



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**Psicología**

APEGO PARENTAL Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN  
UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTOR: ALEJANDRA LEZAMA AEDO

ASESOR: Dr. HENRY SANTA CRUZ ESPINOZA

LIMA – PERÚ

2026



## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

### La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	Lezama Aedo, Alejandra

Pertenciente al programa de la **carrera profesional de Psicología**, autora del trabajo titulado: **Apego parental y conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **Título Profesional** bajo la modalidad de **Tesis**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	Santa Cruz Espinoza, Henry	Psicología	Asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **19%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid::1:3553822869**; fecha de entrega: **28 abril 2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 5 de mayo de 2026.**



---

Firma del asesor  
N° DNI: 18168240  
ORCID: 0000-0002-6475-9724

## **MIEMBROS DEL JURADO**

Dr. Alberto Agustin Alegre Bravo  
**Presidente**

Mg. Melania Katy Gutierrez Yopez  
**Vocal**

Mg. Emir Alberto Condori Benavides  
**Secretario**

## **DEDICATORIA**

*A mi familia y a todas las personas que formaron parte de este proceso, principalmente a mis papás y a mi hermana, quienes han sido mi guía y mi mayor fortaleza para continuar. Todo mi amor y gratitud están siempre con ustedes.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, por apoyarme incondicionalmente en cada meta que tengo.

Mamá, eres mi mayor inspiración y mi ejemplo de dedicación y fortaleza.

Papá, gracias por enseñarme que la paciencia y perseverancia construyen cada meta.

A mi hermana, gracias por estar a mi lado en cada aprendizaje.

A mis asesores, por su apoyo constante y por cada enseñanza brindada.

A todas las personas e instituciones que me brindaron la autorización y confianza para participar en sus espacios; su colaboración y empatía fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
<b>1. Identificación del problema.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Justificación e importancia del problema .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Limitaciones de la investigación .....</b>	<b>12</b>
<b>4. Objetivos de la Investigación.....</b>	<b>12</b>
4.1 Objetivo General .....	12
4.2 Objetivos Específicos.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	14
<b>1. Aspectos Conceptuales Pertinentes .....</b>	<b>14</b>
1.1 Apego Parental .....	14
1.1.1 Estilos de Apego .....	16
1.1.2 El Apego y la Psicopatología .....	21
1.1.3 Modelos Teóricos del Apego Parental. ....	22
<b>1.2 Aspectos Conceptuales de las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) .....</b>	<b>30</b>
1.2.1 Características de las Conductas Alimentarias de Riesgo.....	31
1.2.2 Modelos Teóricos de las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)..	33
<b>2. Investigaciones en torno al problema investigado.....</b>	<b>36</b>
2.1 Internacionales: .....	36
2.2 Nacionales: .....	40
<b>3. Hipótesis .....</b>	<b>42</b>
3.1 Hipótesis General .....	42

3.2 Hipótesis Específicas .....	42
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	43
<b>1. Tipo y diseño de investigación.....</b>	<b>43</b>
<b>2. Población y muestra.....</b>	<b>44</b>
2.1 Descripción de la población.....	44
2.2 Muestra, muestreo y criterios de selección .....	44
2.2.1 Criterios de inclusión .....	45
2.2.2 Criterios de exclusión.....	46
<b>2.3. Variables y Operacionalización de las Variables .....</b>	<b>46</b>
2.3.1 Definiciones Conceptuales.....	46
2.3.2 Definiciones Operacionales .....	46
2.3.3 Operacionalización de las Variables .....	48
<b>3. Instrumentos.....</b>	<b>49</b>
3.1 Ficha sociodemográfica .....	49
<b>3.2 Cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego Adulto –     Versión Reducida (CAMIR-R) .....</b>	<b>49</b>
<b>3.3 Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-26).....</b>	<b>52</b>
<b>4. Procedimiento.....</b>	<b>55</b>
<b>5. Plan de análisis de datos .....</b>	<b>57</b>
<b>6. Consideraciones éticas .....</b>	<b>58</b>
RESULTADOS.....	60
DISCUSIÓN .....	69
CONCLUSIONES .....	86
RECOMENDACIONES .....	88
REFERENCIAS .....	90
ANEXOS	

## RESUMEN

Estudio no experimental correlacional que tuvo como objetivo determinar la relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes. Participaron 255 adolescentes de Lima Metropolitana seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos empleados fueron la Versión Reducida del Cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego Adulto (CAMIR-r) y la Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-26). Se realizó un estudio de corte transversal de tipo correlacional. Los resultados evidenciaron la existencia de correlaciones significativas entre ambas variables estudiadas. En conclusión, se hallaron evidencias relevantes que señalan que la calidad del vínculo afectivo parental se relaciona con la presencia de conductas alimentarias de riesgo, lo que resalta la importancia de promover vínculos familiares seguros como factor protector frente al desarrollo de este tipo de conductas en la adolescencia.

Palabras Clave: Apego parental, Conductas alimentarias de riesgo, Prevención, Adolescentes.

## **ABSTRACT**

A non-experimental correlational study was conducted to determine the relationship between parental attachment and risky eating behaviors in a sample of adolescents. The participants were 255 adolescents from Lima Metropolitana selected through non-probability convenience sampling. The instruments used were the Reduced Version of the Adult Attachment Internal Working Models Questionnaire (CAMIR-R) and the Eating Attitudes Test (EAT-26). A cross-sectional correlational design was employed. The results revealed significant correlations between the two variables studied. In conclusion, relevant evidence was found indicating that the quality of the parental emotional bond is associated with the presence of risky eating behaviors, highlighting the importance of promoting secure family relationships as a protective factor against the development of such behaviors during adolescence.

Keywords: Parental attachment, Disordered eating behaviors, Prevention, Adolescents.

## INTRODUCCIÓN

El apego parental constituye un marco teórico fundamental para comprender el desarrollo socioemocional de un individuo, dado que las experiencias tempranas relacionales del niño con sus padres configuran el soporte psicológico y de seguridad emocional a lo largo del ciclo vital (Vega et al., 2011).

El concepto de apego fue propuesto por Bowlby (1969) como un sistema conductual innato cuya función es garantizar la proximidad y seguridad del individuo a través de las relaciones tempranas con las figuras parentales. En función de la sensibilidad y disponibilidad de los cuidadores, se configuran modelos internos de funcionamiento que influyen en la percepción de uno mismo y de los demás (Gutierrez et al., 2017), determinando así las relaciones sociales, y la expresión y regulación emocional (Salinas-Quiroz et al., 2023).

Durante la adolescencia, dichos modelos continúan desempeñando un rol relevante en la forma en la que los adolescentes enfrentan diversas demandas, entre ellas aquellas vinculadas a la alimentación. En esta etapa pueden presentarse comportamientos y actitudes que preceden a las patologías alimentarias, dentro de las cuales se destacan los atracones, la sensación de comer descontroladamente, la preocupación por el peso, la figura, la comida, la insatisfacción corporal, el miedo a engordar (Gutierrez et al., 2017)

Estas conductas alimentarias de riesgo representan una problemática significativa en la población adolescente; a nivel nacional se reporta un incremento de los problemas de hábitos alimenticios alcanzando un 4.6%. No obstante, su comprensión ha estado tradicionalmente centrada en variables individuales o socioculturales, dejando en segundo plano la influencia de los vínculos familiares

y las experiencias relacionales tempranas, clave al momento de establecer pautas preventivas y promocionales de la salud mental.

En este contexto, se plantea como objetivo determinar la relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana con la finalidad de aportar evidencia empírica que permita comprender estos comportamientos desde un enfoque relacional y del desarrollo.

El presente estudio se organiza en 3 capítulos. El Capítulo I presenta el planteamiento del problema, la justificación e importancia así como las limitaciones de la investigación, junto a los objetivos. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, los antecedentes e hipótesis. El Capítulo III describe la metodología empleada. Finalmente, se abordan los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. Identificación del problema**

Hoy en día los adolescentes representan un 30% del total de la población y debido a que se consideran como un subgrupo saludable, es común no centrarse en sus necesidades de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). No obstante, esta es una etapa crucial para establecer pautas de comportamiento protectoras de su salud y de su entorno, o para establecer conductas de peligro ahora y en un futuro (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). En este sentido, el análisis de comportamiento adolescente no debe limitarse a la evaluación de su salud física, sino que debe incluir una amplia comprensión de los factores psicológicos, emocionales y sociales que influyen en su bienestar.

Específicamente es un periodo donde se adquieren nuevas interpretaciones acerca de las vivencias que forman parte de su identidad, y se incorporan grandes cambios físicos, cognitivos emocionales y sociales frente a los cuales la persona reacciona y actúa según las estrategias de afrontamiento adquiridas durante la infancia en su entorno familiar, ya sean saludables y efectivas o desadaptativas (Quiñones-Negrete et al., 2022). Durante esta etapa, la familia adquiere un rol fundamental, dado que los adolescentes siguen buscando en sus padres una fuente de protección y seguridad emocional en tiempos de estrés, un puerto seguro que les permita estimular su independencia y mantener sus valores fundamentales (Papalia & Martorell, 2021). Esta interacción refleja el concepto de apego.

El apego se fundamenta en la necesidad innata de todos los individuos de establecer vínculos emocionales mediante interacciones con diferentes figuras de referencia, como la familia (García et al., 2019; Granero 2017). De esta manera, la

influencia familiar se considera como la más estable y precoz que el adolescente recibió durante la infancia y dependiendo del grado e intensidad de los lazos afectivos, se condicionarán las interacciones sociales posteriores (Seijo et al., 2021) que actúan como mecanismos protectivos o de riesgo para la salud mental (Bautista-Dáz et al., 2020; Palacios, 2021)

Un estilo de apego adaptativo refleja en gran medida una estrategia para la gestión emocional y para la organización de las estructuras cognitivas de sí mismo y de los demás (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011). Por el contrario, un apego desadaptativo implica la activación de la hipervigilancia en el sistema de apego, es decir, los sujetos intentan tener a sus cuidadores principales (generalmente padres) bajo su control dada la inconsistencia de accesibilidad frente a estos. Ello conlleva un incremento en la preocupación y ansiedad en la forma de interrelación de los adolescentes, percepción de evitación y, por tanto, la distancia emocional (Bardales, 2013; García et al., 2019). Además, contribuye en la adquisición de habilidades desadaptativas de manejo emocional, puesto que, durante la niñez, sus figuras de apego no proporcionaron asistencia ni un apoyo estable para confrontar experiencias amenazantes; lo cual termina por crear patrones cognitivos que conllevan a la ansiedad en un extremo, y evitación en el otro (Cortés-García, 2019).

Bajo esta premisa, diferentes autores han identificado una correlación negativa entre los patrones inseguros del apego con la aparición de determinadas psicopatologías, específicamente trastornos afectivos, trastorno límite de personalidad y/o trastornos alimentarios (Biederman et al., 2009; Faber et al., 2017). Se hace hincapié en que las experiencias relacionadas con el apoyo social durante las etapas de la niñez y adolescencia resultan sumamente protectoras para

el desarrollo socioemocional y paralelamente actúan como factores protectores frente a la alta prevalencia de manifestaciones de depresión, ansiedad, alexitimia e ideación suicida (Salinas-Quiroz et al., 2023). Asimismo, se ha destacado que algunas personas al desarrollar sentimientos negativos sobre sí mismos, busquen canalizarlos mediante patologías o conductas alimentarias de riesgo (CAR) que incluyen actitudes pesimistas referentes a la percepción del cuerpo y hábitos alimentarios inadecuados tales como la restricción alimentaria, conductas purgativas, inquietud por el peso, el cuerpo y las comidas, etc. (Gutierrez et al., 2024; Tasca et al., 2004).

Las conductas alimentarias de riesgo suelen iniciar en la adolescencia, dado que es donde se adquiere una mayor autonomía referente a las actitudes y hábitos alimenticios que perduran a lo largo del tiempo porque se da un proceso de selección de sabores, preferencias y autocontrol de ingesta alimentaria y se asumen creencias familiares y culturales (Arias, 2014; Ramírez et al., 2021). Asimismo, predisponen al inicio de una patología alimentaria e incluyen la presencia de insatisfacción, junto a la disminución de autoestima, sensación de bienestar y, por consiguiente, baja calidad de vida (Fajardo et al., 2017), miedo a la evaluación social negativa, alteración de la imagen corporal (Monteleone, 2017), sentimientos de malestar subjetivo, de culpabilidad, tristeza y deterioro psicosocial (Sánchez, 2019). En hombres, dichas conductas se asocian específicamente a conductas de impulsividad, ideación suicida, estrés y síntomas depresivos; mientras que, en las mujeres, solo los tres primeros mencionados (Caldera et al., 2019; Nuño-Gutiérrez, 2009). Además, se presenta falta de autonomía y dependencia emocional, así como dificultades en el área interpersonal donde se manifiesta la introversión, ausencia

de seguridad, ansiedad social, bajo nivel de aserción, problemas para establecer relaciones con personas de sexo opuesto, sensación de no ser eficaz y de fracaso, y falta de control dentro de lo académico, laboral y social (Radilla et al., 2015). A esto se le suman los problemas físicos propios de una mala nutrición, además de una morbilidad prematura en caso de llegar al desarrollo de un TCA (Aguilar, 2019; Fajardo et al., 2017; Nuño et al., 2009).

A nivel mundial, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) expresa que dichas conductas indican mayor prevalencia y frecuencia que los mismos trastornos alimenticios conceptualizados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, especialmente en los adolescentes, donde García et al. (2019) estiman que un 8.3% de esta población entre 11 y 19 años, sobre todo mujeres, se encuentran en peligro de padecer algún tipo de trastorno alimentario. Pese a que el desarrollo de conductas alimentarias inadecuadas es una situación que afecta 2.5 veces más a niñas y mujeres adolescentes (Figuroa-Quñones & Cjuno, 2018), en la población masculina, también se ha evidenciado mayor incremento de la intranquilidad con respecto a la imagen corporal, de 15% a 43% (Radilla et al., 2015). En definitiva, las opiniones que se forman en la adolescencia temprana en relación con el cuerpo y la dieta pueden en última instancia, favorecer el inicio de un trastorno alimentario (Bautista-Díaz et al., 2020).

Esto, se sustenta también por Harris et al. (2018), quienes identificaron la práctica de conductas de riesgo alimentarias previas al inicio de algún tipo de TCA: 16% atracones, 20% purgación por vómitos y 61% restricción de alimentos.

Dentro del marco nacional, se realizaron estudios epidemiológicos dirigidos por el Instituto “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2022), donde señalan que,

si bien las prevalencias de los trastornos alimentarios son bajas, destaca más bien una tendencia al incremento de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes limeños (4.9%). Por su parte, el Ministerio de Salud (2017) reportó un incremento de problemas en los hábitos alimenticios en áreas urbanas alcanzando un 6% solo en Lima y Callao con alta prevalencia en el sexo femenino de 7.1%.

Asimismo, Martínez et al. (2003), reportaron en la población femenina de adolescentes limeñas entre 13 a 19 años una prevalencia de 16.4% en casos de uno o más trastornos de conducta alimenticia bulímica, anoréxica (en menor medida) y trastorno por atracón; y un 15.1% de la población se encontraba en situación riesgosa a desarrollar casos clínicos, dentro de lo cual, se incluyen conductas y sentimientos distorsionados en relación a la actitud frente a la alimentación como episodios de atracones y/o periodos de abstinencia alimentaria.

La evidencia acerca de la relación entre el apego y el desarrollo de patologías alimentarias severas parece ser clara, sin embargo, poco se ha explorado sobre la prevención de estas mismas a través de las conductas alimentarias de riesgo. A nivel internacional, una investigación llevada a cabo en España, identificó que cuando el apego inseguro media entre la interacción de los padres e hijos, genera en ellos durante la etapa adolescente un gran temor por la autoimagen y una distorsión en la percepción de esta misma, principalmente en lo referido a su valía personal. Esto puede desencadenar características relacionadas a los trastornos de conducta alimentaria (temor por la autoimagen, baja autoestima, autoconcepto negativo), pues erróneamente creen que al mejorar su apariencia física podrán compensar otras carencias emocionales no brindadas por los padres durante la infancia y ser físicamente aceptados en la sociedad (García et al., 2019).

En Italia, Monteleone et al. (2017) aportan datos en la misma dirección. Indican que pacientes con desórdenes alimenticios muestran niveles más altos de inseguridad en el apego. Esto podría generar que los adolescentes experimenten su propio cuerpo como un objeto ajeno a ellos (constantemente observado por los demás) y como un instrumento para gestionar sus estados emocionales en las relaciones interpersonales. Entonces, es esperable que empleen estrategias de afrontamiento tales como la inanición o conductas compensatorias para bajar de peso.

En Latinoamérica, se indican resultados similares en países como Brasil, donde Attili et al. (2018) mostraron que un alto porcentaje de adolescentes diagnosticados con algún tipo de desorden alimenticio presentan modelos operativos internos (MOI) de apego inseguro, caracterizados por ansiedad de separación externa y altos niveles de desregulación emocional. Esto sugiere que los trastornos de alimentación podrían surgir en sistemas familiares donde los hijos sienten que no pueden confiar en sus padres, por ello, cambiar su apariencia física podría interpretarse como una estrategia para llamar su atención, obtener consuelo y protección.

En Argentina, Vega et al. (2011) encontraron patrones similares en adolescentes que sufren anorexia y bulimia, confirmando que el vínculo perturbado entre padres e hijos juegan un papel importante en el desarrollo de estas psicopatologías.

Aunque en Perú la literatura es escasa, se encuentran algunos estudios de corte cualitativo, como el de Bardales (2013) quien indica que las vivencias experimentadas entre personas con trastornos de la conducta alimentaria y sus

padres durante la niñez fueron de inseguridad. Es así como hipotetizan sobre la posibilidad de que estos pacientes expresen sus demandas y carencias afectivas no resueltas a través de su figura y peso corporal; de forma que disminuyen la percepción de inseguridad en sus vínculos actuales. Esto refleja una escasa capacidad de mentalización, es decir, una forma restringida para reflexionar sobre sus propios estados mentales o interpretar los de los demás.

Investigaciones más actuales como la de Valderrama (2021), indica la asociación entre un vínculo inseguro y la existencia de síntomas psicopatológicas de somatización, sensibilidad interpersonal y psicoticismo en un grupo de estudiantes universitarios arequipeños; por el contrario, un apego basado en la seguridad del vínculo actúa como factor de protección frente al desarrollo de psicopatologías, dado que correlaciona de manera no significativa con los síntomas anteriormente mencionados.

Todo lo expuesto representa un desafío tanto para las políticas públicas de salud, como para las personas que brindan servicios atencionales en el área de salud mental en identificar tempranamente las alteraciones y trastornos psicológicos, así como las causas bajo las que estos se fundamentan. Además, dentro de un creciente contexto de adolescentes con mayor incidencia de conductas riesgosas de alimentación que trastornos alimentarios en sí, se hace relevante por parte de profesionales de la salud, el desarrollar estrategias desde un enfoque preventivo y de control del aumento del desarrollo de los TCA, así como la promoción de la construcción de un apego seguro y saludable que ha demostrado ser uno de los factores protectores con más relevancia frente al surgimiento de ciertas

psicopatologías y conductas de riesgo (Laporta-Herrero et al., 2020; Lenzo et al., 2021).

Junto a esto y debido a la falta de investigaciones dentro del contexto peruano, surge la necesidad de desarrollar la presente investigación que desemboca en la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Lima Metropolitana?

## **2. Justificación e importancia del problema**

El aporte teórico del estudio radica en que, a nivel nacional destacan escasas investigaciones sobre el tema. Por tanto, se podrá brindar apoyo al sustento bibliográfico previo, dando la oportunidad de correlacionar el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo apoyándose en la Teoría del Apego de Bowlby. De encontrarse una correlación entre las variables de estudio, se ofrecerá información novedosa dentro de una muestra de adolescentes residentes en Lima Metropolitana.

La justificación social de este estudio se sustenta en los resultados alcanzados, ya que aborda problemáticas que afectan directamente el bienestar y la salud mental de la población adolescente. La investigación permite contribuir a la prevención y detección temprana de conductas alimentarias de riesgo que comprometen su desarrollo integral. Además, promueve una mayor conciencia sobre la relevancia de los vínculos afectivos seguros como forma de prevención de dichas conductas, resaltando la importancia del acompañamiento emocional dentro del entorno familiar.

Por último, a nivel práctico se pretende que los resultados orienten a profesionales de la psicología clínica, al fortalecer las bases de diagnóstico y las

estrategias terapéuticas integrales a la hora de abordar las conductas alimentarias de riesgo, las cuales no se enfoquen únicamente en la modificación de conducta, sino en el fortalecimiento de los vínculos afectivos y la regulación emocional en adolescentes.

En el ámbito educativo, los hallazgos buscan contribuir a la elaboración de programas de preventivos promocionales de la salud mental en instituciones escolares. Estos programas pueden incorporar talleres y actividades que favorezcan la construcción de una autoimagen positiva, regulación emocional, identificación temprana de conductas riesgosas, fortalecimiento de los entornos familiares, entre otros. Todo ello en pro de la salud mental de la población adolescente.

Finalmente, contribuyendo con un abordaje interdisciplinario, este estudio ofrece los profesionales de nutrición una guía para integrar la dimensión emocional y relacional en la educación alimentaria.

### **3. Limitaciones de la investigación**

Una de las principales restricciones del estudio es aquella relacionada con la generalización de los hallazgos. En este sentido, los hallazgos deberán aplicarse solo al grupo de estudio. El tipo de muestreo impide generalizaciones a poblaciones más heterogéneas por edad, género, y diferentes orígenes étnico-culturales. Además, se debe considerar la transversalidad del estudio, dado que solo permite establecer relaciones entre las dos variables estudiadas. Finalmente, la información será recopilada mediante cuestionarios de autoinforme, por ende, son susceptibles a sesgos como la deseabilidad social que podría alterar la validez interna de la investigación.

### **4. Objetivos de la Investigación**

#### ***4.1 Objetivo General***

Determinar la relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

#### ***4.2 Objetivos Específicos***

Comparar las conductas alimentarias de riesgo según el sexo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la dimensión seguridad y apoyo familiar y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la dimensión preocupación familiar y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la dimensión rechazo e indisponibilidad parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la dimensión traumatismo infantil y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 1. Aspectos Conceptuales Pertinentes

#### *1.1 Apego Parental*

Diferentes autores han definido el apego como una serie de conductas destinadas a posibilitar la cercanía con otra persona, estas incluyen señales, movimientos hacia la otra persona, orientación, y contacto físico que residen dentro de una relación mutua, y, por ende, recíproca (Ainsworth et al., 2015). Los vínculos de apego son una subclase de la vinculación afectiva y constituyen en sí conexiones emocionales, en las cuales cada persona tiene un rol específico caracterizado por la búsqueda de seguridad emocional, es decir, además de presentar ansiedad y estrés al momento de la separación, se busca también frente a esto la sensación de seguridad, protección y regulación en el otro (Fonagy, 2004).

La propuesta de Bowlby (1969) describe el apego como una función adaptativa con base biológica se inicia en el primer año del desarrollo del bebé cuando existe una interacción entre este con sus cuidadores primarios, generalmente la madre, que conlleva sentimientos de seguridad, estabilidad y autoestima (Keller, 2018). Cassidy & Shaver (2016) añaden que el apego es de carácter asimétrico puesto que el infante tiene la necesidad de buscar refugio en una persona adulta a quien considera más sabio y grande, de manera que pueda conseguir su homeostasis biológica, psicológica y social; porque solo, es inmaduro.

Esto se produce mediante conductas que hace para que la otra parte permanezca accesible, y pueda brindarle atención y cuidados; es decir, que sea receptivo (Sanchis, 2008). Por ello, se destacan 4 sistemas comportamentales que caracterizan al apego (Bowlby, 1969):

El sistema conductual del apego: que fomentan proximidad y contacto mediante llantos, sonrisas etc., que se estimulan frente a la separación y/o señales de amenazas.

El sistema de exploración: el cual disminuye la examinación del medio cuando las conductas de apego están presentes.

El sistema de temor a las personas desconocidas: que supone la disminución de conductas exploratorias e incremento de aquellas conductas de apego.

El sistema afiliativo: que indica interés por parte del infante en mantener comportamientos de proximidad e interacción con aquellos con los que desarrolló o no un vínculo de afectividad (Oliva, 2004).

Dichos sistemas se encuentran entrelazados entre sí, el apego responde a una serie de conductas, cuya activación o neutralización, tal como la intensidad o estructura de sus manifestaciones va más allá del instinto y dependen en gran medida de factores individuales y contextuales (Oliva, 2004).

Sin embargo, en todos los casos deben existir 3 características básicas que sustentan la creación del apego y del vínculo entre padres e hijos (González, 2022):

Sintonía: Referido a la armonía entre los estados internos de padres e hijos, que suelen manifestarse a través de señales no verbales como movimientos faciales, gestos, posturas, etc.

Equilibrio: Aquí, el infante se regula en función a la sintonía que mantiene con sus padres, lo cual lo equilibra a nivel mental, corporal y emocional.

Coherencia: Al relacionarse con sus cuidadores, el niño adquiere un sentido de integración y conexión a nivel interpersonal.

Entonces, el apego y la conformación de los vínculos afectivos resultan fundamentales como organizadores del psiquismo y el desarrollo de la función reflexiva para inferir estados mentales propios y del otro (Bateman & Fonagy, 2016). En otras palabras, los estilos interactivos tempranos entre madre e hijo conllevan a desarrollar modelos operantes internos (MOI) a modo de esquemas mentales que guían la organización y desarrollo del niño, incluyendo sus relaciones futuras (Keller, 2018; Main, 200). Los modelos de los cuidadores (recuerdos, emociones, creencias), paralelamente, moldean los del niño; y, además, la calidad de apego se sustenta en la calidad del control emocional y de la expresión (Garrido-Rojas, 2006; Luyten et al., 2020).

De esta forma, las vivencias del niño con el cuidador (las percepciones que sus padres tienen de él, por cómo le tratan y hablan) inducen a generar modelos representacionales o modelos operantes internos a través de una serie de procesos cognitivos que ayudan al infante a percibir, hacer interpretaciones de las conductas e intenciones de los demás y a dirigir su propio comportamiento emocional y social de manera positiva o negativa mediante la estabilidad requerida (Bowlby, 1980).

### ***1.1.1 Estilos de Apego***

Los patrones de apego de los infantes detallados en un inicio por Ainsworth y Bowlby (1991) sirvieron de fundamento para el desarrollo de distintas clasificaciones de apego adulto. Sin embargo, la evaluación de los estilos de apego ha supuesto complicaciones a la hora de comparar medidas, es decir, no se mantienen modelos de medición completamente consistentes (Fraley et al., 2000). Frente a ello, se ha propuesto una conceptualización del apego en la adultez desde un enfoque dimensional, centrado en las representaciones internas que los

individuos construyen sobre sí mismos y los otros en el contexto de relaciones cercanas.

En base a esta revisión Fraley et al. (2000) proponen dos dimensiones fundamentales del apego adulto - ansiedad y evitación – que subyacen a las categorías de apego comúnmente evaluadas: seguro, preocupado, desvalorizador y temeroso (Melero y Cantero, 2008).

En esta línea, Bartholomew y Horowitz (citado en Yáñez-Yareñ & Comino, 2011) describen la dimensión de ansiedad como aquella asociada a mecanismos de hipervigilancia ante la posible falta de disponibilidad de las figuras de apego. Así, las personas con puntuaciones elevadas en esta dimensión tienden a mostrar mayor preocupación respecto a la probabilidad de no recibir respuestas frente a sus necesidades afectivas. Por el contrario, indican que la dimensión de evitación implica el desarrollo de estrategias orientadas a la supresión de la cercanía emocional, en contraposición a la búsqueda de proximidad, como forma de regulación de pensamientos, emociones y conductas asociadas al apego. En consecuencia, puntajes elevados en evitación se asocian con una tendencia a la desconexión en las relaciones interpersonales.

Existe una gran proliferación de instrumentos disponibles para la evaluación del apego adulto, que reflejan distintos métodos o enfoques metodológicos que pese a no converger en los mismos constructos, se derivan de manera coherente de la misma teoría de apego y suelen estar relacionados entre sí (Garrido-Rojas et al., 2023). En concordancia con ello, los instrumentos que evalúan las relaciones de apego adulto, como el Cuestionario de Modelos de Relación de Apego Parental, no miden directamente categorías de apego, sino modelos de relación en adultos y

permite describir las estrategias de apego a través de las representaciones internas de los individuos. De este modo, estas medidas permiten aproximarse a los estilos de apego en función de los modelos internos que los sustentan.

Los estilos comunmente asociados se detallan a continuación:

En primer lugar, el apego **seguro** abarca sujetos que se caracterizan por confiar en la disponibilidad y ayuda de su figura de apego en momentos de adversidad (Gago, 2014); son más receptivos a explorar el ambiente y construir paralelamente su propio ambiente psico-socioafectivo. Generalmente, la madre o cuidador primario suele involucrarse más con el niño, muestra emociones positivas y respuestas adecuadas, encuentra disfrute en el contacto físico y habla de manera afectuosa al menor y conoce sus gustos (Chamorro, 2012).

Además, durante la adolescencia, muestran expectativas buenas con respecto a sus relaciones interpersonales (Arias, 2014; Gago, 2014; Levy et al., 2010). Demuestran también sus emociones, generalmente positivas, de una manera más flexible, apropiada y controlada (Garrido-Rojas, 2006), y son más confiados, colaborativos, tienen mayor aceptación de sí mismos (relacionado con una elevada autoestima), evocan sentimientos de pertenencia y reportan menor incidencia de desarrollar algún tipo de desorden conductual o emocional (Faber et al. 2017). Principalmente, estos sujetos se distinguen por presentar un esquema mental positivo de ellos mismos y de su entorno.

Por otra parte, el apego **inseguro-ansioso** abarca aquel patrón de comportamiento donde los sujetos no cuentan con la certeza de que sus figuras de apego se encontrarán disponibles para ellos; por ello muestran ambivalencia: pueden reaccionar con cólera evitando la interacción y de inmediato buscar

ansiosamente la cercanía (Garrido-Rojas, 2006). Estas reacciones tienden a ser prolongadas y en ocasiones exageradas, con sentimientos de rabia y malestar.

Generalmente los padres o figuras de apego emplean amenazas de abandono para tomar control en la relación, no son consistentes con su disponibilidad, muestran oposición frente a los deseos del niño, pueden presentar estados de ánimo irritables y a veces utilizan el castigo físico como método de corrección (Chamorro, 2012).

Los adolescentes se caracterizan por tener niveles incrementados de afectividad negativa, así como una pobre regulación emocional, mayor presencia de estrés, ansiedad, depresión durante momentos críticos en el desarrollo, entre otras problemáticas. De igual forma, prevalece la dificultad en las relaciones interpersonales y una excesiva preocupación por estas (Seiffge-Krenke, 2006); por ende, presentan un modelo negativo de sí mismo y de los demás, el cual interfiere en la construcción de un adecuado nivel de autoestima.

Son estos modelos mentales conllevan a la insatisfacción, por lo que se infiere que sus actos no mantienen una relación con las consecuencias. Están en una búsqueda constante de aprobación (deseo de hacerse querer pero sentimientos de incapacidad de hacerse querer). Se presentan conductas de dependencia y temor al abandono (Feeney et al., 1994; citado en Melero y Cantero, 2008).

El estilo **inseguro-evitativo** contempla a niños que tienden a ignorar o esquivar a su cuidador, generalmente son fríos y demuestran un comportamiento similar ante extraños y ante su figura de apego; esto como método de autoprotección frente al rechazo de sus necesidades (Gago, 2014). El comportamiento del cuidador principal suele caracterizarse por inconsistencia en

su disponibilidad, insensibilidad frente a las necesidades del infante, escasa comunicación verbal y no verbal e interacciones en los momentos menos apropiados. A la vez, el niño no suele encontrar consuelo fácilmente (Chamorro, 2012).

Los adolescentes que conforman este estilo, se caracterizan por desarrollar su aspecto emocional sin el sustento y afectividad de terceros, lo cual les lleva a ser autosuficientes, con una pérdida casi total para expresar miedo, rabia o malestar, además de tener metas destructivas (Gago, 2014).

Por último, se añade un tipo de apego **desorganizado**, considerado como aquellas personas que presentan un bajo nivel de confianza en ellos mismos y en los demás. Sienten incomodidad en situaciones de cercanía y consideran estas relaciones como algo secundario; sin embargo, también presentan una elevada necesidad de aprobación. Son estos sentimientos contrariados indican que este estilo de apego genera necesidades frustradas, donde el sujeto espera un contacto social e intimidad, pero al mismo tiempo lo evita por el temor al rechazo. Por ende, estas relaciones íntimas no se establecen de manera satisfactoria (Bartholomew & Horowitz, 1991).

En los niños, este patrón se evidencia a través de conductas como la evitación y resistencia, debido a que los padres son agresivos, violentos y abusan del niño (Main & Solomon, 1990), o son altamente incompetentes a consecuencia de traumas no resueltos en la infancia o pérdidas (Gago, 2014). En situaciones donde la madre se separa de ellos, tienden a carecer de estrategias útiles de regulación y para establecer vínculos ya que esta no es un lugar confiable. Aquellos que desarrollan este patrón de apego tienen sensaciones de miedo, incertidumbre,

falta de coherencia y orden, asimismo sus comportamientos son contradictorios (Duschinsky, 2018).

### ***1.1.2 El Apego y la Psicopatología***

Entonces, el desarrollo de diferentes patrones de apego y vínculos seguros, poseen el rol fundamental cuando se trata de construir la estabilidad o salud mental; incluso la manera de amamantar al niño resultaría fundamental y aquí, se destaca el aporte de Bowlby (1969) cuando indica que incluso la forma en la que se alimenta un bebé representa una oportunidad significativa para evaluar la sensibilidad de las respuestas de la madre frente a las necesidades de su hijo, su habilidad para actuar y adecuarse a sus ritmos y disposición para reconocer las señales sociales del niño como un aspecto crucial en la adquisición futura de sus habilidades sociales (Bowlby, 1969).

De modo que, resulta especialmente indispensable como base teórica para explicar la influencia que tienen los vínculos paternos tanto en el desarrollo del adolescente, como en los trastornos psicopatológicos asociados a la enfermedad mental, específicamente, en los trastornos alimentarios o TCA (Laporta-Herrero, 2020), debido a que se enfatiza en que, la calidad de las interacciones o vínculos que están influenciados en mayor parte gracias a la disponibilidad, a la facilidad para acceder o para responder de la principal modelo de apego del niño, le ofrecerán una mayor sensación de seguridad, así como la regulación de la ansiedad, los problemas de ira o miedo (Faber et al., 2017), y maneras específicas de establecer una relación con los alimentos desde la niñez. Por ende, este actúa como un factor protector frente al perfeccionismo desadaptativo, afecto negativo, experiencia corporal anormal y sensibilidad al rechazo interpersonal que sustentan la

fisiopatología de los desórdenes alimenticios y a su vez, son indicadores de un estilo de apego inseguro (Monteleone et al., 2017). La psicopatología, entonces, se relaciona con la falta de capacidad para integrar, aceptar y sobrellevar las propias emociones y necesidades primarias a lo largo durante el periodo del crecimiento.

### ***1.1.3 Modelos Teóricos del Apego Parental.***

**Teoría de Apego Según Bowlby.** Bowlby (1969), desarrolla una primera teoría del apego partiendo de conceptos procedentes del movimiento psicoanalítico y de la teoría de los sistemas para describir los vínculos formados entre el hijo con la madre (Ainsworth et al., 2015; Arias, 2014), así como la teoría de la evolución, donde concibe este comportamiento como una necesidad biológica innata y medio para garantizar la subsistencia y la multiplicación de nosotros como especie (Pasco & Roisman, 2017) porque garantiza la adquisición del repertorio de comportamientos y adaptaciones flexibles del niño para encontrar seguridad y cercanía de sus cuidadores frente a una amenaza del medio.

En esta teoría, se mencionan tres postulados básicos (Chamorro, 2012):

1. Cuando un individuo tiene la certeza de contar con su referente de apego cuando lo necesite, estará menos expuesto a experimentar sensaciones de miedo intenso o dudas crónicas de otra persona con la que no tenga ese nivel de confianza.
2. Conforme se van alcanzando las diferentes etapas de madurez, se va adquiriendo también la confianza y seguridad que suelen ser estables por el resto de la vida.
3. Las experiencias de cada individuo en relación con la disponibilidad y capacidad de respuesta de su referente de apego construido a partir de

distintos vínculos durante sus años de inmadurez, reflejan relativamente sus experiencias reales.

Bowlby toma influencia también por el modelo cognitivo de Jean Piaget como soporte para proponer el Modelo Operante Interno (Bowlby, 1980) denominados de esta forma por Craik, el cual sustenta las bases para la asociación entre el modelo de apego del niño con el posterior establecimiento de vínculos emocionales que actúa como fuerte predictor de la conducta del adolescente. Estos modelos incluyen experiencias y expectativas generadas desde experiencias tempranas del niño según la disponibilidad y respuesta de su figuras de apego; con ello captan lo que sucede a su alrededor, realizan planes a futuro y generan un conocimiento más claro sobre sus referentes principales, dónde pueden encontrarlos y lo que esperan de ellos (González, 2022).

Así, enfatiza en el apego seguro como fuente de regulador emocional y que brinda confianza en el infante; por el contrario, algún evento traumático durante los primeros años, podría repercutir de manera negativa en la funcionalidad de la personalidad, generar alteraciones emocionales o incluso psicopatologías.

**Teoría de Apego Según Ainsworth.** Por su parte, Ainsworth (1979) brinda un soporte empírico a la teoría propuesta por Bowlby y propone el modelo de una “Situación Extraña” en base a una situación de laboratorio, donde un niño de 1 a 2 años de edad sería separado de sus cuidadores quedándose con una persona extraña durante 3 minutos; posteriormente se reencontraría con su figura principal de apego.

Ainsworth evidenció que la variación en la crianza durante del primer año de vida podría influenciar en una relación segura con el progenitor, puesto que este usa a su mamá como fuente de seguridad para explorar su entorno;

consecuentemente, dejaban de hacerlo cuando percibían una amenaza (Olivia, 2004; Van Rosmalen 2016).

Esto le lleva a identificar junto a Blehar, Waters y Wall (Ainsworth, 1981; Pasco & Roisman, 2017), 3 patrones de apego prevalentes hasta la actualidad. Los denomina: apego seguro, ambivalente o inseguro-ansioso, e inseguro-evitativo (Bardales, 2013). Cada vínculo presenta características particulares:

- Vínculo de apego seguro: El bebé expresa y se muestra más disponible a explorar el entorno que le rodea sin la presencia necesaria de su cuidador o sin experimentar altos niveles de ansiedad sin este. Percibe en su figura de vinculación, una elevada disponibilidad, dado que atiende sus necesidades y tiene una sensación de proximidad frente a situaciones de angustia o requerimiento frente a la adversidad. Por tanto, al reencontrarse con su cuidador encuentra confort y consuelo (Gago, 2014).

- Vínculo de apego ambivalente o ansioso: Durante el experimento, se contempló que estos sujetos expresaban miedo, desconfianza y recelo hacia el ambiente, por lo que, exploraban muy poco y preferían estar apegados hacia su madre, de lo contrario, podrían perder la atención de esta. No presentaban deseos de interacción al encontrarse frente a la presencia de una persona desconocida, sino que incrementaron los niveles de ansiedad y estrés - hipervigilancia emocional (Gago, 2014; Lecannelier, 2017).

- Vínculo de apego inseguro - evitativo: Según lo observado por Ainsworth, existe la presencia de patrones de comportamientos de esquivación hacia su cuidador; donde el niño es capaz de explorar su medio sin mostrar niveles altos de angustia o ansiedad (Bowlby, 1995;

Lecannelier, 2017). De igual forma, no presenta interés hacia la madre y consecuentemente, no presenta expectativas de que sus demandas de cuidado sean atendidas de manera adecuada. Por el contrario espera un rechazo y rechaza porque no encuentran en el cuidador una base segura y cierra sus esquemas hacia su cuidador, tiene estructuras cognitivas rígidas (Arias, 2014; Fonagy 2004). Durante el experimento no muestra cambios en su comportamiento.

**Teoría de Apego Según Main y Solomon.** A nivel representacional, Main y Solomon (1990) introducen otro patrón de apego y lo denominan desorganizado. Se da debido a un conflicto a nivel del apego que se expresa en comportamientos incoherentes, bajo la hipótesis de que este surge cuando el referente principal de apego es apreciada por el infante como base segura y de peligro simultáneamente (Main & Hesse, 1992) donde el niño vivencia impulsos de huida y aproximación que se exacerban mutuamente. Aquí, los padres alarman a los niños debido a su comportamiento atemorizante, asustado o disociado que se explicaría por las propias experiencias traumáticas o ideas aterradoras no resueltas por parte de estas figuras (Duschinsky, 2018).

De esta manera, Main plantea la *Adult Attachment Interview* (AAI) como un instrumento para evaluar el apego desde un enfoque de desarrollo, es decir, los modelos operantes internos pueden predecirse a partir de sus experiencias en la infancia con sus padres porque se basan en interacciones tempranas (Main, 2000).

Expresado de otra forma, el acceso a experiencias internas de las principales figuras de apego durante la etapa infantil y adolescente, así como sus estilos parentales (incluyendo experiencias de pérdidas, rechazos y/o separación) puede

ayudar a la comprensión del estilo de apego actual con sus hijos (Barone & Guiducci, 2009; Duschinsky, 2018).

**Teoría de Apego Según Fonagy.** Fonagy (2004) propone una manera de relacionar la teoría del apego enfocándose en la corriente psicoanalítica, y afirmando que relaciones tempranas son fundamentales para la génesis de un trastorno mental; y haciendo uso de un análisis comparativo entre los conceptos provenientes de ambas teorías, tales como los mecanismos de defensa estudiados por Ana Freud que los compara con los estilos de apego que son utilizados para afrontar los vínculos con sus figuras de apego; o como la influencia mutua propuesta por Mahler, que corresponde a un aspecto relacionado a la teoría del apego desde la perspectiva de que las representaciones maternas sobre el niño influye en esta interacción, entre otros.

De esta forma, llega a describir la mentalización o también llamada función reflexiva a la cual considera como el lugar donde coinciden y se encuentran tanto la teoría del apego como la corriente psicoanalítica (Mendiola, 2008). Esta consiste en poder comprender a otros y a sí mismo (self) a través de estados mentales internos (atribuir estados mentales a uno mismo y a los demás) donde es imprescindible que exista una figura paternal gracias a la cual el niño pueda alcanzar el sentimiento de sí mismo; es decir, la mediatización a través de la relación con el cuidador (Lanza, 2021); de lo contrario, un desbalance en alguna de las cuatro dimensiones de este modelo (controlado automáticamente, enfocado internamente y externamente, uno mismo-otro y cognitivo-afectivo) podría estar asociado con desórdenes mentales (Luyten et al., 2020).

Pese a lo expuesto, la presente investigación se apoyará en la **teoría elaborada por John Bowlby**, mencionada inicialmente, dado su corte biopsicosocial que propone el apego como la manera en la que los individuos se relacionan y forman lazos con su entorno (Gonçalves et al. 2021) que tienden a ser estables, pero pueden modificarse en base a cambios provocados por experiencias fundamentales (Sanchis, 2008). Estos surgen por modelos operantes internos que tienen dos componentes: expectativas cognitivo-emocionales de la autoestima o percepción de sí mismos, y de la atención, cuidado y disposición de los otros en las relaciones que mantienen. (Monteleone et al., 2017; Rocha et al., 2019). Dentro de esta teoría, se plantea el propósito de relacionar el comportamiento psicopatológico con los sucesos con más importancia en el desarrollo del infante referentes a pérdidas o descuidos; de manera que, se indica que los síntomas psicopatológicos, se inician cuando surgen eventos que desvían un adecuado desarrollo psicológico del infante a causa de sucesos perjudiciales que perturban el desarrollo del apego y que, se reflejarán en la etapa adolescente y de adultez del sujeto. (Palacios, 2021; Prada, 2004).

De igual forma, se hace relevante mencionar el cuestionario de apego CaMir sustentando bajo este enfoque, desarrollado por Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meister, Miljkovitch y Halfon Karmaniola (1996, citado en Balluerka et al., 2011), que evalúa los modelos de relación en adultos y permite describir las estrategias de apego desde un aspecto representacional del apego y de percepción de la dinámica de la familia durante la adolescencia y a inicios de la adultez; y cuenta una versión corta desarrollada por Balluerka et al. (2011) en España la cual se denomina

CaMirR, agrupada en 7 factores encargados de evaluar distintos aspectos (Balluerka et al., 2011; Traverso & Nóbrega, 2013):

1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de los cuidadores primarios: que indica la percepción de sentimientos de afectividad y confianza por las figuras de apego, así como la seguridad de que estarán disponibles frente a sus necesidades.

2. Preocupación familiar: excesiva preocupación frente a las figuras de apego, de la situación de la familia, y de la percepción de sentimientos ansiosos de separación de los familiares cercanos.

3. Interferencia de los padres: percepción acerca de la sobreprotección de las figuras de apego, de ser miedoso durante la niñez y haber expresado miedo al abandono, que interfieren en la autonomía e independencia.

4. Valor de la autoridad de los padres: se evalúa si el adolescente muestra o no respeto por la dinámica de su familia basándose en el concepto de los valores de jerarquía y respeto.

5. Permisividad Parental: indica aspectos tales como la falta de establecimiento de límites modelo parental.

6. Autosuficiencia y rencor contra las figuras parentales: evalúa la resistencia hacia los sentimientos de dependencia y afectividad mutua hacia la familia.

7. Traumatismo infantil: indicadores acerca de si el sujeto percibió su entorno familiar como fuente de traumas físicos o psicoemocionales que pueden conllevar a sentimientos de miedo hacia el entorno, además de la

presencia de disponibilidad, violencia y amenazas de sus principales figuras de apego.

Existe también una versión reciente desarrollada en Chile por Garrido-Rojas et al. (2023), el cual será considerado en el presente estudio y abarca únicamente 4 factores descritos de la siguiente manera:

1. Seguridad y apoyo familiar: referido a la idea de que el apego proporciona una sensación de seguridad, implica buscar consuelo y protección, y sentir que los seres queridos estarán disponibles para brindarlos. Se relacionan con la percepción de autoconfianza y confianza en los demás, la expresión emocional, así como una valoración positiva de las relaciones interpersonales y de la reciprocidad afectiva.

2. Preocupación familiar: implica la presencia de ansiedad y preocupación intensas ante la separación de figuras significativas y frente a situaciones vinculadas al apego. También comprende la dificultad para elaborar experiencias de pérdida y la constante inquietud por el bienestar de los seres queridos, lo cual conlleva una hiperactivación del sistema de apego y limita el sentido de autonomía personal.

3. Rechazo e indisponibilidad parental: alude a la baja percepción de disponibilidad por parte de los referentes de apego e indiferencia familiar, así como la percepción de sensación de vacío durante la niñez, donde los adultos estaban más preocupados por problemas propios sin considerar las necesidades de los infantes.

4. Traumatismo familiar: indican recuerdos asociados a experiencias de amenazas de separación o ruptura de los lazos familiares, así como

vivencias de violencia por parte de algún ser querido y peleas en casa durante la niñez. También incluyen el temor hacia las figuras parentales y la sensación de no recordar bien a estos ni la relación con ellos.

## **1.2 Aspectos Conceptuales de las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)**

Diferentes autores hacen hincapié en que las CAR, son definidas como características comportamentales y psicológicas muy cercanas y parecidas a los TCA, pero que se caracterizan porque no alcanzan todas las características diagnósticas de un manual (Garner, 1998). Son comportamientos alimentarios inadecuados, menos frecuentes e intensos que surgen en base al grado de preocupación por el peso o la alimentación y sus manifestaciones psicológicas (Ramírez, 2021).

Estos comportamientos son considerados como un síndrome parcial o subclínico que conlleva a respuestas problemáticas entre el cuerpo y la comida. Suele tener inicio entre la adolescencia o juventud temprana, donde los riesgos de estas etapas se encuentran asociados al entorno donde se da el desarrollo humano, el cual podría generar preocupaciones excesivas con sintomatología de intranquilidad, sensación de estar abrumado, entre otros. Todo ello paulatinamente puede ser canalizado mediante conductas inadecuadas en la alimentación a modo de desfogue emocional (Quiñones-Negrete, 2021). La adolescencia es un periodo donde se adquiere un proceso de selección de sabores, preferencias y autocontrol de ingesta alimentaria, además de la constante búsqueda de identidad y autonomía donde es común que los adolescentes se encuentren susceptibles a influencias externas dependiendo de creencias familiares y culturales, por ejemplo, la idealización de una imagen corporal delgada, lo cual conduce al adolescente a

buscar maneras para evitar engordar y de este modo desarrollar conductas alimentarias de riesgo (Arias, 2014; Ramírez, 2021).

Las CAR abarcan alteraciones sobre la autoimagen corporal, aquellos que la presentan desarrollan estrategias inadecuadas y poco saludables que pueden conducir al desarrollo de un cuadro psicopatológico, específicamente anorexia y bulimia nerviosa (Ureña-Molina et al., 2015); por ende deben ser atendidas debidamente a manera de prevención, ya que vienen acompañados de altos niveles de impulso hacia la delgadez e insatisfacción corporal, creencias sobre la importancia del peso y la forma del cuerpo como medio de aceptación personal y social (Cruz-Sáenz, 2015; Garfinkel & Garner, 1982).

Bautista-Díaz et al. (2020) añaden que, las CAR se ven influenciadas por factores tanto biológicos como psicosociales que determinan su evolución, y al tener implicancias médicas y psiquiátricas graves que muchas veces puede llegar a desencadenarse en un suicidio, representa una problemática de salud importante en el ámbito local y global.

### ***1.2.1 Características de las Conductas Alimentarias de Riesgo***

Las CAR comprenden conductas de atracones, así como la persecución de dietas restrictivas, conductas purgativas como el consumo de diuréticos, laxantes, anorexigénicos e incluso el empleo de enemas, además de la actividad física excesiva y del vómito autoinducido debido a la idealización de una imagen corporal esbelta; y en ocasiones el ayuno prolongado o muy frecuente (Unikel, 2017).

Este comportamiento considera diferentes factores que contribuyen con su mantenimiento, los cuales son explicados por Unikel et al. (2017):

Los factores de **riesgo** abarcan aquellos de tipo biológicos (tales como alteraciones genéticas, neurológicas, género y etapa de desarrollo humano) y aquellos psicológicos y sociales (como el miedo al fracaso, sintomatología ansiosa o depresiva, estrés, antecedentes de abuso físico o episodios de violencia sexual, problemas dentro del ambiente familiar, bajo nivel de autoestima, sentimientos de insatisfacción corporal, burlas por parte de padres o entorno social y se identifica una alta necesidad de aprobación que conlleva a la confusión para lograr identificar emociones, pensamientos y sensaciones corporales) (Unikel et al., 2017; Ureña-Molina et al., 2015).

Los factores **predisponentes** incluyen los de tipo individuales (como inquietudes por la independencia, identidad, separación que abarca aspectos como miedo a madurar, sexo, entre otros; así como personalidad, procesos cognitivos, traumas perinatales y trastornos que involucren la percepción), los de tipo familiares (referido a características sociodemográficas dentro de las cuales se destacan antecedentes familiares de trastornos afectivos, altas expectativas sobre el adolescente por parte de los progenitores, relaciones entre padre e hijo que interfiere con la autonomía y la separación, etc.) y factores de la cultura (como presión social para adelgazar y las expectativas de rendimiento académico) (Unikel et al., 2017).

Luego, se encuentran los factores **precipitantes** que engloba aspectos como la presencia de una dieta principalmente para incrementar niveles de autocontrol o autoestima frente a casos donde ocurra separación o pérdida, desequilibrio familiar, expectativas del medio, etc. (Unikel et al., 2017).

Y finalmente, los factores **perpetuantes** que abarca principalmente la condición patológica de la falta de ingesta de comida (inanición), así como la fisiología intestinal, percepción sobre el aspecto físico del cuerpo, personalidad, dinámica familiar, aislamiento social, y se pone de relieve la cultura de la delgadez o los estándares de belleza donde se enfatiza que el éxito profesional se encuentra asociado con la delgadez y el éxito social, además de ideas erróneas que los medios difunden sobre el cuerpo (por ejemplo, las grasas son siempre dañinas, las dietas hipocalóricas son saludables, etc.) (Unikel et al., 2017).

### ***1.2.2 Modelos Teóricos de las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR).***

**Teoría del Modelo Continuo.** El Modelo del Continuo, propuesto por Nylander (1971) pone de relieve que las CAR se posicionan dentro de un continuo entre los TCA y una conducta alimentaria normal. Por un lado, los TCA se manifiestan en una excesiva preocupación sobre el peso y la alimentación, mientras que en el otro extremo está un comportamiento alimentario adecuado y la preocupación por el peso. Ello lleva a la conclusión de que las personas con una conducta alimentaria saludable no están exentas de preocuparse por el peso, por lo que el problema no es la preocupación *per sé*, si no el nivel e intensidad de este (Ramírez, 2021).

Estas conductas alimentarias comienzan con actos riesgosos y voluntarios tales como atracones, conductas restrictivas, purgativas, entre otras que van escalando con mayor frecuencia hasta llegar a una patología donde la principal causa es poder adelgazar (Altamirano, 2011; Ramírez, 2021). Este modelo fue puesto a prueba por el enfoque multidimensional desarrollado a continuación.

**Modelo Multifactorial o Multidimensional.** El Modelo Multidimensional propuesto por Garner, Rockert, Olmsted, Johnson y Coscina (1985) indica que la patología de las conductas alimentarias de riesgo presenta un corte biopsicosocial, dado que es el resultado de factores predisponentes (individuales, familiares y culturales), precipitantes (dieta) y perpetuantes (sintomatología de inanición), descritos anteriormente (Brytek-Matera & Czepczor, 2017).

Bajo la línea de este modelo, Garner et al. (1983) desarrollan el *Eating Disorder Inventory* (EDI) que tuvo como uno de sus objetivos verificar la propuesta de Nylander; y consideran los aspectos psicológicos que habían sido dejado de lado, tales como características cognitivo y comportamentales más usuales en la anorexia y bulimia nerviosa.

Contiene 8 subescalas descritas a continuación: (1) motivación para adelgazar: referida a la desproporcionada preocupación acerca de la dieta, y el deseo de pérdida del peso o temor por el aumento de este mismo, (2) bulimia: indica la presencia de atracones o sobrealimentación seguidos por vómito autoinducido, (3) insatisfacción corporal: creencias acerca de que algunas partes del cuerpo son demasiado grandes tras el desarrollo de estas en la pubertad, (4) ineficacia: evalúa sentimientos de insuficiencia, inseguridad, inutilidad y falta de la presencia de control, (5) perfeccionismo: indica expectativas muy altas de logro, (6) desconfianza personal: refleja sensación de renuencia a establecer relaciones interpersonales, (7) conciencia interoceptiva: indica falta de confianza para reconocer emociones y sentimientos de hambre o saciedad y, (8) miedo a madurar: debido a las exigencias abrumadoras de etapas posteriores a la preadolescencia (Garner et al., 1983). Las 3 primeras encargadas de evaluar actitudes y conductas

frente al acto de ingerir alimentos y satisfacción con el aspecto corporal, y las siguientes como indicadores para estimar características propias psicológicas de conductas alimentarias riesgosas (Brytek-Matera & Czepczor, 2017). Este instrumento, tiene otras versiones (EDI-2 y EDI-3) que son validadas posteriormente.

Precisamente, será este **modelo multidimensional** bajo el cual se sustentará la variable de conductas alimentarias de riesgo. Aquí destaca el *Eating Attitudes Test (EAT-26)*, instrumento propuesto por Garner y Garfinkel (1982) quienes hacen hincapié en la prevención de los TCA y sustentan la hipótesis de que la detección precoz de las conductas alimentarias de riesgo podría guiar a un tratamiento mucho más temprano basado en la atención de necesidades. Ello mitiga las dificultades físicas y mentales graves, o incluso el fallecimiento de las personas con riesgo a desarrollar un TCA, a través de la evaluación integral de los padecimientos (Santoncini, 2006), sin considerar solo manifestaciones conductuales, sino también pensamientos, conductas y actitudes (Lugo-Salazar & Pineda-García, 2019). Está conformado por tres dimensiones: control oral, dieta y bulimia/preocupación por los alimentos. El primero abarca comportamientos restrictivos de comida que engorde e inquietud sobre la delgadez; el segundo factor de bulimia hace referencia a los indicadores de comportamientos bulímicos y juicios acerca de los alimentos; finalmente el control oral indica la auto moderación de consumo de alimentos y presión del entorno sobre el sujeto por subir de peso (Constain et al., 2014).

## **2. Investigaciones en torno al problema investigado**

### ***2.1 Internacionales:***

Laporta-Herrero et al. (2020), determinaron el vínculo entre los tipos de apego de los progenitores y la valoración corporal en una población adolescente con y sin trastornos alimentarios; y exploraron la asociación entre los patrones de apego, lo positivo acerca de la apreciación y satisfacción de la imagen corporal. Para esto, participaron 260 adolescentes entre 13 y 17 años que fueron evaluados a través del Índice de posición social de Hollingshead, Inventario de apego de padres y compañeros (IPPA), la Escala de apreciación corporal (BAS) y el Inventario de calidad de vida de imagen corporal (BIQLI). Se llega al resultado de que ambos grupos mostraron una asociación significativa y positiva de la comunicación y confianza con los papás por parte de los adolescentes y su apreciación corporal ( $p < 0.01$ ) lo que significa e indica la relación entre patrones seguros del apego y la apreciación corporal; y una relación significativa pero negativa de la alienación de los progenitores y su apreciación corporal ( $p < 0.05$ ), es decir, en el grupo con desórdenes alimenticios, se encontró un efecto directo con gran significancia entre el apego paterno y la apreciación del cuerpo, en comparación al grupo control que obtuvo esto mismo con la relación materna y esto último explica que la relación fuerte entre madre e hija se asocia a una calidad de vida de imagen corporal más saludable que actúa como factor de protección frente a la conciencia de peso.

Lenzo et al. (2021), exploraron la asociación que existe entre el apego, mecanismos de defensa y comportamientos relacionados con desórdenes alimenticios. Se consideró para la muestra, la participación de 284 sujetos de nacionalidad italiana, entre 18 a 49 años. Se hizo uso de la versión italiana del

Cuestionario de Estilo de Apego (ASQ), Cuestionario de Estilo de Defensa (DSQ) e Inventario de Trastornos Alimentarios – 3 (EDI -3). Los hallazgos demostraron que la confianza como factor del apego seguro, se relaciona indirectamente con la Escala de Inadaptación Psicológica General (GPM) del EDI-3 referida a los desajustes psicológicos ligados con los comportamientos de trastornos alimenticios ( $p < .05$ ) y con la Escala de Riesgo de los Trastornos Alimentarios (EDR) que describe la medida de preocupaciones alimentarias, ingesta de alimentos y evaluación corporal ( $p < .05$ ) a través del efecto del Estilo Desadaptativo. Asimismo, otros factores de apego inseguro como la búsqueda de aprobación y, por otro lado, la preocupación por las relaciones sociales, se asociaron indirectamente con la Escala de Inadaptación Psicológica General ( $p < .05$ ) y con la escala de Riesgos de los Trastornos alimenticios ( $p < .05$ ) a través del estilo desadaptativo. Esto indicaría la predisposición de los individuos a desarrollar problemas asociados con los TCA bajo un apego inseguro que les lleva a adoptar estrategias no adaptativas para mantener sus emociones bajo control.

Por otra parte, Cortés-García (2019), identificó y cuantificó la medida en la que mediadores aportan con justificar la relación entre el patrón inseguro del apego y los trastornos alimentarios, mediante un registro de revisión sistemática y metanálisis a través de un proceso de búsqueda integral en siete bancos de datos electrónicos donde identificó 24 estudios. Los resultados expuestos demuestran que, en general, el 61% del efecto total del apego inseguro sobre los síntomas del trastorno alimentario, se explicó por el efecto indirecto de variables mediadoras que incluyen estrategias de regulación emocional desadaptativas, síntomas depresivos, baja satisfacción corporal, neuroticismo, perfeccionismo, atención plena y

comparación a nivel social. De estos, los mediadores con mayor tamaño de efecto fueron la desregulación emocional (a nivel clínico y subclínico, es decir, los que presentaban y no un diagnóstico de TCA) que terminan por suprimir o acentuar respuestas emocionales sobre los síntomas correspondientes a los desórdenes alimenticio: expresado de otra forma, aquellos con características de un patrón de apego inseguro podrían incurrir en comportamientos alimentarios de riesgo como forma distractiva de emociones adversas; y la sintomatología de la depresión a nivel subclínico, que podría implicar que estas personas piensan y se comportan de una manera que favorece el desarrollo de psicopatología alimentaria a través de sintomatología depresiva. Adicionalmente, la baja percepción corporal, la atención plena, el perfeccionismo, el neuroticismo y la comparación social también produjeron un impacto significativo de moderado a bajo en lo que respecta al efecto.

Hoxcha (2016) investigó el vínculo entre la evitación y ansiedad del apego con la madre y las actitudes y comportamientos alimentarios en una muestra no clínica de 779 adolescentes universitarias de 18 a 21 años. Se aplicaron dos instrumentos auto informados: el cuestionario *Experience in Close Relationship* (ECR-S) y el Inventario de trastornos alimentarios (EDI-3). De este último, se consideraron únicamente las escalas de insatisfacción corporal, deseo de delgadez, y bulimia, como indicadores de actitudes y conductas vinculadas a los trastornos de conducta aliimentaria. Los hallazgos mostraron una correlación fuerte entre la masa corporal y el deseo de delgadez ( $Rho = 0.429$ ,  $p < 0.01$ ; esto indica que las participantes con un índice de masa corporal (IMC) más alto (4.6%) son más propensas a realizar prácticas de control de peso en comparación a aquellas con

peso bajo (17.9%) o peso normal (77.8%). Adicionalmente, se halló una correlación significativa fuerte entre el apego evitativo con las madres y la insatisfacción corporal ( $Rho = 0.258, p < 0.01$ ), y entre la ansiedad en el apego con la bulimia ( $Rho = 0.108; p < 0.01$ ); la relación entre la ansiedad en el apego y la bulimia podría deberse a la hiperactivación como estrategia de regulación emocional frente a situaciones difíciles, mientras que en la evitación del apego se emplea la estrategia emocional de que guarda relación con la sintomatología y conductas de desórdenes alimenticios.

Por último, Villalva (2022) llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre los tipos de apego y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 145 adolescentes (13 - 19 años). Se empleó el cuestionario de apego CaMir-R y el cuestionario breve de conductas alimentarias CBCAR. Se obtuvo una correlación positiva entre ambas variables ( $Rho = 0.172, p < 0.05$ ), lo cual indica que los participantes con una representación de apego inseguro, ya sea de evitación o ansiedad, presentan mayor tendencia a adoptar conductas alimentarias de riesgo, con prevalencia en mujeres ( $RM = 78.40$ ). Un estilo de apego inseguro indica que durante la niñez, existieron situaciones donde las figuras de referencia no permitieron una adecuada expresión emocional, por lo que se espera que los adolescentes lleven a cabo conductas poco útiles para afrontar el estrés, tales como uso de laxantes y diuréticos, presencia de atracones o dietas inadecuadas, ejercicio físico en gran intensidad, entre otros. Todo ello se considera relevante para la prevención e identificación de síntomas tempranos de alguna patología alimentaria; de igual forma considerar el tipo de apego de una persona ayudará a plantear un abordaje mucho más personalizado.

## **2.2 Nacionales:**

De La Cruz y Ramos (2020) desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre autoestima y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Para ello, participaron 300 estudiantes mujeres de nivel secundario, con edades comprendidas entre 11 a 18. Fueron evaluadas a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith y la Escala de Autoinforme de Actitudes y Síntomas de Trastornos Alimentarios (EAT-26). Los resultados arrojaron una correlación negativa entre ambas variables ( $Rho = -0.427$ ,  $p = 0.000$ ); lo cual conlleva a la conclusión de que la adolescencia como etapa susceptible a transformaciones físicas y psicológicas, se ve influenciada en gran medida por variables familiares, sociales, escolares y culturales, las cuales podrían incidir en la autoestima y propiciar la aparición de conductas alimentarias de riesgo. Principalmente, las experiencias familiares basadas en la ausencia de apego seguro, la restricción de la expresión emocional o de pensamientos, así como una inadecuada relación familiar (junto a otros factores como el bajo rendimiento académico) podrían interferir en la percepción de la imagen corporal de los adolescentes y paralelamente desencadenar la probabilidad de desarrollar una patología alimentaria.

Silva (2022) realizó una investigación cualitativa y fenomenológica, donde se buscó explorar la repercusión de la alimentación emocional y los mensajes parentales sobre la alimentación en 8 mujeres universitarias entre 19 y 25 años. Se emplearon como técnicas de recolección de datos la prueba *Three Factor Eating Questionnaire* Revisado 21 (TFEQ- R21) para identificar patrones de conducta, la escala *Caregivers Eating Message* que evalúa mensajes sobre restricción y

obligatoriedad de alimentos, y finalmente una entrevista semiestructurada. Dentro de los hallazgos, se pone de relevancia que la familia, principalmente la figura materna durante la niñez y adolescencia, configuran un aspecto fundamental para la consolidación de hábitos alimentarios; así, los mensajes restrictivos o de obligatoriedad sobre el figura física o la delgadez se interiorizan y repercuten en el desarrollo de conductas alimentarias desfavorables.

Además, dentro de los contenidos principales que surgieron a partir del análisis de las entrevistas, se menciona la importancia del componente emocional a la hora de comer con la familia, dado que un entorno saludable facilita la interacción y socialización entre los miembros de la familia y fortalece la relación del apego; por ende, refuerza hábitos alimentarios saludables. Por el contrario, un ambiente tenso y de conflictos favorece conductas desadaptativas respecto a la alimentación como modo de regulador emocional.

Santiago y Tataje (2020) realizaron una investigación con el propósito de correlacionar las conductas de riesgo y las representaciones de apego en un grupo de 117 adolescentes escolares limeños entre 12 y 17 años. Se empleó el Cuestionario de Evaluación Cognitiva de Eventos de Riesgo y el Cuestionario de Apego en su versión reducida (CaMir-r). Los hallazgos indicaron una correlación inversa, baja y significativa entre la dimensión “Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego” y tres conductas de riesgo, entre ellas: conductas agresivas ( $r = -0.189$ ,  $p < 0.05$ ), conductas académicas irresponsables ( $r = -0.199$ ,  $p < 0.05$ ) y conductas sexuales de riesgo ( $r = -0.149$ ,  $p < 0.05$ ). Esto indicaría que el apego seguro toma un papel fundamental en la regulación emocional, lo que significa que sujetos con apego seguro tienden a expresar emociones de forma abierta y asertiva,

midiendo la intensidad de estas sin la necesidad de utilizar conductas agresivas hacia otros o hacia ellos mismos. De igual forma, la base segura del apego promueve la autorregulación, la cual permite el monitoreo y cambio de comportamientos de las personas con el propósito de planificar metas a largo plazo y posponer gratificaciones inmediatas; como resultado, son capaces de generar hábitos saludables en diversos ámbitos de la salud, así como el académico y el ámbito sexual.

### **3. Hipótesis**

#### ***3.1 Hipótesis General***

Existe una relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

#### ***3.2 Hipótesis Específicas***

Existen diferencias en las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana, según sexo.

Existe relación entre la dimensión seguridad y apoyo familiar y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

Existe relación entre la dimensión preocupación familiar y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

Existe relación entre la dimensión rechazo e indisponibilidad parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

Existe relación entre la dimensión traumatismo infantil y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **1. Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación considera un tipo cuantitativo, tomando en cuenta que plantea cuantificar relaciones entre conceptos o variables con la finalidad de arribar a proposiciones precisas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El diseño fue no experimental transversal puesto que no se manipularon deliberadamente las variables de investigación, por el contrario, se observaron los fenómenos tal como se produjeron en su estado natural en un solo momento (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018)

Asimismo, el estudio orienta a la recolección y análisis de información con el propósito de identificar la relación existente entre las variables, por lo que se enmarca dentro de un diseño de tipo correlacional (Hernández et al., 2014).

## **2. Población y muestra**

### ***2.1 Descripción de la población***

La población que participó en el presente estudio fueron adolescentes de ambos sexos, que residen en Lima Metropolitana, con edades comprendía entre 16 y 20 años.

El último censo llevado a cabo en el 2017 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2023), estimó que el grupo etario de 15 a 24 años de Lima Metropolitana estaba conformado por un aproximado de 1,443.368 personas.

Papalia y Martorell (2021) realizan la clasificación de la adolescencia entre los 11 a 20 años. En casi todo el mundo la entrada a la adultez insume cada vez más tiempo y es cada vez menos clara; empieza antes con la pubertad y termina más tarde con el ingreso a la vida adulta plena, impulsado por la tecnología, la información y mayores exigencias educativas o de formación profesional que actualmente exigen los puestos laborales.

Cabe destacar que la elección del perfil muestral es debido a la edad, desde los 16 a 20 años, considerando que son adolescentes (Papalia & Martorell, 2021). Además, las pruebas seleccionadas cubren este mismo rango etario.

### ***2.2 Muestra, muestreo y criterios de selección***

Para el cálculo muestral se hizo uso del software estadístico G\*Power 3.1.9.4 (Faul et al., 2007) donde se consideró un test de modelo correlacional bivariado normal, con tamaño de efecto de 0.2, un poder asignado de 0.90 y un error de 0.05, el cual sugirió un mínimo de 255 personas para el estudio.

Asimismo, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que la selección de la muestra no se encontró sujeta de la probabilidad, sino de los atributos del estudio o del propósito del investigador (Herández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Los criterios de inclusión considerados fueron: participantes con edades comprendidas entre los 16 y 20 años, residentes en Lima Metropolitana cuya participación fuese voluntaria y que hubieran firmado el consentimiento informado correspondiente. En aquellos menores de edad, se requirió además la autorización mediante la firma del consentimiento informado por parte del padre o apoderado legal. Se descartó la participación de aquellos individuos que no completaron las pruebas solicitadas o que fueran estudiantes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

La muestra final estuvo conformada por 255 adolescentes de Lima Metropolitana, cuyas edades oscilaron entre 16 y 20 años ( $M = 16.5$ ;  $DE = 1.17$ ). En cuanto al sexo, el 56.1 % correspondió a mujeres ( $n = 143$ ) y el 43.9 % a varones ( $n = 112$ ). Respecto a la edad, la mayor proporción de participantes tenían 16 años (78.8 %), seguida de quienes tenían 17 años (7.5 %), 20 años (7.5 %), 18 años (3.9 %) y 19 años (2.4 %).

### ***2.2.1 Criterios de inclusión***

Se consideraron los siguientes criterios inclusivos: (1) que tengan una edad en el rango de 16 a 20 años, (2) que vivan en Lima Metropolitana, (3) participación voluntaria (4) firma del consentimiento informado y (6) en aquellos menores de edad: firma del consentimiento informado por el padre o apoderado.

### **2.2.2 Criterios de exclusión**

Y, como criterios de exclusión: (1) participantes que no hayan completado las pruebas solicitadas (2) que estudien en la UPCH.

## **2.3. Variables y Operacionalización de las Variables**

### **2.3.1 Definiciones Conceptuales.**

**Apego Parental.** Bowlby (1969) explica que el apego es una conexión emocional en base a un sistema adaptativo y base biológica que se inicia en el primer año del desarrollo del bebé, cuando existe una interacción entre este con sus cuidadores primarios, que conlleva sentimientos de seguridad, estabilidad y autoestima que configuran un sistema de regulación emocional. Esta interacción considera cuatro dimensiones: seguridad y apoyo familiar, preocupación familiar, rechazo e indisponibilidad parental y traumatismo infantil.

**Conductas Alimentarias de Riesgo.** Garner (1998) define las conductas alimentarias de riesgo como características comportamentales y psicológicas muy cercanas y parecidas a los trastornos de conducta alimentaria, pero que se caracterizan porque no alcanzan todas las características diagnósticas de un manual. Se expresan a través de persecución de dietas restrictivas, preocupación por la delgadez, conductas de atracones y vómito autoinducido, autocontrol de ingesta y presión externa para bajar peso. Todo ello puede conllevar a un cuadro psicopatológico, específicamente anorexia y bulimia nerviosa.

### **2.3.2 Definiciones Operacionales**

**Apego parental.** Se asume la definición de apego propuesta por John Bowlby, considerando la medida de la variable a través del cuestionario CaMir-R (Garrido-Rojas et al., 2023), que evalúa 4 factores: (1) Seguridad y apoyo familiar,

(2) Preocupación familiar, (3) Rechazo e indisponibilidad parental y (4) Traumatismo familiar. Estos factores permiten aproximarse a los estilos de apego mediante la representación de relaciones y estrategias de apego, sin medir directamente categorías.

Es una escala de respuesta en formato Likert de 5 categorías que inician desde 1 = Muy verdadero, 2 = Verdadero, 3 = Ni verdadero ni falso, 4 = Falso, 5 = Muy falso, y los factores puntúan de la misma manera.

**Conductas alimentarias de riesgo.** Se asume la definición de medida de la escala de actitudes alimentarias EAT, propuesta por Garner et al. (1982), distribuida en 5 dimensiones: (1) Restricción alimentaria, (2) Síntomas bulímicos, (3) Preocupación por el peso, (4) Preocupación por la comida y (5) Percepción de los demás sobre la propia alimentación. Presenta una escala en formato Likert de 5 opciones de respuesta que comprenden: nunca = 0, casi nunca = 0, a menudo = 1, muy a menudo = 2 y siempre = 3.

### 2.3.3 Operacionalización de las Variables

**Tabla 1**

*Matriz de Operacionalización de la variable Apego Parental*

Variable	Dimensiones	Ítems	Escala de medición	Instrumento
Apego Parental	Seguridad y apoyo familiar	2, 3,4,5,6,14,23	Ordinal	Cuestionario de Apego, versión reducida CaMir-R
	Preocupación familiar	7,8,12,18,22, 25		
	Rechazo e indisponibilidad parental	9,10,11,16, 17,19,21,24		
	Traumatismo familiar	1,13,15,20		

**Tabla 2**

*Matriz de Operacionalización de la variable Conductas Alimentarias de Riesgo*

Variable	Dimensiones	Ítems	Escala de medición	Instrumento
Conductas Alimentarias de Riesgo	Restricción alimentaria	1, 11, 14	Ordinal	Eating Attitude Test (EAT-26)
	Síntomas bulímicos	16, 23, 7, 6, 17		
	Preocupación por el peso	8, 13, 20		
	Preocupación por la comida	21, 18, 4, 22, 3		
	Percepción de los demás sobre la propia alimentación	26, 24, 10		

### **3. Instrumentos**

#### ***3.1 Ficha sociodemográfica***

Se aplicó la ficha sociodemográfica, la cual es de elaboración propia y consta de 4 preguntas con alternativas múltiples para marcar, siendo administrada de manera individual, con un límite de tiempo que varía entre 5 a 10 minutos. De la misma forma, tiene como objetivo conocer los datos generales de cada participante, entre estos la edad, sexo y lugar de residencia, principalmente para verificar si cumplen con los parámetros de inclusión del presente estudio expuestos anteriormente.

#### **3.2 Cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego Adulto – Versión Reducida (CAMIR-R)**

El Cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego Adulto o CaMir (*Modèles Individuels de Relation*) fue desarrollado por Pierrehumbert et al. (1996) como un instrumento de acceso libre destinado a evaluar los modelos operativos internos del apego, explorando las valoraciones actuales y pasadas de las figuras de apego y la interpretación de las prácticas parentales durante la infancia en adolescentes de 14 años en adelante. La versión original está conformada por 72 ítems distribuidos en 13 dimensiones. Más tarde en su versión abreviada (CaMir-R), validada por Balluerka et al. (2011) en Barcelona, España, quedó conformada por 32 ítems y 7 dimensiones (Nóblega & Traverso, 2013).

En el presente estudio se utilizó la versión chilena del CaMir-R desarrollado por Garrido-Rojas et al. (2023), basada en la adaptación lingüística previa elaborada por los mismos autores (Garrido-Rojas et al., 2009). Está conformado por 25 ítems y 4 dimensiones: seguridad y apoyo familiar, preocupación familiar, rechazo e

indisponibilidad parental y traumatismo familiar; cada una relacionada con uno de los 4 estilos de apego. Es una escala de respuesta en formato Likert de 5 categorías que inician desde 1 = Muy verdadero, 2 = Verdadero, 3 = Ni verdadero ni falso, 4 = Falso, 5 = Muy falso, y los factores puntúan de la misma manera.

Esta prueba obtuvo la validez por medio de los siguientes análisis: Análisis Paralelo (AP), un Análisis Gráfico Exploratorio (EGA) y una comparación de ajuste entre distintos modelos. Tanto el AP como el EGA indicaron que el número mínimo de componentes aleatorios se encontrarían entre 4 y 5 factores; sin embargo, tras realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) que comprobó el modelo hipotetizado, sugirió 4 factores (cada uno representando los prototipos de apego) a partir del cual se alcanzó un ajuste excelente que indica una adecuada validez de constructo.

Seguidamente, se procedió con la selección de ítems considerando aquellos con carga factorial alta ( $r < 0.30$ ), ausencia o baja carga cruzada y criterios teóricos (validez de contenido), quedando los siguientes factores: (1) Seguridad y apoyo familiar, (2) Preocupación familiar, (3) Rechazo e indisponibilidad parental, y (4) Traumatismo familiar con un total de 25 ítems cuyas saturaciones fueron de moderadas a altas.

La confiabilidad fue evaluada a través de métodos por consistencia interna, donde se empleó el estadístico de Alfa de Cronbach, con valores resultantes de 0.87, 0.83, 0.81 y 0.77 respectivamente para cada dimensión, lo cual indica un nivel de confiabilidad alto. Y en cuanto a la confiabilidad de estabilidad, se empleó el Coeficiente de Omega que arrojó valores entre 0.61 y 0.83.

Una vez seleccionados los 25 ítems, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio, cuyo modelo correspondió al modelo final obtenido en la primera etapa, obteniendo así resultados que mostraron un excelente ajuste del modelo a los datos:  $\chi^2=488.738$ ,  $gl = 269$ ,  $RMSEA = 0.043$  (0.037, 0.049);  $CFI = 0.973$ ;  $TLI = 0.970$ . Además, todos los ítems mostraron cargas significativas y con magnitud apropiada en los 4 factores ( $>0.40$ ).

En resumen, el CaMir-r posee adecuadas propiedades psicométricas para evaluar las representaciones y estrategias del apego en adultos.

Aunque existe una validación peruana del CaMir (Nóblega & Traverso, 2013) esta es solo de la versión extensa de 72 ítems, la cual no será empleada debido a la dificultad de aplicación y duración de tiempo del test que supera los 40 minutos por su metodología *Q sort*. La versión corta, en cambio, presenta una aplicación mucho más económica, que permite un empleo masivo del test debido a su rapidez y facilidad de aplicación a modo de auto-reporte, así como su interpretación y análisis (Garrido-Rojas et al., 2023) (Ver Anexo 4).

Si bien el instrumento utilizado fue originalmente adaptado y validado en población chilena, en esta investigación se llevó a cabo una revisión de las evidencias de validez de la estructura interna en una muestra de adolescentes peruanos, obteniéndose resultados favorables.

En relación al análisis factorial confirmatorio de la escala de CAMIR se observa que las cargas factoriales de todos los ítems oscilan entre 0.45 a 0.819, lo que indica que los ítems relacionan con las dimensiones del instrumento. Asimismo, los índices de ajuste del modelo se encuentran dentro de los rangos aceptables ( $CFI>.90$ ,  $TLI>.90$ ,  $RMSEA<.008$ ) lo que respalda la adecuación del modelo

propuesto. Estos resultados constituyen evidencias de validez de la estructura interna, y confirman la validez del instrumento en la muestra evaluada.

De igual manera, el análisis de confiabilidad por consistencia interna muestra que las dimensiones de la escala presentan coeficientes adecuados, superiores a  $0.80$ , lo que indica un nivel de confiabilidad satisfactorio (Ver Anexo 1).

### **3.3 Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-26)**

La escala de Actitudes Alimentarias (*Eating Attitude Test* o EAT-26, Garner et al., 1982) presenta 26 ítems y cuenta con 3 factores: bulimia y preocupación por la comida, dieta y control oral (Garfinkel & Newman, 2001). Esta prueba es útil para identificar sujetos en riesgo de presentar algún tipo de TCA y que aún no han sido diagnosticadas clínicamente, pero no distingue entre anorexia y bulimia nerviosa. Puede ser aplicado en adolescentes y adultos en un tiempo aproximado de 15 minutos, donde los participantes indican la regularidad en la que se practican las conductas riesgosas expresadas en los ítems.

Para el estudio planteado, se hará uso de la validación psicométrica en la población colombiana por Constaín et al. (2014), basada en la traducción y adaptación al castellano de Gandarillas et al. (2003). Esta validación es una de las adaptaciones más recientes y ha sido empleada en diversos estudios peruanos.

La validación colombiana logró una validez y eficacia diagnóstica para la valoración de riesgo de TCA. Dentro de la población femenina, inicialmente se verificó la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio, previamente se analizaron la adecuación de los datos de la matriz de correlaciones (0.000000291), el test de esfericidad de Bartlett (2.466,48;  $p < 0.0001$ ), y el índice

KMO (0.90). A partir de ello, se empleó el análisis de componentes principales utilizando una rotación de tipo varimax, donde se halló una varianza acumulada de 66.0% por las 3 dimensiones. Sin embargo, los ítems 19 y 25 explicaban menos de 20% de la varianza en los dominios, por lo que se consideró relevante eliminarlos de la escala (Constaín et al., 2014).

Asimismo, la validez de criterio fue calculada a través de sensibilidad (100%), especificidad (85.6%), valor predictivo positivo (61.0%), negativo (100%), valores de similitud positiva (6.9%) y negativa (0.0%). La confiabilidad arrojó un resultado de 92.1%, y 93.6% cuando se eliminaron los ítems 19 y 25.

Presenta además otros beneficios para el análisis de los resultados, donde brindan un punto de corte idóneo  $\geq 11$  mediante las curvas ROC, para discernir la población de la que podría estar enferma de la que no en un 97.3%. Además, consideran la validación cultural donde optan por modificar la cantidad de opciones de respuestas a 5: nunca, casi nunca, a menudo, muy a menudo y siempre; y se modificó la puntuación de modo de: 0 para las dos primeras, 1 para la tercera, la cuarta con 2 y la quinta con 3.

Cabe destacar que se realizó el mismo estudio para un grupo de población masculina años más tarde por los mismos autores, de igual manera se hallaron niveles aceptables de validez y confiabilidad (Constaín et al., 2017).

Sin embargo, la prueba utilizada no contaba con evidencias previas de validez y confiabilidad en población peruana pese a haber sido empleada en diversos estudios realizados en Perú. Por ello, se evaluó la estructura interna del instrumento en la muestra estudiada. Inicialmente, la estructura factorial mostró un

ajuste inadecuado, evidenciando que el modelo propuesto no se replicaba de manera óptima en el contexto peruano.

Ante dichos resultados, se revisaron estudios internacionales y se identificó un estudio realizado en población mexicana entre 18 a 40 años, cuya realidad sociocultural presenta similitudes con la peruana. Este reportó un mejor desempeño del instrumento mediante una reducción del número de ítems y una reorganización factorial, así como nuevas denominaciones para las dimensiones (Pérez et al., 2023).

Considerando estos antecedentes, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el objetivo de identificar la estructura subyacente del instrumento. Como resultado, se eliminaron aquellos ítems que presentaron cargas factoriales bajas dado que no contribuían de manera adecuada a la medición del constructo, estos fueron: 2, 5, 9, 12, 15, 19 y 25. El AFE sugirió una solución de cinco dimensiones conceptualmente coherentes tras la revisión del contenido de los ítems.

A partir de esta estructura, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC), que corroboró una estructura de cinco dimensiones denominadas: (1) restricción alimentaria (ítems 1, 11 y 14), (2) síntomas bulímicos (ítems 16, 23, 7, 6 y 17), (3) preocupación por el peso (ítems 8, 13 y 20), (4) preocupación por la comida (ítems 21, 18, 4, 22 y 3) y (5) percepción de los demás sobre la propia alimentación (ítems 26, 24 y 10).

La estructura final presentó índices de ajuste adecuados ( $CFI = .91$ ,  $TLI = .90$ ,  $RMSEA = .06$ ), luego de correlacionar los errores de los ítems 21 y 18. Asimismo, el análisis de confiabilidad, realizado mediante el coeficiente alfa de

Cronbach, evidenció una adecuada consistencia interna de la escala ( $\alpha = .91$ ), con valores satisfactorios en cada una de las cinco dimensiones. Como resultado de los análisis psicométricos, se eliminaron siete ítems del instrumento original, quedando la versión final conformada por 19 ítems (Ver Anexo 2).

#### **4. Procedimiento**

Inicialmente, la investigación fue revisada por parte de la Unidad de Gestión y posteriormente aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El proceso de captación se llevó a cabo de la siguiente manera: El grupo de menores de edad recibieron la invitación para participar del estudio por medio de la Institución Educativa donde se encuentran agrupados (previa coordinación y autorización por parte del director). Para ello, previamente se solicitó el permiso de sus padres y/o apoderados a través del consentimiento informado.

Los adolescentes mayores de edad fueron reclutados a través de invitaciones virtuales a los líderes de organizaciones y/o clubes de voluntariados (a través de las redes sociales de Instagram y Whatsapp). Una vez garantizados los permisos, la población fue elegida bajo los criterios de inclusión y exclusión detallados anteriormente. Seguidamente, se aplicó la ficha sociodemográfica y se priorizó la firma de consentimientos informados y la participación voluntaria por parte de todos los participantes.

En aquellos menores de edad, previamente se hizo entrega de los consentimientos informados para que puedan ser firmados por los padres de familia o apoderados, y luego fueron devueltos a la investigadora. Las consultas que

surgieron con algún aspecto relacionado al consentimiento informado, fueron resueltas por la investigadora, quien brindó un número telefónico.

Finalmente, se procedió con el proceso de enrolamiento. Las pruebas se aplicaron de manera presencial y grupal en ambos casos, ya que aseguró mayor control sobre el ambiente. En menores de edad, se aplicó aula por aula durante las horas de tutoría. Cada aula contó con un promedio de 30 alumnos, y se consideraron todas las secciones de cuarto y quinto de secundaria.

En mayores de edad, la aplicación se realizó en los lugares donde los adolescentes llevan a cabo sus reuniones semanales/ mensuales. Antes de que ambos grupos de participantes accedan a los reactivos, se les explicó brevemente la importancia de su participación en el estudio, así como el objetivo de este mismo. Se hizo hincapié en la participación voluntaria, y las dudas sobre las encuestas fueron directamente resueltas por la investigadora. De igual modo, aquellos participantes que presentaron malestar frente a algún ítem de las encuestas, fueron libres de abandonar el estudio con previo aviso.

Al finalizar el llenado de ambos cuestionarios, se brindaron fichas informativas para los adolescentes acerca de la importancia de la conexión afectiva entre padres e hijos, así como formas de prevención de los TCA. De igual manera, se hizo la entrega de informes breves individuales con los resultados de las pruebas a cada uno de los participantes vía email. En los adolescentes menores de edad, el informe de resultados se envió vía email a los padres de familia o apoderados, tal como se especificó en el consentimiento.

Tras la recopilación de datos de la muestra, se procedió con el análisis correspondiente de las variables y con la redacción final del informe.

## 5. Plan de análisis de datos

Se utilizó Microsoft Excel 365 para la construcción de la base de datos de la muestra y la tabulación de las subescalas de cada uno de los instrumentos de investigación continuando con la confidencialidad por medio de la codificación de los datos a los cuales solo el investigador tuvo acceso. Posteriormente, se procedió con la depuración de la base de datos, y se mantuvo únicamente la información válida para los fines del estudio. Al ser completada la matriz, los datos fueron trasladados al paquete estadístico Jamovi 2.3.28 (Jamovi Project, 2023) para elaborar el correspondiente procesamiento estadístico.

Se inició con el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de distribución, frecuencia y descripción de los niveles de ambas variables dentro de la muestra. La normalidad de las variables se evaluó mediante los índices de asimetría y curtosis, dado que la mayoría de las distribuciones mostraron valores dentro de rangos aceptables, se asumió el cumplimiento del supuesto de normalidad para la aplicación de estadísticos paramétricos.

Para el análisis de las correlaciones se usó el coeficiente de correlación de Person, mientras que para el análisis comparativo entre grupos se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes. La interpretación de los resultados se realizó considerando un nivel de significancia estadística de 0.05, así como la magnitud del efecto.

En el caso de las correlaciones, la magnitud de efecto se interpretó considerando los siguientes puntos de corte: pequeño ( $r \geq 0.10$ ), mediano ( $r \geq 0.30$ ) y grande ( $r \geq 0.50$ ). Para las diferencias, el tamaño de efecto se interpretó

como: pequeño ( $d \geq 0.20$ ), mediano ( $d \geq 0.50$ ) y grande ( $d \geq 0.80$ ) (Kotrlík et al., 2011).

## **6. Consideraciones éticas**

El presente estudio fue presentada y autorizada por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. De este modo, se cumplieron los principios éticos planteados por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017).

Se garantizó el cumplimiento del principio de Beneficencia/No Maleficencia, dado que no se expuso a los sujetos a situaciones donde su salud física o mental pudiera verse afectada. Igualmente, aquellos participantes que se sintieron movilizados emocionalmente con algún ítem de las pruebas y no desearon continuar, fueron libres de abandonar el estudio. Asimismo, de manera general, dentro de las instrucciones de las pruebas se colocó un texto con una invitación a abandonar el estudio si algún ítem genera incomodidad.

Se enfatizó la confidencialidad del estudio durante la recolección de datos de los participantes, es decir, al momento de la aplicación de las pruebas y la firma de consentimientos informados. La identificación de cada participante fue codificada y únicamente manejada por la investigadora. Los datos fueron encriptados a través de códigos asignados al momento del registro voluntario de los participantes y los resultados se utilizaron solo para la presente investigación.

Las dudas adicionales al estudio que surgieron fueron resueltas directamente por la investigadora quien brindó un número telefónico para contacto. De igual forma, se brindó el contacto de la línea telefónica 113 - opción 5 desarrollada por el Ministerio de Salud, de acceso gratuito para la comunidad y para recibir información y orientación especializada en temas de salud mental. Se realizó

también la entrega de material informativo acerca de la relevancia de los vínculos afectivos entre padres e hijos, así como formas de prevención de los TCA, y la entrega de un informe breve con los resultados de cada participante tras su participación.

De igual manera, se cumplió con el principio de Autonomía, dado que se explicó a los padres de familia y adolescentes mayores de edad (18 años a más) los objetivos del estudio, los cuales estuvieron también consignados en el consentimiento informado. En los participantes menores de edad (16 y 17 años), se hizo entrega, en primera instancia, del consentimiento informado a los padres de familia o representantes legales, quienes autorizaron la participación del menor dentro del estudio, posteriormente, se brindó el asentimiento informado hacia los adolescentes. En todo momento se enfatizó en la participación voluntaria, donde los participantes contaban con la libertad de negarse a participar del estudio, retirarse de este o retirar sus datos una vez recolectados cuando así lo crean conveniente.

El principio de Justicia se cumplió durante la convocatoria de la muestra. Todos los participantes obtuvieron un trato igualitario, de equidad y respeto, los beneficios obtenidos fueron distribuidos para todos los involucrados en la investigación siguiendo el mismo protocolo de investigación sin diferenciación alguna.

## RESULTADOS

A continuación, se exponen los principales hallazgos derivados de este estudio. Se inicia detallando el análisis descriptivo de la muestra de estudio. Posteriormente, se presenta el objetivo general y se finaliza con los resultados correspondientes a los objetivos específicos del estudio.

Las tablas 3 y 4 exponen los estadísticos descriptivos correspondientes a las dimensiones de apego y conductas alimentarias de riesgo. Se incluyen la media, desviación estándar, valores mínimo y máximo, además de los coeficientes de asimetría y curtosis. La muestra estuvo conformada por 255 participantes.

### **Estadísticos descriptivos del apego parental**

En relación a las dimensiones del apego, la seguridad y apoyo familiar mostró la media más alta de 25.8 ( $DE = 4.74$ ), con un rango entre 7 y 35, mostrando una ligera asimetría negativa ( $As = -0.427$ ) y una curtosis cercana a la normalidad ( $Cu = 0.553$ ). De manera similar, la dimensión preocupación familiar presentó una media de 20.5 ( $DE = 4.65$ ), con puntuaciones entre 6 y 30 y una distribución aproximadamente simétrica ( $As = -0.252$ ;  $Cu = -0.054$ ).

En cuanto a la escala de rechazo e indisponibilidad parental alcanzó una media de 23.3 ( $DE = 6.32$ ), con un rango entre 8 a 38, presentando valores de asimetría y curtosis cercano a cero ( $As = -0.096$ ;  $Cu = -0.372$ ). Finalmente, traumatismo infantil presentó una medida de 10.4 ( $DE = 4.41$ ), con puntuaciones entre 4 y 20, y una asimetría positiva leve ( $As = 0.294$ ), lo que indica una mayor concentración de puntajes bajos.

**Tabla 3***Estadísticos descriptivos de las dimensiones del apego parental en adolescentes*

Dimensiones	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
Seguridad y Apoyo Familiar	255	25.8	4.74	7	35	-0.427	0.553
Preocupación Familiar	255	20.5	4.65	6	30	-0.252	-0.054
Rechazo e Indisponibilidad parental	255	23.3	6.32	8	38	-0.096	-0.372
Traumatismo infantil	255	10.4	4.41	4	20	0.294	-0.806

**Estadísticos descriptivos de las conductas alimentarias de riesgo**

Con respecto a las conductas alimentarias de riesgo, se observa que la dimensión de restricción alimentaria presentó una media de 1.72 ( $DE = 2.01$ ), con valores comprendidos entre 0 y 9. Mostrando asimetría positiva ( $As = 1.30$ ) y curtosis elevada ( $Cu = 1.29$ ). De manera similar, la preocupación por el peso presentó una media de 1.96 ( $DE = 1.82$ ), cuyos puntajes oscilaron entre 0 y 9, evidenciando asimetría positiva ( $As = 1.31$ ) y curtosis elevada ( $Cu = 1.81$ ).

Por su parte, la dimensión síntomas bulímicos mostró una media de 28.3 ( $DE = 4.86$ ), con un rango entre 9 y 42, presentando una distribución relativamente simétrica ( $As = -0.208$ ;  $Cu = 0.705$ ). Preocupación por la comida presentó una media de 2.84 ( $DE = 3.03$ ), con puntajes de 0 a 15 y una distribución aproximadamente simétrica ( $As = 1.49$ ;  $Cu = 2.46$ ).

Por último, percepción de los demás sobre la alimentación propia, alcanzó la media más alta de 44.9 ( $DE = 8.93$ ), con valores mínimos y máximos de 17 y 67, respectivamente y mostrando valores de asimetría y curtosis cercanos a la normalidad ( $As = -0.021$ ;  $Cu = 0.028$ ).

En conclusión, los resultados descriptivos expresan una adecuada variabilidad en las dimensiones evaluadas. La información referente a la asimetría de estas indican que la normalidad de los datos; en consecuencia, se procederá a emplear pruebas paramétricas para el posterior análisis de datos.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de las dimensiones de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes*

<b>Dimensiones</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Asimetría</b>	<b>Curtosis</b>
Restricción alimentaria	255	1.72	2.01	0	9	1.3	1.29
Síntomas Bulimicos	255	28.3	4.86	9	42	-0.208	0.705
Preocupación por el peso	255	1.69	1.82	0	9	1.31	1.81
Preocupación por la comida	255	2.84	3.03	0	15	1.49	2.46
Percepción de los demás	255	44.9	8.93	17	67	-0.0214	0.027

### **Relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo**

El objetivo principal fue determinar la correlación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana. En consecuencia, se formuló la siguiente hipótesis general: Existe una relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana.

Dicho objetivo no fue abordado mediante un análisis estadístico directo, debido a que las dimensiones del apego no son aditivas, es decir, no cuentan con un puntaje global, ya que representan características relacionales diferenciadas. Por ello, no es metodológicamente adecuado sumar los puntajes obtenidos de cada dimensión evaluada.

No obstante, el análisis realizado de forma independiente por cada dimensión del apego, tal como se expone en apartados siguientes, permitió evidenciar la existencia de relaciones significativas entre todas las dimensiones del apego y casi la totalidad de las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo, donde se observaron correlaciones de distinta magnitud, que varían de pequeñas a grandes.

En este sentido, el objetivo general se interpreta de manera cualitativa, a partir del patrón de correlaciones identificado entre las dimensiones del apego y las conductas alimentarias de riesgo.

### **Conductas alimentarias de riesgo según sexo**

En aras de responder al primer objetivo específico, el cual planteó comparar las conductas alimentarias de riesgo según el sexo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana, se hizo uso de la prueba *t* de Student para muestras independientes, considerando un nivel de significancia de  $p < 0.05$  y los niveles de Cohen para la diferencia de grupos (pequeña, mediana y grande).

La tabla 5 muestra que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en las dimensiones de restricción alimentaria ( $t = 0.17$ ;  $p = 0.86$ ;  $d = 0.02$ ), síntomas bulímicos ( $t = -0.57$ ;  $p = 0.56$ ;  $d = -0.07$ ), preocupación por el peso ( $t = 0.81$ ;  $p = 0.41$ ;  $d = 0.10$ ) y percepción de los demás sobre la alimentación propia ( $t = 1.41$ ;  $p = 0.15$ ;  $d = 0.18$ ). Se evidenciaron tamaños del efecto pequeño en todos los casos ( $d \leq 0.20$ ).

Sin embargo, se hallaron diferencias significativas pequeñas según sexo en la dimensión de preocupación por la comida ( $t = 3.42$ ;  $p < .001$ ;  $d = 0.43$ ).

**Tabla 5**

*Diferencias en las dimensiones de conductas alimentarias de riesgo entre varones y mujeres*

Dimensiones	t de Student	gl	p	Grupo	N	Media	DE	Diferencia de medias	d de Cohen
Restricción alimentaria	0.176	253	0.86	F	143	1.74	2.13	0.04	0.02
				M	112	1.70	1.86		
Síntomas Bulímicos	-0.578	253	0.564	F	143	28.15	4.67	-0.36	-0.07
				M	112	28.51	5.1		
Preocupación por el peso	0.813	253	0.417	F	143	1.78	1.93	0.19	0.10
				M	112	1.59	1.68		
Preocupación por la comida	3.421	253	<.001	F	143	3.41	3.37	1.28	0.43
				M	112	2.13	2.35		
Percepción de los demás	1.411	253	0.159	F	143	45.56	8.91	1.59	0.18
				M	112	43.97	8.9		

#### **Correlación entre la dimensión seguridad y apoyo familiar y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo**

El segundo objetivo específico buscó identificar la relación entre la dimensión seguridad y apoyo familiar y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana. Por ende, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 6 se aprecian relaciones significativas, negativas y pequeñas, entre la dimensión de seguridad y apoyo familiar con restricción alimentaria ( $r = -0.16$ ;  $p < 0.05$ ), preocupación por la comida ( $r = -0.18$ ;  $p < 0.01$ ) y percepción de los demás sobre la alimentación propia ( $r = -0.16$ ;  $p < 0.01$ ). Asimismo, se encontró una correlación positiva, altamente significativa y de magnitud grande con la dimensión síntomas bulímicos ( $r = 0.83$ ;  $p < 0.001$ ).

Por el contrario, no se evidenció correlación alguna entre la dimensión preocupación por el peso y la seguridad y apoyo familiar ( $r = -0.07; p > 0.05$ ).

**Tabla 6**

*Correlación entre la dimensión seguridad y apoyo familiar y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo*

	<b>Seguridad y Apoyo Familiar</b>
Restricción alimentaria	-0.160*
Síntomas Bulimicos	0.831***
Preocupación por el peso	-0.077
Preocupación por la comida	-0.185**
Percepción de los demás	-0.162**

*Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$*

### **Correlación entre la dimensión preocupación familiar y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo**

El tercer objetivo específico consistió en identificar la correlación entre la dimensión preocupación familiar y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana. Haciendo uso del coeficiente de Pearson, se identificaron correlaciones significativas, positivas y de magnitud pequeña entre preocupación familiar y las dimensiones de restricción alimentaria ( $r = 0.15; p < 0.05$ ) y preocupación por la comida ( $r = 0.14; p < 0.05$ ).

La correlación entre la dimensión preocupación familiar y los síntomas bulímicos fue positiva, altamente significativa y de magnitud mediana bajo los criterios de Cohen ( $r = 0.35; p > 0.001$ ). De igual manera, se evidencia una correlación positiva y de magnitud grande entre la preocupación familiar y la

percepción de los demás sobre la alimentación propia, además de ser altamente significativa ( $r=0.67$ ;  $p < 0.001$ ).

Sin embargo, la dimensión preocupación por el peso no presentó una correlación estadísticamente significativa con la preocupación familiar ( $r = 0.10$ ,  $p > 0.05$ ).

### **Tabla 7**

*Correlación entre la dimensión preocupación familiar y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo*

	Preocupación Familiar
Restricción alimentaria	0.151*
Síntomas Bulimicos	0.350***
Preocupación por el peso	0.104
Preocupación por la comida	0.141*
Percepción de los demás	0.671***

*Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$*

### **Correlación entre la dimensión rechazo e indisponibilidad parental y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo**

El cuarto objetivo se orientó a identificar la correlación entre entre la dimensión de rechazo e indisponibilidad parental y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana. Se indica una correlación negativa de magnitud pequeña con los síntomas bulímicos ( $r = -0.17$ ;  $p < 0.01$ ). Conjuntamente, se evidencian correlaciones positivas de magnitud mediana y de significancia estadística entre la dimensión de rechazo e indisponibilidad parental y las dimensiones de restricción

alimentaria ( $r = 0.38$ ;  $p < 0.001$ ), preocupación por el peso ( $r = 0.34$ ;  $p < 0.001$ ) y preocupación por la comida ( $r = 0.34$ ;  $p < 0.001$ ).

Finalmente, se identificó una correlación positiva de magnitud grande y altamente significativa entre rechazo e indisponibilidad parental y la percepción de los demás sobre la alimentación propia ( $r = 0.85$ ,  $p < 0.001$ ), siendo esta la asociación de mayor intensidad observada en la presente dimensión.

**Tabla 8**

*Correlación entre la dimensión rechazo e indisponibilidad parental y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo*

	Rechazo e Indisponibilidad parental
Restricción alimentaria	0.386***
Síntomas Bulímicos	-0.176**
Preocupación por el peso	0.342***
Preocupación por la comida	0.349***
Percepción de los demás	0.853***

*Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$*

### **Correlación entre la dimensión traumatismo infantil y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo**

Por último, el quinto objetivo específico estuvo dirigido a identificar la correlación entre la dimensión de traumatismo infantil y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana. La tabla 9 evidencia correlaciones estadísticamente significativas con todas las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo. Particularmente se observan correlaciones positivas de tamaño pequeño entre traumatismo infantil y las dimensiones de preocupación por el peso ( $r = 0.25$ ,  $p < .001$ ) y preocupación por la comida ( $r =$

0.27,  $p < .001$ ) y restricción alimentaria ( $r = 0.33$ ;  $p < .001$ ). Del mismo modo, se observa una correlación negativa de magnitud pequeña con la dimensión de síntomas bulímicos ( $r = -0.23$ ;  $p < .001$ ).

Por último, se observan correlaciones positivas y de magnitud grande entre el traumatismo infantil con la percepción de los demás sobre la alimentación propia ( $r = 0.53$ ;  $p < .001$ ), siendo esta la que constituye la asociación de mayor intensidad para esta dimensión.

**Tabla 9**

*Correlación entre la dimensión traumatismo infantil y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo*

	<b>Traumatismo infantil</b>
Restricción alimentaria	0.334***
Síntomas Bulimicos	-0.237***
Preocupación por el peso	0.251***
Preocupación por la comida	0.273***
Percepción de los demás	0.534***

*Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$*

## DISCUSIÓN

La teoría del apego de Bowlby sustenta que la calidad de las interacciones o vínculos afectivos, entendidos como la manera en la que un niño se relaciona con su cuidador durante las etapas primarias de su vida (García et. al, 2019; Laporta-Herrera, 2020) pueden influir en la construcción de la salud mental del adolescente y explicar la adquisición de trastornos mentales como los de personalidad, depresión, ansiedad, o incluso las conductas de riesgo relacionadas con trastornos alimentarios (Luyten et. al, 2020). Por ende, un patrón de apego seguro funciona como un elemento protector contra el perfeccionismo desadaptativo, afecto negativo, experiencia corporal anormal y sensibilidad al rechazo interpersonal que sustentan la fisiopatología de los desórdenes alimenticios y a su vez, constituyen características de los patrones de apego inseguro (Faber et al. 2017).

Este estudio tuvo como principal propósito determinar la relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana. Los hallazgos confirman la hipótesis general planteada, dado que se evidenció una asociación entre ambas variables, la cual se manifiesta de manera diferenciada según las dimensiones del apego evaluadas. Pese a que no fue posible establecer una correlación estadística global entre ambas variables de estudio debido a la naturaleza no aditiva de las dimensiones por apego, el análisis por áreas evidenció correlaciones significativas y consistentes entre las representaciones del apego y casi todas las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo.

En este sentido, los hallazgos sugieren que el apego parental cumple un rol relevante en el desarrollo socioemocional del adolescente y en su relación con la alimentación, dado que actúa como un protector de protección o de riesgo según la

calidad del vínculo establecido con el cuidador primario. Literatura previa respalda estos resultados e indica que los vínculos caracterizados por la seguridad emocional favorecen la autorregulación afectiva del adolescente así como una percepción mucho más adaptativa de propio cuerpo. Por el contrario, las representaciones de apego inseguro no proporcionan una fuente de apoyo o de asistencia estable para confrontar experiencias amenazantes, sino que predispone a canalizar sentimientos negativos sobre sí mismos a través de síntomas alimentarios como las dietas o las purgas (Cortés-García et al., 2019; Laporta-Herrero et al., 2020; Lenzo et al., 2021).

El primer objetivo específico tuvo como finalidad comparar las conductas alimentarias de riesgo según sexo en los participantes. Se valida parcialmente la hipótesis planteada, puesto que los resultados demuestran que las diferencias por sexo no se manifiestan de manera generalizada en las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo, sino que parecen circunscribirse únicamente a la dimensión preocupación de la comida. Esto indicaría que es el grupo femenino de adolescentes quienes adoptan actitudes y comportamientos alimentarios desordenados que les conlleva a un impulso hacia la delgadez, la práctica de dietas severa, evitación de alimentos hipercalóricos y purgas (vómitos, uso de laxantes, etc.). Esta diferencia puede explicarse por la presión sociocultural hacia la delgadez como sinónimo de belleza, así como por factores psicológicos como el perfeccionismo desadaptativo, afecto negativo, experiencia corporal anormal y sensibilidad al rechazo interpersonal que sustentan la fisiopatología de los desórdenes alimenticios y a su vez, son indicadores de un estilo de apego inseguro (Monteleone et al., 2017).

Esto es consistente con la literatura, donde se expresa que ser menor de 25 años implica un factor predisponente a desarrollar los síntomas de los trastornos de

conducta alimentaria. Dentro de este grupo, son las mujeres las más perjudicadas porque aparece generalmente durante la adolescencia, etapa en la cual se encuentran más susceptibles a influencias externas como las redes sociales y estándares de belleza expuestos por la sociedad, así como elementos internos que conllevan a situaciones de riesgo que conlleva un desbalance psicológico (Gutierrez, 2017; Sánchez, 2021). Se estima que un 8,3% de esta población entre 11 y 19 años, sobre todo mujeres se encuentran en peligro de padecer algún tipo de trastorno alimentario (García et al., 2019). Además, parece ser que es común observar en adolescentes mujeres indicadores de baja autoevaluación, sensación de vacío emocional, falta de confianza en sí mismas y problemas interpersonales. Estos factores persiguen la perfección a través de la abnegación y el sufrimiento (como la restricción de alimentos) hacia un estándar de delgadez como sinónimo de “éxito” (Batista, 2018; De la Cruz & Ramos, 2020).

Estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Noguchi” indican que el 4.9% de los adolescentes presentan conductas alimentarias de riesgo, tanto en hombres como en mujeres. En este sentido, la ausencia de diferencias significativas según sexo en la muestra podría reflejar una distribución relativamente homogénea de estas conductas durante la adolescencia, etapa caracterizada por una mayor vulnerabilidad psicológica y presión social asociada a la búsqueda de aceptación y a ideales corporales poco realistas (Padilla & Robles, 2025).

En cuanto a los hallazgos sobre la dimensión seguridad y apoyo familiar y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo, se confirma parcialmente la hipótesis planteada; puesto que se encontró una correlación negativa entre esta

escala y las dimensiones de restricción alimentaria, preocupación por la comida y la percepción de los demás sobre la alimentación propia. Estos resultados son consistentes con la teoría del apego, el cual resalta el rol de la seguridad como un factor protector frente a las conductas riesgosas. Así, es posible seguir la línea sugerida por Satter (1995), quien indica que lo más importante entre la relación de la seguridad del apego entre padres e hijos inicia desde el nacimiento, cuando las interacciones en torno a la alimentación constituyen el principal foco de la relación entre ambas partes. Esta dimensión del apego se encontraría muy vinculada con una dinámica de alimentación positiva, porque el cuidador primario es receptivo a las señales de alimentación del niño, por ende le brinda cierto nivel de autonomía y exploración, y no ejerce un control excesivo sobre su proceso de alimentación (Faber et al., 2017). En este sentido, es posible para el niño replicar conductas sanas.

La correlación grande y positiva entre la dimensión seguridad y apoyo familiar con síntomas bulímicos parecería estar influenciada por variables mediadoras descritas en la literatura, entre ellas, los mecanismos de defensa relacionados al proceso de regulación emocional y distrés psicológico, que ha demostrado su relevancia clínica a la hora de estudiar ambas variables (Lenzo et al., 2021).

Dentro de estas variables mediadoras, se incluye el modelo teórico sobre los esquemas mentales. Los sujetos que presentan características de seguridad en el apego, se distinguen por presentar un esquema mental positivo de ellos mismos y de su entorno, ya que la calidad de su vínculo afectivo se basó en la calidad del control emocional y de la expresión (Garrido-Rojas, 2006; Luyten et al., 2020). Por ello, reducen la necesidad de recurrir en estrategias desadaptativas para lidiar con

el malestar emocional, como lo son las conductas alimentarias riesgosas, principalmente asociadas con la bulimia y anorexia. Coincidentemente, Curiel (2020) señala que los adolescentes que no presentan trastornos de conducta alimentaria tienden a mostrar un prototipo de vinculación segura, lo que les brinda la confianza necesaria para explorar el mundo exterior y facilita una expresión emocional más saludable ante la ansiedad (característica más destacada y clave para la comprensión de las conductas alimentarias de riesgo).

Investigaciones previas han reportado correlaciones negativas pero que siguen esta misma línea interpretativa y respaldan la idea de que un vínculo emocional estable y duradero favorece el uso de estrategias funcionales para la autorregulación emocional (Faber et al., 2017; Santiago & Tataje, 2020) relacionadas con las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo (preocupaciones alimentarias, ingesta de alimentos y evaluación corporal negativa), o desajustes psicológicos asociados con conductas relacionadas con TCA, por ejemplo: la culpabilidad luego de ingerir alimentos (Lenzo et al., 2021). Por tanto, los resultados aquí expuestos podrían interpretarse como un respaldo de estas evidencias.

Por último, la dimensión de preocupación por el peso no mostró correlación alguna con la seguridad y apoyo familiar del apego. Este hallazgo sugiere que la preocupación por el peso podría operar de manera independiente de la calidad del vínculo afectivo percibido, al responder a dinámicas psicológicas específicas que no dependen exclusivamente del apego seguro. La ausencia de relación puede comprenderse a la luz de lo planteado por Zusman (2004), quien señala que el aspecto corporal en personas con sintomatología alimentaria puede funcionar como

una forma de comunicación que, situada en un nivel presimbólico, se configura paradójicamente como un mensaje dirigido a los otros.

En este sentido, aun cuando los participantes reporten experiencias actuales de un apego seguro, la preocupación por su peso podría cumplir un rol comunicativo y regulador en sus relaciones significativas, principalmente en aquellos casos donde la mentalización resulta limitada, entendida como la habilidad para manejar y gestionar desacuerdos a nivel emocional, cognitivo y conductual. De este modo, el control del peso y la figura corporal puede constituirse en una estrategia para modular la cercanía-distancia de las personas de su entorno, más que en un indicador directo de la calidad del vínculo parental (Bardales, 2013).

Con respecto al tercer objetivo específico planteado, se confirma parcialmente la hipótesis planteada. Se hallaron correlaciones positivas, significativas aunque pequeñas entre la dimensión preocupación familiar y las dimensiones de restricción alimentaria y preocupación por la comida, y correlación de magnitud mediana a grande con síntomas bulímicos y percepción de los demás. Sin embargo, no se halló correlación con preocupación por el peso.

La presencia de dichas correlaciones estaría demostrando que un vínculo basado en la preocupación excesiva por las figuras de apego o por situaciones familiares de ansiedad de separación y miedo al abandono (Barnes, 2016; Faber et al., 2017) generan en los adolescentes representaciones cognitivas o mentalizaciones inseguras acerca de ellos mismos y de su entorno, por ende, estarían en una constante búsqueda de aprobación social que les lleva a incurrir en métodos riesgosos para adelgazar y encajar en su entorno, lo cual incluye principalmente la restricción de la ingesta alimentaria, atracones y vómitos,

autocontrol en comer y en la percepción de la presión de los demás por subir de peso. Resultados similares son expuestos por Cortés-García (2019), quien indica que la comparación social excesiva está presente en personas con patrones inseguros de apego que tienden a comparar su autoimagen con personas “potencialmente mejores”. La comparación, a su vez, incentiva el riesgo de desarrollar actitudes alimentarias restrictivas y a su vez incrementa la preocupación sobre la delgadez.

Villalva (2022) respalda esta evidencia y señala una correlación positiva entre las dimensiones del apego ansioso y evitativo con la tendencia a adoptar conductas alimentarias de riesgo. Esto se explica porque los adolescentes, al haber presenciado una crianza inconsistente, aprendieron que sus emociones no serían contenidas de manera confiable o que para calmarse dependían únicamente de su cuidador. Como consecuencia, nunca desarrollaron estrategias sólidas de autorregulación emocional. Por ello, es esperable que esta población lleve a cabo conductas poco útiles para afrontar el estrés, tales como uso de laxantes y diuréticos, presencia de atracones o dietas inadecuadas, ejercicio físico en gran intensidad, entre otros.

Finalmente, Hoxha (2016) sugiere que la conexión entre la ansiedad del apego y la dimensión de síntomas bulímicos podría deberse a la hiperactivación como una estrategia defensiva, la cual consiste en intensificar las emociones negativas y la búsqueda de cercanía para evitar el abandono. Esta dificultad para regular emociones puede predisponer a recurrir a conductas como atracones seguidos por vómitos inducidos. En definitiva, la hiperactivación emocional

estaría más relacionados con síntomas alimentarios asociados al desbordem descarga emocional y la pérdida de control.

En cuanto a la ausencia de correlación entre la dimensión preocupación familiar y la dimensión de preocupación por el peso podría explicarse por la naturaleza específica de esta última. Mientras que la preocupación familiar parece asociarse a conductas alimentarias que tienen de base una función de regulación emocional, la preocupación por el peso respondería a procesos culturales que desencadenan consecuencias cognitivas, especialmente durante la adolescencia. Precisamente, esto es detallado en el modelo multidimensional de la patogénesis de los trastornos alimentarios propuesto por Garner et al. (1985), el cual explica que el patrón de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria resulta de predisposiciones individuales, familiares y culturales. Esencialmente este último se encuentra asociado a la presión sociocultural por la delgadez, junto con la inquietud por el peso y la insatisfacción por la apariencia física, que puede conllevar a desarrollar conductas riesgosas en la alimentación como una dieta intensa, lo cual incrementa la sensación de autoestima y autocontrol (Brytek-Matera & Czepczor, 2017).

Coincidentemente, Chan et al. (2025) indican que en la adolescencia las relaciones con los pares comienza a desempeñar un rol central. En esta etapa, los adolescentes se vuelven más receptivos a las opiniones y comentarios de los demás sobre su peso y apariencia corporal, los cuales influyen en la construcción del valor personal y autoestima. Este proceso puede favorecer la comparación y presión social y, a través de la imitación y modelado, contribuir a la perpetuación de conductas alimentarias de riesgo. Asimismo, se otorga una mayor relevancia a las

redes sociales, cuyo contenido se encuentra altamente vinculado a un ideal corporal inalcanzable.

Por otro lado, se observaron correlaciones positivas, significativas y de magnitud pequeña a medianas entre la dimensión rechazo e indisponibilidad parental y las dimensiones de restricción alimentaria, preocupación por el peso, preocupación por la comida y una correlación grande con la percepción de los demás sobre la alimentación propia. También se encontró una correlación de tamaño grande pero negativa con la dimensión de síntomas bulímicos.

Dicho patrón observado sugiere un análisis importante a la hora de entender la relación entre ambas variables, las correlaciones positivas sugieren una mayor afinidad con patrones restrictivos y cognitivos; mientras que la correlación negativa estaría asociada a conductas caracterizadas con la pérdida de control, impulsividad y expresión emocional intensa, lo cual va en contra de la evitación del apego (característica principal de la dimensión de rechazo e indisponibilidad parental).

Las correlaciones positivas pueden explicarse porque una representación de apego evitativo favorece la internalización de patrones interpersonales disfuncionales y conduce a la construcción de una autoimagen distorsionada como forma de protección. Descrito de otro modo, este grupo percibe a las demás como personas “poco confiables” y, por ende, consolidan una imagen distorsionada de sí mismos creyendo que deben esforzarse constantemente para no ser abandonadas (Lenzo et al., 2021). Estas creencias se traducen en estrategias para minimizar el impacto del posible rechazo o decepción afectiva a través de estrategias que les permitan controlar su cuerpo y la ingesta alimentaria como sentido de autonomía tales como la evitación de la ingesta de alimentos que engordan o “altos en

calorías”, la preocupación por adelgazar, así como pensamientos sobre la comida, y el deseo restrictivo de comer (Jara, 2020).

Bajo esta misma línea, Gutierrez et al. (2017) propone que el temor al rechazo y al abandono y los problemas de manejo emocional en las mujeres, incrementan problemas relacionados a una ingesta de alimentos poco saludables, insatisfacción corpórea y la tendencia hacia la búsqueda de la delgadez. Sin embargo, en los hombres, estas conductas se relacionan en mayor medida con la preferencia por la independencia (otro factor de la evitación), lo que genera a su vez, la falta de supervisión por parte de los padres durante la comida y una mayor influencia de la percepción de los demás sobre la alimentación propia, constituyendo ambos indicadores de riesgo para el desarrollo de conductas desordenadas, tal como lo expresa Sánchez (2019).

La correlación de magnitud grande entre el rechazo e indisponibilidad parental y la dimensión de percepción de los demás sobre la alimentación propia sugiere que los adolescentes con características de evitación en el apego tienden a preservar una imagen de autosuficiencia y control, minimizando la expresión de las necesidades emocionales. En este contexto la percepción de los demás sobre su alimentación podría activar comportamiento defensivos ante la “intrusión” de los otros aunque esta sea para ofrecer apoyo. Esta interpretación es consistente con hallazgos previos (Valledor et al., 2024) que señalan que las personas con un alto nivel de evitación en el apego tienden a rechazar las relaciones cercanas, la intimidad y los comentarios, mensajes de apoyo o confianza desvalorizando el rol de los demás. En el contexto alimentario, podría traducirse en una sensibilidad

hacia cómo los demás perciben su conducta alimentaria como una estrategia para preservar la autonomía y evitar la vulnerabilidad emocional.

Hoxha (2016) señala que la interacción entre la evitación del apego y la sintomatología de los trastornos alimentarios puede entenderse a partir de las herramientas de manejo emocional basadas en la desactivación. Estas herramientas tienen como objetivo principal desviar la atención de las emociones vinculadas a experiencias amenazantes o dolorosas, como el rechazo o la decepción, evitando así su reconocimiento y vivencia consciente (Joulins, 2014). Implica aparentar estabilidad emocional al negar las propias necesidades afectivas y emocionales como forma de protección. Esta supresión emocional dificulta el procesamiento adecuado del malestar interno, promoviendo conductas de control sobre la alimentación como mecanismos de regulación indirecta. Por esta razón, conductas caracterizadas por la ausencia de control sobre la ingesta, como los síntomas bulímicos se asocian negativamente con la evitación del apego, ya que resultan incompatibles con la tendencia a evitar la expresión emocional y a mantener un sentido de autonomía a través del control.

Para finalizar, se encontraron correlaciones positivas, significativas y de magnitud pequeña a mediana entre la dimensión traumatismo infantil con las dimensiones de restricción alimentaria, preocupación por el peso y preocupación por comida; y una correlación de tamaño grande con la percepción de los demás sobre la alimentación propia. Al igual que en la dimensión de indisponibilidad parental, la escala de traumatismo infantil también correlacionó negativamente con los síntomas bulímicos.

Como su nombre lo indica, esta representación del apego se basa en la desorganización, esto implica sentimientos contrariados con necesidades frustradas; el sujeto espera un contacto social e intimidad, pero al mismo tiempo lo evita por el temor al rechazo. Este estilo tiene como factor el denominado “traumatismo familiar”, que abarca experiencias de amenazas de separación, violencia intrafamiliar y la relación de no recordar la relación con sus cuidadores primarios (Garrido-Rojas et al., 2023).

Precisamente, investigaciones como las de Monteleone et al. (2020) sugieren que la interacción entre los traumas emocionales durante las primeras etapas del niño con su cuidador podría predecir la inseguridad social, síntoma asociado a los trastornos de comportamiento alimentario. En conjunto, el apego y el trauma infantil afectan el procesamiento de situaciones sociales durante la adolescencia y adultez, donde existe una mayor sensibilidad al rechazo y una menor valoración de las recompensas sociales, lo que podría llevar a comportamientos disfuncionales que afectan directamente la alimentación: bajo autoconcepto, dificultades para relacionarse con los demás, problemas para reconocer señales internas como el hambre y la saciedad, entre otros. Es así que la evidencia parece ser clara a la hora de explicar que el desarrollo infantil que tiene lugar dentro del maltrato podría conllevar a problemas de mentalización, el cual dificulta el entendimiento de los propios estados mentales y los estados mentales y deseos de quienes lo rodean (San Cristobal et al., 2017). Autores como Luyten et al. (2020) y Kuipers et al. (2016) sugieren que para la construcción de la mentalización, es imprescindible que exista una figura paternal establecida mediante un vínculo seguro; de lo contrario, se crea un desequilibrio en alguna dimensión que explicaría

la vulnerabilidad a la psicopatología relacionada con las características de los trastornos de conducta alimentaria. Esto explicaría la correlación entre ambas variables de estudio, pero principalmente la asociación del trauma con la percepción de los demás sobre la alimentación, donde la falta de validación temprana de las necesidades favorecería una mayor dependencia de la evaluación social. Aquí la alimentación se torna sensible ante la evaluación de los demás.

En concordancia con esto, Silva (2022) resalta como un hallazgo relevante a partir del análisis de las entrevistas de un grupo de adolescentes, el papel que cumple el componente emocional en las experiencias de alimentación. Un ambiente familiar marcado por tensiones, conflictos constantes, y mensajes restrictivos o de obligatoriedad sobre el aspecto físico o la delgadez, propician la aparición de hábitos alimentarios desadaptativos durante la adolescencia, con el fin de que estos puedan regular la incomodidad emocional que dicho entorno les genera.

Si bien existen estudios previos (Sánchez, 2013) y modelos teóricos tales como el Modelo multidimensional de la patogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria o el Modelo transteórico de los trastornos de la conducta alimentaria (Brytek & Czepczor, 2017), que han señalado una asociación entre los síntomas bulímicos, particularmente los atracones y las purgas, y las experiencias de trauma o abuso durante la infancia, en el presente estudio se observó una correlación negativa entre ambas dimensiones.

Este hallazgo debe interpretarse a raíz de diversos elementos. En primer lugar, se debe considerar que el instrumento empleado no evalúa de forma directa una representación específica del apego, sino que capta un constructo mucho más complejo en el que convergen características tanto de ansiedad como de evitación

en el vínculo (Garrido-Rojas et al., 2023). En este sentido, puntuaciones elevadas en esta dimensión podrían reflejar estrategias de regulación emocional menos estructuradas o más defensivas, lo que podría influir en la dirección de las asociaciones encontradas.

En segundo lugar, aunque la literatura señala que la invalidación parental durante la niñez se relaciona con patología alimentaria, esta relación parecería estar mediada por variables tales como las dificultades en el manejo emocional, los problemas para establecer vínculos interpersonales caracterizados por altos niveles de evitación de la intimidad y ansiedad frente al abandono, y de manera central, por las representaciones del apego. Sumado a ello, considerando que el apego es un patrón relacional que se desarrolla tempranamente en la vida de las personas y tiende a permanecer estable a lo largo del ciclo vital, el estudio de la correlación con las conductas alimentarias de riesgo requiere considerar la compleja interacción múltiples factores psicológicos y contextuales (Gonçalvés et al. 2019; Hoxha, 2016).

Adicionalmente, otros factores relevantes a la hora de detectar a las personas con un elevado riesgo de presentar conductas alimentarias de riesgo incluyen variables de personalidad y autoconcepto, considerando niveles bajos de conciencia interoceptiva, perfeccionismo, orden, autoconcepto familiar, físico y académico, entre otros (Sánchez, 2013).

A raíz de todo lo expuesto, los resultados apuntan hacia la importancia sobre la construcción de vínculos saludables durante la infancia para el desarrollo y un adecuado ajuste psicológico del adolescente (Salinas-Quiroz et al., 2023). Se resalta una vez más la repercusión del apego sobre la adquisición de habilidades

adaptativas de regulación emocional. Por tanto, el presente estudio destaca importantes aportes prácticos relacionados con la identificación temprana de factores de riesgo y protectores para la prevención y predicción mucho más acertada del desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Futuras investigaciones podrán apuntar a replicar el estudio considerando una muestra más representativa y considerando otros diseños de investigación, como el cualitativo a fin de indagar la percepción del apego de manera subjetiva; o un estudio de corte transversal que permita dar un seguimiento de ambas variables.

De igual forma, implica un sustento científico que podría guiar la intervención de diversos profesionales. Dentro del ámbito de la psicología educativa, brinda orientaciones específicas para el diseño de programas preventivos promocionales destinados al fomento de la seguridad del apego y las conductas alimentarias saludables a través de la propuesta de estrategias socioemocionales para los adolescentes limeños.

Para terapeutas familiares, el desarrollo de intervenciones que fortalezcan las bases de diagnóstico y perfeccionamiento del uso de sus técnicas dentro de la población adolescente limeña. Esto, haciendo uso de modalidades terapéuticas familiares que busquen fortalecer los lazos afectivos y promuevan dinámicas familiares más seguras en torno a la alimentación y el cuidado mutuo. Para nutricionistas, brinda una guía sobre la integración de la dimensión vincular y emocional en la educación alimentaria, fomentando hábitos saludables sostenidos en el tiempo.

Por último, a nivel académico, emergen oportunidades de investigación futura, tales como el análisis comparativo del rol diferencial de los mecanismos

subyacentes a la ansiedad y la evitación del apego, así como la exploración de variables mediadoras, entre ellas las estrategias de regulación emocional, los estilos de afrontamiento emocional, la distorsión de la imagen corporal y los rasgos de personalidad. Estas líneas de investigación permitirán desarrollar modelos explicativos más acertados sobre la interacción entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo.

Debido a algunas limitaciones del estudio, los hallazgos deben interpretarse con cautela. Algunos factores podrían afectar la validez interna del estudio. El tipo de muestreo y la sobrerrepresentación femenina impide generalizaciones a poblaciones más heterogéneas por edad, género, y diferentes orígenes étnicoculturales.

Se necesita más evidencia para poder determinar cómo se vinculan el apego y la alimentación saludable a través de los posibles mecanismos que influyen en esta relación, principalmente la estrategia de afrontamiento emocional que ha demostrado ser una variable destacada a la hora de estudiar el modelo explicativo (Gutierrez et al., 2017). Además, se debe considerar la transversalidad del estudio que no permite establecer relaciones causales entre ambas variables estudiadas afectando la validez interna en cuanto a la dirección de las asociaciones encontradas.

Finalmente, la información fue recopilada mediante cuestionarios de autoinforme, lo cual podría introducir sesgos de deseabilidad social y memoria, reduciendo la precisión de las mediciones y en consecuencia, afectando la validez interna del estudio. En particular, evaluar el apego implica aludir a la percepción subjetiva de los participantes sobre sus experiencias relacionales tempranas, las

cuales pueden verse influenciadas por procesos defensivos, reinterpretaciones retrospectivas o dificultades en el acceso consciente a estas experiencias.

## CONCLUSIONES

- Las dimensiones del apego parental se relacionan de manera significativa con las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes, confirmándose la existencia de la relación entre ambas variables al ser analizadas por áreas específicas.
- En cuanto a las diferencias de las conductas alimentarias según sexo, se encontraron diferencias significativas únicamente en la escala de preocupación por la comida. No se observaron diferencias generalizadas entre varones y mujeres, lo que sugiere una distribución más homogénea de las conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente.
- La dimensión seguridad y apoyo familiar correlacionó positiva y significativamente principalmente con la escala de síntomas bulímicos; y de forma significativa y negativa con restricción alimentaria, preocupación por la comida y percepción de los demás sobre la alimentación propia. Esto sugeriría un posible efecto protector. Además, no se observó correlación con la dimensión de preocupación por el peso.
- La dimensión preocupación familiar, comúnmente asociado con la ansiedad en el apego, relacionó positiva y significativamente con restricción alimentaria, preocupación por la comida, percepción de los demás sobre la alimentación propia y síntomas bulímicos destacando su relación con estas dos últimas. Sin embargo, no correlacionó con la dimensión de preocupación por el peso.
- La dimensión rechazo e indisponibilidad parental, comúnmente asociado con la evitación del apego, obtuvo correlaciones positivas y significativas

con las dimensiones de restricción alimentaria, preocupación por el peso, preocupación por la comida y manifestando la relación más fuerte con la percepción de los demás sobre la alimentación propia. Además, correlacionó negativamente con síntomas bulímicos.

- La dimensión traumatismo infantil, comunmente asociado al apego desorganizado, correlacionó positiva y significativamente con las dimensiones de restricción alimentaria, preocupación por el peso, preocupación por la comida y en mayor medida con la percepción de los demás sobre la alimentación propia. Asimismo, se evidenció una correlación negativa con la dimensión de síntomas bulímicos.

## RECOMENDACIONES

- Se sugiere a la comunidad científica desarrollar réplicas del presente estudio considerando una muestra mucho más representativa para la generalización de los resultados con un tipo de muestreo probabilístico aleatorizado. Además, homogenizar en relación al sexo de los participantes.
- Se sugiere realizar estudios con otros diseños de investigación, tales como el de corte cualitativo que indague la percepción del apego de manera subjetiva; o un estudio de corte transversal que permita dar un seguimiento de ambas variables.
- Futuras investigaciones podrían emplear análisis de regresión múltiple y de mediación para evaluar la capacidad predictiva de las dimensiones del apego parental sobre las conductas alimentarias de riesgo, considerando variables mediadoras de tipo emocional y cognitivo.
- A partir de la revisión teórica, se evidencia que los estilos de apego se relacionan con diversas psicopatologías, como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad; por ello, se sugiere que estudios posteriores integren estas variables, así como los mecanismos psicológicos que influyen en la relación entre el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo, tales como la regulación emocional y los estilos de afrontamiento.
- Se sugiere la implementación de programas preventivos promocionales acerca de la importancia en la calidad de los vínculos afectivos, estilos de crianza e identificación temprana de conductas riesgosas en la alimentación, resaltando la importancia del acompañamiento emocional dentro del

entorno familiar a la hora de establecer una relación con la comida. Todo ello a fin de fomentar el bienestar integral del adolescente.

## REFERENCIAS

- Aguilar, N. (2019). *Relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios Arequipa 2019*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8269/MDagchnj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ato, M., López-García, J., & Benavente, A. (2013). Una clasificación de los diseños en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3) [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-97282013000300043](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-97282013000300043)
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4) 331-341. [http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/ainsworth\\_bowlby\\_1991.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/ainsworth_bowlby_1991.pdf)
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (2015). *Patterns of attachment. A psychological study of strange situation*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Ainsworth, M. (1979). Infant-Mother Attachment. *American Psychological*, 34(10), 932-937. [http://local.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c\\_c/rsrscs/rdgs/attach/ainsworth.1979.amer\\_psych.pdf](http://local.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/attach/ainsworth.1979.amer_psych.pdf)
- Altamirano, M., Vizmanos B., & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panam Salud*

*Publica*, 30(5), 401–7.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9450/v30n5a01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

American Psychological Association [APA]. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/>

Arias, L. (2014). *Estilos de apego y actitudes hacia la alimentación en adolescentes*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del estado de México]. Archivo digital  
<https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41199/ESTILOS%20DE%20APEGO%20Y%20ACTITUDES%20HACIA%20LA%20ALIMENTACION%20EN%20ADOLESCENTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Attili, G., Di Pentima, L., Toni, A., Di Pentima, L., & Roazzi, A., (2018). High Anxiety Attachment in Eating Disorders: Intergenerational Transmission by Mothers and Fathers. *Paidéia* 28(2813), 1982-4327.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2813>

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.  
<https://www.psicothema.com/pdf/3913.pdf>

Baltar, F., & Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1),123-149.  
<http://dx.doi.org/10.3926/ic.294>

Bardales, G. (2013). *Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres que presentan desórdenes alimenticios*. [Tesis de pregrado, Pontificia

Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP.

<http://hdl.handle.net/20.500.12404/4885>

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>

Barone, L. & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in Eating Disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, *11*(4), 405-417, [doi: 10.1080/14616730902814770](https://doi.org/10.1080/14616730902814770)

Barriguete, J., Vega y León, S., Radilla, C., Barquera, S., Hernández, L., Rojo Moreno, L., Vázquez, A., & Murillo, E., (2017). Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, *23*(1).

[https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC\\_2017\\_1\\_06.\\_Vega\\_y\\_Leon\\_S.\\_CONDUCTAS\\_ALIMENTARIAS\\_EN\\_ADOLESCENTES\\_DE\\_MICHOACAN.pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2017_1_06._Vega_y_Leon_S._CONDUCTAS_ALIMENTARIAS_EN_ADOLESCENTES_DE_MICHOACAN.pdf)

Bateman, A., Fonagy, P., & Mora, F. (2018). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad: una guía práctica* (F. Mora, Trad.; 2a. ed.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 2016).

Batista, M., Žaja, O., Jakovina, T., & Begovac, I. (2018). Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta clínica Croatica*, *57*(3), 399–410. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01>

- Battilana, A. (2016). *Percepción del vínculo materno y paterno en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio UPC.  
[https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621684/battilana\\_va.pdf?sequence=5](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621684/battilana_va.pdf?sequence=5)
- Bautista-Díaz, M., Castelán-Olivares, A., Martín-Tovar, A., Franco-Paredes, K., & Mancilla-Díaz, J. (2020). Risky eating behaviors, perception of parents in high school students. *Interacciones*, 6(3).  
<https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.162>
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M., & Cruzat, C. (2009). Aportes de la teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 217-226.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4268292>
- Blundell, J. (1984). Serotonin and appetite. *Neuropharmacology* 23(128), 1537-1551. [https://doi.org/10.1016/0028-3908\(84\)90098-4](https://doi.org/10.1016/0028-3908(84)90098-4)
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume I: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Breuer, J., & Freud, S. (1893-1985). *Estudios sobre la histeria* (Echeverry, J., Trad.). Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1995).

- Bruch, H. (1974). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Routledge & Kegan Paul.
- Brytek-Matera, A., & Czepczor-Bernat, K. (2017). Models of eating disorders: A theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 19(1), 16-26. [doi: 10.12740/APP/68422](https://doi.org/10.12740/APP/68422)
- Cáceres, R., & Robles, L. (2022). *Alexitimia y apego adulto en las relaciones interpersonales de adultos emergentes de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio Universidad de Lima. [https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/17247/Caceres\\_Robles-Alexitimia-apego-adulto.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/17247/Caceres_Robles-Alexitimia-apego-adulto.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Caldera, I., Martín, Patricia., Caldera, J., Reynoso, O., & Zamora, M. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 22-31. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519>
- Cassidy, J., & Shaver, Ph. R. (2016). *Handbook of attachment, Third Edition: Theory, Research, and clinical applications*. The Guilford Press.
- Chamorro, L. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría (Asunción)*, 39(3), 199-206. <https://revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/61/61>
- Chan, C., Donnelly, C., & Nicholls, D. (2025). Exploring the relationship between peer attachment, and disordered eating behaviours and body dissatisfaction

- in adolescence: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 13(130).  
<https://doi.org/10.1186/s40337-025-01273-3>
- Constaín, G., Ramírez, C., Rodríguez-Gázquez, M., Álvarez, M., Marín, C., & Agudelo Acosta, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención primaria*, 46(6), 283–289. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(3), e0213099.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213099>
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Salaberria, K., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2013). Risky eating behaviors and beliefs among adolescent girls. *Journal of Health Psychology*, 20(2), 154–163. [doi:10.1177/1359105313500683](https://doi.org/10.1177/1359105313500683)
- Curiel, C. (2020). *Diferencias en el estilo de apego y los estilos parentales en trastornos de la conducta alimentaria y población general*. [Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas]. Archivo digital  
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/55200/TFM001451.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De la Cruz, I., & Ramos, I. (2020). *Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes de una Institución Educativa de Mujeres en Breña, Lima*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. Archivo Digital.  
<https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/773/De%20>

[La%20Cruz%20S%C3%A1nchez%2C%20Ivette%20-%20Ramos%20Verastain%2C%20Isabel%20 %20Autoestima%20-%20Trastornos.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Duschinsky, R. (2018). Disorganization, fear and attachment: Working towards clarification. *Infant mental health journal*, 0(0), 1-12.

<https://doi.org/10.1002/imhj.21689>

Faber, A., Dubé, L., & Knäuper, B. (2017). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite* 123, 410-438.

[doi:10.1016/j.appet.2017.10.043](https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.043)

Fajardo, E., Méndez, C., & Jáuregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46-57.

<https://doi.org/10.18359/rmed.2917>

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). GPower 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–

191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

Figuroa Quiñones, J., & Cjuno, J. (2018). Adicción alimentaria en Latinoamérica.

*Medwave*, 1818(11). <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.01.7171>

Fraley, C., Waller, N., & Brennan, K. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365. [10.1037//0022-3514.78.2.350](https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.2.350).

Fonagy, P (2004). *Teoría del apego y Psicoanálisis*. ESPAXS.

- Gago, J. (2014). Teoría del apego. El vínculo. *Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar*. <https://studylib.es/doc/8832065/teor%C3%ADa-del-apego.-el-v%C3%ADnculo.-j.-gago-2014>
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., & Sepúlveda, A. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario. Prevalencia de los casos clínicos en mujeres adolescentes de la comunidad de Madrid. *Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública*. [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia\\_tca\\_en\\_mujeres\\_adolescentes.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia_tca_en_mujeres_adolescentes.pdf)
- García, D. & Herrero, G., & Jáuregui, I. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria, tipo de apego y preocupación de la imagen corporal. *Journal Of Negative and No Positive Results* 4(7), 704-19. [doi: 10.19230/jonnpr.3077](https://doi.org/10.19230/jonnpr.3077)
- Garfinkel, P., & Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(1), 1–21. [doi:10.1007/bf03339747](https://doi.org/10.1007/bf03339747)
- Garner, D. M. (1993). *Pathogenesis of anorexia nervosa*. *The Lancet*, 341(8861), 1631–1635.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2 (EDI-2)*. TEA Ediciones.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1982). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory, and clinical implications. *The International Journal*

of *Psychiatry in Medicine*, 11(3), 263–284. <https://doi.org/10.2190/R55Q-2U6T-LAM7-RQR>

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)

Garner, D. M., Rockert, W., Olmsted, M. P., Johnson, C., & Coscina, D. (1985). Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. En D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 513–572). Guilford Press.

Garrido-Rojas, L., Guzmán-González, M., Calderón, C., Santelices, M., Pierrehumbert, B., & Vega-Arce, M. (2023). Validación Chilena del Cuestionario de Evaluación de Apego en el Adulto CaMir Versión Abreviada. *Terapia Psicológica*, 41(2), 195-231. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082023000200195>

Gonçalves, S., Vieira, A., Rodrigues, T., Machado, P., Brandão, I., Timóteo, S., Nunes, P., & Machado, B. (2021). Adult attachment in eating disorders mediates the association between perceived invalidating childhood

- environments and eating psychopathology. *Current Psychology* 40(5), 5478-5488. [doi:10.1007/s12144-019-00524-2](https://doi.org/10.1007/s12144-019-00524-2)
- González, S. (2022). Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 2-15. [doi: 10.31766/revpsij.v39n2a2](https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a2)
- Granero, M. (2017). *Relaciones entre estilos de apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria*. [Tesis de pregrado, Universitat Jaume I]. Repositorio UJI. [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169408/TFG\\_2017\\_GraneroBonetMarta.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169408/TFG_2017_GraneroBonetMarta.pdf?sequence=1)
- Gutierrez, G., Fontanil, Y., Paz, D., Ezama, E. & Alonso, E. (2017). Patología alimentaria en adolescentes: el efecto del apego y regulación emocional en varones y mujeres. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(2), 209-220. <https://www.ijpsy.com/volumen17/num2/468/patologia-alimentaria-en-adolescentes-efecto-E S.pdf>
- Harris, J., Duncan, A., Men, V., Shevick, N., Krauss, M., & Cavazos-Rehg, P. (2018). Messengers and Messages for Tweets That Used #thinspo and #fitspo Hashtags in 2016. *Preventing Chronic Disease*, 15. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd15.170309>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ta Ed.). McGraw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.

- Hoxha, E. (2016). Linking Attachment Avoidance and Attachment Anxiety with Eating Disorder Attitudes and Behaviours in a Sample of Non Clinical Albanian Female College Students. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(4). [doi:10.5901/mjss.2016.v7n4p](https://doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n4p)
- Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut\\_2018\\_diseno\\_conceptual.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseno_conceptual.pdf)
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. *Anales de Salud Mental* 18(1-2). <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023). Compendio Estadístico Perú 2023. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Compendio2023/COMPENDIO2023.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Compendio2023/COMPENDIO2023.html)
- The jamovi project. (2023). *jamovi (Version 2.3) [Computer software]*. <https://www.jamovi.org>
- Jara, B. (2020). Propiedades Psicométricas del Cuestionario Actitudes ante la Alimentación en Estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio UPAO. [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6419/1/RE\\_PSICO\\_L\\_BRIGITTE.JARA\\_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6419/1/RE_PSICO_L_BRIGITTE.JARA_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf)

- Joulins, L. (2024). La Influencia de los Estilos de Apego en la Regulación de las Emociones y la Satisfacción en la Pareja. *EduPsykhé*, 21(3), 1-18.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9719491>
- Keller, H. (2018). Universality claim of attachment theory: Children's socioemotional development across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(45), 11414-11419.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.1720325115>
- Kotrlik, J., Williams, H., & Jabor, M. (2011). Reporting and Interpreting Effect Size in Quantitative Agricultural Education Research. *Journal of Agricultural Education*, 52(1), 132-142  
<https://doi.org/10.5032/jae.2011.01132>
- Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A., & Bekker, M. H. J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment & Human Development*, 18(3), 250–272. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1136660>
- Lacasa, F., & Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Psicopatología y salud mental*, 24, 83-93.  
<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Lacasa-Fernando-24.pdf>
- Lanza, G. (2021). Sobre algunas relaciones entre la teoría de la mentalización y el psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 15(1), 117-137.

[doi: 10.21110/19882939.2021.150106](https://doi.org/10.21110/19882939.2021.150106)

- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Serrano-Troncoso, E., Garcia-Argibay, M., Cortijo-Alcarria, M. C., & Santed-Germán, M. (2020). Attachment, body appreciation, and body image quality of life in adolescents with eating disorders. *Eating Disorders*, 1(14). [doi:10.1080/10640266.2020.1763112](https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1763112)
- Lecannelier, F. (2017) *El legado del apego temprano: traslación desde la descripción a la intervención*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio UAM. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681435/lecannelier\\_acevedo\\_felipe.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681435/lecannelier_acevedo_felipe.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Lenzo, V., Sardella, A., Barberis, N., Isgrò, C., Torrisi, R., Giunta, S., Petralia, M. C., Verrastro, V., & Quattropani, M. C. (2021). The Interplay of Attachment Styles and Defense Mechanisms on Eating Disorders Risk: Cross-Sectional Observation in the Community Population. *Clinical neuropsychiatry*, 18(6), 296–303. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210603>
- Levy, K., Ellison, W., Scott, L., & Bernecker, S. (2010). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193–203. [doi:10.1002/jclp.20756](https://doi.org/10.1002/jclp.20756)
- Lugo-Salazar, K., & Pineda-García, G. (2020). Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26) en una muestra no clínica de adolescentes. *Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2), 1-11. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR>
- López-Espinoza, A., Martínez-Moreno, A., Aguilera-Cervantes, V., Salazar-Estrada, J., Navarro-Meza, M., Reyes-Castillo, Z., García-Sánchez, N., & Jiménez-Briseño, A. (2018). Estudio e investigación del comportamiento

alimentario: Raíces, desarrollo y retos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 9(1), 107-118.

<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.465>

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, (16), 297-325.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). University of Chicago Press.

[https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=WzHifiCXE8EC&oi=fnd&pg=PA121&dq=Main,+M.,+%26+Solomon,+J.+\(1990\).+Procedures+for+identifying+infants+as+disorganized/disoriented+during+the+Ainsworth+Strange+Situation.+In+M.+T.+Greenberg,+D.+Cicchetti,+%26+E.+M.+Cummings+\(Eds.\),+Attachment+in+the+preschool+years:+Theory,+research,+and+inter&ots=WVsfrEBIXm&sig=cncEkTIzbm1-Pz\\_HLJ-WhlmKN6A&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=WzHifiCXE8EC&oi=fnd&pg=PA121&dq=Main,+M.,+%26+Solomon,+J.+(1990).+Procedures+for+identifying+infants+as+disorganized/disoriented+during+the+Ainsworth+Strange+Situation.+In+M.+T.+Greenberg,+D.+Cicchetti,+%26+E.+M.+Cummings+(Eds.),+Attachment+in+the+preschool+years:+Theory,+research,+and+inter&ots=WVsfrEBIXm&sig=cncEkTIzbm1-Pz_HLJ-WhlmKN6A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055–1187.

<https://doi.org/10.1177/00030651000480041801>

- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R., & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de psicología* 21(2).  
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6844/6978>
- McArdle, J. (1981). Book Review: Correlation and Causality. *Applied Psychological Measurement*, 5(2), 275–280.  
[doi:10.1177/014662168100500215](https://doi.org/10.1177/014662168100500215)
- Mendiola, R. (2008). Teoría del apego y psicoanálisis. *Clínica y Salud*, 19(1), 131-134. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000100007&lng=es &tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100007&lng=es &tlng=es).
- Melero, R., & Gantero, J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a04.pdf>
- Ministerio de Salud Organización Mundial de la Salud [MINSA].(2017). *Documentp técnico:Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Monteleone, A., 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., Ruzzi, V., Patriciello, G., Pellegrino, F., Cascino, G., Castellini, G., Steardo, L., Monteleone, P., & Maj, M. (2020). Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: an

- investigation of their interactions. *Eat Weight Disord*, 25, 577–589.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00649-0>
- Nylander I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. An epidemiologic interview investigation. *Acta socio-medica Scandinavica*, 3(1), 17–26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5134873/>
- Nuño, B., Celis-de la Rosa, A., & Unikel-Santoncini, C. (2009). Prevalence and associated factors related to disordered eating in student adolescents of Guadalajara across sex. *Revista de investigación clínica; órgano del Hospital de Enfermedades de la Nutrición*, 61(4), 286–293.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19848305/>
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 4(1), 65-81.  
<https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *Salud del adolescente*. <https://www.paho.org/en/topics/adolescent-health>
- Padilla, M.C & Robles, Y.I (2025). Asociación entre acoso escolar y conductas alimentarias de riesgo en población adolescente de Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 8(2), 116-129.  
<https://doi.org/10.20453/rnp.v88i2.6033>
- Palacios, J. (2021). *Estilos de apego relacionados con las conductas anoréxicas y bulímicas en estudiantes de Bachillerato*. [Tesis de pregrado, Universidad

Técnica de Ambato] Repositorio UTA.

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32524/1/PALACIOS%20CORTEZ%20JOHANNA%20MARICELA%20-M.pdf>

Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., & Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*, 18(4)

<https://studylib.es/doc/5389493/factores-psicosociales-asociados-a-los-trastornos-de-al>

Papalia, D., & Martorell, G. (2021). *Desarrollo Humano* (14ª ed.). McGraw Hill.

Pasco, R., & Roisman, I. (2017). Attachment Theory: Progress and Future Directions. *Current opinion in psychology*, 15, 131–136.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.002>

Pérez, A., Valdez-Aguilar, M., & Barriguete-Meléndez, J. (2023) Validación de la Versión Corta de la Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-18) en Población Mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 71(1), 169-181.

<https://www.aidep.org/sites/default/files/2024-02/RIDEP71-Art12.pdf>

Prada, J. (Ed.). (2004). *Madurez afectiva, concepto de sí y la adhesión en el ministerio sacerdotal: estudio teórico-empírico según la "teoría del apego"*.

Editorial San Pablo.

<https://books.google.com.ec/books?id=fLRl8ns4XJgC&lpg=PA51&dq=representaciones%20del%20apego&pg=PA51#v=onepage&q=representaciones%20del%20apego&f=false>

- Quiñones-Negrete, M., Arhuis-Inca, W., Pérez-Moran, G., Coronado-Fernandez, J., & Cjuno, J. (2022). Síntomas de ansiedad, conductas agresivas y trastornos alimentarios en adolescentes del norte de Perú. *Apuntes Universitarios*, 12(1), 92-107. <https://doi.org/10.17162/au.v11i5.917>
- Radilla, C., Vega y León, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J., & Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15-21. <https://renc.es/imagenes/auxiliar/files/Web%20RENC%202015-1-art%203.pdf>
- Ramírez, M., Luna, J., & Velázquez, D. (2021). Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(2), 246-255. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.25.2.1170>
- Rocha, B., Umbarila, J., Meza, M., & Riveros, F. (2019). Estilos de apego parental y dependencia emocional en las relaciones románticas de una muestra de jóvenes universitarios en Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(2), 285-299. [doi: 10.15332/22563067.5065](https://doi.org/10.15332/22563067.5065)
- Rodríguez, L., & Romero, S. (2012) *El rol del apego y mentalización en la experiencia de los trastornos alimenticios*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1555>

- Rosas, K. (2017). Relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 2(1).  
[https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri\\_apsicologia/article/view/861](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsicologia/article/view/861)
- Salinas-Quiroz, F., Dominguez-Espinosa, A., & Ríos, S. (2023). Impacto de estilos de apego, necesidad de aprobación social, y regulación emocional en salud mental: Un modelo paralelo de mediación. *Revista De Psicología*, 41(1), 269-305. <https://doi.org/10.18800/psico.202301.011>
- Sánchez, A. (2013). *La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. Archivo digital.  
<https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/10537/791.pdf>
- Sánchez, A. (2019). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: etiología y actuación enfermera*. [Tesis de pregrado, Universidad de Córdoba]. Archivo digital.  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687947/sanchez\\_garcia\\_almudenatfg.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687947/sanchez_garcia_almudenatfg.pdf?sequence=1)
- Sánchez, Y. (2021). *Prevalencia de riesgo de trastorno alimentario en mujeres estudiantes de 12 a 16 años de edad*. [Tesis de pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Archivo digital.  
[https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/854/Yenifer%20Sanchez%20Mannucci\\_Unif%c3%a9%20FINALIZADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/854/Yenifer%20Sanchez%20Mannucci_Unif%c3%a9%20FINALIZADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Sanchis, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull]. Repositorio TDX. <http://hdl.handle.net/10803/9262>
- Santiago, J., & Tataje F. (2020). *Conductas de riesgo y representación de estilos de apego en adolescentes de un colegio limeño*. [Tesis de pregrado. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico UPC. [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/653195/Santiago\\_RC.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/653195/Santiago_RC.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Satter, E. (1995). Feeding dynamics: Helping children to eat well. *Journal of Pediatric Health Care*, 9(4), 178–184. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(05\)80033-1](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(05)80033-1)
- Seiffge-Krenke, I. (2006). Coping With Relationship Stressors: The Impact of Different Working Models of Attachment and Links to Adaptation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 25–39. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9015-4>
- Sharan, P., & Sundar, AS (2015). Trastornos de la alimentación en la mujer. *Revista india de psiquiatría*, 57(2), S286–S295. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161493>
- Silva, M. (2020). *Alimentación emocional y mensajes parentales sobre la alimentación en universitarias de Lima*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Archivo Digital. [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/25784/SILVA\\_HURTADO\\_MAITE\\_LUZ%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/25784/SILVA_HURTADO_MAITE_LUZ%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Valderrama, A. (2021). *Estilos de apego adulto y síntomas psicopatológicos en estudiantes de una universidad privada de Arequipa 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica San Pablo]. Repositorio UCPS. [https://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/16781/1/VALDERRAMA\\_LOZA\\_AND\\_APE.pdf](https://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/16781/1/VALDERRAMA_LOZA_AND_APE.pdf)
- Tasca, G. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current Opinion in Psychology*, 25, 59–64. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616734.2015.1136660?journalCode=rahd20>
- Nóblega, M., & Traverso, P. (2013). Confiabilidad y validez de constructo del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 7-25, 7-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80127000008>
- Unikel, C., Díaz, C., & Rivera, M. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición* (1era ed.). Universidad Autónoma Metropolitana. [https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas\\_alimentarias.pdf](https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf)
- Ureña-Molina, M., Pacheco-Milian, M., & Rondón-Ortega, M. (2015). Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Ciencia y cuidado*, 12(2), 57-71. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/509/521>

- Valledor, V., Lawler, J., Jefferson., S., & Chow, C. (2024). Attachment style to body dissatisfaction, restrained eating, and disordered eating in adolescent girls: Differential weight communication mediators. *Appetite*, *198*, 107321 <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107321>
- Van Rosmalen, L., van der Horst, F. C., & Van der Veer, R. (2016). From secure dependency to attachment: Mary Ainsworth's integration of Blatz's security theory into Bowlby's attachment theory. *History of psychology*, *19*(1), 22–39. <https://doi.org/10.1037/hop0000015>
- Vega, V., Roitman, D., & Barrionuevo, J. (2011). Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia: Diferencias entre una muestra femenina clínica y no clínica. *Anuario de investigaciones*, *18*, 381-388. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947041>
- Veloso Gouveia, V., Lucena Pronk, S. D., Santos, W. S., Gouveia, R. S., & Cavalcanti, J. P. (2010). Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *44*(1), 28-36. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28420640004.pdf>
- Villalva, J. (2022). *Tipos de apego y su relación con las conductas alimentarias de riesgo*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. Archivo digital. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/34797/1/Villalva%20Parrara%3b%20Johana%20Gabriela%20-%20Repositorio.pdf>

- Yáñez-Yaben, S. & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Revista Acción Psicológica*, 8(2), 67-85. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030766006.pdf>
- Zusman, T. (2004). Los desórdenes de la alimentación: una lectura psicoanalítica. [Tesis maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de Tesis PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/items/f5352de5-5abf-41ec-b84f-8824281379ff>

## ANEXOS

### Anexo 01. Propiedades psicométricas CaMir-R

Análisis Factorial confirmatorio CaMir-R 25 ítems  
Cargas de los Factores

Factor	Indicador	Estimador	EE	Z	p	Estimador Estándar
Factor 1: Seguridad	ÍTEM 2	0.423	0.0589	7.19	< .001	0.455
	ÍTEM 3	0.729	0.0563	12.94	< .001	0.734
	ÍTEM 4	0.553	0.0589	9.38	< .001	0.572
	ÍTEM 5	0.595	0.0557	10.68	< .001	0.635
	ÍTEM 6	0.601	0.0507	11.85	< .001	0.688
	ÍTEM 14	0.751	0.0505	14.87	< .001	0.81
	ÍTEM 23	0.696	0.0556	12.51	< .001	0.716
Factor 2: Preocupación	ÍTEM 7	0.602	0.0646	9.31	< .001	0.599
	ÍTEM 8	0.704	0.0681	10.33	< .001	0.65
	ÍTEM 12	0.661	0.0748	8.84	< .001	0.564
	ÍTEM 18	0.696	0.0646	10.78	< .001	0.676
	ÍTEM 22	0.802	0.0728	11.02	< .001	0.689
	ÍTEM 25	0.704	0.0639	11.02	< .001	0.671
	ÍTEM 9	0.605	0.0649	9.31	< .001	0.565
Factor 3: Rechazo	ÍTEM 10	0.543	0.0663	8.2	< .001	0.509
	ÍTEM 11	0.604	0.0639	9.45	< .001	0.573
	ÍTEM 16	0.559	0.0721	7.76	< .001	0.484
	ÍTEM 17	0.763	0.0714	10.68	< .001	0.632
	ÍTEM 19	0.824	0.0647	12.74	< .001	0.722
	ÍTEM 21	0.952	0.0732	13.01	< .001	0.733
	ÍTEM 24	0.902	0.0654	13.79	< .001	0.765
Factor 4: Traumatismo	ÍTEM 1	0.985	0.0783	12.58	< .001	0.719
	ÍTEM 13	0.948	0.072	13.17	< .001	0.743
	ÍTEM 15	1.029	0.0681	15.11	< .001	0.819
	ÍTEM 20	1.101	0.0777	14.17	< .001	0.782

## Medidas de ajuste

---

Medidas de Ajuste							
Prueba Para un Ajuste Exacto						IC 90% del RMSEA	
$\chi^2$	gl	p	CFI	TLI	RMSEA	Inferior	Superior
461	269	< .001	0.922	0.913	0.0529	0.0446	0.0611

---

### Confiabilidad por consistencia interna del CaMir-R 25

<b>Confiabilidad</b>	<b>Alpha</b>	<b>Omega</b>
Factor 1: Seguridad	0.842	0.0845
Factor 2: Preocupación	0.806	0.808
Factor 3: Rechazo	0.839	0.84
Factor 4: Traumatismo	0.846	0.849

---

**Anexo 02.**  
**Propiedades psicométricas EAT-26**

Análisis Factorial confirmatorio EAT  
Cargas de los Factores

<b>Factor</b>	<b>Indicador</b>	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Estimador Estándar</b>
Factor 1	E1	0.931	0.0653	14.27	< .001	0.786
	E11	0.978	0.0617	15.85	< .001	0.848
	E14	0.967	0.0652	14.82	< .001	0.809
Factor 2	E16	0.594	0.0519	11.44	< .001	0.695
	E23	0.603	0.0546	11.04	< .001	0.675
	E7	0.608	0.0541	11.24	< .001	0.689
	E6	0.568	0.0648	8.77	< .001	0.56
	E17	0.502	0.0521	9.63	< .001	0.609
Factor 3	E8	0.868	0.067	12.96	< .001	0.818
	E13	0.645	0.0602	10.71	< .001	0.67
	E20	0.671	0.061	10.99	< .001	0.71
Factor 4	E21	0.452	0.0624	7.24	< .001	0.468
	E18	0.551	0.052	10.6	< .001	0.636
	E4	0.706	0.0601	11.76	< .001	0.691
	E22	0.738	0.0607	12.17	< .001	0.707
	E3	0.674	0.0632	10.67	< .001	0.642
Factor 5	E26	0.437	0.0425	10.27	< .001	0.617
	E24	0.552	0.0542	10.18	< .001	0.615
	E10	0.763	0.0484	15.77	< .001	0.867

Métodos de ajuste

Prueba Para un Ajuste Exacto			Medidas de ajuste			IC 90% del RMSEA	
$\chi^2$	gl	p	CFI	TLI	RMSEA	Inferior	Superior
315	141	< .001	0.913	0.894	0.0696	0.0594	0.0799

Se correlacionó los errores de un par de ítems : 18 y 21

### **Anexo 03.**

#### **Ficha sociodemográfica**

Antes de continuar, se le solicita responder algunas preguntas relacionadas con datos sociodemográficos, información que será utilizada únicamente para los fines de la presente investigación. Marca según corresponda:

1. Edad

- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- Más de 20: \_\_\_\_\_

2. Sexo

- Femenino
- Masculino

3. ¿Vives en Lima Metropolitana?

- Sí
- No

4. Actualmente, ¿a qué se dedica?

- Estudiante escolar
- Estudiante universitario \*especificar universidad
- Otros : \_\_\_\_\_

#### Anexo 04.

### Versión Reducida del Cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego Adulto (CAMIR-r)

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y marca la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos:

Los resultados de este cuestionario son confidenciales. No hay respuesta buena ni mala.

Recuerda que puedes dejar de contestar el cuestionario cuando lo desees.

Opciones de respuesta:

1 = Muy verdadero | 2 = Verdadero | 3 = Ni verdadero ni falso | 4 = Falso | 5 =

Muy falso

Nº	<i>Afirmaciones</i>	1	2	3	4	5
2	En mi familia, cada uno/a expresa sus emociones sin temer a las reacciones de los otros.					
3	En caso de necesidad, estoy seguro/a que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.					
4	Pienso que he sabido devolver a mis padres el cariño que ellos me han dado.					
5	Frecuentemente dedico tiempo a conversar con mis seres queridos.					
6	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.					
14	Me siento en confianza con mis seres queridos.					
23	Hay un buen entendimiento entre los miembros de mi familia.					
7	Saber que alguno de mis seres queridos tiene problemas me preocupa tanto que no puedo concentrarme en otra cosa.					
8	Siempre estoy preocupado/a por la pena que podría causar a mis seres queridos si los dejara.					
12	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.					
18	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo/a.					
22	La idea de separarme momentáneamente de uno de mis seres queridos,					

	me deja una sensación de inquietud.					
25	A menudo, me siento preocupado/a sin razón por la salud de mis seres queridos.					
9	Mis deseos de niño no eran muy tomados en cuenta por los adultos de mi entorno.					
10	Cuando era niño/a, los adultos me parecían preocupados, sobre todo, por sus propios problemas.					
11	Cuando era niño/a, teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.					
16	No recuerdo muy bien cómo eran mis padres, ni la relación que yo tenía con ellos.					
17	A partir de mi experiencia de niño/a, me he dado cuenta que uno/a nunca es lo suficientemente bueno/a para sus padres.					
19	Cada vez que trato de pensar en los aspectos buenos de mis padres, recuerdo los malos.					
21	Cuando recuerdo mi infancia siento un vacío afectivo.					
24	Durante mi niñez, sufrí la indiferencia de mis seres queridos.					
1	Las amenazas de separación o de ruptura de lazos familiares, son parte de mis recuerdos infantiles.					
13	Cuando era niño/a le tenía miedo a mis padres.					
15	Cuando era niño/a tuve que enfrentarme a la violencia de mis seres queridos.					
20	Cuando era niño/a había peleas insoportables en casa.					

**Anexo 05.**  
**Escala de Actitudes Alimentarias**  
**(EAT-26)**

A continuación, encontrarás una serie de enunciados. Por favor lee cada uno de forma pausada, uno por uno, si el enunciado describe su actitud de **hace tres meses hasta el día de hoy**, marque con una x en el recuadro según las opciones de respuesta:

Recuerda que puedes dejar de contestar el cuestionario cuando lo desees.

1 = Siempre | 2 = Muy a menudo | 3 = A menudo | 4 = Casi nunca | 5 = Nunca

Nº	<i>Afirmaciones</i>	1	2	3	4	5
1	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.					
2	Procuro no comer cuando tengo hambre.					
3	La comida es para mí una preocupación habitual.					
4	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.					
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños.					
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.					
7	Procuro no comer alimentos que contienen muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)					
8	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.					
9	Vomito después de comer.					
10	Me siento muy culpable después de comer.					
11	Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.					
12	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.					
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.					
14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o celulitis.					
15	Tardo más tiempo que los demás en comer.					
16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.					
17	Como alimentos dietéticos.					

18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.					
19	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.					
20	Paso demasiado tiempo pensando en comida.					
21	No me siento bien después de haber comido dulces.					
22	Estoy haciendo dieta.					
23	Me gusta tener el estómago vacío.					
24	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.					
25	Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías.					
26	Después de las comidas, tengo el impulso de vomitar.					

**Anexo 06.**  
**Consentimiento informado para padres de familia/apoderados**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

(Padres)	
<i>Título del estudio:</i>	<b>Estilos de apego parental y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes universitarios de Lima Metropolitana</b>
<i>Investigador (a):</i>	<b>Alejandra Lezama Aedo</b>
<i>Institución:</i>	<b>Universidad Peruana Cayetano Heredia</b>

**Propósito del estudio:**

Estamos invitando a su hijo(a) a formar parte de una investigación para analizar la relación que existe el apego parental y las conductas alimentarias de riesgo. Este es un estudio elaborado para obtener el título de licenciatura en psicología.

Sabemos que la adolescencia es una etapa con muchos cambios, principalmente, se adquieren nuevas interpretaciones sobre las experiencias, se incorporan grandes cambios físicos y psicológicos. Es aquí donde se pueden desarrollar diferentes conductas riesgosas, una de ellas: problemas con la alimentación.

Durante esta etapa, la familia adquiere un rol fundamental, dado que los adolescentes siguen buscando en sus padres una fuente de protección en tiempos de estrés emocional, un puerto seguro, lo cual se conoce como apego. El apego nos facilita una mayor comprensión de la problemática, lo cual será beneficioso para las bases de la prevención y educación en base al establecimiento de lazos afectivos saludables entre padres e hijos.

Por esta razón, se considera relevante profundizar en el tema expuesto y tratarlo con la importancia que amerita, para brindar los alcances en favor y beneficio de la población de adolescentes peruanos, a fin de identificar y prevenir que estas conductas alimentarias de riesgo se tornen en algo mucho más grave, como un trastorno de alimentación.

**Procedimientos:**

Si usted acepta que su hijo(a) participe y su hijo(a) decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se hará la entrega del presente documento (consentimiento informado) al padre de familia o apoderado del menor, quien autorizará su participación a la hora de firmarlo.

2. Se explicará verbalmente a su hijo(a) el propósito e importancia de su participación en el estudio, obteniendo de esta forma, su consentimiento.
3. Su hijo(a) deberá llenar una ficha sociodemográfica, donde se incluyen datos referidos a la edad, sexo y lugar de residencia.

Estos datos se mantendrán en completa confidencialidad, donde la identidad de los participantes no será revelada y la información será codificada y almacenada por un tiempo máximo de 5 años. Los hallazgos obtenidos, se emplearán únicamente para el presente estudio, con posibilidad de publicación.

4. Seguidamente, su hijo(a) deberá completar dos formularios: el Cuestionario de Apego (CAMIR-r) que identifica el estilo de vinculación afectiva entre cuidadores primarios (generalmente padres) e hijos, y el Eating Attitude Test (EAT-26), que sirve como instrumento para identificar conductas alimentarias de riesgo. Esto, le tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos.
5. Al finalizar, se le brindará un afiche informativo, dentro del cual podrá acceder a información sobre cómo pueden mejorar los vínculos entre padres e hijos, así como formas de prevención de problemáticas relacionadas a la conducta alimentaria. De igual forma, se hará la entrega de un breve informe con los resultados de su hijo(a) vía email.

#### **Riesgos:**

No existe ningún riesgo al formar parte de este estudio. En caso de que ciertas preguntas le generen incomodidad, el menor será libre de contestarlas o no, incluso de abandonar la investigación cuando lo desee.

De igual forma, se brindará el contacto de la línea telefónica 113 - opción 5 desarrollada por el Ministerio de Salud, de acceso gratuito para toda la población y para recibir información y orientación especializada en temas de salud mental.

Las dudas que puedan surgir con respecto al consentimiento informado y/o llenado de encuestas serán resueltas directamente por la investigadora.

#### **Beneficios:**

Se enviará a todos los participantes un afiche informativo acerca de la relevancia del desarrollo de los vínculos sanos entre padres e hijos, así como la prevención de los trastornos alimentarios (como anorexia o bulimia). Adicionalmente, se hará entrega de un breve informe con los resultados de cada participante.

#### **Costos y compensación:**

No deberá pagar nada por la participación de su hijo(a) en el estudio. De igual forma, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

Los datos serán recolectados con códigos y no con nombres para garantizar la confidencialidad de cada participante. Los hallazgos no se compartirán con personas externas a la investigación y serán empleadas únicamente en este estudio.

Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron.

**Derechos del participante:**

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, llamar a Alejandra Lezama Aedo, mail: [REDACTED] o al teléfono: [REDACTED] y/o al asesor de esta investigación, Silvia Julissa Roncal Briceño al teléfono: [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que su hijo(a) ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico:

[orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe)

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH:  
<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

**DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

**Deseo recibir el informe con los resultados de las pruebas de mi hijo(a) por medio del siguiente correo electrónico:**

**Correo electrónico de ambos padres de familia y/o apoderados:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo de las actividades en las que participará si ingresa al estudio, también entiendo que mi hijo(a) puede decidir no participar y que puede retirarse del estudio en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
**Nombres y Apellidos  
Padre/madre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha y Hora**

\_\_\_\_\_  
**Nombres y Apellidos  
Testigo (si el  
participante es  
analfabeto**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha y Hora**

\_\_\_\_\_  
**Nombres y Apellidos  
Investigador**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha y Hora**

**Anexo 07.**  
**Consentimiento informado para adultos**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

(Adultos)	
<i>Título del estudio :</i>	Estilos de apego y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Lima Metropolitana.
<i>Investigador (a) :</i>	Alejandra Lezama Aedo
<i>Institución :</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia.

**Propósito del estudio:**

Te invitamos a formar parte de una investigación para analizar la relación que existe entre el apego parental y las conductas de riesgo alimentarias. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Sabemos que la adolescencia es una etapa con muchos cambios, principalmente, se adquieren nuevas interpretaciones sobre las experiencias, se incorporan grandes cambios físicos y psicológicos. Es aquí donde se pueden desarrollar diferentes conductas riesgosas, una de ellas: problemas con la alimentación.

Durante esta etapa, la familia adquiere un rol fundamental, dado que los adolescentes siguen buscando en sus padres una fuente de protección en tiempos de estrés emocional, un puerto seguro, lo cual se conoce como apego. El apego nos facilita una mayor comprensión de la problemática, lo cual será beneficioso para las bases de la prevención y educación en base al establecimiento de lazos afectivos saludables entre padres e hijos.

**Procedimientos:**

Si decides participar en este estudio, realizarás lo siguiente:

1. Se te hará la entrega del consentimiento informado, de modo que autorizarás tu participación dentro del estudio.
2. Seguidamente, se te solicitará llenar una ficha sociodemográfica que incluyen datos referidos a la edad, sexo, lugar de residencia, entre otros.
3. Deberás completar dos formularios: el Cuestionario de Apego (CAMIR-r) y el Eating Attitude Test (EAT-26), lo cual te tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos.

4. Al finalizar, se te brindará un afiche informativo, dentro del cual podrás acceder a información sobre cómo pueden mejorar los vínculos entre padres e hijos, así como formas de prevención de problemáticas relacionadas a la conducta alimentaria. De igual forma, al finalizar el estudio, se hará entrega de un informe breve con tus resultados (vía email).

### **Riesgos:**

No existe ningún riesgo al participar de este proyecto de investigación. En caso de que algunas preguntas te generen incomodidad, serás libre de responderlas o no, incluso de abandonar la investigación cuando lo desees.

### **Beneficios:**

Se entregará a todos los participantes material informativo acerca de la relevancia del desarrollo de los vínculos sanos entre padres e hijos, así como las formas de prevención de los trastornos alimentarios. Asimismo, recibirás un breve informe con la entrega de tus resultados.

De igual forma, se brindará el contacto de la línea telefónica 113 - opción 5 desarrollada por el Ministerio de Salud, de acceso gratuito para toda la población y para recibir información y orientación especializada en temas de salud mental en caso de ser necesario.

Se brindará el número telefónico de la investigadora con disponibilidad de 8am-8pm para resolver las dudas que puedan surgir con respecto al consentimiento informado y/o llenado de encuestas.

### **Costos y compensación**

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás ningún incentivo económico ni de otra índole.

### **Confidencialidad:**

Los datos serán recolectados con códigos y no con nombres para garantizar la confidencialidad de cada participante. Los hallazgos no se compartirán con personas externas a la investigación y serán empleadas únicamente en este estudio.

Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron.

### **Derechos del participante:**

Si decides participar en el estudio, puedes retirarte de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tienes alguna duda adicional, por favor pregunta al personal del estudio o llama a Alejandra Lezama Aedo al teléfono [REDACTED].

Si tienes preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o crees que has sido tratado injustamente puedes contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [duict.cieh@oficinas-upch.pe](mailto:duict.cieh@oficinas-upch.pe)

Asimismo, puedes ingresar a este enlace para comunicarte con el Comité Institucional de Ética en

Investigación UPCH:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

### **DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

**Deseo recibir el informe con los resultados de las pruebas de mi hijo(a) por medio del siguiente correo electrónico:**

**Correo electrónico:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento

---

**Nombres y Apellidos  
Padre/madre/tutor**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y Apellidos  
Testigo (si el  
participante es  
analfabeto**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y Apellidos  
Investigador**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

**Anexo 08.**  
**Asentimiento informado**

---

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

(12 a 17 años)	
<b>Título del estudio:</b>	<b>Estilos de apego parental y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Lima Metropolitana</b>
<b>Investigador (a):</b>	<b>Alejandra Lezama Aedo</b>
<b>Institución:</b>	<b>Universidad Peruana Cayetano Heredia</b>

**Propósito del estudio:**

Te invitamos a formar parte de una investigación para analizar la relación que existe entre los diferentes tipos de apego y las conductas de riesgo alimentarias.

Sabemos que la adolescencia es una etapa con muchos cambios, principalmente, se adquieren nuevas interpretaciones sobre las experiencias, se incorporan grandes cambios físicos y psicológicos. Es aquí donde se pueden desarrollar diferentes conductas riesgosas, una de ellas: problemas con la alimentación.

Durante esta etapa, la familia adquiere un rol fundamental, dado que los adolescentes siguen buscando en sus padres una fuente de protección en tiempos de estrés emocional, lo cual se conoce como apego. El apego nos facilita una mayor comprensión sobre la importancia del establecimiento de lazos afectivos saludables entre padres e hijos.

**Procedimientos:**

Si decides participar en este estudio, realizarás lo siguiente:

1. Se te explicará de forma verbal el objetivo del estudio y la importancia de tu participación, de modo que darás tu consentimiento para formar parte de este.
2. Seguidamente, se te solicitará llenar una ficha sociodemográfica que incluyen datos referidos a la edad, sexo, lugar de residencia, entre otros.
3. Deberás completar dos formularios: el Cuestionario de Apego (CAMIR-r) y el Eating Attitude Test (EAT-26), lo cual te tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos.
4. Al finalizar, se te brindará un afiche informativo, dentro del cual podrás acceder a información sobre cómo pueden mejorar los vínculos entre

padres e hijos, así como formas de prevención de problemáticas relacionadas a la conducta alimentaria. Asimismo, se hará la entrega de tus resultados a tus padres y/o apoderados.

**Riesgos:**

No existe ningún riesgo al participar de este proyecto de investigación. En caso de que algunas preguntas te generen incomodidad, serás libre de responderlas o no, incluso de abandonar la investigación cuando lo desees.

**Beneficios:**

Se entregará a todos los participantes material informativo acerca de la relevancia del desarrollo de los vínculos sanos entre padres e hijos, así como las formas de prevención de los trastornos alimentarios. De igual forma, se hará la entrega de tus resultados a tus padres y/o apoderados.

De igual forma, se brindará el contacto de la línea telefónica 113 - opción 5 desarrollada por el Ministerio de Salud, de acceso gratuito para toda la población y para recibir información y orientación especializada en temas de salud mental en caso de ser necesario.

Se brindará el número telefónico de la investigadora con disponibilidad de 8am-8pm para resolver las dudas que puedan surgir con respecto al consentimiento informado y/o llenado de encuestas.

**Costos y compensación**

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

Guardaré tu información con códigos y no con nombres. Los hallazgos no se compartirán con personas externas a la investigación y serán empleadas únicamente en este estudio.

Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita conocer tu identificación.

**Derechos del participante:**

Si decides participar en el estudio, puedes retirarte de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tienes alguna duda adicional, por favor pregunta al personal del estudio o llama a Alejandra Lezama Aedo al teléfono [REDACTED].

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del

Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe)

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

### **DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

_____ <b>Nombres y Apellidos Participante</b>	_____ <b>Firma</b>	_____ <b>Fecha y Hora</b>
_____ <b>Nombres y Apellidos Testigo (si el participante es analfabeto</b>	_____ <b>Firma</b>	_____ <b>Fecha y Hora</b>
_____ <b>Nombres y Apellidos Investigador</b>	_____ <b>Firma</b>	_____ <b>Fecha y Hora</b>