

## La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria vienen siendo desde hace mucho tiempo foco de preocupación, sobre todo, para nuestros jóvenes. Intentaré a lo largo del artículo describir las características de algunos de los tipos más comunes de estos trastornos, exponer la variedad de áreas que inciden en ellos, plantear cuáles pueden ser los factores que los causan o mantienen, recoger la incidencia en España y por último plantear algunas cuestiones relacionadas con estos trastornos (imagen corporal, alexitimia, autoestima y estilos de crianza) haciendo referencia, a modo de ejemplo, a una investigación que realizamos en jóvenes de Guipúzkoa.

**Palabras clave:** Trastornos de Conducta Alimentaria, imagen corporal, alexitimia, autoestima y estilos de crianza.

### Introducción

En la actualidad, en nuestra cultura occidental, es muy común encontrar en muchas personas actitudes extremas hacia el control de la comida, siendo éstas además heterogéneas, lo que dificulta la detección de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa mediante los diagnósticos diferenciales. Hay mucha gente que, por diferentes causas, se preocupa por su imagen (actrices, modelos, bailarinas, azafatas...) pero generalmente pueden hablar de otras cosas y se reconocen y valoran por otros rasgos además del peso. Sabemos que una gran parte de nuestra población femenina tiene actitudes anormales hacia la comida (Toro, 1990). Los deseos de perder peso, mantener la figura o una excesiva credibilidad en los mensajes de los medios de comunicación son causas relevantes en esta situación (Martínez, Toro, Salamero, Blecua y Zaragoza, 1993). Son constantes los mensajes referentes a las medidas ideales, lo que conduce a modificar los hábitos de vida y alimentarios con la idea de lograr un cuerpo perfecto. No debemos pasar por alto la movilización económica que conlleva esta "cultura del cuerpo" (Turón, 1997).

Por todo esto en la actualidad los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) constituyen un foco de gran interés para nuestra sociedad, dando lugar a una cantidad de estudios realizados.

El término "Trastornos del Comportamiento Alimentario" hace referencia a un conjunto de trastornos de tipo psicológico que comportan perturbaciones importantes del comportamiento alimentario, concretamente en las conductas relacionadas con la ingesta de comida.

Las características esenciales del cuadro clínico son las siguientes: 1) rechazo a mantener un peso mínimo normal, 2) miedo intenso a ganar peso y 3) alteración de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo. En definitiva, lo esencial se basa en la actitud que se mantiene con respecto a la comida, el peso y el propio cuerpo. Estas actitudes provocan la puesta en marcha de comportamientos adversos a una óptima alimentación –ejercicio excesivo, dietas autoimpuestas,...- que acaban desencadenando dificultades a todos los niveles (psicológico, fisiológico y conductual). A síntomas como la amenorrea, el rechazo a un peso normal o el miedo a ganar peso, les acompañan otros como la aparición de alteraciones en el estado de ánimo, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo (esto último en las anoréxicas) así como un conjunto de alteraciones biológicas, afectivas, cognitivas y conductuales que hacen de estos trastornos un cuadro clínico complejo.

A lo largo de este artículo procuraré recoger aquellos aspectos más específicos de los TCA como su descripción clínica, la etiopatogenia y etiología, pero también tendré en cuenta otros aspectos menos atendidos pero muy interesantes para una mejor comprensión e intervención en los TCA, como la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de vinculación.

## Descripción y criterios diagnósticos

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como una mala regulación del comportamiento alimentario, presentándose alteraciones cognitivas y trastornos del comportamiento relacionados sobre todo con la dieta, el peso y la imagen corporal.

Los principales TCA son: la Anorexia Nerviosa (AN) que puede darse en dos subtipos, Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR) o Anorexia Nerviosa Purgativa (ANB); la Bulimia Nerviosa (BN) pudiéndose desarrollar también dos subtipos, Bulimia Nerviosa Restrictiva (BNR) o Bulimia Nerviosa Purgativa (BNP)]; y por último hablaríamos del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Específico (TCANE). En las tablas 1, 2 y 3 se muestran los criterios diagnósticos según el manual diagnóstico DSM-IVTR (APA, 2000)

Tabla 1. **Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000).**

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

Tabla 2. **Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de la bulimia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000)**

<p><b>A.</b> Presencia de atracones . recurrentes Un atracón se caracteriza por:</p>	<p><b>1.</b> Ingesta de alimentos en corto espacio de tiempo (p. ej. , en un periodo de dos horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.  <b>2.</b> Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. , sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad e comida que se está ingiriendo)</p>
<p><b>B.</b> Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p>	
<p><b>C.</b> Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses</p>	
<p><b>D.</b> La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>	
<p><b>E.</b> La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del anorexia nerviosa.</p>	
<p>Especificar tipo.</p>	<p><b>Tipo purgativo:</b> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.  <b>Tipo no purgativo:</b> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a la provocación del vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

Tabla 3. **Criterios para el diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria no especificado DSM-IV-TR (APA, 2000)**

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

Como vemos en las tablas la preocupación por el peso y la sobrevaloración de la autoevaluación de la figura corporal son comunes en todos los trastornos de la conducta alimentaria.

Entrando más en detalle en las características de estos trastornos, la anorexia nerviosa se podría definir como un TCA de origen psicológico que afecta a las conductas relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal (Toro, 2000). Se caracteriza por una pérdida ponderal inducida y mantenida por la paciente que le conduce a una malnutrición progresiva y rasgos psicopatológicos (distorsión de la imagen corporal y miedo a la

obesidad). Suele ser muy común la presencia de síntomas obsesivos constituidos por pensamientos intrusivos relacionados con la imagen, el cuerpo, el peso y los alimentos, además de muchas conductas alimentarias extravagantes acompañadas de un exceso de actividad física. Algunas características de los trastornos psicológicos de la anorexia nerviosa son consecuencia de la desnutrición. En un estudio llevado a cabo con un grupo de voluntarios sometidos a dieta durante tres meses que perdían el 25% de su peso al final de la experiencia, presentaban síntomas similares a los pacientes de AN: preocupación por el peso, alteraciones de la personalidad con síntomas depresivos, irritabilidad etc.

Respecto a la bulimia nerviosa, es un TCA caracterizado por lo que se denomina “atacón”, es decir, el echo de comer vorazmente grandes cantidades de alimentos en un breve período de tiempo, al que generalmente le sigue el sentimiento de culpa por no poder controlar y el miedo atroz a engordar, lo cual con frecuencia lleva al paciente a conductas compensatorias (ejercicio excesivo, laxantes, diuréticos...) o purgativas (autoinducción del vómito).

Por último el TCA no especificado engloba los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

A pesar de clasificar y diferenciar los diferentes tipos de TCA, es importante matizar que la anorexia nerviosa está estrechamente ligada a la bulimia nerviosa pues, aunque ambos cuadros clínicos presentan sintomatologías diferentes, muchas veces se da una transición de la anorexia nerviosa restrictiva (ANR) a la anorexia purgativa (ANP) y de ésta a la bulimia nerviosa (BN), por ello es frecuente que las anoréxicas restrictivas sean más jóvenes. De todas maneras también aparecen cuadros primarios que se mantienen a lo largo del tiempo, encontrándose diferencias y similitudes entre ellos. En primer lugar, la pérdida de peso en la anorexia nerviosa restrictiva es grave mientras que en la bulimia puede incluso no ser significativa. Algunos autores han relacionado el paso de la anorexia restrictiva a la bulímica con un intento de controlar el peso sin tener que someterse a una dieta estricta, el atracón y el vómito serían un recurso para intentar comer sin engordar. El miedo a engordar y la alteración de la imagen corporal aparecen en todos los cuadros y suele estar asociado a la baja autoestima y al investimento excesivo de la apariencia física.

## **Etiopatogenia**

A pesar de la gran cantidad de estudios realizados sobre los trastornos alimentarios, su etiología sigue siendo, en parte, un enigma. La etiología de cualquier trastorno ya no es algo a resolver simplemente estudiando la causa de éste. En el caso concreto de la anorexia, las alteraciones fisiopatológicas han llevado a especular sobre el origen biológico del trastorno. Sin embargo, otros planteamientos contrarios a esta hipótesis, cuestionan su validez basándose en que la mayoría de dichas alteraciones desaparecen con la recuperación del peso.

Desde el punto de vista etiopatogénico, estos trastornos se instaurarían a través de la integración patogénica de factores psicobiológicos individuales, familiares y socioculturales.

En los TCA, como en otros trastornos psicológicos, suelen presentarse unos antecedentes comunes relacionados con los contextos individual, familiar y cultural. En lo individual es relevante el grado de separación e individuación alcanzado por el sujeto, directamente relacionado con la constitución de la identidad, de manera que el desarrollo de una identidad adecuada permite al sujeto ser autónomo respecto de sus padres y no estar sometido en exceso a la opinión de los demás. Si este proceso no se da, estamos a merced de la opinión de los demás provocando que la imagen cobre una importancia desmedida. Por otro lado los factores familiares y culturales acaban por conformar un conjunto de elementos que permite hacerse una idea de la complejidad del origen de los trastornos alimentarios.

Respecto al desarrollo de la anorexia, Lucas, Duncan y Piens (1976) propusieron un modelo, ampliado y modificado posteriormente por Pirke y Ploog (1984), que parte de tres factores: la vulnerabilidad biológica, la predisposición psicológica y el entorno social. **A nivel biológico** actualmente los factores genéticos no están claros, aunque existen antecedentes familiares de trastornos afectivos, adicciones y obesidad en los trastornos alimentarios. Pero las implicaciones somáticas de las conductas alimentarias sí tienen un valor importante en la clínica y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Así por ejemplo, el ejercicio intenso y el ayuno prolongado estimulan la secreción de endorfinas, cuando el nivel de endorfinas disminuye surgen sensaciones displacenteras (ansiedad, depresión molestias corporales) y necesitan reactivar su secreción lo cual se convierte en una autoadicción o directamente buscan opioides (Marrazzi y Luby, 1986; Katz, 1992). Las pacientes bulímicas padecen "hambre adictiva" para ingerir hidratos de carbono que aumentan la captación de triptófano y de la serotonina cerebral.

Entre los **factores socioculturales** podemos destacar el *nivel socioeconómico*, algunos autores han establecido relación con las clases medias y altas. Los *estereotipos culturales*, especialmente el ideal de delgadez transmitido a través de los medios de comunicación. El ideal de belleza se da en las sociedades opulentas en las que no hay escasez de comida. Una vez establecido y compartido socialmente este ideal de delgadez ejerce una presión sobre los miembros de la comunidad y hace que los sujetos que se adaptan a ese modelo se sientan valorados y los que no poseen esas características vean mermada su autoestima. *El sexo femenino* es más susceptible de padecer anorexia (entre un 90 y un 95% de los casos) pues la presión social, fundamentalmente a través del mundo de la moda, lleva a valorar a la mujer sobre la base de su apariencia física y en nuestra cultura el ser delgada es visto como un signo de éxito y control sobre una misma. *La adolescencia*, un momento clave del desarrollo en el que estas influencias sociales poseen un valor importantísimo es la adolescencia pues en ese momento el cambio corporal va unido al pasaje de la infancia a la edad adulta y la aprobación de su cuerpo va unida a la de su propia persona.

Por último, entre los **factores familiares**, las relaciones familiares pueden tener unas características como la dificultad de autonomización de sus miembros, la negación de los conflictos, las alteraciones de la comunicación, que son terreno abonado para la aparición de trastornos alimentarios en personas susceptibles. Estos factores, junto con acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, fracasos...), pueden jugar un papel etiológico y, cuando el TCA está establecido, actuar como factores de mantenimiento como veremos más adelante.

Los estereotipos referentes a la imagen corporal tienen una importancia especial en la aparición de los TCA. La delgadez asociada al éxito, la seguridad, la belleza, el estar en forma, la salud, y ser aceptado socialmente. En nuestra sociedad, a una gran parte de los jóvenes les gustaría cambiar su imagen y estar más delgados. Muchas de las adolescentes se sienten gordas cuando no lo están. Las proporciones varían de unos estudios a otros pero algunos autores encuentran que alrededor del 80% de los jóvenes desean adelgazar (Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer, 1969; Morande, 1995; Tannenhaus, 1995; Raich, Rosen, Deus, Perez, Requena y Gross, 1992).

La visión negativa del cuerpo favorece la restricción alimentaria y los métodos utilizados para adelgazar se convierten en fuente de nuevos riesgos. El estilo de vida, el grupo de pares, la publicidad y las propias cogniciones refuerzan los ayunos, dietas y demás prácticas. Estos factores pueden imponer, en personas vulnerables, la convicción de que su apariencia física es la clave del éxito social y personal y llevarles a seguir una dieta estricta que les hace adelgazar; la posterior malnutrición produce alteraciones psicológicas, añadidas o incrementa las que hay existían, y fisiológicas que lleva a mantener la dieta como único modo de conseguir una autovaloración y equilibrio, cerrándose el círculo vicioso en el que la persona con una TCA queda atrapada.

Muchos de los aspectos que hemos comentado, como los antecedentes familiares o la genética, se podrían considerar **factores predisponentes** ya que pueden estar presentes con anterioridad al desarrollo de un TCA. Pero normalmente la aparición de los TCA se desencadena por unos **factores precipitantes**, como los acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, experiencias sexuales traumáticas, fracasos, divorcio de los padres, traumatismos que dejan secuelas físicas...), cambios corporales adolescentes, incremento rápido de peso acompañado de comentarios críticos etc... Más tarde sigue un proceso que va desde la dieta normal hasta la asunción del trastorno como una auténtica seña de identidad y se cronifica bajo la influencia de unos **factores de mantenimiento** como son la desnutrición, las conductas purgativas, el aislamiento social, la actividad física excesiva, las cogniciones “anoréxicas”, etc. (Espina, 1996).

## Epidemiología

Los resultados, en cuanto a la incidencia y a la prevalencia de los trastornos de la alimentación, no son del todo homogéneos. Las discrepancias obtenidas se pueden deber a cuestiones como las siguientes: la variedad en cuanto a características sociodemográficas (edad, sexo, nivel socio-cultural, etc.), los puntos de corte de los instrumentos utilizados, la definición del trastorno o el método de muestreo utilizado. A pesar de las discrepancias existentes, en la mayoría de los estudios se pone de manifiesto que las tasas de incidencia y de prevalencia han aumentado en estos trastornos (Lucas, Beard, O’Fallon y Kurland, 1991), aunque también se encuentra una disminución de la severidad de los cuadros (Lucas et al., 1991; Eagles, Johnston, Hunter, Lobban y Millar, 1995; Sáiz, González, Bascarán, Fernández, Buosoño y Bobes, 1999).

Como hemos visto hasta ahora los TCA son cuadros que presentan una gran relevancia social y las cifras que se manejan dan motivos para ello. Veámos que el ser mujer, joven y más aún adolescente de un país desarrollado o en

vías de desarrollo eran características de la población perfil de los TCA, el hecho es que en esta población se ha dado un incremento de 2 a 5 en la prevalencia en las tres últimas décadas (Peláez, Labrator y Raich). Según fuentes de prestigio como el protocolo de los TCA del Instituto Nacional de Salud (INSALUD, 1995) o la APA (DSM-IV-TR, 2000) o estudios recientes como Hoek (2003) sitúan la prevalencia de la AN entre un 0.5% y un 1%, la BN entre un 1% y un 3% y el TCANE en un 3%.

Pero a lo largo de las últimas décadas han sido numerosos los estudios epidemiológicos que se han desarrollado sobre trastornos alimentarios y desde el estudio de Theander (1970) que mostró que la incidencia de la anorexia nerviosa (AN) se multiplicó por cinco de 1930 a 1960, la incidencia y prevalencia no ha parado de aumentar (Garfinkel et al., 1995). La American Psychiatric Association (APA) cifra la prevalencia en jóvenes entre 14 y 24 años en 1-2% en anorexia nerviosa y 2-3% en bulimia nerviosa (BN), siendo más frecuentes los casos atípicos. La proporción entre mujeres y varones es de 9 a 1.

Los estudios realizados muestran que las tasas de incidencia y de prevalencia, para los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado en los últimos años (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991), especialmente los casos de TCA no especificado (Ash y Piazza, 1995; Foreyt, Waller y Goodrik, 1996) y el número de varones que padecen TCA ha aumentado debido al cambio de hábitos y a la creciente preocupación del hombre por la imagen corporal (Willi y Grossman, 1983; Willi, 1990; Hoek, 1991; Eagles, Johnston, Hunte, Lobban y Millar, 1995; Sáiz et al, 1999). La tasa de mortalidad oscila entre el 3% y el 10% (Herzog, Sacks, Keller, Lavori, Von Ranson, Gray, 1993; Sullivan, 1995). La mortalidad es 6 veces mayor de la que podemos encontrar en la población normal siendo la proporción mayor cuanto mayor es la pérdida de peso (Patton, 1998). El riesgo de muerte a causa de las complicaciones médicas con que nos encontramos en estos trastornos oscila entre el 6% y el 15%; prácticamente la mitad de las muertes que se producen en este tipo de trastornos son por suicidio. (Steinhauser, Rauss-Mason, Seidel, 1991 y 1993).

Tabla 4. Estudios epidemiológicos sobre población de riesgo realizados en España (Espina, et.al., 2007).

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

En la tabla 4 se pueden observar diversos estudios realizados en España sobre la prevalencia de los TCA, pero para quien le interese mucho más la epidemiología en España, Peláez, Labrador Encinas y Raich (2006) tienen recogido un trabajo muy interesante sobre todos los estudios realizados en España junto a la edad de la muestra, el número, las pruebas diagnósticas, la población, etc.

## Imagen corporal

El primer aspecto a tener en cuenta, relacionado con los TCA, es la imagen corporal. Como veíamos en los criterios diagnósticos, es clave el papel de la sobrevaloración de la imagen corporal, sus distorsiones, etc. Antes de entrar con mayor profundidad sobre el concepto de la imagen corporal, me parece importante destacar algunos datos generales: la preocupación por la imagen corporal parece ir descendiendo en edad situándose entre los 8-9 años y los 12-13. Varios autores señalan el hallazgo en sus estudios que en niños de 7 y 8 años ya existe cierta preocupación por la propia imagen corporal, y tienen conductas y actitudes alimentarias problemáticas (Byrant-Waugh, Cooper, Taylor y Lask, 1996; Edlund, Halvarsson, y Sjoden, 1996; Rolland, Farnill, y Griffiths, 1997).

Respecto a la comprensión de la imagen corporal, Schilder (1958) la definió como “la representación mental tridimensional que cada uno tiene de sí mismo” esta imagen se construye continuamente y configura una gestalt física, psicológica y social. A esta definición podemos sumar la de Slade (1988) que la considera como “el retrato que tenemos en nuestra mente, del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo; y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen”.

Pero en los TCA lo más preocupante, sobre todo como factores de mantenimiento, son las distorsiones e insatisfacciones corporales. La distorsión corporal hace referencia a la discrepancia entre la percepción y creencias sobre la talla o figura y la realidad observable. La insatisfacción corporal se refiere al disgusto con el propio cuerpo. Garner y Garfinkel (1981) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos: la distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

El trastorno de la imagen corporal o dismorfofobia, incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos, se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Esta preocupación excesiva conlleva a una devaluación de la propia apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás. Generalmente las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales. Hutchinson (1982) señaló que la imagen corporal se refiere a la descripción corporal donde cuerpo-mente-cultura se relacionan entre sí, es el espacio donde confluyen los pensamientos, sensaciones, percepciones, actitudes, valores y juicios sobre nuestro cuerpo.

En el caso de pacientes con TCA, generalmente se ven o se sienten obesas aunque no lo estén, o incluso estando desnutridas o con el IMC extremadamente bajo, lo que les lleva a restringir cada vez más su ingesta (Hsu, 1990; Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987). Según Cash, Deagle et al.,



(1997) en las pacientes anoréxicas es muy común la evaluación errónea de su aspecto. Por lo tanto las actitudes y cogniciones negativas hacia el propio cuerpo y su imagen pueden ser causa de problemas emocionales, sobre todo en la adolescencia, convirtiéndose en la mayoría de los casos en uno de los factores desencadenantes, predisponentes y mantenedores del trastorno (Killen, Taylor, Haywar, Wilson, et al., 1994).

Respecto al impacto de la imagen corporal en los más pequeños, la evidencia indica que los niños, y especialmente las niñas, aprenden de sus familias, a través de los medios de comunicación y en la escuela con sus compañeros, los valores sobre la apariencia y la imagen, así como la importancia de ésta en la sociedad (Thelen et al., 1992). Según De gracia, Marcó y Trujado (2007) entre los factores que inciden en la génesis de la preocupación por la imagen en relación a la alimentación en niños y niñas destacan: I) Comentarios verbales negativas que éstos reciben por parte de los otros niños, principalmente en la escuela; II) La interacción de los niños y niñas con sus compañeros de edad. III) Influencia y contexto del entorno familiar.

## Alexitimia

Otro aspecto al que me gustaría hacer referencia respecto a los TCA, es el mundo emocional, la importancia del conocimiento y de la expresión de las propias emociones. El mundo emocional está íntimamente ligado a los TCA. Especialmente las dificultades en el procesamiento cognitivo de las emociones, lo cual hace referencia al constructo alexitimia. Nemiah (1977) destaca dos dimensiones en la alexitimia: Una marcada dificultad para expresar sentimientos con palabras y la ausencia de fantasías para expresar sentimientos. Nemiah lo plantea como un trastorno perceptual-cognitivo y afectivo. Podríamos decir que la primera dimensión se basa en: a) dificultad para distinguir entre los componentes somáticos (sensaciones) y subjetivos (sentimientos) de la activación emocional, b) la dificultad para identificar y expresar con palabras los sentimientos. La segunda dimensión hace referencia al "pensamiento operatorio" (Marty, 1980).

En resumen, de lo planteado por Nemiah, podríamos destacar cuatro aspectos claves en la alexitimia: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional, 3) pobreza de fantasías y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitario, literal, referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción (Espina, Ochoa de Alda y Ortego, 2007).

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

La clave fundamental sería el déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones. El origen de este déficit puede estar tanto en variaciones de la

organización cerebral como en los defectuosos patrones de intercambio afectivo durante el desarrollo infantil. (Emde, 1988; Stern, 1984; Taylor, 1987, 1991; Edgcombe, 1984; Osofsky y Eberhart, 1988), o en las relaciones familiares actuales, como plantean Onnis y Di Genaro (1987) y han mostrado Espina (2003) y Espina et al. (2001). Es importante tener en cuenta que es posible que la alexitimia tenga un gran peso como rasgo de la personalidad, existiendo una mayor tendencia a la frialdad emocional y una mayor pobreza emocional, lo cual complica el trabajo mucho más que si fuera debido al estado concreto en el que se encuentra la persona. Es vital poder trabajar con la expresión del mundo emocional, así como en el aprendizaje para discriminar las diferentes sensaciones corporales que nos provocan las diferentes emociones que sentimos, de lo contrario podríamos confundir una sensación de tristeza con enfado o miedo, por lo que nuestra reacción sería desmedida y desajustada. En los TCA es muy común que los pacientes no distingan el estado emocional, no sepan atribuir a qué se debe, centrándose mucho más en la comida o en las conductas purgativas que en todo lo que les rodea.

## Autoestima

Es casi imposible hablar de TCA, de imagen corporal y de la pobreza del mundo emocional sin hacer referencia a la dos conceptos fundamentales la autoestima y el autoconcepto. Éste se puede definirse como las percepciones que el individuo tiene del sí mismo o como la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo (Rosenberg, 1989).

Shavelson et al. (1976) destacaron la multidimensionalidad del autoconcepto al estar formado por diversos constructos o aspectos relacionados pero distinguibles. También se ha planteado como una sola dimensión, como la medida por Rosenberg (1965) o la defendida por Coopersmith (1967).

Entrando más en detalle y vista la definición del autoconcepto, podríamos decir que la autoestima se encuentra íntimamente relacionada con el autoconcepto, y puede definirse como la actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, el sí mismo (Rosenberg, 1965), lo que supone un componente valorativo del autoconcepto. La autoestima es aquello que sentimos, pensamos y manifestamos acerca de nosotros mismos. Está directamente relacionada con la valoración que realizamos acerca de nosotros mismos y con los sentimientos que ésta valoración nos produce. Tiene, pues, dos aspectos: a) cognitivo, con él hacemos referencia a la valoración que hacemos de nosotros y b) emocional, tiene que ver con el aprecio o amor que sentimos hacia nosotros mismos.

En lo que se refiere a la génesis de la autoestima, ésta se empieza a formar desde el comienzo de la vida. La forma en que las madres y los padres se relacionan con el niño en sus primeros años determina la valoración inicial que el niño hace de sí mismo. En esta corta edad la autoestima está basada en la aceptación y relación con los más cercanos. En los primeros años de vida, no tenemos un concepto del sí mismo. Éste se va formando progresivamente en función de mensajes que va recibiendo y de las relaciones que se van creando a su alrededor (Espina, et al., 2007).

De este análisis o valoración personal surgen los pensamientos y sentimientos sobre el sí mismo: la autoestima.

Un concepto muy relacionado con todo esto es el ideal de persona, el cual se forja a partir de las normas y valores que vamos recibiendo de las madres y de los padres (principalmente) y de los profesores y personas adultas, desde que somos pequeños. Más tarde incorporaremos las valoraciones de los iguales. Por todo esto vemos que en la formación de la autoestima tiene una importancia capital los mensajes que las figuras parentales y adultos en general transmiten al niño. Estos mensajes son de tres tipos:

1. Los que transmiten una idea de sí mismo (como un espejo), y que le ayudan a definirse.
2. Los que transmiten las normas y valores que el niño va interiorizando para analizar la realidad y a sí mismo.
3. Los que le transmiten una forma de situarse ante las equivocaciones y errores.

Por todos estos motivos es importantísimo en los TCA conocer cómo la persona ha ido forjando su propio autoconcepto y como son sus percepciones respecto a las valoraciones realizadas por su figuras parentales. No se trata de profundizar en el pasado para buscar culpables, sino de conocer las bases materiales sobre las que ha construido su identidad y su proyecto vital. Trabajar con el origen del autoconcepto y el proyecto al que quiere llegar nos puede ayudar a analizar el presente, a que busque otras alternativas que el TCA para conseguirlo y lograr que se auto-atribuya más importancia restándosela a la atribuida al exterior (padres, amigos, dieta, peso, etc.)

## **Pautas parentales de crianza y carga familiar**

Por último y directamente relacionado con lo último expuesto en lo referente a la autoestima y las relaciones con las figuras parentales, me gustaría hacer referencia a las pautas de crianza. Estas han sido asociadas al desarrollo psicoafectivo de los hijos y de las hijas, lo cual está íntimamente asociado a los estilos de apego.

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

- o Optimo (alto cuidado, baja sobreprotección).
- o Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección).
- o Constreñido (alto cuidado y alta sobreprotección).
- o Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección).

La escala de *Cuidado* (CUI) hace referencia a la calidez emocional, la preocupación por el bienestar del hijo y a la valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia. La escala de *Sobreprotección* (SOB) hace referencia al control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo e infantilización, frente a fomento de la independencia.

Han sido numerosos los estudios que han establecido la relación entre los vínculos parentales y los TCA. Pole, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum (1988) encontraron que mujeres bulímicas puntuaban significativamente más bajo en cuidado con respecto a sus madres que la del grupo control (75% Vs. 47% respectivamente). El vínculo que más distinguía a los grupos es el óptimo, al que pertenece un 43 % de las del grupo control Vs. 5,4 % de las bulímicas. En este estudio concluyeron que los síntomas bulímicos estarían disfrazando un desarrollo del yo deficitario relacionado con una pobre empatía parental, más que a un problema básico de autocontrol.

Rhodes y Kroger (1992) compararon la percepción de las pautas de crianza entre adolescentes con TCA y un grupo control libre de síntomas. Entre otras conclusiones destaca que el control sin afecto maternal, caracterizado por la sobreprotección, inhibición de la individuación, intrusividad e infantilización, se asocia en mayor medida que la paterna con los TCA. Además, encontraron que las pacientes puntuaban alto en ansiedad de separación, bajo en separación saludable y alto en negación de la independencia. Es decir, aparece un modelo en el que cuando se sitúan lejos sienten ansiedad de separación y sin embargo cuando están cerca temen ser engullidos (Espina et al., 2007).

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

Estas formas de disfuncionalidad parental o distorsión perceptual o ambas, puede ser un epifenómeno de la atmósfera negativa en las familias con TCA. Las tristes relaciones entre padre e hijos, la crónica emoción negativa, puede ser a la vez causa y consecuencia de las interacciones que minan las preocupaciones parentales y el desarrollo de los hijos (Eisler, 1985). Por otra parte unas pautas parentales de crianza inadecuadas pueden actuar como un factor predisponente a los TCA.

En este punto en el que parece que las pautas parentales pueden incidir, o al menos ser claves, en el desencadenamiento de los TCA, es obligatorio hacer referencia al impacto que supone el saber que un ser querido padece un TCA, si además la enfermedad se cronifica, lo cual sucede con demasiada frecuencia en los trastornos alimentarios, la familia se ve sometida a una “carga”, que afectará a todos los miembros de la familia. El concepto de carga hace referencia al impacto que la convivencia con el paciente produce en la salud y el estilo de vida de los familiares (Fadden, Bebbington y Kuipers, 1987). Podemos distinguir entre carga objetiva y carga subjetiva: la “carga objetiva” se refiere a los efectos sobre la vida social, problemas económicos y de tiempo libre, especialmente en la persona que ejerce el rol de “cuidador primario” del paciente, y la “carga subjetiva” es la derivada del estrés producido por la conducta del paciente que lleva a los familiares a tener sentimientos de inadecuación, cólera y culpa.

Por lo tanto teniendo en cuenta la relación existente entre algunas pautas parentales y el mantenimiento o desencadenamiento de los TCA, pero

también visto el efecto que éste provoca en su entorno más cercano, debemos huir de las atribuciones causales y ampliar la vista hacia una realidad de los TCA más compleja, en dónde se hace necesario el trabajo con todo el entorno de la persona que los padece.

## Un ejemplo en jóvenes de Guipúzcoa

### Muestra

En colaboración con la Asociación D'elikatzuz Bizi y la Universidad del País Vasco, realizamos un estudio sobre una muestra de tipo intencional no probabilístico y recogida en poblaciones de Guipúzcoa (San Sebastián, Hernani, Lasarte y Zarauz). La elección de las poblaciones fue incidental y la muestra se obtuvo por el método de muestreo por conglomerados. El número de centros en los que se recogió la muestra fue de 6, de los cuales 3 eran públicos y 3 privados, en ellos se estudiaba ESO, FP y bachiller. La muestra total recogida estaba constituida por 1050 sujetos y la definitiva, después de eliminar a los sujetos que no habían rellenado todos los ítems de los cuestionarios, estaba constituida por 1032 sujetos: 497 chicas y 535 chicos.

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

### Sobre conductas alimentarias e imagen corporal

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

La preocupación por la apariencia física (BSQ > 80) aparece en el 29,8% de las chicas y el 11,2% de los chicos, siendo moderada o extrema en el 15,7% de las chicas y el 4,7% de los chicos.

Las chicas están más preocupadas e insatisfechas con la apariencia corporal que los chicos, lo cual confirma que la presión social por un modelo de cuerpo delgado sigue incidiendo de una forma más poderosa en las chicas y puede reflejar la relación positiva hallada en nuestro país entre publicidad, modelo estético femenino centrado en la delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal (Toro et al., 1989; De gracia et al., 1999).

El que las puntuaciones medias en el BSQ y en la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 vayan ascendiendo, en las chicas, a lo largo de los años y acaben siendo más elevadas a los 16-18 años, parece indicar que la presión social sobre la apariencia física va aumentando en ellas con los años, estos resultados coinciden, en las chicas, con los de Toro et al. (1989). En los chicos, por el contrario, no hallamos relación entre edad y preocupación por la apariencia, aunque la edad de más preocupación es a los 15-16 años coincidiendo posiblemente con el cambio físico de la pubertad, y luego decrece,

### Sobre autoestima

Las puntuaciones medias halladas son de 29,38 en chicas y 30,82 en chicos. El porcentaje de sujetos con baja autoestima es importante; en las chicas

(49,1%) y para los chicos (32,3%). Otra vez encontramos que las chicas se llevan la peor parte. En ellas las mayores dificultades con la autoestima se dan a medida que tienen más edad. Es importante remarcar la necesidad de estudiar más a fondo este problema, pues es de gran importancia detectar primero cuales son los factores que influyen en que nuestras adolescentes se quieran menos a medida que se hacen mayores, y posteriormente implementar programas de prevención que mejoren esta situación.

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

### **Sobre alexitimia**

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

El porcentaje de casos con alexitimia hallado (23.1% en chicas y 13.6% en chicos). Los análisis de regresión mostraban que en las chicas la alexitimia era influida por menos autoestima, peor imagen corporal, menor cuidado materno y más depresión. Mientras que en los chicos era influida por peor salud mental, menos autoestima y más sobreprotección paterna. Todo lo cual confirma lo señalado anteriormente y destaca el factor protector del cuidado y negativo de la sobreprotección.

### **Sobre pautas parentales de crianza**

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

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

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

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

## Discusión

A lo largo de este trabajo he intentado recoger la relevancia que tienen los TCA en nuestra sociedad y no precisamente sin motivo, ya que se observan unos índices de prevalencia importantes, incluso reduciéndose cada vez más la edad de riesgo.

El ser chica y adolescente, sigue siendo el perfil que se encuentra en mayor riesgo de caer en un TCA. Sin embargo hemos visto como la mayor parte de autores sitúan en múltiples factores el desencadenamiento de estos trastornos, debiendo atender a factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

La mayor parte de las perspectivas teóricas que explican el desarrollo de los TCA, proponen factores relevantes para la comprensión de los trastornos de alimentación (factores biológico, genéticos, conductuales, familiares, sociales, etc.) pero éstos constituyen un cuadro muy complejo e imposible de reducir a un único factor que explique toda su complejidad. En los últimos años, la tendencia se dirige a entender estos trastornos como heterogéneos y multifactoriales, surgiendo de la interacción de diferentes factores individuales (biológicos, psicológicos), familiares y sociales.

Desde esta perspectiva, han sido numerosos los modelos propuestos para dar cuenta de este tipo de trastornos. Entre ellos podemos destacar: el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por Lucas (1981) y ampliado posteriormente por Pirke y Ploog (1984); la consideración de la anorexia nerviosa como una patología multideterminada, que obedece al modelo multicausal de Toro y Vilardell (1987), y otros modelos como los de Williamson et al. (1990), Levine y Smolak (1992), Striegel-Moore (1993) o Wooside et al. (1993).

Por todo esto me parecía importante poder ampliar los TCA a su relación con la imagen corporal, alexitimia, autoestima y pautas parentales.

En lo que se refiere a nuestros resultados, podemos decir que confirman la importancia de los problemas alimentarios en la salud de los jóvenes y, en un sentido más amplio, los serios problemas de autoestima y dificultades para procesar cognitivamente las emociones (alexitimia).

Los problemas alimentarios no son únicamente un problema de imagen corporal inducido por la sociedad occidental en la que impera el culto a la belleza, se trata de un problema en el que también están involucrados aspectos mucho más amplios de la persona. El tener una autoestima baja, encontrarse con dificultades para entender y procesar lo que nos está pasando a nivel emocional, etc., van a ser ingredientes de un terreno abonado para dejarse llevar por la moda de la delgadez y buscar en la dieta

exitosa o en el kilo 50 la satisfacción plena, pero también para padecer otros trastornos psiquiátricos. En esta situación las chicas están en una posición más vulnerable y ello se incrementa con la edad.

En todo este proceso vimos también la importancia de las pautas de crianza en la salud de los hijos, adquiriendo un peso específico muy importante en los resultados de este estudio. La familia, sin descuidar otros factores biológicos y sociales más amplios, es una pieza clave para el desarrollo de los hijos, y por lo tanto en los TCA, debiendo ampliar el foco de comprensión tanta para la prevención como para la intervención.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association** (APA). (2000). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV-TR). Washington.
- Ash, J.B., Piazza.** (1995). "Changing symptomatology in eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*. (18), 23-38.
- Bourke, M. P.; Taylor, G. J., Parker, J., & Bagby R. M.** (1992). "Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminary investigation". *British Journal of Psychiatry*. (161), 240-243.
- Bryant-Waugh, R.J., Cooper, P.J., Taylor, C.L., y Lask, B.D.** (1996). "The use of the eating disorder examination with children: A pilot study". *International Journal of Eating Disorders*. (19), 391-397
- Cash, T. F. y Deagle, E. A.** (1997). "The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis". *International Journal of Eating Disorders*. (22), 107-125
- Cochrane, C.E., Bewerton, T.D., Wilson, D.B. y Hodges, E. L.** (1993). "Alexithymia in the eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*. (14), 219-222.
- Coopersmith, S.** (1967). "The antecedents of self-esteem". San Francisco: Freeman and Company.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P.** (2000). "Alexithymia and depression in eating disorders". *Psychiatry Research*. 93(3), 263-266.
- De Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M. J. y Juan, J.** (1999). "Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes". *Psiquis*. 20(1), 15-26.
- De Groot, J. M., Rodin, G., & Olmsted, M. P.** (1995). "Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa". *Comprehensive Psychiatry*. 36(1), 53-60
- Dwyer, J.T., Feldman, J.J., Seltzer, C.C, Mayer, J.** (1969). "Body image in adolescents: attitudes toward their weight and perception of appearance". *American Journal of Clinical Nutrition*. (20), 1045-1056.
- Eagles, J.M., Johnston, M.I., Hunter, D., Lobban, M., Millar, H.R.** (1995). "Increasing Incidence of Anorexia Nervosa in the Female Population of Northeast Scotland". *American Journal of Psychiatry*. (152), 1266-1271.
- Edgcombe, R.M.** (1984). "Modes of communication: the differentiation of somatic and verbal expression". *Psychoanalytic Study of the Child*. (39),137-154.
- Edlund, B., Halvarsson, K., y Sjoden, P.** (1996). "Eating behaviours and attitudes to eating, dieting and body image in 7-year-old Swedish girls". *European Eating Disorders Review*. (4), 40-53.
- Eisler, I., Szmukler, G.I., Dare, C.** (1985). Family models of eating disorders. In Szmukler, G., Dare, C., Treasure, J. (Eds) *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. John Wiley & Sons Ltd.
- Emde, R.N.** (1988). "Development terminable and interminable, I: Innate and motivational factors from infancy". *International Journal of Psicoanálisis*. (69), 23-42
- Espina, A.** (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds.) *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos.
- Espina, A.** (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Fundamentos.



- Espina, A.** (2003). "Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables". *Journal of Psychosomatic Research*. 55(6), 553-560.
- Espina, A.**, Ortego, M.A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2001). "Alexitimia, familia y trastornos alimentarios". *Anales de Psicología*. 17(1), 139-149.
- Espina, A.**, Ochoa de Alda, I. y Ortego, M.A. Conductas alimentarias, salud mental y estilos de crianza en adolescentes de Guipúzcoa. San Sebastián: D'elikatz Bizi.
- Fadden, G.**, Bebbington, P. y Kuipers, L. (1987). "The burden of care: The impact of functional psychiatry illness on the patient's family". *British Journal of Psychiatry*. (150), 285-292.
- Fernández, C.**, Espina, A. y Aresti, A. (1996). "Uno studio sull'Alexitimia nelle condotte tossicomaniache". *Personalità / Dipendenze*. (2), 235-241.
- Foreyt, J.P., Walker, S., Poston, C., Goodrick, G.K.** (1996). "Future directions in obesity and eating disorders". *Addictive Behavior*. (21), 767-778.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., et al.** (1995). "Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups". *American Journal of Psychiatry*. (152), 1052-1058.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E.** (1981). "Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications". *International Journal of Psychiatry and Medicine*. 2 (11), 263-284
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M., & Jeammet, P.** (1999). "Psychosomatic vulnerability and eating disorders". *Annales Medico Psychologiques*. 157(6), 390-401.
- Halmi, K.A.** (1974). "Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases". *Psychosomatic Medicine*. (36), 18-26.
- Herzog, D.B., Sacks, N.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., von Ranson, K.B., Gray, H.M.** (1993). "Patterns and predicts of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (32), 835-842.
- Hoek, H.** (1991). "Epidemiological findings in the Nederland". *Psychological Medicine*. (21), 455-460.
- Hoek, H.** (2003). "Review of the prevalence and incidence of Eating Disorders". *International Journal of Eating Disorders*. (34), 383-396
- Hsu, L.K.** (1990). *Eating disorders*. New York: Guildford Press.
- Hutchinson, M. G.** (1982). "Transforming body-image: Your body, friend or foe?". *Women and Therapy*. (1), 59-67.
- INSALUD** (1999). *Carta de Servicios de Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Atención Primaria.
- Katz, J.L.** (1992). *Eating disorders and substance abuse disorders*. En A. Tasman y M. Riba (Eds.) *Review of psychiatry*. Washington, American Psychiatry Press.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., et al.** (1994). "Pursuit of thinness and onset of eating disorders symptoms in a community sample of adolescent's girl: a three year prospective analysis". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 20 (3), 113-135.
- Lucas, A. R.** (1981). "Towards the understanding of anorexia nervosa as a disease entity". *Clinical Process*. (56), 254-264.
- Lucas, A. R., Duncan, J. W. y Piens, V.** (1976). "The treatment of anorexia nervosa". *American Journal of Psychiatry*. 133 (9), 1034-1038.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M., Kurland, L.T.** (1991). "50-Years Trend in the Incident of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study". *American Journal of Psychiatry*. (148). 917-922.
- Levine, M. P. y Smolak, L.** (1992). *Toward the model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence*. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum y S. E. Hobfoll (eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familiar context* (pp. 43-45, 59-75). Washington, Philadelphia-Londres: Hemisphere Publishing Corporation.
- Marrazi, M.A. y Luby, D.E.** (1986) "An auto-addiction opioid model of chronic anorexia nervosa". *International Journal of Eating Disorders*. (5), 191-208.

- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M. y Blecua, M. J.** (1993). "Influencias sociales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación". *Revista psiquiátrica de la facultad de Barcelona*. (20), 55-65.
- Martínez-Sánchez, F.** (1996). "Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)". *Clínica y Salud*. 7(1), 19-32.
- Marty P.** (1980). "Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique". (2). París, Payot.
- Morandé, G.** (1995). *Un peligro llamado anorexia*. Madrid. Temas de Hoy.
- Nemiah J.C.**, (1977). "Alexithymia: theoretical considerations". *Psychotherapy Psychosomatic*. (28), 199-206.
- Olestei Baiges, M; Piñol Moreso, J.L; Martín Vergara, N.; De la Fuente García, M.; Riera Solé, A.; Bofarull Bosch J.M. y Ricomá de Castellarnau, G.** (2008). "Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus". *Anales de Pedriatria*. 68 (1), 18-23.
- Onnis, L. y Di Genaro, A.** (1987). Alexitimia. Una revisión crítica. *Medicina Psicomatica*. (32), 45-64.
- Osofsky JD;** (1988). "Ederhart-Wright A: Affective exchanges between high risk mother and infants". *International Journal Psychoanalysis*. (69), 221-231.
- Páez, D., Martínez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A.** (1999). "Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural". *Boletín de Psicología*. (63), 55-76.
- Patton, G.C.** (1998). "Mortality in eating disorders". *Psychological Medicine*. (18), 947-951.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.D.** (1979). "A parental Bonding Instrument". *British Journal of Medical Psychology*. (52), 1-10.
- Peláez Fernández, M.A; Labrador Encinas, F.J. y Raich Escursell, R.M.** (1988). "Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión". *Cuadernos de medicina psicomatica y psiquiatria de anlace*. (71-72), 135-148.
- Pirke, K. M. y Ploog, D.** (1984). *The Psychobiology of Anorexia Nervosa*. Berlin: Springer Verlag.
- Pole, R., Waller, D., Stewart, S., Parkin. & Feigenbaum, L.** (1988). "Parental caring versus overprotection in bulimia". *International Journal of Eating Disorders*. 7 (5), 601-606.
- Raich, R.** (1994). *Anorexia y bulimia nerviosa: trastornos alimentarios*. Madrid. Pirámide.
- Rhodes, B. & Kroger, J.** (1992). "Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women". *Child Psychiatry and Human Development*. (22), 249-263.
- Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J.** (1992). "Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study". *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 63-72.
- Rosenberg, M.** (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M.** (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Russell, J., Kopec-Schrader E, Rey, E. & Beumont, P.** (1992). "Parental bonding instrument in adolescent patients with anorexia nervosa". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (86), 236-239.
- Sáiz, P. A., González, M.P. Bascarán, M.T., Fernández, J.M., Bousoño, M., Bobes, J.** (1999). "Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar". *Actas Españolas de Psiquiatria*. 27 (6), 367-374.
- Schilder, P.** (1958). *The image and appearance of the human body*. New York: International universities press.
- Schmidt, U, Jiwany, A, Treasure, J.** (1993). "A controlled study of alexithymia in eating disorders". *Comprehensive Psychiatry*. (34), 54-58.
- Slade, P. P.** (1988). "Body image in anorexia nervosa". *British Journal of Psychiatry*. (153, suppl. 2), 20-22.
- Stern D. N.** (1984). *Affect attunement*, in *Frontiers in Infant Psychiatry*, vol 2. Edited by Call JD, Galenson E, Tyson RL. New York, Basic Books.

- Steinhausen, H.C., Rauss, C., Seidel, R.** (1991). "Follow-up studies of Anorexia Nervosa: A review of four decades of outcomes research". *Psychological Medicine*. (21), 447-454
- Striegel-Moore, R.** (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. En C. Fairburn y G. T. Wilson (eds.), *Binge eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Tannenhaus, N.** (1995). *Anorexia y bulimia*. Barcelona. Plaza y Janés.
- Taylor G. J.** (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, CT, International Universities Press.
- Taylor, G. J.** (2000). "Recent developments in alexithymia theory and research". *Canadian Journal of Psychiatry*. 45(2), 134-142.
- Taylor G. J., Bagby R.M., Parker J. D. A.** (1992). "The Revised Toronto Alexithymia Scale Some Reliability, Validity and Normative Data". *Psychotherapy Psychosomatic*. (57), 34-41.
- Taylor, G.J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. & Bourke, M. P.** (1996). "Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders". *Journal of Psychosomatic Research*. 41(6), 561-568.
- Toro, J.** (1990). "Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario". *Monografías de Psiquiatría II*. (4), 10-16.
- Toro, J. y Vilardell, E.** (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro J.** (2000). "Epidemiology of eating disorders". *Medicina Clínica*. (114), 543-544.
- Turón, V. J.** (1997). *Trastornos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad*. Barcelona: Masson.
- Thelen, M. H., Powell, A. L., Lawrence, C., y Kuhnert, M. E.** (1992). "Eating and body image concerns among children". *Journal of Clinical Child Psychology*. (21), 41-46.
- Thenader, S.** (1970). "A psychiatric investigation of 94 females cases". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (214), 1-19.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L.** (1989). "Eating attitudes sociodemographics factors and body shape evaluation in adolescence". *British Journal of Medical Psychology*. (62), 61-70.
- Vandereycken, W.**, (1994). "Parental rearing behaviour and eating disorders". En Perris, C., Arrindell, W.A, y Eisemann, M. (eds.), *Parenting and Psychopathology*, New York John Wiley & Sons.
- Willi, J.** (1990). "Update on the Epidemiology of Anorexia Nervosa in a Defined Region of Switzerland". *American Journal of Psychiatry*. (147), 1514-1517.
- Willi, J., Grossmann, S.** (1983). "Epidemiology of anorexia nervosa in a Defined Region of Switzerland". *American Journal of Psychiatry*. (140), 564-567.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, G. C., McKenzie, S. J. y Watkins. P. C.** (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. Nueva York: Pergamon.
- Woodside, D. B.** (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. New York. Brunner/Mazel.

