente a la destrucción de los mismos).

EJERCICIO DE DERECHOS

En aplicación de su derecho a la protección de los datos de carácter personal, le informamos de que podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y demás reconocidos por el Reglamento General de Protección de Datos, así como por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, dirigiendo su solicitud a la Universidad Rey Juan Carlos, C/ Tulipán s/n, 28933-Móstoles, por registro , en su sede electrónica y en el correo electrónico protecciondedatos@urjc.es.

También podrá solicitar cualquier aclaración o información sobre el ejercicio de estos derechos, dirigiéndose a la Delegada de Protección de Datos de la URJC, mediante escrito dirigido a protecciondedatos@urjc.es.

Asimismo, y especialmente si considera que no ha obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, le indicamos que podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control en materia de protección de datos, dirigiéndose a la Agencia Española de Protección de datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid o en www.aepd.es.

Puede encontrar más información sobre la protección de sus datos personales en <https://www.urjc.es/proteccion-de-datos>.

Los datos recogidos para el estudio/en este registro serán identificados mediante un código y sólo el investigador principal y sus colaboradores y el Comité Ético de Investigación Clínica podrán relacionar dichos datos con usted o con su historia clínica cuando se precise comprobar datos y procedimientos del estudio, siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente y la anonimización de los mismos.

RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO

Si retira su consentimiento para participar en el estudio, no se recogerá ni procesará nueva información sobre usted, pero los datos recogidos hasta el momento no se suprimirán y podrían utilizarse si ya han sido analizados o publicados. En cualquier caso, usted podría exigir la destrucción o anonimización de los demás datos recogidos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal a través de josemi@vinculopsicoterapia.com.

Gastos y Compensación económica

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto adicional con respecto a la práctica clínica habitual y le serán reintegrados los gastos extraordinarios (traslados) por las molestias ocasionadas.

Comunicación de Resultados

Recuerde que en la Fase 2 de estudio se le convocará a una reunión presencial en la que se le devolverán los resultados del estudio si usted lo desea. La comunicación de esta información la llevarán a cabo profesionales que le podrán explicar adecuadamente su relevancia y las opciones asistenciales derivadas que se pudieran plantear. Tiene derecho a ser informado de los datos relevantes para su salud que se obtengan en el curso del estudio. Esta información se le comunicará si lo desea; en el caso de que prefiera no ser informado, su decisión se respetará. La información recogida en los cuestionarios puede desvelar información relevante respecto a la salud mental de la persona, síntomas de trastornos alimentarios o de características de la personalidad. Tras la recogida de datos se emitirá un informe con los resultados, que pueda ayudarle a adaptar el tratamiento en función de los resultados del estudio.

Otra información relevante

Cualquier nueva información que se descubra durante su participación y que se estime que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, le será comunicada por el investigador principal lo antes posible. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio previamente expuestos.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con el investigador responsable, el doctorando José Miguel del Servicio de Psicología del Centro de Psicoterapia Vínculo, a través del correo josemi@vinculopsicoterapia.com.

AQUÍ FINALIZA LA HOJA DE INFORMACIÓN. Si decide participar, vaya a la hoja siguiente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña. _____ :

- En mi nombre

Código de participación
(a rellenar por el investigador)

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, confirmo que he leído la hoja de información que me ha sido entregada. Afirmo que he comprendido lo que pone en ella y que se me ha dado la oportunidad de realizar las preguntas que he considerado necesarias a José Miguel Budia para poder entenderlo bien, y que se han contestado de manera satisfactoria, y que además comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis tratamientos. Al firmar el presente documento, presto voluntariamente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula previamente en la hoja de información que se me ha entregado.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado

Además, accedo a que los psicólogos responsables de este estudio contacten conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno para añadir nuevos datos a los recogidos: SÍ NO

En _____ a ____ de _____ de 20

Nombre y apellidos del/la participante:	Nombre y apellidos del/la investigador/a: José Miguel Budia Velo
Firma	Firma

DERECHO DE REVOCACIÓN

(En caso de querer ejercer su derecho de retirar su consentimiento)

Yo, D./Dña _____ :

- En representación de mí misma/o

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, revoco el consentimiento informado otorgado previamente a día de hoy de de y no deseo continuar en el estudio dándolo por finalizado a partir de la fecha anteriormente descrita. Además, suscribo que me es entregada copia de esta revocación.

Nombre y apellidos del/la participante:	Nombre y apellidos del/la investigador/a: José Miguel Budia Velo
Firma	Firma

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL APEGO, LOS SISTEMAS MOTIVACIONALES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Hoja de Información y consentimiento para la persona ADULTA* del Grupo Control

*Se considerará la mayoría de edad sanitaria, que es a partir de los 16 años, como procede según la Ley Básica de Autonomía del Paciente.

José Miguel Budía Velo

Doctorando en Psicología Clínica

Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos

josemi@vinculopsicoterapia.com

Introducción

Le agradecemos su interés en este estudio. Para que pueda participar en él es necesario contar con su consentimiento, por lo que le solicitamos que tome el tiempo necesario para leer con detenimiento la siguiente información, y que plantee cuantas preguntas considere necesarias a quien considere, a fin de que pueda considerarse verdaderamente informado. Si decide que desea participar, le solicitaremos que firme el documento adjunto de consentimiento informado. Le proporcionaremos una copia original de este documento firmado y fechado para que la conserve, y el documento original quedará archivado junto con el resto de la documentación del estudio.

Sepa que, en todo caso, su decisión de **participación** es enteramente **voluntaria** y que, aún en el caso de haber decidido participar, podrá retirar dicho consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se produzca perjuicio alguno.

En caso de que decida dejar de participar en el estudio, podrá informar Al investigador principal del estudio, avisando en persona o a través del email josemi@vinculopsicoterapia.com. También debe saber que puede ser retirado del estudio si el promotor o los investigadores lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad u otros. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, conforme establece la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Asimismo, ha sido diseñado y se realizará de acuerdo con las recomendaciones éticas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1964 (última actualización octubre 2013 Fortaleza (Brasil), y en el Convenio de Oviedo del Consejo de Europa de 1997, ratificado en 1999.

Descripción del estudio

Este estudio se va a realizar en 3 hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), además de en el Centro de Psicoterapia Vínculo, con una participación aproximada de 80 personas sumando a las personas diagnosticadas y a las personas sanas. Se le ha invitado a participar en este estudio de investigación porque se dispone a formar parte de un grupo de personas que van a ser comparadas con las personas diagnosticadas de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Este trastorno se ha relacionado con estilos de relaciones familiares específicas y con una especial sensibilidad corporal al castigo o a la recompensa. Por ello, este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la manera en la que nos relacionamos con las personas que nos cuidan, la formación de nuestra personalidad desde la sensibilidad a la recompensa y al castigo y los síntomas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La naturaleza del estudio es observacional, por lo que se recogerán los datos sin que se realicen pruebas ni intervenciones adicionales a las de la práctica clínica habitual. Se está intentando construir un nuevo modelo explicativo que podría ser de utilidad para aquellos profesionales sanitarios que trabajamos con pacientes de TCA, y la información que pueda aportar servirá para hacer una comparación de las 3 variables mencionadas entre personas con TCA y personas sin TCA. Se realizará una segunda reunión en la que se le expondrán los resultados del estudio y se resolverán todas las dudas que pudiera tener.

¿Quién realiza este estudio?

El investigador principal es José Miguel Budia, doctorando en psicología clínica por la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos, y su correo de contacto es josemi@vinculopsicoterapia.com. A su vez, es supervisado por el Dr. Carlos M^a Alcover, el Dr. Juan José Fernández, la Dra. Ascensión Blanco y la Dra. Miriam Félix, todos psicólogos/as investigadores/as con experiencia, además de las psiquiatras Dra. Miriam Esther Pelayo Delgado y la Dra. Teresa González Salvador del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Majadahonda.

¿Cuánto tiempo durará el estudio?

La duración prevista de este estudio es de aproximadamente 1 año natural, teniendo en cuenta el diseño, la recogida de información, el análisis y devolución de resultados y su publicación.

¿Cómo se realizará el estudio? ¿En qué consentirá mi participación y qué riesgos conlleva?

La participación implica a dos grupos de participantes: uno de personas diagnosticadas de TCA y otro de personas sanas. Su asignación al grupo correspondiente se realizará en función de su historial médico, si este cumple con los criterios mínimos para clasificarlo en el grupo control de personas sanas. Una vez haya rellenado el Consentimiento Informado, procederá a la fase 1 del estudio.

El estudio consta de dos fases. En la primera se le contactará vía telefónica o a través de email para que reciba su cita de participación, que puede ser en el hospital, en la clínica de Vínculo o en la Universidad Rey Juan Carlos. Una vez allí, deberá rellenar 5 cuestionarios: el Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18) que mide la situación actual y general del estado mental, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 (EDI 3), que mide síntomas de TCA, el Cuestionario de Apego CaMir, que mide el modo en que la persona se relaciona con sus cuidadores/as, el SCSR, que mide la sensibilidad al castigo y al refuerzo como variables de la personalidad y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT). Dichos cuestionarios tienen una duración estimada para completarlos de 2 horas. Se realizarán, en función del tiempo disponible, en un mismo día o quizá en dos, con posibilidad de hacer los descansos que usted necesite. Las respuestas de los cuestionarios se recogerán a través de *Formularios de Google*, en el que usted se deberá identificar con un código identificador que se le asignará, y que rellenará con un dispositivo electrónico facilitado y en presencia física del investigador principal. Una vez recogidos sus resultados, pasaremos a la Fase 2, en la que volveremos a reunirnos con usted para la devolución de los resultados y en el que resolveremos todas las dudas que pudieran surgirle.

¿Qué datos se recabarán para la realización de este estudio?

El estudio únicamente consiste en la recogida de datos de su historia clínica, de sus resultados diagnósticos, de su seguimiento médico y de los cuestionarios que se dispone a rellenar.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Estos cuestionarios te van a ayudar a conocer mejor cómo funciona tu familia, tu relación con la comida y tu cuerpo, tus emociones y tu personalidad, además de proporcionar información valiosa a tu equipo terapéutico. Asimismo, puedes ayudar a obtener información de la que otras personas podrían beneficiarse en el futuro.

Por otra parte, participar en este estudio te puede hacer consciente y hacerte enfrentar aspectos dolorosos o que suponen una activación emocional, esto es, es posible que al rellenar los cuestionarios puedas sentir sensaciones desagradables o incómodas, como por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, los cuestionarios serán rellenados en un entorno sanitario, que facilitará que se te pueda ayudar con dichas sensaciones si lo necesitas.

Confidencialidad y Protección de Datos

Este estudio implica el tratamiento de datos de carácter personal, por lo que los investigadores garantizarán en todo momento la confidencialidad en el tratamiento de los mismos, cumpliendo con la normativa de protección de datos de carácter personal, en particular, el Reglamento Europeo 679/2016, de 27 de abril, general de protección de datos, así como de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales.

En aplicación de la normativa de protección de datos, le informamos de lo siguiente:

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

El responsable del tratamiento es la Universidad Rey Juan Carlos, c/Tulipán s/n 28233 Móstoles.

CONSENTIMIENTO Y FINALIDAD

Sus datos personales serán tratados con su consentimiento expreso, en el marco de la función investigadora que se realiza en la Universidad Rey Juan Carlos y en el Hospital Universitario Puerta del Hierro. Todos los datos que se recojan se utilizarán única y exclusivamente con la finalidad previamente expuesta en este documento

Usted podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin ninguna consecuencia para usted.

COMUNICACIÓN DE DATOS

Los datos personales recogidos no serán cedidos sin su consentimiento expreso salvo en los casos en los que haya una obligación legal de hacerlo o previa anonimización de los mismos, de manera que no sea posible su reidentificación. **Los resultados de los estudios llevados a cabo podrán ser publicados en revistas científicas o congresos médicos, sin que ello suponga la revelación de ningún dato personal que pueda llegar a identificar al participante.**

CONSERVACIÓN DE LOS DATOS

Sus datos personales serán conservados el tiempo de duración del proyecto (procediendo posteriormente a la destrucción de los mismos).

EJERCICIO DE DERECHOS

En aplicación de su derecho a la protección de los datos de carácter personal, le informamos de que podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y demás reconocidos por el Reglamento General de Protección de Datos, así como por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, dirigiendo su solicitud a la Universidad Rey Juan Carlos, C/ Tulipán s/n, 28933-Móstoles, por registro , en su sede electrónica y en el correo electrónico protecciondedatos@urjc.es.

También podrá solicitar cualquier aclaración o información sobre el ejercicio de estos derechos, dirigiéndose a la Delegada de Protección de Datos de la URJC, mediante escrito dirigido a protecciondedatos@urjc.es.

Asimismo, y especialmente si considera que no ha obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, le indicamos que podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control en materia de protección de datos, dirigiéndose a la Agencia Española de Protección de datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid o en www.aepd.es.

Puede encontrar más información sobre la protección de sus datos personales en <https://www.urjc.es/proteccion-de-datos>.

Los datos recogidos para el estudio/en este registro serán identificados mediante un código y sólo el investigador principal y sus colaboradores y el Comité Ético de Investigación Clínica podrán relacionar dichos datos con usted o con su historia clínica cuando se precise comprobar datos y procedimientos del estudio, siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente y la anonimización de los mismos.

RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO

Si retira su consentimiento para participar en el estudio, no se recogerá ni procesará nueva información sobre usted, pero los datos recogidos hasta el momento no se suprimirán y podrían utilizarse si ya han sido analizados o publicados. En cualquier caso, usted podría exigir la destrucción o anonimización de los demás datos recogidos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal a través de josemi@vinculopsicoterapia.com.

Gastos y Compensación económica

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto adicional con respecto a la práctica clínica habitual y le serán reintegrados los gastos extraordinarios (traslados) por las molestias ocasionadas.

Comunicación de Resultados

Recuerde que en la Fase 2 de estudio se le convocará a una reunión presencial en la que se le devolverán los resultados del estudio si usted lo desea. La comunicación de esta información la llevarán a cabo profesionales que le podrán explicar adecuadamente su relevancia y las opciones asistenciales derivadas que se pudieran plantear. Tiene derecho a ser informado de los datos relevantes para su salud que se obtengan en el curso del estudio. Esta información se le comunicará si lo desea; en el caso de que prefiera no ser informado, su decisión se respetará.

La información recogida en los cuestionarios puede desvelar información relevante respecto a la salud mental de la persona, síntomas de trastornos alimentarios o de características de la personalidad. En caso de identificarse sintomatología subsidiaria de tratamiento a través de los cuestionarios EDI3 o BSI 18, el equipo investigador se pondría en contacto con usted y se plantearía una entrevista donde se le explicarían los resultados, si usted lo desea. En este caso, se le entregaría un informe y se recomendaría la valoración por el Centro de Salud Mental de su zona, tras explicarle cómo acceder a dicho recurso asistencial.

Otra información relevante

Cualquier nueva información que se descubra durante su participación y que se estime que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, le será comunicada por el investigador principal lo antes posible.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio previamente expuestos.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con el investigador responsable, el doctorando José Miguel del Servicio de Psicología del Centro de Psicoterapia Vínculo, a través del correo josemi@vinculopsicoterapia.com.

AQUÍ FINALIZA LA HOJA DE INFORMACIÓN. Si decide participar, vaya a la hoja siguiente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña. _____:

- En mi nombre

Código de participación
(a rellenar por el investigador)

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, confirmo que he leído la hoja de información que me ha sido entregada. Afirmo que he comprendido lo que pone en ella y que se me ha dado la oportunidad de realizar las preguntas que he considerado necesarias a José Miguel Budia para poder entenderlo bien, y que se han contestado de manera satisfactoria, y que además comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis tratamientos.

Al firmar el presente documento, presto voluntariamente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula previamente en la hoja de información que se me ha entregado.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado

Además, accedo a que los psicólogos responsables de este estudio contacten conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno para añadir nuevos datos a los recogidos: SÍ NO

En _____ a ____ de _____ de 20

Nombre y apellidos del/la participante	Nombre y apellidos del/la investigador/a: José Miguel Budia Velo
Firma	Firma

DERECHO DE REVOCACIÓN

(En caso de querer ejercer su derecho de retirar su consentimiento)

Yo, D./Dña. _____:

- En representación de mí misma/o

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, revoco el consentimiento informado otorgado previamente a día de hoy de de y no deseo continuar en el estudio dándolo por finalizado a partir de la fecha anteriormente descrita. Además, suscribo que me es entregada copia de esta revocación.

Nombre y apellidos del/la participante	Nombre y apellidos del/la investigador/a: José Miguel Budia Velo
Firma	Firma

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL APEGO, LOS SISTEMAS MOTIVACIONALES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Hoja de Información y consentimiento para la persona MENOR DE EDAD* del Grupo Clínico

José Miguel Budía Velo

Doctorando en Psicología Clínica

Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos

josemi@vinculopsicoterapia.com

*Se considerará la mayoría de edad sanitaria, que es a partir de los 16 años, como procede según la Ley Básica de Autonomía del Paciente.

Introducción

Le agradecemos el interés que tienen en este estudio. Para que su hijo/a pueda participar en él es necesario contar con su consentimiento, por lo que le solicitamos que tome el tiempo necesario para leer con detenimiento la siguiente información, y que plantee cuantas preguntas considere necesarias a quien considere, a fin de que puedan considerarse verdaderamente informados/as. Si decide que desea que su hijo/a participe, le solicitaremos que firme el documento adjunto de consentimiento informado. Les proporcionaremos una copia original de este documento firmado y fechado para que la conserven, y el documento original quedará archivado junto con el resto de la documentación del estudio.

Sepa que, en todo caso, su decisión de **participación** es enteramente **voluntaria** y que, aún en el caso de haber decidido que su hijo/a participe, podrán retirar dicho consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación de su hijo/a con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento/atención sanitaria.

En caso de que decidan que su hijo/a deje de participar en el estudio, podrá informar al investigador principal del estudio, avisando en persona o a través del email josemi@vinculopsicoterapia.com. También debe saber que su hijo/a puede ser retirado/a del estudio si los investigadores lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad u otros. En cualquiera de los casos, tanto usted como su hijo/a recibirán una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, conforme establece la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Asimismo, ha sido diseñado y se realizará de acuerdo con las recomendaciones éticas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1964 (última actualización octubre 2013 Fortaleza (Brasil), y en el Convenio de Oviedo del Consejo de Europa de 1997, ratificado en 1999.

Descripción del estudio

Este estudio se va a realizar en 3 hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), además de en el Centro de Psicoterapia Vínculo, con una participación aproximada de 80 personas sumando a las personas diagnosticadas y a las personas sanas. Se ha invitado a participar a su hijo/a en este estudio de investigación porque se le ha diagnosticado un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Este trastorno se ha relacionado con estilos de relaciones familiares específicas y con una especial sensibilidad corporal al castigo o a la recompensa. Por ello, este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la manera en la que nos relacionamos con las personas que nos cuidan, la formación de nuestra personalidad desde la sensibilidad a la recompensa y al castigo y los síntomas de los TCA. La naturaleza del estudio es observacional, por lo que se recogerán los datos sin que se realicen pruebas ni intervenciones adicionales a las de la práctica clínica habitual. Se está intentando construir un nuevo modelo explicativo que podría ser de utilidad para aquellos profesionales sanitarios que trabajamos con pacientes de TCA, y la información que pueda aportar servirá para hacer una comparación de las 3

variables mencionadas entre personas con TCA y personas sin TCA. Se realizará una segunda reunión en la que se les expondrán los resultados del estudio y se resolverán todas las dudas que pudiera tener.

¿Quién realiza este estudio?

El investigador principal es José Miguel Budia, doctorando en psicología clínica por la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos, y su correo de contacto es josemi@vinculopsicoterapia.com. A su vez, es supervisado por el Dr. Carlos M^a Alcover, el Dr. Juan José Fernández, la Dra. Ascensión Blanco y la Dra. Miriam Félix, todos psicólogos/as investigadores/as con experiencia, además de las psiquiatras Dra. Miriam Esther Pelayo Delgado y la Dra. Teresa González Salvador del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Majadahonda.

¿Cuánto tiempo durará el estudio?

La duración prevista de este estudio es de aproximadamente 1 año natural, teniendo en cuenta el diseño, la recogida de información, el análisis y devolución de resultados y su publicación.

¿Cómo se realizará el estudio? ¿En qué consentirá la participación de mi hijo/a?

La participación de su hijo/a implica a dos grupos de participantes: uno de personas diagnosticadas de TCA y otro de personas sanas. La asignación de su hijo/a al grupo correspondiente se realizará en función de su historial médico, si este cumple con unos criterios mínimos para clasificarlo en el grupo clínico. Una vez haya rellenado el Consentimiento Informado, procederá a la fase 1 del estudio.

El estudio consta de dos fases. En la primera se contactará con ustedes vía telefónica o a través de email para que reciba su cita de participación, que puede ser en el hospital, en la clínica de Vínculo o en la Universidad Rey Juan Carlos. Una vez allí, su hijo/a deberá rellenar 5 cuestionarios: el Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18) que mide la situación actual y general del estado mental, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 (EDI 3), que mide síntomas de TCA, el Cuestionario de Apego CaMir, que mide el modo en que la persona se relaciona con sus cuidadores/as, el SCSR, que mide la sensibilidad al castigo y al refuerzo como variables de la personalidad y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT). Dichos cuestionarios tienen una duración estimada para completar todos de 2 horas. Se realizarán, en función del tiempo disponible, en un mismo día o quizá en dos, con posibilidad de hacer los descansos que su hijo/a necesite. Las respuestas de los cuestionarios se recogerán a través de *Formularios de Google*, en el que su hijo/a se deberá identificar con un código identificador que se le asignará, y que rellenará con un dispositivo electrónico facilitado y siempre en presencia física del investigador principal. Una vez recogidos sus resultados, pasaremos a la Fase 2, en la que volveremos a reunirnos con ustedes para la devolución de los resultados y en la que resolveremos todas las dudas que pudieran surgirle.

¿Qué datos se recabarán para la realización de este estudio?

El estudio únicamente consiste en la recogida de datos de la historia clínica de su hijo/a, de sus resultados diagnósticos, de su seguimiento médico y de los cuestionarios que se dispone a rellenar. No se modificará la atención médica o sanitaria que reciba, pues será la misma participe o no en el estudio.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Estos cuestionarios le van a ayudar a conocer mejor cómo funciona su problema alimentarlo, además de proporcionar información valiosa tanto a su equipo terapéutico como a usted. Asimismo, puede ayudar a obtener información de la que otras personas podrían beneficiarse en el futuro. Por otra

parte, participar en este estudio le puede hacer consciente y hacerte enfrentar aspectos dolorosos o que suponen una activación emocional, esto es, es posible que al rellenar los cuestionarios pueda sentir sensaciones desagradables o incómodas, como por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, los cuestionarios serán rellenados en un entorno sanitario, que facilitará que se le pueda ayudar con dichas sensaciones si lo necesitas.

Confidencialidad y Protección de Datos

Este estudio implica el tratamiento de datos de carácter personal, por lo que los investigadores garantizarán en todo momento la confidencialidad en el tratamiento de los mismos, cumpliendo con la normativa de protección de datos de carácter personal, en particular, el Reglamento Europeo 679/2016, de 27 de abril, general de protección de datos, así como de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales.

En aplicación de la normativa de protección de datos, le informamos de lo siguiente:

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

El responsable del tratamiento es la Universidad Rey Juan Carlos, c/Tulipán s/n 28233 Móstoles.

CONSENTIMIENTO Y FINALIDAD

Los datos personales de su hijo/a serán tratados con su asentimiento expreso y el consentimiento de usted como padre/madre/tutor/a, en el marco de la función investigadora que se realiza en la Universidad Rey Juan Carlos y en el Hospital Universitario Puerta del Hierro. Todos los datos que se recojan se utilizarán única y exclusivamente con la finalidad previamente expuesta en este documento.

Tanto usted como su hijo/a podrán retirar su consentimiento y asentimiento en cualquier momento y sin ninguna consecuencia para usted.

COMUNICACIÓN DE DATOS

Los datos personales recogidos no serán cedidos sin su consentimiento expreso y el asentimiento de su hijo/a, salvo en los casos en los que haya una obligación legal de hacerlo o previa anonimización de los mismos, de manera que no sea posible su reidentificación. **Los resultados de los estudios llevados a cabo podrán ser publicados en revistas científicas o congresos médicos, sin que ello suponga la revelación de ningún dato personal que pueda llegar a identificar al participante.**

CONSERVACIÓN DE LOS DATOS

Los datos personales de su hijo/a serán conservados el tiempo de duración del proyecto (procediendo posteriormente a la destrucción de los mismos).

EJERCICIO DE DERECHOS

En aplicación del derecho a la protección de los datos de carácter personal, le informamos de que podrán ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y demás reconocidos por el Reglamento General de Protección de Datos, así como por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, dirigiendo su solicitud a la Universidad Rey Juan Carlos, C/ Tulipán s/n, 28933-Móstoles, por registro , en su sede electrónica y en el correo electrónico protecciondedatos@urjc.es.

También podrán solicitar cualquier aclaración o información sobre el ejercicio de estos derechos, dirigiéndose a la Delegada de Protección de Datos de la URJC, mediante escrito dirigido a protecciondedatos@urjc.es.

Asimismo, y especialmente si consideran que no han obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, les indicamos que podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control en

materia de protección de datos, dirigiéndose a la Agencia Española de Protección de datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid o en www.aepd.es.

Puede encontrar más información sobre la protección de sus datos personales en <https://www.urjc.es/proteccion-de-datos>.

Los datos recogidos para el estudio serán identificados mediante un código y sólo el investigador principal, sus colaboradores y el Comité Ético de Investigación Clínica podrán relacionar dichos datos con los de su hijo/a o con su historia clínica cuando se precise comprobar datos y procedimientos del estudio, siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente y la anonimización de los mismos.

RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO

Si usted y su hijo/a retiran su consentimiento para participar en el estudio, no se recogerá ni procesará nueva información sobre usted, pero los datos recogidos hasta el momento no se suprimirán y podrían utilizarse si ya han sido analizados o publicados. En cualquier caso, usted y su hijo/a podrían exigir la destrucción o anonimización de los demás datos recogidos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal a través de josemi@vinculopsicoterapia.com.

Gastos y Compensación económica

La participación de su hijo/a en el estudio no le supondrá ningún gasto adicional con respecto a la práctica clínica habitual y le serán reintegrados los gastos extraordinarios (traslados) por las molestias ocasionadas.

Comunicación de Resultados

Recuerde que en la Fase 2 del estudio se les convocarán a usted y a su hijo/a a una reunión presencial en la que se le devolverán los resultados del estudio si ustedes lo desean. La comunicación de esta información la llevarán a cabo profesionales que les podrán explicar adecuadamente su relevancia y las opciones asistenciales derivadas que se pudieran plantear. Tienen derecho a ser informados/as de los datos relevantes para la salud de su hijo/a que se obtengan en el curso del estudio. Esta información se les comunicará si lo desea; en el caso de que prefieran no ser informados/as, su decisión se respetará. La información recogida en los cuestionarios puede desvelar información relevante respecto a la salud mental de la persona participante, síntomas de trastornos alimentarios o de características de la personalidad. Tras la recogida de datos se emitirá un informe con los resultados, que pueda ayudarles a adaptar el tratamiento en función de los resultados del estudio.

Otra información relevante

Cualquier nueva información que se descubra durante la participación de su hijo/a y que se estime que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, les será comunicada por el investigador principal lo antes posible.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se comprometen a cumplir con los procedimientos del estudio previamente expuestos.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación usted o su hijo/a tienen alguna duda o necesitan obtener más información, pónganse en contacto con el investigador responsable, el doctorando José Miguel del servicio de Psicología del Centro de Psicoterapia Vínculo, a través del correo josemi@vinculopsicoterapia.com.

AQUÍ FINALIZA LA HOJA DE INFORMACIÓN. Si decide participar, vaya a la hoja siguiente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código de participación
(a rellenar por el investigador)

Yo D./Dña. _____

- En representación de otra persona

Nombre de a quien represento:

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, confirmo que he leído la hoja de información que me ha sido entregada. Afirmo que he comprendido lo que pone en ella y que se me ha dado la oportunidad de realizar las preguntas que he considerado necesarias a José Miguel Budía para poder entenderlo bien, y que se han contestado de manera satisfactoria, y que además comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme o retirar a mi hijo/a del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis tratamientos.

Al firmar el presente documento, presto voluntariamente mi consentimiento para la participación de mi hijo/a en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de sus datos conforme se estipula previamente en la hoja de información que se me ha entregado.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Además, accedo a que los psicólogos responsables de este estudio contacten conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno para añadir nuevos datos a los recogidos: SÍ NO

En _____ a ____ de _____ de 20

Nombre y apellidos del/la representante legal (padre, madre o tutor/a):	Nombre y apellidos del/la investigador/a: José Miguel Budía Velo
Firma	Firma

DERECHO DE REVOCACIÓN

(En caso de querer ejercer su derecho de retirar su consentimiento)

Yo, D./Dña. _____ :

- En representación de otra persona de

Nombre de a quien represento:

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, revoco el consentimiento informado otorgado previamente a día de hoy de de y no deseo que mi hijo/a continúe en el estudio dándolo por finalizado a partir de la fecha anteriormente descrita. Además, suscribo que me es entregada copia de esta revocación.

Nombre y apellidos del/la representante legal (padre, madre o tutor/a):	Nombre y apellidos del/la investigador/a: José Miguel Budía Velo
Firma:	Firma:

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL APEGO, LOS SISTEMAS MOTIVACIONALES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Hoja de Información y consentimiento para la persona MENOR DE EDAD* del Grupo Control

*Se considerará la mayoría de edad sanitaria, que es a partir de los 16 años, como procede según la Ley Básica de Autonomía del Paciente.

José Miguel Budia Velo

Doctorando en Psicología Clínica

Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos

josemi@vinculopsicoterapia.com

Introducción

Le agradecemos el interés que tienen en este estudio. Para que su hijo/a pueda participar en él es necesario contar con su consentimiento, por lo que le solicitamos que tome el tiempo necesario para leer con detenimiento la siguiente información, y que plantee cuantas preguntas considere necesarias a quien considere, a fin de que puedan considerarse verdaderamente informados/as. Si decide que desea que su hijo/a participe, le solicitaremos que firme el documento adjunto de consentimiento informado. Les proporcionaremos una copia original de este documento firmado y fechado para que la conserven, y el documento original quedará archivado junto con el resto de la documentación del estudio.

Sepa que, en todo caso, su decisión de **participación** es enteramente **voluntaria** y que, aún en el caso de haber decidido que su hijo/a participe, podrán retirar dicho consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se produzca perjuicio alguno para su hijo/a.

En caso de que decidan que su hijo/a deje de participar en el estudio, podrá informar al investigador principal del estudio, avisando en persona o a través del email josemi@vinculopsicoterapia.com. También debe saber que su hijo/a puede ser retirado/a del estudio si el promotor o los investigadores lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad u otros. En cualquiera de los casos, tanto usted como su hijo/a recibirán una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, conforme establece la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Asimismo, ha sido diseñado y se realizará de acuerdo con las recomendaciones éticas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1964 (última actualización octubre 2013 Fortaleza (Brasil), y en el Convenio de Oviedo del Consejo de Europa de 1997, ratificado en 1999.

Descripción del estudio

Este estudio se va a realizar en 3 hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), además de en el Centro de Psicoterapia Vínculo, con una participación aproximada de 80 personas sumando a las personas diagnosticadas y a las personas sanas. Se ha invitado a participar a su hijo/a en este estudio de investigación porque se dispone a formar parte de un grupo de personas que van a ser comparadas con las personas diagnosticadas de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Este trastorno se ha relacionado con estilos de relaciones familiares específicas y con una especial sensibilidad corporal al castigo o a la recompensa. Por ello, este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la manera en la que nos relacionamos con las personas que nos cuidan, la formación de nuestra personalidad desde la sensibilidad a la recompensa y al castigo y los síntomas de los TCA. La naturaleza del estudio es observacional, por lo que se recogerán los datos sin que se realicen pruebas ni intervenciones adicionales a las de la práctica clínica habitual. Se está intentando construir un nuevo modelo explicativo que podría ser de utilidad para aquellos profesionales sanitarios que trabajamos con

pacientes de TCA, y la información que pueda aportar servirá para hacer una comparación de las 3 variables mencionadas entre personas con TCA y personas sin TCA. Se realizará una segunda reunión en la que se les expondrán los resultados del estudio y se resolverán todas las dudas que pudiera tener.

¿Quién realiza este estudio?

El investigador principal es José Miguel Budia, doctorando en psicología clínica por la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos, y su correo de contacto es josemi@vinculopsicoterapia.com. A su vez, es supervisado por el Dr. Carlos M^a Alcover, el Dr. Juan José Fernández, la Dra. Ascensión Blanco y la Dra. Miriam Félix, todos psicólogos/as investigadores/as con experiencia, además de las psiquiatras Dra. Miriam Esther Pelayo Delgado y la Dra. Teresa González Salvador del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Majadahonda.

¿Cuánto tiempo durará el estudio?

La duración prevista de este estudio es de aproximadamente 1 año natural, teniendo en cuenta el diseño, la recogida de información, el análisis y devolución de resultados y su publicación.

¿Cómo se realizará el estudio? ¿En qué consentirá la participación de mi hijo/a?

La participación de su hijo/a implica a dos grupos de participantes: uno de personas diagnosticadas de TCA y otro de personas sanas. La asignación de su hijo/a al grupo correspondiente se realizará en función de su historial médico, si este cumple con unos criterios mínimos para clasificarlo en el grupo control de personas sanas. Una vez haya rellenado el Consentimiento Informado, procederá a la fase 1 del estudio.

El estudio consta de dos fases. En la primera se contactará con ustedes vía telefónica o a través de email para que reciba su cita de participación, que puede ser en el hospital, en la clínica de Vínculo o en la Universidad Rey Juan Carlos. Una vez allí, su hijo/a deberá rellenar 5 cuestionarios: el Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18) que mide la situación actual y general del estado mental, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 (EDI 3), que mide síntomas de TCA, el Cuestionario de Apego CaMir, que mide el modo en que la persona se relaciona con sus cuidadores/as, el SCSR, que mide la sensibilidad al castigo y al refuerzo como variables de la personalidad y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT). Dichos cuestionarios tienen una duración estimada para completar todos de 2 horas. Se realizarán, en función del tiempo disponible, en un mismo día o quizá en dos, con posibilidad de hacer los descansos que su hijo/a necesite. Las respuestas de los cuestionarios se recogerán a través de *Formularios de Google*, en el que su hijo/a se deberá identificar con un código identificador que se le asignará, y que rellenará con un dispositivo electrónico facilitado y siempre en presencia física del investigador principal. Una vez recogidos sus resultados, pasaremos a la Fase 2, en la que volveremos a reunirnos con ustedes para la devolución de los resultados y en la que resolveremos todas las dudas que pudieran surgirle.

¿Qué datos se recabarán para la realización de este estudio?

El estudio únicamente consiste en la recogida de datos de la historia clínica de su hijo/a, de sus resultados diagnósticos, de su seguimiento médico y de los cuestionarios que se dispone a rellenar.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Estos cuestionarios le van a ayudar a conocer mejor cómo funciona su familia, su relación con la comida y tu cuerpo, sus emociones y su personalidad, además de proporcionar información valiosa tanto a su equipo terapéutico como a usted. Asimismo, puede ayudar a obtener información de la que otras personas podrían beneficiarse en el futuro.

Por otra parte, participar en este estudio le puede hacer consciente y hacerle enfrentar aspectos dolorosos o que suponen una activación emocional, esto es, es posible que al rellenar los cuestionarios pueda sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, los cuestionarios serán rellenados en un entorno sanitario, que facilitará que se le pueda ayudar con dichas sensaciones si lo necesitas.

Confidencialidad y Protección de Datos

Este estudio implica el tratamiento de datos de carácter personal, por lo que los investigadores garantizarán en todo momento la confidencialidad en el tratamiento de los mismos, cumpliendo con la normativa de protección de datos de carácter personal, en particular, el Reglamento Europeo 679/2016, de 27 de abril, general de protección de datos, así como de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales.

En aplicación de la normativa de protección de datos, le informamos de lo siguiente:

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

El responsable del tratamiento es la Universidad Rey Juan Carlos, c/Tulipán s/n 28233 Móstoles.

CONSENTIMIENTO Y FINALIDAD

Los datos personales de su hijo/a serán tratados con su asentimiento expreso y el consentimiento de usted como padre/madre/tutor/a, en el marco de la función investigadora que se realiza en la Universidad Rey Juan Carlos y en el Hospital Universitario Puerta del Hierro. Todos los datos que se recojan se utilizarán única y exclusivamente con la finalidad previamente expuesta en este documento.

Tanto usted como su hijo/a podrán retirar su consentimiento y asentimiento en cualquier momento y sin ninguna consecuencia para usted.

COMUNICACIÓN DE DATOS

Los datos personales recogidos no serán cedidos sin su consentimiento expreso y el asentimiento de su hijo/a, salvo en los casos en los que haya una obligación legal de hacerlo o previa anonimización de los mismos, de manera que no sea posible su reidentificación. **Los resultados de los estudios llevados a cabo podrán ser publicados en revistas científicas o congresos médicos, sin que ello suponga la revelación de ningún dato personal que pueda llegar a identificar al participante.**

CONSERVACIÓN DE LOS DATOS

Los datos personales de su hijo/a serán conservados el tiempo de duración del proyecto (procediendo posteriormente a la destrucción de los mismos).

EJERCICIO DE DERECHOS

En aplicación del derecho a la protección de los datos de carácter personal, le informamos de que podrán ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y demás reconocidos por el Reglamento General de Protección de Datos, así como por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, dirigiendo su solicitud a la Universidad Rey Juan Carlos, C/ Tulipán s/n, 28933-Móstoles, por registro, en su sede electrónica y en el correo electrónico protecciondedatos@urjc.es.

También podrán solicitar cualquier aclaración o información sobre el ejercicio de estos derechos, dirigiéndose a la Delegada de Protección de Datos de la URJC, mediante escrito dirigido a protecciondedatos@urjc.es.

Asimismo, y especialmente si consideran que no han obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, les indicamos que podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control en materia de protección de datos, dirigiéndose a la Agencia Española de Protección de datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid o en www.aepd.es.

Puede encontrar más información sobre la protección de sus datos personales en <https://www.urjc.es/proteccion-de-datos>.

Los datos recogidos para el estudio serán identificados mediante un código y sólo el investigador principal, sus colaboradores y el Comité Ético de Investigación Clínica podrán relacionar dichos datos con los de su hijo/a o con su historia clínica cuando se precise comprobar datos y procedimientos del estudio, siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente y la anonimización de los mismos.

RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO

Si usted y su hijo/a retiran su consentimiento para participar en el estudio, no se recogerá ni procesará nueva información sobre usted, pero los datos recogidos hasta el momento no se suprimirán y podrían utilizarse si ya han sido analizados o publicados. En cualquier caso, usted y su hijo/a podrían exigir la destrucción o anonimización de los demás datos recogidos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal a través de josemi@vinculopsicoterapia.com.

Gastos y Compensación económica

La participación de su hijo/a en el estudio no le supondrá ningún gasto adicional con respecto a la práctica clínica habitual y le serán reintegrados los gastos extraordinarios (traslados) por las molestias ocasionadas.

Comunicación de Resultados

Recuerde que en la Fase 2 del estudio se les convocarán a usted y a su hijo/a a una reunión presencial en la que se le devolverán los resultados del estudio si ustedes lo desean. La comunicación de esta información la llevarán a cabo profesionales que les podrán explicar adecuadamente su relevancia y las opciones asistenciales derivadas que se pudieran plantear. Tienen derecho a ser informados/as de los datos relevantes para la salud de su hijo/a que se obtengan en el curso del estudio. Esta información se les comunicará si lo desea; en el caso de que prefieran no ser informados/as, su decisión se respetará. La información recogida en los cuestionarios puede desvelar información relevante respecto a la salud mental de la persona participante, síntomas de trastornos alimentarios o de características de la personalidad. Tras la recogida de datos se emitirá un informe con los resultados, que pueda ayudarles a adaptar el tratamiento en función de los resultados del estudio.

Otra información relevante

Cualquier nueva información que se descubra durante la participación de su hijo/a y que se estime que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, les será comunicada por el investigador principal lo antes posible.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se comprometen a cumplir con los procedimientos del estudio previamente expuestos.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación usted o su hijo/a tienen alguna duda o necesitan obtener más información, pónganse en contacto con el investigador responsable, el doctorando José Miguel del servicio de Psicología del Centro de Psicoterapia Vínculo, a través del correo josemi@vinculopsicoterapia.com.

AQUÍ FINALIZA LA HOJA DE INFORMACIÓN. Si decide participar, vaya a la hoja siguiente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código de participación
(a rellenar por el investigador)

Yo D./Dña. _____

- En representación de otra persona

Nombre de a quien represento:

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, confirmo que he leído la hoja de información que me ha sido entregada. Afirmo que he comprendido lo que pone en ella y que se me ha dado la oportunidad de realizar las preguntas que he considerado necesarias a José Miguel Budia para poder entenderlo bien, y que se han contestado de manera satisfactoria, y que además comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme o retirar a mi hijo/a del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis tratamientos.

Al firmar el presente documento, presto voluntariamente mi consentimiento para la participación de mi hijo/a en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de sus datos conforme se estipula previamente en la hoja de información que se me ha entregado.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Además, accedo a que los psicólogos responsables de este estudio contacten conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno para añadir nuevos datos a los recogidos: SÍ NO

En _____ a ____ de _____ de 20

Nombre y apellidos del/la representante legal (padre, madre o tutor/a):	Nombre y apellidos del/la investigador/a: José Miguel Budia Velo
Firma	Firma

DERECHO DE REVOCACIÓN

(En caso de querer ejercer su derecho de retirar su consentimiento)

Yo, D./Dña. _____ :

- En representación de otra persona de

Nombre de a quien represento:

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, revoco el consentimiento informado otorgado previamente a día de hoy de de y no deseo que mi hijo/a continúe en el estudio dándolo por finalizado a partir de la fecha anteriormente descrita. Además, suscribo que me es entregada copia de esta revocación.

Nombre y apellidos del/la representante legal (padre, madre o tutor/a):	Nombre y apellidos del/la investigador/a: José Miguel Budia Velo
Firma:	Firma:

Anexo 3. Hoja de Información y Asentimiento Informado para menores de 16 años

DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 16 AÑOS DEL GRUPO CLÍNICO

José Miguel Budia Velo

Doctorando en Psicología Clínica

Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos

josemi@vinculopsicoterapia.com

Este Documento de Asentimiento Informado tiene 2 partes:

Parte I) Hoja de Información que proporciona información sobre el estudio.

Parte II) Formulario de Asentimiento, que es el documento donde se firma si se está de acuerdo en participar.

PARTE I: INFORMACIÓN

Introducción

Mi nombre es José Miguel Budia Velo, soy psicólogo y mi trabajo como parte del equipo investigador consiste en analizar la relación que puede existir entre las relaciones familiares, el desarrollo de la forma de ser de las personas y la aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Queremos saber si existe una asociación entre las relaciones familiares en los casos de TCA, la sensibilidad al castigo y a la recompensa que estas personas puedan desarrollar como parte de su personalidad y los síntomas de TCA.

Te voy a dar información e invitarte a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si participar o no. Hemos informado sobre esta investigación a tus padres/madres/tutores/as y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, tus padres/madres/tutores/as también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tienes por qué hacerlo, aunque tus padres/madres/tutores/as hayan dado permiso.

Puedes comentar cualquier aspecto de este documento con tus padres/madres/tutores/as o amigos/as o cualquier otra persona con la que te sientas cómodo/a. Puedes decidir participar o no después de haberlo consultado. No tienes por qué decidirlo inmediatamente.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado/a o preocupado/a por ellas. Si es así, por favor hazme las preguntas que consideres y me tomaré tiempo para explicártelo. Si te quedas con cualquier duda y quieres consultarme sin estar yo presente, puedes enviarme un correo a

josemi@vinculopsicoterapia.com. Te contestaré lo antes posible.

Este estudio está revisado por un equipo de profesionales del Hospital Universitario Puerta de Hierro y de la Universidad Rey Juan Carlos, llamados Comité de Ética de la Investigación, cuyo trabajo es el de asegurar que este estudio sea seguro para ti y el resto de participantes, y que puedas sentir que se te informa de todo y que tienes total capacidad de decisión sobre todo lo que conlleva tu participación en este estudio.

Objetivo: ¿Por qué estoy haciendo esta investigación?

Queremos poner a prueba una teoría que podría ser de utilidad para los profesionales sanitarios que trabajan con este tipo de problemas. Hemos revisado en estudios previos qué formas de ser, respecto a la sensibilidad mental a ser castigados o premiados, y de relacionarse con la familia podrían estar relacionadas con los TCA. Este estudio va a comparar los resultados de unos cuestionarios rellenos por personas con un TCA y personas sin el trastorno alimentario, y comprobar las posibles diferencias.

Elección de participantes: ¿Por qué me pides participar a mí?

Este estudio se va a realizar en 3 hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), además de en el Centro de Psicoterapia Vínculo, con una participación aproximada de 80 personas sumando a las personas diagnosticadas y a las personas sanas. Se te ha invitado a participar en este estudio de investigación porque se te ha diagnosticado un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) y vas a formar parte del grupo de personas con TCA (grupo clínico) que van a ser comparadas con el grupo de personas sanas.

La participación es voluntaria: ¿Tengo que hacer esto?

Recuerda que no tienes porqué participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión. Si decides no participar, tu decisión será respetada, y no cambiará nada de tu tratamiento. Si empiezas el estudio y decides dejar de participar después, tampoco habrá ninguna consecuencia para ti.

Entiendo que mi participación es voluntaria: SÍ / NO.

Si decido participar, ¿qué es lo que voy a tener que hacer?

Tu participación consistirá en rellenar 5 cuestionarios. Si lo deseas, nos reuniríamos otro día para comunicarte los resultados y resolver tus dudas. Te explico detalles en este documento, más adelante.

Descripción el estudio

Este estudio es observacional, por lo que se recogerán las respuestas de los cuestionarios sin que se realicen pruebas médicas ni intervenciones.

¿Cuánto tiempo durará el estudio?

La duración estimada del estudio es de 1 año natural, contando desde que diseñamos este estudio hasta que redactamos el informe de resultados.

¿Qué personas lo llevan a cabo?

El investigador principal es José Miguel Budia, doctorando en psicología clínica por la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos, y su correo de contacto es josemi@vinculopsicoterapia.com. A su vez, es supervisado por el Dr. Carlos M^a Alcover, el Dr. Juan José Fernández, la Dra. Ascensión Blanco y la Dra. Miriam Félix, todos psicólogos/as investigadores/as con experiencia, además de las psiquiatras Dra. Miriam Esther Pelayo Delgado y la Dra. Teresa González Salvador del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Majadahonda.

¿Cómo se realizará el estudio? ¿En qué consistirá mi participación?

La participación implica a dos grupos de participantes: uno de personas diagnosticadas de TCA y otro de personas sanas. Tu asignación al grupo correspondiente se realizará en función de su historial médico, si este cumple con los criterios mínimos para clasificarte en el grupo clínico. Una vez hayas rellenado la hoja de Asentimiento Informado, y las personas a tu cargo la de Consentimiento Informado, procederás a la fase 1 del estudio.

El estudio consta de dos fases:

Fase 1 RECOGIDA DE DATOS:

Contactaremos contigo y con el resto de participantes vía telefónica o a través de email para que recibas su cita de participación, que puede ser en el hospital, en la clínica de Vínculo o en la Universidad Rey Juan Carlos. Una vez allí, deberás rellenar 5 cuestionarios:

- El Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18) que mide la situación actual y general del estado mental.
- El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 (EDI 3), que mide síntomas de TCA.

- El Cuestionario de Apego CaMir, que mide el modo en que la persona se relaciona con sus cuidadores/as.
- El cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad al Refuerzo (SCSR), que mide la sensibilidad al castigo y al refuerzo como variables de la personalidad.
- Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT), que mide la presencia y repercusión de situaciones traumáticas o complicadas vividas.

Dichos cuestionarios tienen una duración estimada para completar todos de 2 horas. Se realizarán, en función del tiempo disponible, en un mismo día o quizá en dos, con posibilidad de hacer los descansos que necesites. Las respuestas de los cuestionarios se recogerán a través de Formularios de Google, en el que deberás identificarte con un código identificador que se te asignará, y que rellenarás con un dispositivo electrónico facilitado y siempre en presencia física del investigador principal.

Fase 2 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS:

Nos volveremos a reunir contigo para explicarte los resultados y resolver todas las dudas que pudieran surgirme. Si no deseas ser informado/a de los resultados, tu decisión se respetará. No obstante, si tus padres/madres/tutores/as aun así desean conocer los resultados, se les informará. En caso de identificarse sintomatología, por la que deberías recibir tratamiento, a través de los cuestionarios EDI3 o BSI 18, el equipo investigador se pondría en contacto contigo y con las personas a tu cargo y se plantearía una entrevista donde se os explicarían los resultados, si las personas a tu cargo y tú lo deseáis. En este caso, se os entregaría un informe y se os recomendaría la valoración por el Centro de Salud Mental de su zona, tras explicaros cómo acceder a dicho recurso asistencial.

¿Qué datos se recabarán para la realización de este estudio?

El estudio únicamente consiste en la recogida de datos de tu historia clínica, de tus resultados diagnósticos, de tu seguimiento médico y de los cuestionarios que vas a rellenar. Recuerda que no se modificará la atención médica o sanitaria que recibas, pues será la misma participes o no en el estudio.

Beneficios y Riesgos de la Participación en este Estudio

Estos cuestionarios te van a ayudar a conocer mejor cómo funciona tu problema alimentarlo, además de proporcionar información valiosa tanto a tu equipo terapéutico como a tus padres/madres/tutores/as. Asimismo, puedes ayudar a obtener información de la que otras

personas podrían beneficiarse en el futuro. Por otra parte, participar en este estudio te puede hacer consciente y hacerte enfrentar aspectos dolorosos o que suponen una activación emocional, esto es, es posible que al rellenar los cuestionarios puedas sentir sensaciones desagradables o incómodas, como por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, los cuestionarios serán rellenados en un entorno sanitario, que facilitará que se te pueda ayudar con dichas sensaciones si lo necesitas.

Entiendo los beneficios y los riesgos que la investigación supone para mí: SI / NO.

Confidencialidad: ¿Van a saber todos acerca de esto?

No diremos a otras personas que estas en esta investigación y no compartiremos información sobre ti a nadie que no sean tus padres/madres/tutores/as o alguien que trabaje en el estudio de investigación. Cuando la investigación finalice, se os informará a tus padres/madres/tutores/as y a ti sobre los resultados de la investigación.

La información sobre ti recogida por la investigación tendrá un código asignado en vez de tu nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es tu código y se guardará la información con llave. Los resultados del estudio podrán ser compartidos o publicados en revistas de investigación o congresos, pero siempre se hará sin revelar ningún dato que pudiera identificarte como participante. Los datos no serán cedidos a nadie más sin tu consentimiento y el de tus padres/madres/tutores/as, y se compartirían siempre con el código y no con tus datos personales. Los datos personales que hayamos recogido para hacer el estudio serán destruidos cuando el estudio finalice.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Cualquier nueva información que se descubra durante tu participación y que se estime que pueda afectar a tu participación en el estudio, te será comunicada a ti y a tus padres/madres/tutores/as por el investigador principal lo antes posible. Al firmar la hoja de asentimiento adjunta, te comprometes a cumplir con los procedimientos del estudio previamente expuestos.

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que lo examinen si quieres.

GRACIAS

PARTE II: FORMULARIO DE ASENTIMIENTO

Entiendo que la investigación consiste en analizar la asociación entre las relaciones familiares, la sensibilidad al castigo y al refuerzo como variables de la personalidad y los síntomas de los TCA. Entiendo que mi participación consistirá en rellenar 5 cuestionarios que proporcionarán información sobre estas asociaciones, para de ese modo ayudar a los profesionales sanitarios en su trabajo con las personas afectadas por un TCA. Además, seremos informados/as sobre los resultados en una segunda reunión tanto yo como mis padres/madres/tutores/as, si así lo deseamos.

¿Entiendo puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo?.....SÍ / NO

¿Sé que puedo retirarme cuando quiera?.....SÍ / NO

¿He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo?.....SÍ / NO

¿Me han respondido a todas las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo?.....SÍ / NO

¿Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo?.....SÍ / NO

¿Acepto participar en la investigación?.....SÍ / NO

El padre/madre/tutor/a ha firmado el Consentimiento Informado.....SÍ / NO

Solo si el niño/a asiente:

Firma

Nombre del niño/a _____
niño/a: _____
firma: ____ / ____ / ____

Apellidos del
Fecha de

Investigador Principal

Firma

Nombre: José Miguel.

Fecha de firma: 14/11/2022.

RETIRADA DE ASENTIMIENTO (sólo si deseas retirarte de la investigación)

Ya no deseo participar en la investigación, y doy por finalizada mi participación con fecha. Se me entrega copia de la retirada del asentimiento.

Firma

Nombre:

Apellidos:

Fecha:

DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 16 AÑOS

DEL GRUPO CONTROL

José Miguel Budia Velo

Doctorando en Psicología Clínica

Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos

josemi@vinculopsicoterapia.com

Este Documento de Asentimiento Informado tiene 2 partes:

Parte I) Hoja de Información que proporciona información sobre el estudio.

Parte II) Formulario de Asentimiento, que es el documento donde se firma si se está de acuerdo en participar.

PARTE I: INFORMACIÓN

Introducción

Mi nombre es José Miguel Budia Velo, soy psicólogo y mi trabajo como parte del equipo investigador consiste en analizar la relación que puede existir entre las relaciones familiares, el desarrollo de la forma de ser de las personas y la aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Queremos saber si existe una asociación entre las relaciones familiares en los casos de TCA, la sensibilidad al castigo y a la recompensa que estas personas puedan desarrollar como parte de su personalidad y los síntomas de TCA.

Te voy a dar información e invitarte a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si participar o no. Hemos informado sobre esta investigación a tus padres/madres/tutores/as y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, tus padres/madres/tutores/as también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tienes por qué hacerlo, aunque tus padres/madres/tutores/as hayan dado permiso.

Puedes comentar cualquier aspecto de este documento con tus padres/madres/tutores/as o amigos/as o cualquier otra persona con la que te sientas cómodo/a. Puedes decidir participar o no después de haberlo consultado. No tienes por qué decidirlo inmediatamente.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado/a o preocupado/a por ellas. Si es así, por favor hazme las preguntas que consideres y me tomaré tiempo para explicártelo. Si te quedas con cualquier duda y quieres consultarme sin estar yo presente, puedes enviarme un correo a josemi@vinculopsicoterapia.com. Te contestaré lo antes posible.

Este estudio está revisado por un equipo de profesionales del Hospital Universitario Puerta de Hierro y de la Universidad Rey Juan Carlos, llamados Comité de Ética de la Investigación, cuyo trabajo es el de asegurar que este estudio sea seguro para ti y el resto de participantes, y que puedas sentir que se te informa de todo y que tienes total capacidad de decisión sobre todo lo que conlleva tu participación en este estudio.

Objetivo: ¿Por qué estoy haciendo esta investigación?

Queremos poner a prueba una teoría que podría ser de utilidad para los profesionales sanitarios que trabajan con este tipo de problemas. Hemos revisado en estudios previos qué formas de ser, respecto a la sensibilidad mental a ser castigados o premiados, y de relacionarse con la familia podrían estar relacionadas con los TCA. Este estudio va a comparar los resultados de unos cuestionarios rellenos por personas con un TCA y personas sin el trastorno alimentario, y comprobar las posibles diferencias.

Elección de participantes: ¿Por qué me pides participar a mí?

Este estudio se va a realizar en 3 hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), además de en el Centro de Psicoterapia Vínculo, con una participación aproximada de 80 personas sumando a las personas diagnosticadas y a las personas sanas. Se te ha invitado a participar en este estudio de investigación porque necesitamos que formes parte de un grupo de personas sanas que van a ser comparadas con las personas diagnosticadas de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). El grupo del que formarías parte se llamará “grupo control”.

La participación es voluntaria: ¿Tengo que hacer esto?

Recuerda que no tienes porqué participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión. Si decides no participar, tu decisión será respetada, y no cambiará nada de tu tratamiento. Si empiezas el estudio y decides dejar de participar después, tampoco habrá ninguna consecuencia para ti.

Entiendo que mi participación es voluntaria: SÍ / NO.

Si decido participar, ¿qué es lo que voy a tener que hacer?

Tu participación consistirá en rellenar 5 cuestionarios. Si lo deseas, nos reuniríamos otro día para comunicarte los resultados y resolver tus dudas. Te explico detalles en este documento,

más adelante.

Descripción el estudio

Este estudio es observacional, por lo que se recogerán las respuestas de los cuestionarios sin que se realicen pruebas médicas ni intervenciones.

¿Cuánto tiempo durará el estudio?

La duración estimada del estudio es de 1 año natural, contando desde que diseñamos este estudio hasta que redactamos el informe de resultados.

¿Qué personas lo llevan a cabo?

El investigador principal es José Miguel Budía, doctorando en psicología clínica por la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos, y su correo de contacto es josemi@vinculopsicoterapia.com. A su vez, es supervisado por el Dr. Carlos M^a Alcover, el Dr. Juan José Fernández, la Dra. Ascensión Blanco y la Dra. Miriam Félix, todos psicólogos/as investigadores/as con experiencia, además de las psiquiatras Dra. Miriam Esther Pelayo Delgado y la Dra. Teresa González Salvador del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Majadahonda.

¿Cómo se realizará el estudio? ¿En qué consistirá mi participación?

La participación implica a dos grupos de participantes: uno de personas diagnosticadas de TCA y otro de personas sanas. Tu asignación al grupo correspondiente se realizará en función de su historial médico, si este cumple con los criterios mínimos para clasificarte en el grupo control. Una vez hayas rellenado la hoja de Asentimiento Informado, y las personas a tu cargo la de Consentimiento Informado, procederás a la fase 1 del estudio.

El estudio consta de dos fases:

Fase 1 RECOGIDA DE DATOS:

Contactaremos contigo y con el resto de participantes vía telefónica o a través de email para que recibas su cita de participación, que puede ser en el hospital, en la clínica de Vínculo o en la Universidad Rey Juan Carlos. Una vez allí, deberás rellenar 5 cuestionarios:

- El Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI 18) que mide la situación actual y general del estado mental.
- El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 (EDI 3), que mide síntomas de TCA.

- El Cuestionario de Apego CaMir, que mide el modo en que la persona se relaciona con sus cuidadores/as.
- El cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad al Refuerzo (SCSR), que mide la sensibilidad al castigo y al refuerzo como variables de la personalidad.
- Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT), que mide la presencia y repercusión de situaciones traumáticas o complicadas vividas.

Dichos cuestionarios tienen una duración estimada para completar todos de 2 horas. Se realizarán, en función del tiempo disponible, en un mismo día o quizá en dos, con posibilidad de hacer los descansos que necesites. Las respuestas de los cuestionarios se recogerán a través de Formularios de Google, en el que deberás identificarte con un código identificador que se te asignará, y que rellenarás con un dispositivo electrónico facilitado y siempre en presencia física del investigador principal.

Fase 2 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS:

Nos volveremos a reunir contigo para explicarte los resultados y resolver todas las dudas que pudieran surgirme. Si no deseas ser informado/a de los resultados, tu decisión se respetará. No obstante, si tus padres/madres/tutores/as aun así desean conocer los resultados, se les informará.

¿Qué datos se recabarán para la realización de este estudio?

El estudio únicamente consiste en la recogida de datos de tu historia clínica, de tus resultados diagnósticos, de tu seguimiento médico y de los cuestionarios que vas a rellenar.

Beneficios y Riesgos de la Participación en este Estudio

Estos cuestionarios te van a ayudar a conocer mejor cómo funciona tu familia, tu relación con la comida y tu cuerpo, tus emociones y tu personalidad, además de proporcionar información valiosa tanto a tu equipo terapéutico como a tus padres/madres/tutores/as. Asimismo, puedes ayudar a obtener información de la que otras personas podrían beneficiarse en el futuro. Por otra parte, participar en este estudio te puede hacer consciente y hacerte enfrentar aspectos dolorosos o que suponen una activación emocional, esto es, es posible que al rellenar los cuestionarios puedas sentir sensaciones desagradables o incómodas, como por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, los cuestionarios serán rellenados en un entorno sanitario, que facilitará que se te pueda ayudar con dichas sensaciones si lo necesitas.

Entiendo los beneficios y los riesgos que la investigación supone para mi: SI / NO.

Confidencialidad: ¿Van a saber todos acerca de esto?

No diremos a otras personas que estas en esta investigación y no compartiremos información sobre ti a nadie que no sean tus padres/madres/tutores/as o alguien que trabaje en el estudio de investigación. Cuando la investigación finalice, se os informará a tus padres/madres/tutores/as y a ti sobre los resultados de la investigación.

La información sobre ti recogida por la investigación tendrá un código asignado en vez de tu nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es tu código y se guardará la información con llave. Los resultados del estudio podrán ser compartidos o publicados en revistas de investigación o congresos, pero siempre se hará sin revelar ningún dato que pudiera identificarte como participante. Los datos no serán cedidos a nadie más sin tu consentimiento y el de tus padres/madres/tutores/as, y se compartirían siempre con el código y no con tus datos personales. Los datos personales que hayamos recogido para hacer el estudio serán destruidos cuando el estudio finalice.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Cualquier nueva información que se descubra durante tu participación y que se estime que pueda afectar a tu participación en el estudio, te será comunicada a ti y a tus padres/madres/tutores/as por el investigador principal lo antes posible. Al firmar la hoja de asentimiento adjunta, te comprometes a cumplir con los procedimientos del estudio previamente expuestos.

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que lo examinen si quieres.

GRACIAS

PARTE II: FORMULARIO DE ASENTIMIENTO

Entiendo que la investigación consiste en analizar la asociación entre las relaciones familiares, la sensibilidad al castigo y al refuerzo como variables de la personalidad y los síntomas de los TCA. Entiendo que mi participación consistirá en rellenar 5 cuestionarios que proporcionarán información sobre estas asociaciones, para de ese modo ayudar a los profesionales sanitarios en su trabajo con las personas afectadas por un TCA. Además, seremos informados/as sobre los resultados en una segunda reunión tanto yo como mis padres/madres/tutores/as, si así lo deseamos.

¿Entiendo puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo?.....SÍ / NO

¿Sé que puedo retirarme cuando quiera?.....SÍ / NO

¿He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo?.....SÍ / NO

¿Me han respondido a todas las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo?.....SÍ / NO

¿Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo?.....SÍ / NO

¿Acepto participar en la investigación?.....SÍ / NO

El padre/madre/tutor/a ha firmado el Consentimiento Informado.....SÍ / NO

Solo si el niño/a asiente:

Firma

Nombre del niño/a _____

Apellidos del

niño/a: _____

Fecha de

firma: ____ / ____ / ____

Investigador Principal

Firma

Nombre: José Miguel.

Fecha de firma: 14/11/2022.

RETIRADA DE ASENTIMIENTO (sólo si deseas retirarte de la investigación)

Ya no deseo participar en la investigación, y doy por finalizada mi participación con fecha. Se me entrega copia de la retirada del asentimiento.

Firma

Nombre:

Apellidos:

Fecha:

ANEXO 2

*DECLARACIÓN JURADA DEL
EQUIPO INVESTIGADOR*

Declaración jurada por parte del equipo investigador

Por la presente, y, a efectos de acreditar la idoneidad del equipo investigador del proyecto titulado ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL APEGO, LOS SISTEMAS MOTIVACIONALES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA se declara, bajo juramento, que sus componentes son:

- José Miguel Budia Velo, Investigador principal y doctorando en psicología clínica, Programa de Doctorado en Psicología, Ciencias de la Salud, Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos. Psicólogo especialista en TCA en el Centro de Psicoterapia Vínculo.
- Dr. Carlos María Alcover de la Hera. Director de tesis. Catedrático de Psicología Social, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.
- Dr. Juan José Fernández Muñoz. Director y tutor de tesis. Profesor Titular de Metodología y Ciencias del Comportamiento, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.
- Dra. Ascensión Blanco Fernández. Directora de tesis. Directora del Máster Universitario en Trastornos del Comportamiento Alimentario y Obesidad de la Universidad Europea de Madrid.
- Dra. Miriam Patricia Félix Alcántara, coinvestigadora y asesora externa de tesis. Psicóloga Clínica experta en Trastornos Alimentarios y Obesidad. Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid).
- Ana Isabel Bernal Gutiérrez, coinvestigadora. Psicóloga Clínica experta en Trastornos Alimentarios y Obesidad. Hospital Universitario de Móstoles (Madrid).
- Dra. Marina Díaz-Marsá, coinvestigadora y jefe de Sección Hospital Clínico San Carlos (Madrid). Profesora Universitaria en la Universidad Complutense de Madrid (Madrid).

Finalmente, se declara, además, que la información aportada es totalmente veraz. Para que conste a los efectos oportunos, se procede a la firma del documento por todos/as y cada uno de los miembros del equipo investigador.

En Madrid, a 15 de marzo de 2023.

Firma 1: José Miguel Budia Velo
(Indicar nombre y apellidos y firmar debajo).

Firma 2: Carlos M^a Alcover de la Hera
(Indicar nombre y apellidos y firmar debajo)

Firma 3: Juan José Fernández Muñoz
(Indicar nombre y apellidos aquí y firmar debajo).

Firma 4: Ascensión Blanco Fernández
(Indicar nombre y apellidos y firmar debajo)

Firma 5: Miriam P. Félix Alcántara
(Indicar nombre y apellidos aquí y firmar debajo).

Firma 6: Ana Isabel Bernal Gutiérrez
(Indicar nombre y apellidos y firmar debajo)

Firma 5: Marina Díaz Marsá
(Indicar nombre y apellidos aquí y firmar debajo)

ANEXO 3

INFORMES FAVORABLES COMITÉ DE ÉTICA Y DE DIRECCIÓN DE LOS CENTROS

Doña. Adriana Izquierdo Lahuerta, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL APEGO, LOS SISTEMAS MOTIVACIONALES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Con número de registro interno: **0909202219122**

y considera que:

- Se cumplen los requisitos éticos necesarios del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para sus participantes.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Por lo que ha decidido emitir un dictamen **FAVORABLE** para la realización de dicho proyecto, cuyo investigador principal es Don **JOSÉ MIGUEL BUDIA VELO**.

Lo que firmo en Móstoles a 12 de diciembre de 2022.

IZQUIERDO
LAHUERTA
ADRIANA -
01927386D AUTH

Firmado digitalmente
por IZQUIERDO
LAHUERTA ADRIANA -
01927386D AUTH
Fecha: 2022.12.12
10:16:39 +01'00'

Firmado: Dña. Adriana Izquierdo Lahuerta.

• Este informe sólo tiene validez para el proyecto o procedimiento propuesto y en las condiciones en ellos descritas. Cualquier cambio que afecte a las implicaciones éticas y/o de seguridad del mismo y de los participantes, invalida este informe y deberá ser puesto en conocimiento de este Comité de Ética para su valoración.

• El Comité de Ética de la Investigación puede instar a las autoridades autonómicas para que proceda a la suspensión cautelar de la investigación autorizada en los casos en los que no se hayan observado los requisitos que establece la legislación vigente y sea necesaria para proteger los derechos de los ciudadanos.

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS
Código Interno: PI 185/22
Protocolo de fecha: 16/11/2022
Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado de fecha: 16/11/2022
Título: Estudio de la relación entre el Apego, los Sistemas Motivacionales y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Tipo de estudio: Proyecto de Investigación

El Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda en su reunión del 12/12/2022 (Acta nº 21/2022) tras la evaluación de los cambios menores del estudio especificado, considera que:

1. El estudio evaluado cumple los requisitos metodológicos y técnicos.
2. La competencia de los investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Los riesgos y molestias previsibles de la investigación son aceptables en relación con los beneficios esperados.
4. El proceso de selección de los sujetos participantes es apropiado.
5. Se considera adecuado el procedimiento previsto para información y obtención del consentimiento informado o, alternativamente, se acepta la exención de consentimiento propuesta para este estudio.
6. Las compensaciones económicas previstas son adecuadas y no interfieren con el resto de postulados éticos.
7. El CEIm del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, tanto en su composición como en sus PNT's, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).

Emite un **DICTAMEN FAVORABLE** para la realización del estudio.

Majadahonda,

Firmado digitalmente por: AVENDAÑO SOLA CRISTINA
Fecha: 2022.12.13 14:22

Fdo.: Dra. Cristina Avendaño Solá
Presidenta del CEIm



Código Interno: PI 185/22

Protocolo de fecha: 16/11/2022

Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado de fecha: 16/11/2022

Título: Estudio de la relación entre el Apego, los Sistemas Motivacionales y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Promotor: Investigador Principal.

Investigador Principal: Dr. José Miguel Budia Velo y como tutora de tesis la Dra. Miriam Esther Pelayo Delgado **Servicio:** Psiquiatría (CSM Majadahonda)

A continuación, se relacionan los miembros del CEIm:

Presidente:

- CRISTINA AVENDAÑO SOLÁ (Farmacología Clínica - FARMACOLOGÍA - HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO)

Vicepresidente:

- ANA BLASCO LOBO (Cardiología - CARDIOLOGIA - HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO)

Secretario:

- BELEN RUIZ ANTORAN (Farmacología Clínica - FARMACOLOGÍA - HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO)

Vocales:

- ANA SÁNCHEZ RAMOS (Cirugía General y del Aparato Digestivo)
- LUIS MANUEL SAN FRUTOS LLORENTE (Ginecología y Obstetricia - GINECOLOGIA - HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO)
- SANDRA DE DIEGO MARTÍN (Trabajadora Social)
- ANTONIO CARLOS SANCHEZ RUIZ (Oncología Médica - ONCOLOGÍA MÉDICA - HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO)
- BELEN RODRIGUEZ MARRODAN (Farmacia Hospitalaria)



- PALOMA MARTIN ACOSTA (Anatomía Patológica - ANATOMIA PATOLOGICA - HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO)
- JAVIER MORENO ALEMAN (Abogado. Miembro ajeno al centro)
- PURIFICACION ROS PEREZ (Pediatría - PEDIATRIA - HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO)
- JUAN JOSE GRANIZO MARTINEZ (Responsable de investigación clínica y estadística - OTRO - HOSPITAL INFANTA CRISTINA PARLA)
- ELENA FUENTES RODRIGUEZ (Farmacéutica de Atención Primaria)
- PEDRO DURAN DEL CAMPO (Medicina Interna. C. Ética Asistencial)
- GUILLERMO GARRE SOBRINO (Miembro lego, que representa los intereses de los pacientes)
- LAURA VICENTE IZQUIERDO (Enfermera)
- JOSE LUIS CAMPO CAÑAVERAL (Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar)



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

D^a. Concepción Cepeda González

Presidente del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de Móstoles

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

“Estudio de la relación entre el Apego, los Sistemas Motivacionales y los Trastornos de la Conducta Alimentaria”, con nº reg. CEI 2023/003.

Cuyo investigador principal es D. Jose Miguel Budia Velo, con la colaboración de D^a. Ana Isabel Bernal Gutierrez (Facultativo Especialista del S^o de Psicología Clínica del Hospital Universitario de Móstoles), y considera que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

Lo que firma en Móstoles a 3 de febrero de 2023.

Fdo.: Dra. Concepción Cepeda González



Presidente del CEI



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don /doña. **M^a CELIA GARCIA MENÉNDEZ**, Directora Médico del Hospital Universitario de Móstoles y vista la aprobación del Comité Ético de Investigación.

CERTIFICA:

Que por este Comité se ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

“Estudio de la relación entre el Apego, los Sistemas Motivacionales y los Trastornos de la Conducta Alimentaria”, con nº reg. CEI 2023/003.

Cuyo investigador principal es D. Jose Miguel Budia Velo, con la colaboración de D^a. Ana Isabel Bernal Gutierrez (Facultativo Especialista del S^o de Psicología Clínica del Hospital Universitario de Móstoles), y considera que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

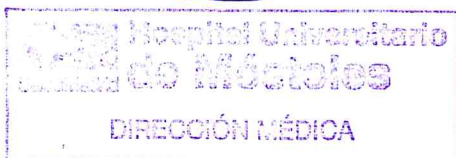
Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Móstoles a 3 de febrero de 2023.

Firmado:



D/Dña.: **M^a Celia García Menéndez**

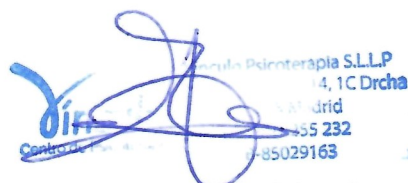


MODELO AUTORIZACIÓN CENTRO EXTERNO

Por la presente, Yo, Don/Doña María Contreras Galocha con DNI44297497-A al cargo de la dirección del centro de Psicoterapia Vínculo ubicado en calle magallanes 14, 1C derecha. Madrid CP: 28015, declaro conocer y autorizar a Don José Miguel Budia Velo a que pueda realizar la recogida de datos del estudio de investigación que lleva por título *Estudio de la Relación entre el Apego, los Sistemas Motivacionales y los Trastornos de la Conducta Alimentaria*, con la previa autorización de los Comités de Ética de la Investigación (CEI) pertinentes.

Para que conste a los efectos oportunos.

En Madrid a 17 de octubre de 2022.







Psicoterapia S.L.L.P
4, 1C Drcha
Madrid
955 232
85029163

Firma y sello del/la responsable del centro.

ANEXO 4

*ARTÍCULO DE
REVISIÓN
PUBLICADO*

Attachment, motivational systems and anorexia nervosa: A systematic review and proposed framework for eating disorders

José Miguel Budia¹  | Carlos María Alcover¹  | Juan José Fernández-Muñoz¹  | Ascensión Blanco-Fernández²  | Miriam P. Félix-Alcántara³ 

¹Department of Psychology, Rey Juan Carlos University, Madrid, Spain

²Department of Psychology, Universidad Europea, Madrid, Spain

³Infanta Leonor University Hospital, Madrid, Spain

Correspondence

José Miguel Budia and Juan José Fernández-Muñoz, Department of Psychology, Rey Juan Carlos University, Avenida de Atenas, s/n, Alcorcón, Madrid 28922, Spain.
Email: jm.budia@alumnos.urjc.es; juanjose.fernandez@urjc.es

Abstract

Introduction: There is a direct association between patients with insecure attachment style (IAS), behavioural inhibition (BIS) and behavioural activation (BAS) motivational systems, and anorexia nervosa (AN). However, the possible direct relationships between these three variables have not been studied.

Objective: The main objective of this study is to analyse the relationship between these variables and propose a framework for analysing and understanding these relationships.

Methodology: A systematic review was carried out following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) guidelines, searching the following terms: ‘anorexia’, ‘attachment’ and those related to motivational systems. The final search was limited to publications in English dated between 2014–2022 for ‘anorexia and attachment’ and 2010–2022 for ‘anorexia and BIS/BAS’.

Results: Of the 587 articles retrieved, 30 were included in this study for the textual data analysis of the relationship between anorexia and attachment (17), anorexia and motivational systems (10) and anorexia, attachment and motivational systems (3). An association between avoidant IAS, AN and hypersensitivity to punishment of the BIS was observed in the analysis. A relationship was also observed with hyperreinforcement sensitivity of the BAS. After reviewing the articles, a possible relationship between the three factors, along with other mediating factors, was found.

Discussion: AN is directly related to the avoidant IAS and to BIS. Similarly, bulimia nervosa (BN) was directly related with anxious IAS and BAS. However, contradictions were found in the BN–BAS relationship. This study proposes a framework for analysing and understanding these relationships.

KEYWORDS

anorexia nervosa, attachment, family, motivational systems, trauma

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2023 The Authors. *Clinical Psychology & Psychotherapy* published by John Wiley & Sons Ltd.

1 | INTRODUCTION

Previous research has identified various factors related to the causes of eating disorders (EDs) and successful treatment of these disorders (Cassioli et al., 2022; Harrison et al., 2016; Tasca & Balfour, 2014). Among these causes are family (Münch et al., 2016; Wallis et al., 2018) and personality characteristics (Martinussen et al., 2017). Consequently, empirical evidence shows that these factors can play a relevant role in both the cause of EDs and the efficacy of their treatment both on their own and in combination with each other.

1.1 | EDs and family factors

EDs, including anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge ED (BED) and ED not otherwise specified (EDNOS), are psychiatric disorders in which family dynamics are a relevant cause (Gismero, 2020; Quiles et al., 2013; Wallin & Saha, 2020). Family structure and relationship styles may be relevant in treatment as well (Fox et al., 2017; Gismero, 2020; Linardon et al., 2018; Quiles et al., 2013). Therefore, the treatment of EDs from a family perspective can be essential for success, both to overcome the disorder and to maintain the effects of subsequent psychotherapy (Couturier et al., 2013; Wallin & Saha, 2020).

One of the core elements of family dynamics is the attachment style (Cortés-García et al., 2021; Oldham-Cooper et al., 2021). The caregiver's supporting style and the type of relationship between parents and children impact children's responses and adaptations to their environment (Cortés-García et al., 2021; Forsén et al., 2019). According to Bowlby's theory (Bowlby, 1979; Brumariu & Kerns, 2010), secure attachment style (SAS) provides the optimal balance between providing a secure base of protection and an autonomous exploration system. Within this safe environment, the person can seek the caregivers support when they feel that they need help. In the exploration system, the person explores and understands their environment without the help of caregivers. SAS is understood to be a protective approach to caregiving for mental health (Barg, 2011). Insecure attachment styles (IASs), by contrast, are defined as styles that create an imbalance between the secure base and the exploration system. IAS, according to Bowlby (1979) and Ainsworth et al. (2015), can be divided into three substyles:

- Avoidant attachment: The person prefers the exploration system to regulate themselves and does not rely on the caregivers to regulate their behaviour, resulting in them appearing cold and distant in their presence.
- Anxious attachment: The person is not able to relax in the presence or in the absence of the caregivers.
- Disorganized or unresolved (Main & Solomon, 1990), characterized by reacting with apparently incompatible behaviours in the presence of caregivers.

Key Practitioner Message

- During the Covid-19 lockdown, an increase in eating disorder incidence was observed.
- With the need to quarantine, more interaction with families with insecure attachment styles occurred, during which family conflict may have increased.
- Analysing the role of hypersensitivity to interpersonal rejection and the use of food as a reinforcement can help understand the increasing prevalence and severity of cases.
- New longitudinal studies are needed that analyse the relationship between attachment, motivational systems and eating disorders, also focusing on to the trauma variable, and the possibility of understanding attachment as a dimensional variable.

All IASs have been associated with other psychopathologies, such as the ED (Keating et al., 2016; Szalai, 2020).

1.2 | EDs and personality characteristics

Personality factors are important in the treatment of ED (Martinussen et al., 2017). There is evidence that maladaptive perfectionism, high levels of neuroticism, and obsessive or rigidity of thought are common elements in people with EDs (Dakanalis et al., 2014; Lazarević et al., 2016; Martinussen et al., 2017; Münch et al., 2016). One of the personality theories that have been correlated to EDs is Gray's personality motivational systems theory (Becerra, 2010; Gray, 1970). Combining motivational systems with personality dimensions from Eysenck's model, Gray proposes two systems:

- Behavioural inhibition system (BIS) composed of anxiety, including introversion and neuroticism, and
- Behavioural activation system (BAS) composed of impulsivity, including extroversion and neuroticism (Becerra, 2010; Gray, 1970).

There are two BIS subscales, anxiety and fear, and three BAS subscales, reward responsiveness, drive and the fun seeking (Harrison et al., 2016).

According to this theory, people with high levels of BIS are more sensitive to punishment, whereas high levels of BAS are more sensitive to reinforcement (Becerra, 2010; Gray, 1970; Keating et al., 2016). According to this model, introverted people are more susceptible to BIS because they are more sensitive to punishment (Squillace et al., 2011) and, because of that, they tend to inhibit themselves. In contrast, extroverts are associated with BAS because they are more sensitive to reinforcement; thus, their personality makes them more actively seek social reinforcement (Becerra, 2010;

Keating et al., 2016; Squillace et al., 2011). In personality studies from motivational systems (e.g., Becerra, 2010), people diagnosed with AN, or other ED profiles based on food restriction, BIS is the predominant neurobiological system of activation. In contrast BN, or other ED profiles based on compulsive food intake and/or purging symptoms, high levels of activation of both BIS and BAS have been observed (Becerra, 2010).

1.3 | IAS and BIS and BAS

In Ochsner's (2008) model, social stimuli, such as interactions between caregivers and those cared for, lead to aversion or reinforcement feelings. These feelings can influence the attachment style that is generated from them (Huh et al., 2020; Ochsner, 2008). By exposing the neurobiological principles of affective learning, Ochsner (2008) highlights the medial prefrontal cortex and the insula as the limbic regions related to this learning process. The motivational process of approach-avoidance to the caregiver is also described in the Bowlby-Ainsworth attachment theory (Bowlby, 1979). In Ainsworth's strange situation procedure, they differentiate between attachment styles and affective regulation of the child by approaching or withdrawing behaviours with the caregiver (Rodríguez, 2008).

Attachment and motivational systems are two constructs that have a strong influence on mental health (Huh et al., 2020). In other disorders, such as depression, attachment and motivational systems have been identified as treatment risk factors, negatively affecting duration and prognosis (Huh et al., 2020). In addition, a positive relationship between BIS punishment sensitivity and BAS reinforcement sensitivity has been observed with anxious IAS (Huh et al., 2020; Shahzadi & Walker, 2022), BIS punishment sensitivity and the avoidant IAS (Lan & Wang, 2020; Shahzadi & Walker, 2022). Furthermore, BAS is negatively related to avoidant IAS (Huh et al., 2020; Shahzadi & Walker, 2022).

1.4 | IAS, BIS and BAS, and AN

Evidence indicates that there is a direct relationship between IAS and AN (Cortés-García et al., 2021; Forsén et al., 2019; Monteleone et al., 2017; Szalai, 2020), between BIS/BAS and AN (Becerra, 2010; Keating et al., 2016; Minnick et al., 2017; Murcia et al., 2009), and between IAS and BIS/BAS (Huh et al., 2020; Lan & Wang, 2020; Shahzadi & Walker, 2022). Based on this background and context, this study aims to identify the existence of possible joint relationships between the IAS, the BIS/BAS and AN.

There are antecedents to this study, such as the results obtained by Monteleone, Cardi, et al. (2018) who established a possible mediating role of BIS in the relationship between IAS and ED. Other evidence has been found by Dakanalis et al. (2014) and Münch et al. (2016), who found similar relationships (Dakanalis et al., 2014; Münch et al., 2016). However, this evidence is still scarce, and there is no

systematic review in published literature that explores the available data on the relationship between the three variables.

1.5 | Trauma and EDs

There is a widely studied association between history of family trauma and EDs (Rosenberg et al., 2023). For example, child abuse, specifically emotional abuse, is directly associated with eating psychopathologies (Tasca et al., 2013). Moreover, a mothers' experience of lack of affection seems to have a direct effect on a patient's body dissatisfaction (Grenon et al., 2016).

The prevalence of childhood trauma experienced by patients with AN (Gander et al., 2021; Murray & Holton, 2021; Pignatelli et al., 2017) suggests the need to analyse the possible relationship between childhood parenting styles and the formation of disorganized IAS (Lecannelier et al., 2011). Moreover, trauma is also related to BIS (Huh et al., 2020) and to appearance of bodily disconnection symptoms in AN (Gander et al., 2021; Murray & Holton, 2021).

The primary two aims of this study are as follows:

- To carry out a systematic review of the literature that identifies the possible relationships between IAS, motivational systems and AN and
- To propose a framework for family therapy with patients with AN and high levels of BIS, based on the results obtained in the review.

The proposed framework would be of clinical use due to the high comorbidity between AN and personality disorders with high BIS levels (Martinussen et al., 2017; Meyer, 2002).

2 | METHODOLOGY

2.1 | Design

This is a systematic review based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) (Page et al., 2021). The search methodology consists of the following.

2.2 | Bibliographic search

PubMed, Scopus, MEDLINE and PsycINFO were used as sources. For the manual search, Google Scholar platform was used. These databases offer comprehensive coverage of research in psychology and neuropsychology of the relationships described from a psychological, social and neurophysiological perspective.

Initially, the publications between 1 January 2000 and 24 March 2022 were taken into account. Academic, experimental and review publications were also reviewed by tracking search terms in title/abstract. In the eligibility phase of the search, the date range was further narrowed to ensure the most current systematic review found related to the topic.

2.3 | Search strategy

The keywords used were ‘Anorexia AND attachment’; ‘Anorexia AND (BIS or BAS or FFS or “Reward Sensitivity” or “Punishment Sensitivity” or “Gray Personality Theory”); and ‘Anorexia AND Attachment AND (BIS or BAS or FFS or “Reward sensitivity” or “Punishment sensitivity” or “Gray Personality Theory”’).

2.4 | Eligibility criteria

All titles and abstracts that appeared in databases when entering the terms and operators were reviewed by one researcher and supervised by two other researchers. Publications were selected in the identification phase based on the following criteria.

2.4.1 | Inclusion criteria

1. Empirical review of academic publications.
 - 1.1 Based on the results found in the eligibility phase, inclusion criteria were further narrowed to the following: Only empirical academic publications that were carried out since the year of publication of the last review of each topic (A and B) were considered. Therefore, the date of the most recent similar review was selected for each of the relationships studied (A and B).
2. Explicit mention of the terms and the study of the relationship between the following variables between 1 January 2000 and 31 March 2022:
 - A. attachment–AN,
 - B. BIS/BAS–AN and
 - C. attachment–BIS/BAS–AN.
 - 2.1 In the eligibility phase, inclusion criteria were further narrowed to the based on time frame of studies published since the year of publication of the last review.
 - For A: from 1 January 2014 to 31 March 2022.
 - For B: from 1 January 2010 to 31 March 2022.
 - For C: no modifications due to lack of results.
3. Use of standardized instruments to assess attachment and BIS/BAS. AN may already be diagnosed when comparing experimental groups with the control group. The following instruments are considered valid for the standardized assessment of attachment:
 - Attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney et al., 1994);
 - Cartes Modèles Individuels de Relation (CAMIR, or the reduced version CaMir; Balluerka et al., 2011);
 - Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1996);
 - Experiences in Close Relationships (ECR; Brennan et al., 1998);
 - Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA; Armsden & Greenberg, 1989);
 - Kerns Security Scale (Kerns et al., 1996);
 - Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al., 1979);
 - Adult Attachment Scale (AAS; Collins & Read, 1990); and

- Relationship Scale Questionnaire (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994).

For the standardized evaluation of the motivational systems, the following instruments were considered valid:

- the BIS/BAS scales (Carver & White, 1994);
 - Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (Torrubia et al., 2001); and
 - Appetite Motivation Scale (AMS; Smillie & Jackson, 2005).
4. Studies with persons old enough to develop AN (not animals or babies).
 5. Publications in English.
 6. Attachment is studied within the family context.

2.4.2 | Selection criteria

The identification phase was carried out by reviewing the title and abstract of all the articles according to the inclusion criteria. Two additional researchers supervised both the search method and the choice of operators as well as the selected articles. In the screening phase, the title and abstract were also reviewed to make a first selection of the studies that fit the criteria.

In the eligibility phase, the title and abstract of the screened studies were reviewed, validating the use of standardized instruments with correct psychometric properties. Considering the data collected in this phase, the inclusion/exclusion criteria were further narrowed by adding the empirical review and date of publishing criteria and excluding review studies. In the inclusion phase, the full text was reviewed to confirm their admission to the textual data synthesis phase, ensuring an exhaustive compliance with the inclusion and exclusion criteria.

2.5 | Quality evaluation

The quality of included studies was assessed by the Newcastle–Ottawa Scale (Wells et al., 2014), a widely accepted and used scale for the analysis of the risk of bias in observational studies of these dimensions. This scale evaluates the selection of the sample, the comparability between studies and the determination of exposure and evaluates the risk of bias from 1 to 9. As a cut-off point, a score greater than 7 was considered as low risk of bias and less than 7 as high risk.

3 | RESULTS

In the identification phase, 1014 results were found entering the operators in the selected databases. Seven more results found through manual searches are also added. Out of the 1021 studies retrieved, 587 were left in the screening phase after duplicates were discarded. Of this pre-selection, for the eligibility phase, 161 records were screened based on the inclusion criteria (1)–(6), thus discarding 426 publications. To offer new empirical data from the latest reviews

and advance knowledge without overlapping the data with previous reviews, the inclusion criteria (1.1) and (2.1) were introduced, eliminating the temporary segment criterion of (2) from this phase. After analysing the data, 42 publications were chosen for full-text analysis, using the inclusion criteria (1.1), (2) and the time criteria of (2.1), and (3)–(6). For the textual data synthesis phase, 17 publications of relation A, 10 of relation B and 3 of relation C were included in the final analysis. After reading and analysing the selected studies, a narrative synthesis of the results was carried out. The studies included are grouped according to the associations under study. Figure 1 depicts the PRISMA flowchart of this search strategy.

3.1 | Relationship A between IAS and AN

All the studies included in this section are cross-sectional, except for two studies by Redondo and Luyten (2018, 2021) and Pace et al. (2016, 2017). The other studies did not measure disorganized IAS in their attachment assessment.

The study by Cascino et al. (2022) found that avoidant IAS was more frequent than anxious IAS in patients with AN. The results obtained by Katznelson et al. (2021) show 81.3% of IAS in their sample with AN, highlighting the avoidant subtype. Moreover, Amianto et al. (2022) found an association between anxious IAS and AN mediated by obsessive-compulsive symptoms, highlighting the higher prevalence of anxious IAS in AN compared to HC. The study by Monteleone et al. (2021) revealed that the IAS explained, together with the confidence in body sensations, 45% of the symptomatology in AN. Monteleone et al. (2019) found that those with EDs had high scores for anxious and avoidant IAS, emphasizing the high scores of both attachment styles in both AN and BN. However, the scores in BN of both IAS were lower than in AN. Monteleone, Patriciello, et al. (2018) found a greater positive correlation between avoidant IAS and the scores obtained for ED symptomatology in general than between the anxious IAS and these scores. A later study, conducted by Monteleone et al. (2017), revealed an association of anxious and avoidant IAS with AN and BN, suggesting a transdiagnostic approach when studying EDs. Furthermore, the studies by Redondo and Luyten

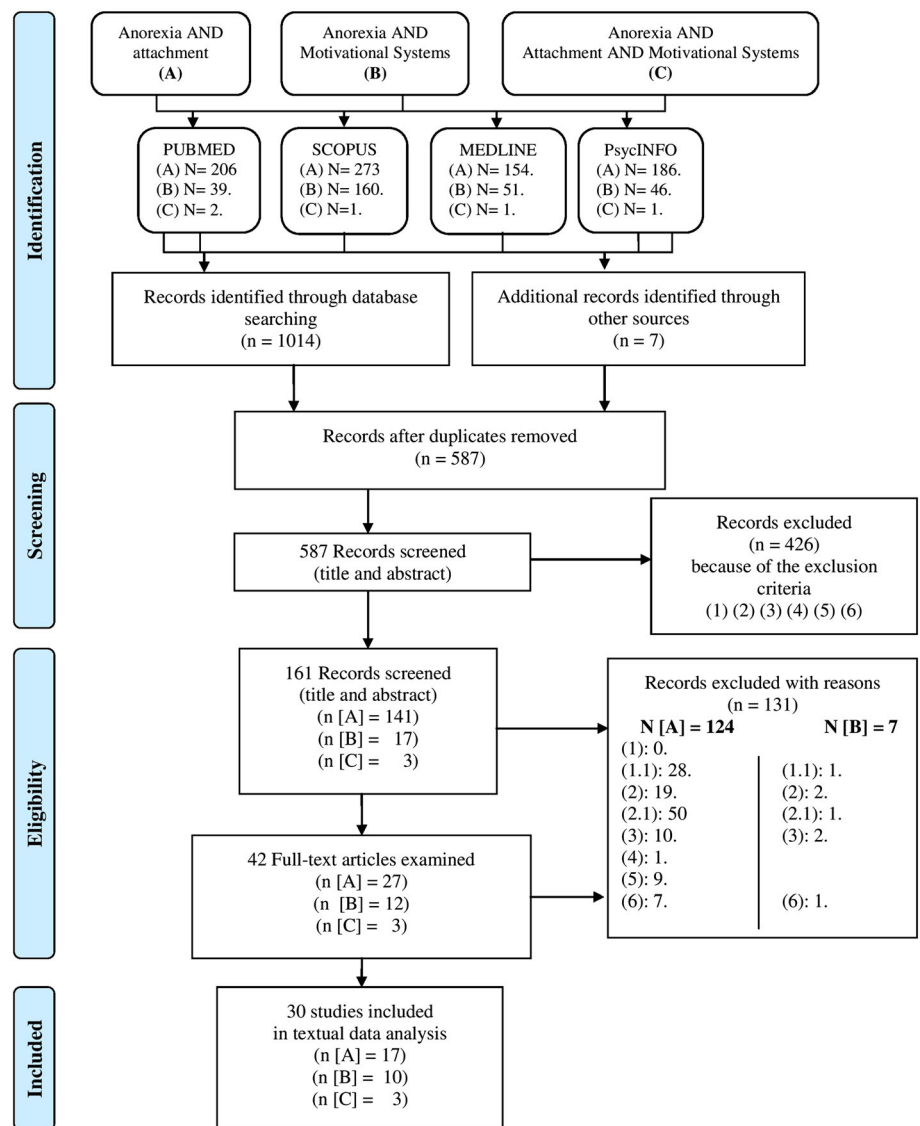


FIGURE 1 PRISMA flowchart of the search strategy.

(2018, 2021) showed a correlation between all IAS, including disorganized and AN symptomatology. In the 2021 study, avoidant IAS was more frequent in patients with restrictive AN than HC (Redondo & Luyten, 2021), while a positive correlation of AN symptomatology with disorganized IAS was also observed. In the 2018 study, alexithymia functioned as a total mediating variable in the IAS–AN association (Redondo & Luyten, 2018). The results of the study by Nalbant et al. (2020) showed lower levels of secure attachment in the AN clinical sample. Nandrino et al. (2020) observed in their AN sample a greater presence of anxious and avoidant IAS, in addition to lower competencies for intrapersonal emotional management skills compared to the HC. Batista et al. (2018) found higher levels of anxious and avoidant IAS in the sample with AN than in the healthy control group (HC). In the study by Pace et al. (2017), it was found that the associations of avoidant and disorganized IAS with AN were greater when compared to the HC. Finally, Pace et al. (2016) observed higher levels of the anxious, avoidant and disorganized IASs in their sample with AN compared to the HC.

The studies show a clear association between IAS and AN, in some cases offering mediating variables, such as alexithymia (Redondo & Luyten, 2018) and obsessive–compulsive rigidity (Amianto et al., 2021). There are other elements to consider, such as the recommendation of a transdiagnostic approach in the study of EDs (Monteleone et al., 2017), lower intrapersonal skills and interpersonal management (Nandrino et al., 2020), and the limited study of the relationship between disorganized IAS and AN or other ED.

Table 1 shows the information of 14 of the 17 articles that studied relationship A. The three articles that were found through the search for A but that studied relationship C are described in the C section.

3.2 | Relationship B between AN and BIS or BAS

The studies described in this section are all cross-sectional with the exception of the study by Harrison et al. (2016), which carried out a longitudinal study with one measurement before treatment and another after treatment. The study observed that BIS levels were higher in the AN group compared to the HC. This difference was maintained after the recovery of people with AN. As for BAS, the study found lower values in AN than in HC; however, the difference was insignificant (Harrison et al., 2016).

Of the cross-sectional studies, the results obtained by King et al. (2021) observed a negative correlation between body mass index (BMI), BIS and the severity of symptoms of AN. The study also observed better cognitive capacity in people with low BIS. However, Jonker et al. (2020) found a robust association between BIS levels and the severity of AN. Bernardoni et al. (2018) observed, through magnetic resonance imaging (MRI), selective changes in the neural bases of punishment in AN, which were greater when compared to HC. In addition, Kanakam et al. (2017) found in their study that people with AN had lower BAS level than HC. It also observed a negative correlation between BMI and BIS, duration of AN and BAS, fasting and BAS, age and BAS and the abuse of laxatives and BAS, and finally positive

correlations between appetitive motivation and BAS. They also found genetic influence in studies of twins with AN regarding BAS, with similarly low BAS scores between monozygotic twins in the experimental group compared to the HC (Kanakam et al., 2017). Monteleone et al. (2014) showed higher BIS levels in AN compared to HC and did not observe intragroup or intergroup differences in BAS levels. Moreover, the results of the study by Glashouwer et al. (2014) showed a greater association in the binge/purge AN subtype than in the restrictive AN subtype within the association between BIS–AN. They also observed high scores of BAS in both AN subtypes, establishing the possibility that AN functioned as a predictor of the hypersensitive motivational system. Giel et al. (2013) compared patients with AN compared to two HCs, one from athletes and the other from non-athletes. The levels of BAS and attentional fixation towards stimuli associated with physical activity were higher in people with AN compared to an HC of non-athletes and without attentional or BAS differences compared to the other HC of athletes. The results also showed a greater feeling of guilt and negativity in people with AN than in all people from the HC of the more sedentary group. Furthermore, it was proposed that people with AN experience hunger as a reinforcer of their behaviour (Giel et al., 2013). The study by Jappe et al. (2011) observed higher BIS and BAS in people with AN compared to HC, with special emphasis on the high score on the anxiety and fear BIS subscales, as well as the low score on the BAS reinforcer-seeking subscale. This study concluded with the possibility that people with AN had a hypersensitive motivational system. Finally, Harrison et al. (2011) described higher pleasure-seeking BAS values in the HC, as well as higher BIS values in the group with AN. The study also found no intragroup differences in the BAS values of the ED group.

The studies collected for this section show, in general, an association between BIS and AN. The use of neuroimaging tests in the study by Bernardoni et al. (2018) further validates these results, since differences have been found between people with AN and healthy people in the neural bases of learning through discipline.

As for the associations of BAS with AN, the studies collected observed that BAS was not associated differently with the symptoms of AN than with those of BN (Harrison et al., 2011; Kanakam et al., 2017; Monteleone et al., 2014). The studies also showed no differences in the comparison between cases and controls (Giel et al., 2013). The negative correlation between BAS and the time with the diagnosis of EDs does stand out as relevant (Kanakam et al., 2017).

The 10 studies that collect information on relationship B are summarized in Table 2.

3.3 | Relationship C between IAS, BIS and BAS motivational systems, and AN

In this section, all the studies included are cross-sectional. The description of the data is divided according to the search between those that analysed the IAS–AN (A) and then later offered data on personality and those considering the personality in the search terms of IAS–BIS/BAS–AN (C) from the outset.

TABLE 1 Selection of studies investigating IAS-AN.

Author/year	Participants (n)	Age (years)	Female %	Diagnoses	Test (attachment)	Attachment style	Results
Cascino 2022	ED-50 HC-20	AVE high avoidant 24 AVE low avoidant 27 AVE HC 26	100%	27 AN-R 23 BN	ECR	Anxious Avoidant	27 AN and 23 BN: • 11 AN + 9 BN \uparrow anxious • 16 AN + 14 BN \downarrow anxious • 16 AN + 16 BN \uparrow avoidant • 11 AN + 7 BN \downarrow avoidant
Katznelson 2021	AN-16 HC-0	18-48	100%	10 AN-Typical 6 AN-Atypical	AAI	Avoidant Anxious Secure	9 AN-Avoidant 4 AN-Anxious 3 AN-Secure (81.3% insecure)
Amianto 2021	AN-41 HC-82	16-30	100%	30 AN-R 11 AN-P	ASQ	Anxious	Anxious attachment-OC Symptoms-AN Higher anxious in AN than HC
Monteleone 2021	AN-150 HC-0	AVE 22-23	100%	127 AN-Typical 23 AN-Atypical Comorbid diagnoses	ASQ	Anxious Avoidant	Insecure attachment and confident in body sensations explain 45% AN symptomatology
Monteleone 2019	ED-52 HC-0	AVE 23.19 ED- \uparrow anxious AVE 27.13 ED- \downarrow anxious AVE 25.30 ED- \uparrow avoidant AVE 23.19 ED- \downarrow avoidant	100%	29 AN 17 AN-Typical 12 AN-Atypical 24 AN-R 5 AN-P 23 BN	ECR	Anxious Avoidant	N 21 EDs-high anxious (low 31) • 8 AN-Typical • 5 AN-Atypical • 8 BN N 34 EDs-high avoidant (low 18) • 12 AN-Typical • 7 AN-Atypical • 15 BN No differences ANs-BNs
Monteleone 2018b	ED-78 HC-0	AVE AN 24.8	100%	38 AN-R 5 AN-P 35 BN	ECR	Avoidant Anxious	ED-Avoidant style • N high 53 • N low 25 ED-Anxious style • N high 33 • N low 45 No differences between diagnoses
Monteleone 2017	ED-113 HC-117	18-60	100%	71 AN 52 BN	ECR	Anxious Avoidant	IAS-embodiment ED (AN and BN) (transdiagnostic focus)
Redondo 2021	AN-38 HC-323	AN 13-30 AVE HC 19.1	100%	38 AN	CaMir	Anxious Avoidant Not organized	All IAS-alexithymia-AN Fully mediated
Redondo 2018	AN-38 HC-323	AN 13-30 AVE HC 19.1	100%	38 AN	CaMir	Anxious Avoidant Not organized (U)	Anxious dieting ($r = 0.14, p < 0.01$) Avoidant dieting ($r = 0.31, p < 0.01$) Not organized dieting ($r = 0.24, p < 0.01$)
Nalbant 2020	AN-43 HC-37	12-18	100%	38 AN-R 5 AN-P	IPPA	Secure Anxious Avoidant	AN \rightarrow attachment security HC \rightarrow attachment security

(Continues)

TABLE 1 (Continued)

Author/year	Participants (n)	Age (years)	Female %	Diagnoses	Test (attachment)	Attachment style	Results
Nandirino 2020	AN—63	AVE AN 19.54	100%	63 AN-R	ECR	Avoidant	Anxious and avoidant—very bad intrapersonal and bad interpersonal—AN
	HC—63	AVE HC 19.98				Anxious	
Batista 2018	AN—35	11–19	100%	32 AN-R 9 AN-P	ECR-R	Avoidant	AN—↑ anxious and avoidant insecure attachments ($t = 2.33, p = 0.02$)
	HC—35					Anxious	Insecure is not predictor
Pace 2017	ED—50	ED 16–25	100%	25 AN 25 BN	AAI	Avoidant	ED > HC both IAS
	HC—50	AVE HC 20				Not organized	
Pace 2016	AN—25	14–18	100%	22 AN-R 3 AN-P	AAI	Secure (F/A)	AN group ($n = 24$): (F/A) $n = 6$
	HC—25					Anxious (E)	HC ($n = 25$): (F/A) $n = 13$ (E) $n = 0$
						Avoidant (Ds)	(E) $n = 0$
						Not organized (U)	(Ds) $n = 8$
						Not classified (CC)	(n = 3)
							(U/CC) $n = 6$
							IAS ↓
							(CC) $n = 0$

Abbreviations: AAI, Adult Attachment Interview; AN, anorexia nervosa; AN-P, anorexia nervosa binge/purge type; AN-R, anorexia nervosa restrictive type; ASQ, Attachment Style Questionnaire; AVE, average; BN, bulimia nervosa; ECR, Experiences in Close Relationships; ED, eating disorder; HC, healthy control group; IAS, insecure attachment style; IPPA, Inventory of Parent and Peer Attachment; OC, obsessive-compulsive symptoms.

3.3.1 | The results of (A) that are valid for (C): The IAS–personality–AN relationship

As previously mentioned, the review of (A) references to personality as a mediator of the IAS–AN relationship has already been observed. Lazarević et al. (2016) showed that the variables of avoidance, perfectionism and concern for the body were presented as predictors of AN, with the IAS as an aggravating factor of the AN symptoms in their association.

Münch et al. (2016) considered factors from Eysenck's model, such as introversion/extroversion in the comparison between the group with AN and the HC. They also studied the IAS–AN relationship, finding a higher frequency of IAS in the sample with AN. Finally, the study by Dakanalis et al. (2014) observed a mediation of perfectionism between the IAS–AN association.

The results collected on personality describe the importance of analysing certain personality variables as relevant elements in the study of the IAS–AN relationship.

3.3.2 | About the IAS–BIS/BAS–AN relationship

The study by Monteleone, Cardi, et al. (2018) found a mediating role for BIS in the association between anxious IAS and EDs with restrictive symptomatology. The study found no differences between the ED subgroups and HC in their relationship with BAS. They mentioned anxious attachment as an independent variable, BIS as a mediator and AN as a dependent variable (Monteleone, Cardi, et al., 2018). Also, De Paoli et al. (2017) observed a positive correlation between avoidant and anxious IAS, interpersonal rejection sensitivity and eating symptoms as drivers towards weight loss and bulimia (De Paoli et al., 2017). Moreover, Keating et al. (2016) wrote that anxious and avoidant IAS, along with depressive symptoms, is associated with AN, with BIS as a mediator. Attachment styles and depressive symptoms explained 59% of the variance of AN mediated by BIS, compared to 19% of the variance of the same relationship in HC (Keating et al., 2016).

The results of the studies described reveal an association between the IAS, the BIS motivational system and AN (Keating et al., 2016). They also observe IAS as a preceding variable, with BIS as a mediator, and AN as a dependent variable (Monteleone, Cardi, et al., 2018). In addition, other related variables were observed, such as depressive symptoms and sensitivity to interpersonal rejection, interpreted as a mode of sensitivity to punishment (De Paoli et al., 2017) (see Table 3).

3.4 | Risk of bias

The Newcastle–Ottawa Scale was used to assess risk of bias (Wells et al., 2014). Table 4 shows that, of the 30 included studies, 22 studies had a low risk of bias (73.3%), while 8 had a high risk of bias (26.6%). Most of the studies with a high risk of bias are due to the experimental group not being compared with an equivalent healthy control

TABLE 2 Selection of studies investigating BIS/BAS-AN.

Author/year	Participants (n)	Age (years)	Female %	Diagnoses	BIS/BAS test	Results
King 2021	AN-68 HC-49	12-28	100%	43 AN underweight 25 AN recov.weight	The BIS/BAS scales	↓ BMI-↑ BIS-↑ AN BIS: AN > HC Only ↓ BIS participants learn from punishment
Jonker 2020	AN-69 HC-69	12-23	97%	39 AN-R 10 AN-P 11 atypical AN-R 9 atypical AN-P	The BIS/BAS scales	AN-↑ BIS (robust evidence)
Bernardoni 2018	AN-36 HC-36	12-24	100%	36 AN underweight	The BIS/BAS scales MRI	The neural basis of learning selectively switches to punishment in AN vs. HC No age influences, extreme BMI or punishment avoidance
Kanakam 2017	Participants: Twins = 112 ED-50 Unaffected-19 HC-42	16-60	100%	26 BD (BN, EDNOS-BN) 24 AN (AN-R, AN-P, EDNOS-AN)	The BIS/BAS scales AMS	↓ BMI-BIS ↑ ↓ duration ED-BAS ↓ ↓ fasting or dieting-BAS ↓ ↑ abuse of laxatives-BAS ↑ ↑ Appetitive motivation-BAS ↑ ↑ age-BAS ↑ HC-high BAS than ED (AN and BD) Monozygotic twins with AN or BD-↓ BAS Not for dizygotic
Harrison 2016	ED-71 HC-0	AVE 26.6	85.7%	25 AN-R 24 AN-P 20 EDNOS-AN 2 EDNOS-BN	The BIS/BAS scales (Carver & White, 1994)	Changes in BIS/BAS no significant pre-post ED > HC in BIS ED < HC in BAS
Harrison 2011	ED-121 Post-ED-74 HC-91	AVE ED 34.21 AVE post-ED 35.25 AVE HC 31.79	100%	84 AN 29 AN-R 55 AN-P 34 BN	The BIS/BAS scales	AN-R < HC BAS-FS ED > HC BIS AN-R = BN BAS
Monteleone 2014	ED-48 HC-19	AVE AN-P 31.8 AVE AN-R 26.9 AVE BN 28 AVE HC 26.5	100%	25 AN 13 AN-P 12 AN-R 23 BN	The BIS/BAS scales	BIS-ED > BIS-HC BAS-AN = BN = HC
Glashouwer 2014	AN-165 HC-72	AVE 15	100%	117 AN-R 48 AN-P	SPSRQ	AN-↑ BIS AN-P > AN-R AN-↑ BAS BIS/BAS AN predictor
Giel 2013	AN-15 HC-Athletes-15 HC-Non-Athletes-15	Adults	100%	9 AN-R 6 AN-P	The BIS/BAS scales	BAS and attentional engagement AN > HC

(Continues)

TABLE 2 (Continued)

Author/year	Participants (n)	Age (years)	Female %	Diagnoses	BIS/BAS test	Results
Jappe 2011	AN—31 HC—33	12–45	100%	22 AN-R 9 AN-P	The BIS/BAS scales SPSRQ	<p>↑ levels of guilt and negative affect when unable to exercise AN > HC AN is maintained by a pursuit of reward (hunger as R+)</p> <p>AN > HC in BIS ($p < 0.00001$) AN > HC in BAS ($p < 0.005$) ↓ BIS anxiety and fear ↓ BAS-FS ↓ motivational system sensitivity</p>

Abbreviations: AMS, Appetite Motivation Scale; AN, anorexia nervosa; AN-P, anorexia nervosa binge/purge type; AN-R, anorexia nervosa restrictive type; AVE, average; BAS, behavioural activation system; BIS, behavioural inhibition system; BMI, body mass index; BN, bulimia nervosa; ED, eating disorder; EDNOS, eating disorder not otherwise specified; FS, fun seeking; HC, healthy control group; MRI, magnetic resonance imaging; R+, positive reward; SPSRQ, Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire.

group, as observed in Dakanalis et al. (2014), Harrison et al. (2016), Katznelson et al. (2021), Monteleone, Patriciello, et al. (2018) or Monteleone et al. (2019, 2021). The study by Lazarević et al. (2016) presents a medium risk of bias due to the lack of an adequate definition or representativeness of its experimental group (see Table 4).

4 | DISCUSSION

The aim of this study was to analyse the evidence of the relationship between IASs, motivational systems and AN. The goal was to find common elements that could create a framework of interaction between these variables. Thirty investigations have been collected and analysed, and the results were organized according to the associations between the variables IAS-AN (A), BIS/BAS-AN (B) and IAS-BIS/BAS-AN (C).

Regarding the (A) relationship, it has been observed that family relationship styles may be relevant drivers of EDs, as demonstrated in previous studies (Gismero, 2020; Quiles et al., 2013; Wallin & Saha, 2020). Avoidant IAS has been more associated with AN than BN and HC (Cascino et al., 2022; Katznelson et al., 2021; Monteleone, Patriciello, et al., 2018; Redondo & Luyten, 2021). Anxious IAS was also associated with AN and BN to a greater degree than with HC (Amianto et al., 2021; Batista et al., 2018; Pace et al., 2016). Disorganized IAS has been associated more closely with all EDs rather than with HC (Pace et al., 2016).

Regarding the (B) relationship, the results showed that behavioural inhibition and sensitivity to punishment (BIS) were more strongly associated with AN than with HC (Glashouwer et al., 2014; Jonker et al., 2020), as shown in the literature (Becerra, 2010; Minnick et al., 2017). However, Kanakam et al. (2017) found a negative correlation between appetitive motivation of the BAS and some restrictive symptoms, such as fasting or diet abuse.

However, the results of the relationship between BAS and AN are contradictory, with opposing data being observed between the studies collected, as well as in comparison with what was expected (Becerra, 2010). For example, the study by Giel et al. (2013) described a greater relationship between BAS and the HC of non-athletes than with people with AN and found no differences with respect to another HC of athletes. Harrison et al. (2011, 2016) observed a lower association of BAS with HC than with AN. Finally, Kanakam et al. (2017) found a negative correlation between BAS and restrictive symptoms and diet abuse (Kanakam et al., 2017).

In the study of the association of the three variables (C), the restrictive profile of AN, being most associated with the avoidant IAS, suggests dysfunctional avoidance of reinforcement, in this case food, as a primary reinforcer. Social support is a secondary reinforcer (Keating et al., 2016). The ambivalent profile of BN, consisting of alternating periods between binge eating or purging with restrictive phases of intake, could explain this direct relationship. This is also the case with avoidant IAS (Keating et al., 2016) and with anxious IAS (Monteleone, Cardi, et al., 2018). This may be due to the fact that a person with BN is more inclined to actively seek out social

TABLE 3 Selection of studies investigating IAS–BIS/BAS–AN.

Author/year	Participants (n)	Age (years)	Female %	Diagnoses	Tests	Attachment style	Results
Monteleone 2018a	ED–78 HC–45	AVE AN 25.15 AVE BN 27	100%	38 AN-R 10 AN-P 30 BN	The BIS/BAS scales ASQ	Avoidant and anxious BIS/BAS subtypes	AN > HC in BIS AN = HC in BAS Anxious A-BIS–ED (restrictive) BN ≠ AN-P in BAS
De Paoli 2017	ED–122 HC–622	AVE 25.16	98%	56 AN-R 17 AN-P 17 BN 10 BE 22 OED + EDNOS	ECR-R Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ; Downey & Feldman, 1996)	Anxious and avoidant	Avoidant and anxious ED ED > HC in interpersonal rejection sensitivity (RS) Both avoidant and anxious → appearance-based RS + low social rank → drive for thinness or bulimia
Keating 2016	AN–24 HC–26	AVE AN 23.1 AVE HC 22.6	100%	23 AN-R 1 AN-P	SPSRQ (Torrubia et al., 2001) ASQ	Avoidant and anxious BIS/BAS	AN = HC in BAS AN-BIS-Anxious and avoidant attachment Anxious and avoidant and depressive symptoms → 59% BIS in AN
Münch 2016	ED–106 HC–147	AVE 26	100%	45 AN 29 BN 12 OED 20 exceeded the clinical cut-off (no diagnoses)	AAS The Experiences in Personal Social Systems Questionnaire (EXIS-pers) Big Five Personality Test (B5T)	Clingy/dependent Rejecting/distant Anxious/avoidant Extroversion Neuroticism Negative family experiences	IAS ED > HC Neuroticism ED > HC Introversion IAS–introversion–ED Negative experiences in family ED > HC IAS–neg. EXP.–ED ED high severity–low extro + high neuro + negative experiences in family
Lazarević 2016	AN–38 HC–462	20–25	100%	38 AN diagnosed with an EAT test	ECR	Anxious and avoidant	AN–81.6% insecure attachment (anxious and avoidant) IAS AN ≠ HC Avoidance, perfectionism and concern about body shape are significant predictors of symptoms of AN
Dakanalis 2014	ED–411 HC–0	AVE 25.33	100%	101 AN 167 BN 135 EDNOS	ASQ	Anxious and avoidant	Anxious–maladaptive perfectionism–ED (fully mediated) Avoidant–maladaptive perfectionism–ED (partially) Avoidant → ED direct path

Abbreviations: AAS, Adult Attachment Scale; AN, anorexia nervosa; AN-P, anorexia nervosa binge/purge type; AN-R, anorexia nervosa restrictive type; ASQ, Attachment Style Questionnaire; AVE, average; BAS, behavioural activation system; BE, binge eating disorder; BIS, behavioural inhibition system; BN, bulimia nervosa; ECR, Experiences in Close Relationships; ED, eating disorder; EDNOS, eating disorder not otherwise specified; HC, healthy control group; IAS, insecure attachment style; OED, other eating disorder; SPSRQ, Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire.

TABLE 4 Risk of bias assessment.

Studies (n = 30)	Selection				Comparability		Exposure			Total score (max. 9 points)
	Adequate	Representative	Selection	Definition	1 or >1 outcomes		Ascertainment	Same method	Non- response rate	
Nalbant 2020	*	*		*	*	*	*	*	*	8
Batista 2018	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Katznelson 2021	*	*			*	*	*			4 (no HC)
Amianto 2021	*	*	*	*	*	*	*		*	8
Nandrino 2020	*	*		*	*	*	*		*	5 (no HC)
Monteleone 2018b	*	*			*	*	*			5 (no HC)
Pace 2017	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Monteleone 2021	*	*			*	*	*			4 (no HC)
Monteleone 2019	*	*			*	*	*			5 (no HC)
Cascino 2022	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Redondo 2021	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Redondo 2018	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Monteleone 2017	*		*	*	*	*	*	*	*	8
Pace 2016	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Monteleone 2014	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Kanakam 2017	*	*		*	*	*	*	*	*	7
Harrison 2011	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
Harrison 2016	*	*			*	*	*			4 (no HC)
King 2021	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Jonker 2020	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Bernardoni 2018	*	*			*	*	*	*	*	7
Giel 2013	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Jappe 2011	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Glashouwer 2014	*	*	*	*	*	*	*		*	7
Monteleone 2018a	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Keating 2016	*	*	*	*	*	*	*		*	8
De Paoli 2017	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Dakanalis 2014	*	*			*	*	*			4 (no HC)

TABLE 4 (Continued)

Studies (n = 30)	Selection				Comparability 1 or >1 outcomes	Exposure			Total score (max. 9 points)
	Adequate	Representative	Selection	Definition		Ascertainment	Same method	Non- response rate	
Lazarević 2016			*	*	*	*	*	*	6
Münch 2016			*	*	*	*	*	*	7

Note: We have used asterisks to mark in the table those requirements that each article met within the risk of bias assessment. The orange shading of the rows serves to mark those studies with a high risk of bias.

reinforcement (Becerra, 2010; Squillace et al., 2011). However, the person with BN also has deficits in emotional identification and regulation skills (Nandrino et al., 2020). This results in them seeking social reinforcement insatiably (anxious IAS) or failure in their repeated attempts to achieve it. They also prefer autonomy (Dakanalis et al., 2014). The lower association found between anxious IAS with AN than with BN (Monteleone, Patriciello, et al., 2018) supports this theory. Finding evidence of BIS mediation in the IAS-AN association, and even causality in the relationship (Monteleone, Cardi, et al., 2018), we can interpret that avoidant attachment with caregivers can be aggravated by the perception of the hypersensitive motivational system to punishment in people with AN (Glashouwer et al., 2014; Jappe et al., 2011).

If we cross-examine these data points with those collected on the disorganized IAS as an indication of experiencing a traumatic family experiences, the traumatic events can be associated with a rejection of the family by the person suffering from AN (Pace et al., 2016) and therefore an increase of BIS (De Paoli et al., 2017). Likewise, since disorganized attachment is more present in people with EDs than in healthy people, this type of attachment can be considered a common transdiagnostic element within EDs (Lecannelier et al., 2011). Furthermore, the relationship that exists between anxious IAS and AN (Amianto et al., 2021; Batista et al., 2018; Monteleone, Cardi, et al., 2018), and BAS and AN (Giel et al., 2013; Glashouwer et al., 2014; Jappe et al., 2011), suggests the rejection of the categorical approach and the choice of the dimensional approach. This is the case because AN is also related to these variables, but to a lesser degree than avoidant IAS (Katznelson et al., 2021) and BIS variables (Jonker et al., 2020).

Finally, other personality variables, such as perfectionism or neuroticism, can strengthen the IAS-AN relationship (Dakanalis et al., 2014; Lazarević et al., 2016). Polarized introversion or extroversion, found in the study by Münch et al. (2016), is another important personality variable in this relationship. Regarding the emotional identification variables, alexithymia has been shown to be a mediator in the positive IAS-AN relationship (Redondo & Luyten, 2021). For this reason, the study by Redondo and Luyten (2021) suggests that the preference for autonomous emotional regulation may be associated with an inability to identify one's own emotions and thus be related to the symptoms of AN.

4.1 | The transdiagnostic framework of the three related dimensions of ED

The proposed model is derived from the results of the review and aims to offer an alternative explanation of the interaction of the variables, create potential avenues for formulating new approaches and, eventually, resolve the contradictions observed. The study has been inspired by Fairburn's transdiagnostic theory (Cortés-García et al., 2022; Fairburn et al., 2003), among others. Although the study focused on obtaining data on AN, the results obtained on the interaction of the IAS and the BIS/BAS with BN have been used as well. In this way, a deeper understanding of their interaction has been created.

It is a model in which the variables IAS, BIS/BAS and ED work as three associated dimensional variables, each one having two poles at its extremes: a restrictive pole, composed of the avoidant IAS, BIS and AN (or other ED with a food restriction nature), and a bulimic-impulsive pole, which is composed of the anxious IAS, BAS and BN (or other ED with a binge eating/purging nature). The variables that share a pole are associated more closely than with those that are located at the opposite pole. The variables of opposite poles are also related as well, but less closely than variables of the same pole. In some cases, variables of the opposite pole can be inversely related (see Figure 2).

In the centre of the image, in the black box, we find the transdiagnostic variables, found mostly in EDs. These variables include trauma and disorganized attachment, perfectionism, neuroticism, alexithymia and emotional regulation difficulties. These variables strengthen the interdimensional interrelationships that make the person vulnerable to suffering from EDs.

4.1.1 | The restrictive pole

Within our framework, in the psychological evaluation of restrictive ED cases, an avoidant attachment style with signs of disorganization and a special sensitivity to punishment will be found with greater probability. In patients this could be represented as a person with strong food restriction symptoms, marked alexithymia with a history of intra-family or interpersonal traumatic situations (e.g., bullying,

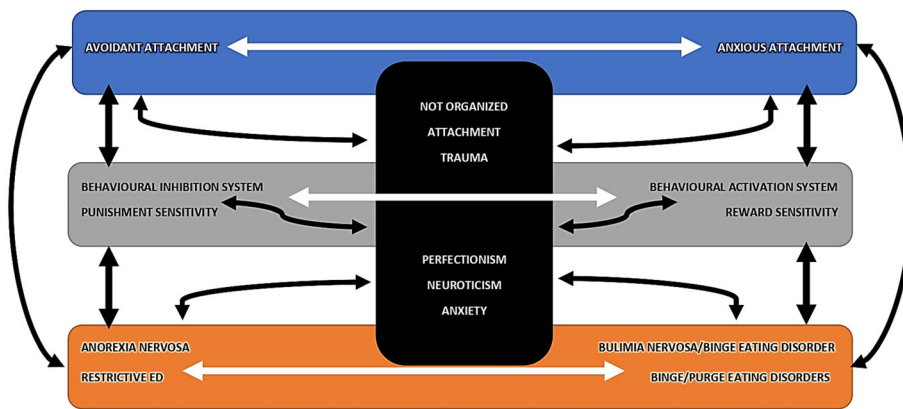


FIGURE 2 Transdiagnostic framework of the three related dimensions of eating disorders.

parental neglect or abuse, etc.). Family conflict would be an additional variable, marked by a communication style with expressed emotion (criticism, hostility and overinvolvement of the parent or guardian). As for personality variables, using Gray's approach, a hypersensitivity to punishment would be observed. In addition, the reinforcing capacity of food could be reversed. This may become a punishment due to the sensation of bloating, overeating and the fear of gaining weight as well as of hunger, which would become a positive reinforcement, due to a subjective sense of control exercised through hyporexia or anorexia. The patient would also, to a lesser extent, show hypersensitivity towards the reinforcement of hunger, increasing the patient's tolerance to it and thus aggravating the problem. Likewise, other personality variables, such as perfectionism and neuroticism, would further aggravate the problem.

4.1.2 | The bulimic-impulsive pole

In the psychological evaluation of a bulimic or BED profiles, an anxious attachment style is more likely to be found, with a high score in disorganized attachment, as well as a special sensitivity to reinforcement. This patient profile would show alexithymia and difficulty or inability to manage their emotions and impulses. Upon analysis, the experience of traumatic situations may also be observed, and a family communication style with high expressed emotion. Hypersensitivity to this reinforcement may lead to dysfunctional self-reinforcing behaviours such as hyperphagia and compensation. This results in the patient developing a tolerance to reinforcement and pushing the affected person to increase the frequency, intensity and duration of this behaviour. They would also have a special sensitivity to punishment, although to a lesser extent than those with AN, so the feeling of fullness and guilt would function as aggravators of the problem, together with perfectionist and neurotic personality styles.

With both poles serving as extremes, clinical cases of EDs would also occur in intermediate situations, with symptoms shared by both poles (bulimarexic disorder). In some cases, the affected people could even oscillate from one pole to the other.

4.2 | Clinical implications of the framework

Firstly, the framework highlights the fact that research in personality psychology from Gray's approach and its relation to EDs is still scarce, and the connection between variables such as those in the framework can reveal modes of interaction that have not been fully considered. Secondly, the theoretical eclecticism stands out as a strong theoretical implication of the framework. This is the case since its design and conclusions are the result of combining different approaches within psychology: cognitive-behavioural, systemic, third-generation therapies and integrative therapies. The study seeks to combine elements of each intervention approach on a rigorous scientific basis. In addition, based on the evidence that supports the framework, a specific treatment could be designed for patients with EDs and concomitant personality disorders (e.g., avoidant, borderline or histrionic).

In the framework, priority would be given to establishing a connection where the patient could feel comfortable in a therapeutic environment. In the first phases, experiential avoidance, myths and dysfunctional beliefs about the body and food as a punishment, impulse control and the search for reward would be worked on. In later phases, after having built trust with the person, work can be done on the feeling of self-efficacy after overcoming the first therapeutic challenges. Finally, aspects of attachment in social relationships and in the family would be worked on, as it is one of the core drivers of the disorder.

It is important to discuss the limitations of the study. First, some of the studies used empirical instruments in which the BAS did not obtain robust enough reliability to make firm statements about its relationship with EDs in the model (e.g., Harrison et al., 2011, 2016; Jonker et al., 2020). Second, contradictory data have been found regarding the relationship between BIS and BN, BAS and both EDs, and the difference between IAS in their association with sub-diagnoses of EDs. Therefore, the proposed relationships should be confirmed in future studies. Third, most studies use instruments that do not measure disorganized/unresolved attachment (ECR and ASQ). For this reason, future research should consider psychometric measurements of this type of attachment to contrast the mode of

relationship of this variable, as well as opt for psychometric measurements with a structured or semi-structured interview. Fourth, this study does not delve into the trauma as a variable due to its complexity requiring a separate review. In future studies, it will be helpful to delve deeper into trauma in the study of the relationship between attachment, motivational systems and EDs, as it is clinically relevant to the treatment of EDs and family therapy. Fifth, the heterogeneity of the primary studies, such as very wide age range, the different types of designs used and the diversity of their methodological quality, allows only a cautious interpretation. Finally, almost all of the studies reviewed had a sample exclusively made up of women, which prevents observing differences based on gender.

When dealing with family relationships, the neurobiological formation of a personality factor and the possible implication of traumatic events, it needs to opt for the longitudinal research design for the observation of attachment, personality and behaviour variables, and family trauma in the different stages of the development of people who end up developing an ED. We must also bear in mind that 20% of the studies collected did not compare their results with a control group, which increases the risk of bias in the results obtained.

Finally, it would be preferable to contrast motivational systems with neuroimaging techniques for the analysis of differential functioning between cases and controls, such as the analysis of differences in the neurobiological functioning of reward and learning systems.

5 | CONCLUSION

The data collected in this review allow us to propose a pioneering framework in the understanding of attachment style as a dimensional variable. The adoption of the dimensional and transdiagnostic approach would bring the research closer to clinical reality, since the categorical approach frequently fails in practice when it comes to establishing an accurate clinical diagnosis.

A core strength of the study is that it has gathered data from a line of research little studied thus far, such as the analysis of the association between the variables insecure attachment, motivational systems and AN. Furthermore, the collection of contradictory data regarding the relationships described allows new research questions to be raised. Subsequent research should opt for the dimensional approach, the longitudinal data collection method and the consideration of the trauma variable in the study of attachment and as a separate variable.

ACKNOWLEDGEMENTS

The views expressed in this study are those of the authors and do not reflect an official position of the universities and institutions funding the study.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declare that they have no conflicts of interest.

ETHICS STATEMENT

No ethics approval or participant permissions are included because this study is a systematic review. We did not extract original data from people.

ORCID

José Miguel Budia  <https://orcid.org/0000-0003-1586-1623>

Carlos María Alcover  <https://orcid.org/0000-0001-9632-9107>

Juan José Fernández-Muñoz  <https://orcid.org/0000-0001-5519-7515>

Ascensión Blanco-Fernández  <https://orcid.org/0000-0003-3764-6932>

Miriam P. Félix-Alcántara  <https://orcid.org/0000-0001-5567-2769>

REFERENCES

Studies included in the primary analysis in the systematic reviews based on the PRISMA protocol are marked with an asterisk.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>

*Amianto, F., Secci, I., Arletti, L., Davico, C., Abbate Daga, G., & Vitiello, B. (2022). Obsessive-compulsive symptoms in young women affected with anorexia nervosa, and their relationship with personality, psychopathology, and attachment style. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 27, 1193–1207. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01252-y>

Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1989). *Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)*. University of Washington Seattle.

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

Barg, G. (2011). Bases neurobiológicas del apego. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 69–81. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a07.pdf>

*Batista, M., Žigić Antić, L., Žaja, O., Jakovina, T., & Begovac, I. (2018). Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta Clinica Croatica*, 57(3), 399–410. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01>

Becerra, J. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 6(6), 61–65.

*Bernardoní, F., Geisler, D., King, J. A., Javadi, A.-H., Ritschel, F., Murr, J., Reiter, A. M. F., Rößner, V., Smolka, M. N., Kiebel, S. J., & Ehrlich, S. (2018). Altered medial frontal feedback learning signals in anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 83, 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.07.024>

Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioural and Brain Sciences*, 2(4), 637–638. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00064955>

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*.

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177–203. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990344>

Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>

*Cascino, G., Ruzzi, V., D'Agostino, G., Barone, E., Del Giorno, C., Monteleone, P., & Monteleone, A. M. (2022). Adult attachment style and salivary alpha-amylase and emotional responses to a psychosocial

- stressor in women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 153(December 2021), 110713. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110713>
- Cassoli, E., Rossi, E., Vizzotto, C., Malinconci, V., Vignozzi, L., Ricca, V., & Castellini, G. (2022). Avoidant attachment style moderates the recovery of healthy sexuality in women with anorexia nervosa treated with enhanced cognitive behavior therapy (CBT-E): A 2-year follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(2), 347–355. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.12.001>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Cortés-García, L., Martínez-Calvo, C., & Senra, C. (2022). Mediation effect of Fairburn's transdiagnostic mechanisms between attachment to the mother and eating disorder symptoms in a clinical sample. *Frontiers in Psychology*, 13, 852977. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.852977>
- Cortés-García, L., McLaren, V., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2021). Attachment, mentalizing, and eating disorder symptoms in adolescent psychiatric inpatients and healthy controls: A test of a mediational model. *Eating and Weight Disorders—Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01017-z>
- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11. <https://doi.org/10.1002/eat.22042>
- *Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., Riva, G., & Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Research*, 215(1), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.039>
- *De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., Halliwell, E., Puccio, F., & Krug, I. (2017). Social rank and rejection sensitivity as mediators of the relationship between insecure attachment and disordered eating. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 469–478. <https://doi.org/10.1002/erv.2537>
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327–1343. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1327>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Feeney, J., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). *Attachment Style Questionnaire*. Guilford Press.
- Forsén, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2019). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *Psychology and Psychotherapy*, 92(3), 379–393. <https://doi.org/10.1111/papt.12184>
- Fox, J. R., Dean, M., & Whittlesea, A. (2017). The experience of caring for or living with an individual with an eating disorder: A meta-synthesis of qualitative studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 103–125. <https://doi.org/10.1002/cpp.1984>
- Gander, M., Fuchs, M., Franz, N., Jahnke-Majorkovits, A.-C., Buchheim, A., Bock, A., & Sevecke, K. (2021). Non-suicidal self-injury and attachment trauma in adolescent inpatients with psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 111, 152273. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152273>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *The Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California.
- *Giel, K. E., Kullmann, S., Preißl, H., Bischoff, S. C., Thiel, A., Schmidt, U., Zipfel, S., & Teufel, M. (2013). Understanding the reward system functioning in anorexia nervosa: Crucial role of physical activity. *Biological Psychology*, 94(3), 575–581. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.10.004>
- Gismero, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33–47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
- *Glashouwer, K. A., Bloot, L., Veenstra, E. M., Franken, I. H. A., & de Jong, P. J. (2014). Heightened sensitivity to punishment and reward in anorexia nervosa. *Appetite*, 75, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.12.019>
- Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, 8(3), 249–266. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(70\)90069-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(70)90069-0)
- Grenon, R., Tasca, G. A., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G., & Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*, 19, 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.005>
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). *The metaphysics of measurement: The case of adult attachment*.
- *Harrison, A., Sternheim, L., O'Hara, C., Oldershaw, A., & Schmidt, U. (2016). Do reward and punishment sensitivity change after treatment for anorexia nervosa? *Personality and Individual Differences*, 96, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.051>
- *Harrison, A., Treasure, J., & Smillie, L. (2011). Approach and avoidance motivation in eating disorders. *Psychiatry Research*, 188(3), 396–401. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.022>
- Huh, H. J., Jeong, B. R., Hwang, J. H., & Chae, J.-H. (2020). High behavioral inhibition system/behavioral activation system sensitivity, childhood emotional neglect and their interaction as possible related factors for adult attachment style in depression. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 122–129. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0165>
- *Jappe, L. M., Frank, G. K. W., Shott, M. E., Rollin, M. D. H., Pryor, T., Hagman, J. O., Yang, T. T., & Davis, E. (2011). Heightened sensitivity to reward and punishment in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 317–324. <https://doi.org/10.1002/eat.20815>
- *Jonker, N. C., Glashouwer, K. A., Hoekzema, A., Ostafin, B. D., & de Jong, P. J. (2020). Heightened self-reported punishment sensitivity, but no differential attention to cues signaling punishment or reward in anorexia nervosa. *PLoS ONE*, 15(3), e0229742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229742>
- *Kanakam, N., Krug, I., Collier, D., & Treasure, J. (2017). Altered reward reactivity as a behavioural endophenotype in eating disorders: A pilot investigation in twins. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 195–204. <https://doi.org/10.1002/erv.2512>
- *Katznelson, H., Daniel, S. I. F., Poulsen, S., Lunn, S., Buhl-Nielsen, B., & Sjögren, J. M. (2021). Disturbances in the experiences of embodiment related to attachment, mentalization and self-objectification in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00463-z>
- Keating, C., Castle, D. J., Newton, R., Huang, C., & Rossell, S. L. (2016). Attachment insecurity predicts punishment sensitivity in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10), 793–798. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000569>
- Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Security Scale. *Developmental Psychology*.
- *King, J. A., Braem, S., Korb, F. M., Diekmann, L. S., Roessner, V., Steding, J., & Ehrlich, S. (2021). The impact of punishment on cognitive control in a clinical population characterized by heightened punishment sensitivity. *Journal of Abnormal Psychology*, 131(2), 130–140. <https://doi.org/10.1037/abn0000713>
- Lan, X., & Wang, W. (2020). To be shy or avoidant? Exploring the longitudinal association between attachment and depressive symptoms among left-behind adolescents in rural China. *Personality and Individual*

- Differences, 155, 109634. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109634>
- *Lazarević, J., Batinić, B., & Vukosavljević-Gvozden, T. (2016). Risk factors and the prevalence of anorexia nervosa among female students in Serbia. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(1), 34–41. <https://doi.org/10.2298/vsp1307091211>
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M. (2011). Attachment & psychopathology: An update review of parental etiological models of disorganized attachment. *Terapia Psicologica*, 29(1), 107–116. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082011000100011>
- Linardon, J., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2018). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials? *The International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1303–1311. <https://doi.org/10.1002/eat.22986>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (Vol. 1) (pp. 121–160).
- Martinussen, M., Friberg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoffer, A. L., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 201–209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Meyer, B. (2002). Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 174–188. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.2.174.22546>
- Minnick, A. M., Cachelin, F. M., & Durvasula, R. S. (2017). Personality disorders and psychological functioning among Latina women with eating disorders. *Behavioural Medicine*, 43(3), 200–207. <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1276429>
- *Monteleone, A. M., Cardi, V., Volpe, U., Fico, G., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Castellini, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2018). Attachment and motivational systems: Relevance of sensitivity to punishment for eating disorder psychopathology. *Psychiatry Research*, 260, 353–359. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.002>
- *Monteleone, A. M., Cascino, G., Martini, M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Delsedime, N., Abbate-Daga, G., & Marzola, E. (2021). Confidence in one-self and confidence in one's own body: The revival of an old paradigm for anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(4), 818–827. <https://doi.org/10.1002/cpp.2535>
- *Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., Zamponi, F., Mancini, M., Stanghellini, G., Monteleone, P., Treasure, J., & Maj, M. (2017). Embodiment mediates the relationship between avoidant attachment and eating disorder psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 461–468. <https://doi.org/10.1002/erv.2536>
- *Monteleone, A. M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Fico, G., Pellegrino, F., Castellini, G., Steardo, L. J., Monteleone, P., & Maj, M. (2018). Insecure attachment and hypothalamus-pituitary-adrenal axis functioning in people with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 80(8), 710–716. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000629>
- Monteleone, A. M., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Cascino, G., del Giorno, C., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the Trier Social Stress Test. *Psychoneuroendocrinology*, 101, 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.232>
- *Monteleone, P., Scognamiglio, P., Monteleone, A. M., Perillo, D., & Maj, M. (2014). Cortisol awakening response in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa: Relationships to sensitivity to reward and sensitivity to punishment. *Psychological Medicine*, 44(12), 2653–2660. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000270>
- *Münch, A. L., Hunger, C., & Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 4(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0141-4>
- Murcia, F. M. M., Cangas, A. J., Pozo, E. M., Sánchez, M. M., & Pérez, M. L. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21(1), 33–38.
- Murray, S. L., & Holtan, K. F. (2021). Post-traumatic stress disorder may set the neurobiological stage for eating disorders: A focus on glutamatergic dysfunction. *Appetite*, 167, 105599. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105599>
- Nalbant, K., Kalayci, B. M., & Akdemir, D. (2020). Attachment security and perceived expressed emotion in adolescents with anorexia nervosa. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(1), 22–30.
- *Nandrin, J.-L., Dodin, V., Cottencin, O., & Doba, K. (2020). Effect of intrapersonal emotional competences on the relationship between attachment insecurity and severity of eating disorder symptoms in patients with restrictive anorexia. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 476–492. <https://doi.org/10.1002/jclp.22877>
- Ochsner, K. N. (2008). The social-emotional processing stream: Five core constructs and their translational potential for schizophrenia and beyond. *Biological Psychiatry*, 64(1), 48–61. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.024>
- Oldham-Cooper, R., Semple, C., & Wilkinson, L. L. (2021). Reconsidering a role for attachment in eating disorder management in the context of paediatric diabetes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 669–681. <https://doi.org/10.1177/1359104520986215>
- Pace, C. S., Guiducci, V., & Cavanna, D. (2016). A controlled study of attachment representations and emotion regulation in female adolescents with anorexia nervosa. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(1).
- *Pace, C. S., Guiducci, V., & Cavanna, D. (2017). Attachment in eating-disordered outpatients with and without borderline personality disorder. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1808–1818. <https://doi.org/10.1177/1359105316636951>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loriedo, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 18(1), 100–115. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>
- Quiles, Y., Quiles, M. J., Pamies, L., Botella, J., & Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 28(4), 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>
- *Redondo, I., & Luyten, P. (2021). Alexithymia mediates the relationship between insecure attachment and eating disorder symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39(4), 491–508. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00381-0>
- *Redondo, I., & Luyten, P. (2018). The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(3), 202–223. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.3.202>
- Rodriguez, G. (2008). Validación del método de la situación extraña de Mary Ainsworth en niños argentinos entre 1 y 3 años de edad. In *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Rosenberg, T., Lahav, Y., & Ginzburg, K. (2023). Child abuse and eating disorder symptoms: Shedding light on the contribution of identification with the aggressor. *Child Abuse & Neglect*, 135, 105988. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105988>
- Shahzadi, K., & Walker, B. R. (2022). Reinforcement sensitivity theory and adult attachment: A replication study. *Current Psychology*, 41(3), 1440–1446. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00685-5>
- Smillie, L. D., & Jackson, C. J. (2005). The Appetitive Motivation Scale and other BAS measures in the prediction of approach and active avoidance. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 981–994. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.013>
- Squillace, M., Janeiro, J. P., & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8–18. <https://doi.org/10.5579/rl.2011.0057>
- Szalai, T. D. (2020). Attachment interventions in the treatment of a case of binge eating disorder. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Társaság Tudományos Folyóirata*, 35(3), 307–321.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710–717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., Demidenko, N., Hayden, G., Wong, A., & Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 926–933. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004>
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J., & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31(6), 837–862. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00183-5)
- Wallin, U., & Saha, S. (2020). Implementation of key components of evidence-based family therapy for eating disorders in child and adolescent psychiatric outpatient care. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 59. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00059>
- Wallis, A., Miskovic-Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R. D., Cao, L., & Touyz, S. (2018). Family functioning and relationship quality for adolescents in family-based treatment with severe anorexia nervosa compared with non-clinical adolescents. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 26(1), 29–37. <https://doi.org/10.1002/erv.2562>
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2014). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses.

How to cite this article: Budia, J. M., Alcover, C. M., Fernández-Muñoz, J. J., Blanco-Fernández, A., & Félix-Alcántara, M. P. (2023). Attachment, motivational systems and anorexia nervosa: A systematic review and proposed framework for eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1–18. <https://doi.org/10.1002/cpp.2845>