

ELS ESTILS DE VINCLE AFECTIU FILIO-PARENTALS I LA SEVA RELACIÓ AMB CONDUCTES ALIMENTÀRIES DE RISC EN POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA DE LA UVIC

Treball de Final de Grau de Psicologia

Paula Zaera Recuenco

4rt del grau en Psicologia

Tutora: Conchi San Martin

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

Vic, 14 de maig de 2018

Agraïments

Agrair aquest treball de final de grau a la meva tutora Conchi San Martín, per a guiar-me; acompanyar-me i oferir-me suport en tot el llarg recorregut d'elaboració del present treball.

També, a totes les 30 estudiants que han participat en la part pràctica d'aquesta investigació, dedicant una part del seu temps, el qual val or, a respondre de manera desinteressada i sense rebre res a canvi, les qüestions plantejades. Així que, gràcies.

Per últim i sobretot, agrair aquest treball al meu entorn més proper, amics, coneguts, veïns, familiars i en especial, als meus pares i avis, per confiar en mi, aguantar-me en els moments més difícils de l'elaboració d'aquest projecte i per oferir-me el seu amor incondicional.

Resum

El present estudi, es proposa com a objectiu principal avaluar la possible relació entre els diferents estils de vincle establerts amb els progenitors durant la infància i la possibilitat de presentar conductes alimentàries de risc en etapes posteriors. Primerament, s'ha realitzat un marc conceptual en el qual es sintetitzen els estudis científics internacionals i nacionals més importants relacionats amb el tema en qüestió.

Per tal d'assolir l'objectiu principal, en la part pràctica, s'ha dut a terme una investigació de disseny no experimental de tipus associativa transversal, on han participat 10 dones de segon curs de Psicologia i 20 dones de quart. Configurant una mostra total de 30 estudiants i amb una edat compresa entre els 19-26 anys; a les quals se'ls ha administrat el document de consentiment informat i dos qüestionaris.

En primer lloc, es realitza un anàlisi dels diferents tipus de vincle afectiu que poden presentar les estudiants amb els seus pares, mitjançant l'administració del qüestionari Parental Bonding Instrument. En segon lloc, l'estudi analitza la presència de conductes alimentàries de risc entre les participants, observant en quines subescales el risc és més elevat, a partir de l'administració del qüestionari EDI-2. I finalment, s'estudien les possibles relacions existents entre ambdues variables anteriorment mencionades, a partir de la prova chi-quadrat.

Els resultats obtinguts en relació a l'objectiu general, només mostren una relació significativa en el factor d'ineficàcia, en ambdues figures parentals i de desconfiança interpersonal, en el cas de la figura materna. També, el valor de chi-quadrat que pren la subescala d'insatisfacció corporal en relació a la mare, és força proper a l'estadístic de contrast, tot i així, amb aquesta quasi relació, no podem afirmar que hi hagi una associació significativa entre ambdues variables.

En definitiva, els resultats obtinguts de manera general, no són prou significatius com per afirmar rotundament que existeixi una associació significativa entre els diferents tipus de vincle i el fet de presentar patrons alimentaris alterats, resultats que es podrien veure esbiaixats per els aspectes destacats en la part de limitacions.

Paraules clau: afecció, vincle afectiu insegur; representacions mentals, figures parentals, dones, universitàries, conductes alimentàries de risc, PBI i EDI-2

Resumen

El presente estudio, se propone como objetivo principal evaluar la posible relación entre los diferentes estilos de vínculo establecidos con los progenitores durante la infancia y la posibilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo en etapas posteriores. Primeramente, se ha realizado un marco conceptual en el que se sintetizan los estudios científicos internacionales y nacionales más importantes relacionados con el tema en cuestión.

Para alcanzar el objetivo principal, en la parte práctica, se ha llevado a cabo una investigación no experimental de tipo asociativa, donde han participado 10 mujeres de segundo curso de Psicología y 20 mujeres de cuarto. Configurando una muestra total de 30 estudiantes y con una edad comprendida entre los 19-26 años; a las que se les ha administrado el documento de consentimiento informado y dos cuestionarios.

En primer lugar se realiza un análisis de los diferentes tipos de vínculo afectivo que pueden presentar las estudiantes con sus padres, mediante la administración del cuestionario Parental Bonding Instrument. En segundo lugar, el estudio analiza la presencia de conductas alimentarias de riesgo entre las participantes, observando en qué subescalas el riesgo es más elevado, a partir de la administración del cuestionario EDI-2. Y por último, se estudian las posibles relaciones existentes entre ambas variables anteriormente mencionadas, a partir de la prueba chi-cuadrado.

Los resultados obtenidos en relación al objetivo general, sólo muestran una relación significativa en el factor de ineficacia, en ambas figuras parentales y de desconfianza interpersonal, en el caso de la figura materna. También, el valor de chi-cuadrado que toma la subescala de insatisfacción corporal en relación a la madre, es bastante cercano al estadístico de contraste, aún así, con esta casi relación, no podemos afirmar que haya una asociación significativa entre ambas variables.

En definitiva, los resultados obtenidos de manera general, no son lo suficientemente significativos como para afirmar rotundamente que exista una asociación significativa entre los diferentes tipos de vínculo y el hecho de presentar patrones alimentarios alterados, resultados que podrían verse sesgados por los aspectos destacados en la parte de limitaciones.

Palabras clave: apego, vínculo afectivo inseguro representaciones mentales, figuras parentales, dones, universitarias, conductas alimentarias de riesgo, PBI i EDI-2

Abstract

The present study aims to evaluate the possible relationship between the different link styles established with parents during childhood and the possibility of presenting risky food behaviors in later stages. First, a conceptual framework has been developed in which the most important international and national scientific studies related to the subject in question are synthesized.

To achieve the main objective, in the practical part, a non-experimental non-associative research has been carried out, where 10 women from the second Psychology course and 20 women from the fourth have participated. Setting a total sample of 30 students and with an age of between 19-26 years; to whom the informed consent document and two questionnaires have been administered.

First, an analysis of the different types of affective ties that students can present with their parents through the administration of the Parental Bonding Instrument questionnaire is carried out. Second, the study analyzes the presence of risky eating behaviors among the participants, observing in which subscales the risk is higher, starting with the management of the EDI-2 questionnaire. And finally, the possible relationships between the aforementioned variables, from the chi-square test, are studied.

The results obtained in relation to the general objective, only show a significant relationship in the factor of inefficiency, in both parental figures and interpersonal distrust, in the case of the maternal figure. Also, the value of chi-square that takes the subscale of corporal dissatisfaction in relation to the mother, is quite close to the contrast statistic, however, with this almost relation, we can not affirm that there is a significant association between both variables.

In summary, the results obtained in a general way, are not significant enough to affirm strongly that there is a significant association between the different types of link and the fact of presenting altered food patterns, results that could be biased by the aspects highlighted in the part of limitations.

Key words: Attachment, Insecure Affective Bond, Mental Representations, Parental Figures, Women, University, Risky Eating Behaviors, PBI and EDI-2

Glossari d'abreviatures

TCA: Trastorns de la Conducta Alimentària

AAI: Adult Attachment Interview : Entrevista d'aferrament per adults

PBI : Parental Bonding Instrument

EDI-2: Inventari de Trastorns de la Conducta Alimentària

AN : Anorèxia Nerviosa

ANr : Anorèxia Nerviosa de Tipus Restrictiu

ANp : Anorèxia Nerviosa de Tipus Compulsiu/Purgatiu

Taula de continguts

1. Introducció.....	12
1.1 Justificació del projecte.....	13
1.2 Objectiu general.....	13
1.3 Estructura.....	14
2. Fonamentació teòrica.....	14
2.1. Teoria de l'aferrament de John Bowlby.....	15
2.1.1 Definició de conducta d'aferrament i vincle afectiu.....	16
2.1.2 Els quatre sistemes de conducta.....	16
2.1.3 Classificació dels estils de vincle de Mary Ainsworth i Mary Main i Solomon.....	17
2.1.4 El concepte de les representacions mentals.....	18
2. 2 Etapa de l'adolescència.....	19
2. 2.1 L'etapa adolescent.....	19
2.2.2 Aferrament en l'adolescència.....	20
2.2.3 Definició de Conducta Alimentària de Risc.....	22
2.2.4 Hàbits i comportaments alimentaris de risc en població universitària.....	22
2.3 Trastorns de la Conducta Alimentària.....	22
2.3.1 Breu introducció històrica dels TCA.....	22
2.3.2 Classificació diagnòstica dels TCA.....	23
2.3.3 Anorèxia Nerviosa (AN).....	23
2.3.4 Criteris diagnòstics de l'AN segons el DSM-5.....	24
2.3.5 Prevalença.....	24
2.3.6 Etiologia dels TCA.....	25
2.3.7 El paper de la mare en la gènesis i manteniment d'un TCA.....	26
2.3.8 El paper del pare en la gènesis i manteniment d'un TCA.....	27
2.4 Estudis relacionats amb el tema en qüestió.....	29
3. Part pràctica.....	32
3.1 Metodologia.....	32
3.1.1 Àmbit d'estudi.....	32
3.1.2 Tipus d'estudi i disseny.....	32
3.1.3 Objectius específics.....	33
3.1.4 Hipòtesis.....	34

3.1.5 Població i la mostra/participants.....	34
3.1.6 Criteris d'inclusió i exclusió	35
3.1.7 Instruments.....	36
3.1.7.1 PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)	36
3.1.7.2 EATING DISORDER INVENTORY (EDI-2)	38
3.1.8 Procediment de recollida de dades	40
3.1.9 Anàlisi estadística.....	41
3.1.10 Aspectes ètics.....	41
3.2 Anàlisi dels resultats obtinguts	41
3.2.1 Edat i curs acadèmic de les estudiants.....	42
3.2.2 Estadístics descriptius de la variable vincles parentals (PBI).....	42
3.2.2.1. Estadístics descriptius de les tipologies de vincle parentals.....	42
3.2.2.2 Estadístics descriptius de les dimensions del Parental Bonding Instrument	43
3.3 Estadístics descriptius dels factors de l'EDI-2.....	44
3.3.1 Subescala d'obsessió per la primor.....	44
3.3.2 Subescala de bulímia.....	45
3.3.3 Subescala d'insatisfacció corporal.....	45
3.3.4 Subescala d'ineficàcia	46
3.3.5 Subescala de perfeccionisme.....	47
3.3.6 Subescala de desconfiança interpersonal.....	47
3.3.7 Subescala de consciència introceptiva	48
3.3.8 Subescala de por a la maduresa	48
3.3.9 Subescala d'ascetisme	49
3.3.10 Subescala d'impulsivitat	49
3.3.11 Subescala d'inseguretat social.....	50
3.4 Relació entre variables	50
3.4.1 Relació entre les tipologies de vincle matern i els factors de l'EDI-2.....	51
3.4.2 Relació entre les tipologies de vincle patern i els factors de l'EDI-2.....	52
3.4.3 Proves chi-quadrat de Pearson entre els diferents estils de vincle matern i els factors de l'EDI-2.....	52
3.4.4 Proves chi-quadrat de Pearson entre els diferents estils de vincle patern i els factors de l'EDI-2	53
4. Discussió de resultats	54
5. Conclusions generals	62

6.Limitacions i futures propostes de millora	64
6.1 Mida de la mostra	64
6.2 Falta d'estudis realitzats amb població no clínica.....	64
6.3 Biaixos que poden afectar a l'estudi	65
6.4 Validesa externa	65
6.5 No accés a la versió original de l'instrument Parental Bonding Instrument (PBI)	65
6.6 Propostes de millora.....	66
7.Bibliografia.....	67
8. Annexes.....	72
8.1. Consentiment Informat.....	74
8.2. Estadístics descriptius dels factors de l'EDI-2	76
8.2.1 Estadístics de la subescala obsessió per la primor	76
8.2.2 Estadístics de la subescala bulímia.....	76
8.2.3. Estadístics de la subescala Insatisfacció Corporal	76
8.2.4 Estadístic de la subescala d'Ineficàcia.....	77
8.2.5. Estadístic de la subescala de perfeccionisme	77
8.2.6.Estadístic de la subescala de desconfiança interpersonal	77
8.2.7. Estadístic de la subescala de consciència introceptiva.....	78
8.2.8. Estadístic de la subescala de por a la maduresa.....	78
8.2.9 Estadístic de la subescala d'Ascetisme	78
8.2.10. Estadístic de la subescala d'impulsivitat	79
8.2.11. Estadístic de la subescala d'inseguretat social	79
8.3. Taules de contingència	81
8.4. Proves chi-quadrat	103
8.5.1. Qüestionari de Trastorns de la Conducta Alimentària (EDI-2).....	109
8.5.2. Qüestionari Parental Bonding Instrument (PBI)	111

Índex de figures, taules i gràfics

Figures

Figura 1: Tipologia de vincles parentals del PBI.....37

Taules

Taula 1: Estadístics descriptius de les tipologies del vincle matern.....42

Taula 2: Estadístics descriptius de les tipologies del vincle patern.....42

Taula 3: Estadístics descriptius de les dimensions de sobreprotecció i afecte del Parental Bonding Instrument (PBI).....43

Gràfics

Gràfic 1: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'obsessió per la primor.....44

Gràfic 2: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala de bulímia.....45

Gràfic 3: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'insatisfacció corporal.....45

Gràfic 4: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'ineficàcia.....46

Gràfic 5: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala de perfeccionisme.....47

Gràfic 6 : Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala de desconfiança interpersonal.....47

Gràfic 7: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala de consciència introceptiva.....48

Gràfic 8 : Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala de por a la maduresa.....48

Gràfic 9: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'ascetisme.....49

Gràfic 10: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'impulsivitat.....49

Gràfic 11: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'inseguretat social.....50

1. Introducció

Autors com John Bowlby, Mary Ainsworth i Mary Main destaquen la importància que té la relació entre el vincle afectiu i el procés de construcció de la personalitat de cada individu, argumentant que són les primeres relacions que s'estableixen amb el cuidador o cuidadors principals, les que determinen en certa mesura les relacions que l'individu establirà al llarg del seu cicle vital.

En aquest sentit, una de les teories pioneres en explorar aquesta relació, ha estat la teoria de l'aferrament de John Bowlby. Des del marc teòric del vincle afectiu, es suposa que si la persona té cobertes les necessitats bàsiques que necessita per enfrontar-se a les exigències i demandes del seu entorn i creix en un context favorable i segur en el qual es propicien relacions càlides i properes i s'estableix una comunicació favorable amb les figures de referència, l'individu, en edats més avançades tindrà menys probabilitats de desenvolupar una psicopatologia. Contràriament, si la persona malauradament no té la sort de créixer en una família que l'hi proporciona afecte, protecció i estabilitat i a més, és un entorn on la comunicació és escassa o absent, la persona tindrà més probabilitats de desenvolupar una psicopatologia en l'adolescència o l'adulthood.

Coincidim que en el nucli familiar, és on els individus adquirim i interioritzem les maneres de fer; de relacionar-nos; de comunicar-nos; els hàbits; i fins i tot aprenem patrons relacionats amb l'alimentació. És per aquest motiu, que la família és un dels entorns més decisius en l'adquisició d'hàbits i patrons alimentaris. Cal esmentar però, que tot i que moltes famílies ensenyin als seus fills a relacionar-se d'una manera saludable amb els aliments i a adquirir comportaments i actituds positives entorn a aquests, moltes altres, sigui per les circumstàncies que siguin, no aconsegueixen que els seus fills adquireixin uns patrons i hàbits alimentaris favorables, sinó que les actituds que desenvolupen aquests respecte els aliments són majoritàriament errònies i perjudicials per a la seva salut, i en conseqüència, molts d'ells poden arribar a presentar a la llarga comportaments de risc en relació a l'alimentació, que poden conduir a l'individu a desenvolupar un trastorn de la conducta alimentària.

Actualment, i específicament en les societats occidentals, els Trastorns de la Conducta Alimentària s'han posicionat en la tercera posició en la llista de malalties cròniques que presenta la població femenina adolescent en els països més desenvolupats. Tot i que la seva prevalença i incidència hagi incrementat considerablement en els darrers anys, no hi ha una intervenció universal i eficaç que permeti la prevenció o remissió completa d'aquests perillosos quadres clínics. Els Trastorns de la Conducta Alimentària són fenòmens complexos i amb una etiologia multicausal, fet que dificulta encara més el tractament d'aquest fenomen social. Les causes que predisposen a una persona a presentar un TCA és diversa, abarçant aspectes individuals i biològics; socials; psicològics i relacionals.

Entre totes les variables implicades en els TCA, l'interès en aquest estudi es centra concreta i profundament en conèixer la relació que es pot establir entre els diversos estils de vincle parentals i les conductes alimentàries de risc.

1.1 Justificació del projecte

Aquest treball forma part de l'assignatura de “Treball de Fi de Grau” de la titulació universitària de Psicologia de la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC).

La raó per la qual es va voler realitzar aquest projecte, és que durant una de les assignatures del grau, concretament: **Instruments i Tècniques Qualitatives en la Pràctica Professional de la Psicologia**, em va sorgir l'oportunitat de realitzar un treball sobre l'anorèxia nerviosa, en el qual en la part de la metodologia pràctica havia de formular una entrevista i realitzar-li a un professional de la salut mental que exercís dins l'àmbit de la psicologia clínica i que tractés amb pacients anorèxiques. Aleshores, entre la diversa etiologia que pot predisposar a un individu a desenvolupar un TCA, la psicòloga va destacar com a rellevant les relacions i interaccions familiars, concretament el vincle establert amb els cuidadors principals.

A partir d'aquí, vaig començar a reflexionar que si realment era possible que els patrons disfuncionals que alguns pares tenien a l'hora de vincular-se durant la infància amb les seves filles, podien exercir una influència a l'hora que aquestes, en edats més avançades com en l'adolescència o l'etapa adulta emergent, es trobessin en risc de presentar conductes de risc associades a l'anorèxia nerviosa. D'aquesta reflexió, va sorgir la pregunta d'investigació d'aquest treball: **“existeix una relació significativa entre els estils de vincle afectius establerts entre les estudiants i els seus progenitors i la possibilitat que aquestes presentin conductes alimentàries de risc?”**

1.2 Objectiu general

Per això, l'actual treball té com a objectiu primordial investigar si **els estils de vincle afectiu filio-parentals, poden estar relacionats amb conductes alimentàries de risc en les estudiants de segon i quart curs del grau en Psicologia de la Universitat de Vic**. L'estudi s'ha portat a terme amb 30 subjectes de sexe femení entre 19 i 26 anys, amb una metodologia no experimental de tipus associativa transversal.

1.3 Estructura

El treball està dividit en vuit apartats. El primer, la fonamentació teòrica, en el qual es farà una revisió exhaustiva sobre els diferents autors i estudis més rellevants entorn el vincle afectiu, a continuació, es destacaran les característiques centrals de l'etapa adolescent, així com les conductes alimentàries de risc, tot seguit, es plasmaran els aspectes cabdals del tema TCA i, per últim, les investigacions que estudien la relació entre les dues variables que ens proposem estudiar. El tercer apartat és la part pràctica, dividit en la metodologia i l'anàlisi dels resultats obtinguts. El quart apartat fa referència a la discussió de resultats, seguit de les conclusions, en sisè lloc, les limitacions i propostes de millora de l'investigació. El setè, la bibliografia i l'últim, els annexos.

2. Fonamentació teòrica

En la literatura, són nombrosos els autors que han teoritzat i han desenvolupat investigacions sobre la connexió que hi ha entre les relacions primerenques i el desenvolupament humà, especialment en l'àmbit de la salut mental, assenyalant la importància d'un vincle segur entre pares i fills per la prevenció de la psicopatologia posterior.

Per aquest motiu, es considera oportú que l'apartat de la fonamentació teòrica s'iniciï amb una revisió de la teoria de l'aferrament més coneguda a nivell mundial "la teoria de l'aferrament de Jown Bowlby", per després aprofundir en els fonaments teòrics i empírics en els quals es sustenta, així com en els principals conceptes essencials d'aquesta teoria. A més, també es farà referència a estudis realitzats per diversos autors que han contribuït a l'avenç del coneixement d'aquesta relació.

Seguidament, s'inclou un apartat centrat en l'etapa de l'adolescència, per ser aquesta, la fase del desenvolupament vital en la que s'identifiquen més "conductes de risc" respecte l'alimentació. I més probabilitats que en presència d'aquestes conductes, els individus desenvolupin un TCA.

Seguint el mateix fil, s'emfatitzarà en la tercera línia d'estudi el també concepte essencial d'aquest treball que són, els Trastorns de la Conducta Alimentària, argumentant una breu història, seguida de les classificacions diagnòstiques segons el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5, 2014), la prevalença, un apartat de la multicausalitat d'aquests trastorns i finalment s'inclouen dades extretes d'un estudi que exposen el paper important i diferencial que desenvolupen ambdues figures parentals, en la gènesis i manteniment d'aquests trastorns. En quart i últim lloc, es destacaran les investigacions que s'han dut a terme fins a l'actualitat i que estan relacionades amb els dos conceptes primordials del tema d'estudi.

2.1. Teoria de l'aferrament de John Bowlby

Sembla ser que existeix una unanimitat a l'hora d'afirmar que els vincles saludables que establim amb els cuidadors principals tenen un paper essencial en la protecció de l'individu i atenua el risc de desenvolupar una psicopatologia en edats més avançades. De fet, autors com Spitz et al. (1965), (citats per Vega et al. 2011), apunten que els vincles amb les figures d'aferrament són indispensables per un desenvolupament sà de la psique humana.

A primera vista, sembla ser que els aliments que mare o pare ens proporcionen durant els primers anys de vida, constitueixen els nutrients essencials que ens possibiliten un millor desenvolupament físic i cognitiu. Tot i així, existeixen altres necessitats amb el mateix grau d'importància; com ara, els nutrients que els cuidadors ens proporcionen a través de l'afecte i que són aquests els que tenen un paper cabdal en el desenvolupament psíquic i emocional del recent nascut. Respecte a això, Sayers (2002) afirma que:

“el amor materno en la infancia es tan crucial para la salud mental como lo son las vitaminas y las proteínas en la salud física” (citad en Safrany, 2005, p.3).

En un estudi recent sobre la relació entre els estils d'aferrament i trastorns de la conducta alimentària Granero (2017) exposa que des del naixement, les primeres relacions que establim amb els pares esdevé un aspecte crucial a l'hora de cobrir les necessitats bàsiques per a la pròpia supervivència. Aquest tipus de necessitats, ja siguin de caire biològic, social i/o afectiu han de poder satisfer-se satisfactòriament per a què com a individus puguem arribar a una situació de plaer i benestar en totes les vessants vitals possibles.

En aquesta línia, Fonagy argumenta que:

“la relación más temprana que se establece y nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más próximo, que se encargara de responder a nuestras señales o reacciones emocionales” (2004, p.14).

Així doncs, podríem dir que aquests llaços o vincles afectius que s'estableixen i són perdurables al llarg del temps fan sentir a l'individu els primers sentiments positius, com ara, seguretat; afecte i confiança i també els negatius entre els quals hi predominen la inseguretat, l'abandonament i la por.

Per aquest motiu, és important senyalar que la teoria elaborada per Bowlby (1969, 1973, 1979) no emfatitza únicament la funció principal de protecció i seguretat que s'atribueixen als vincles en la infància, sinó que també fa especial èmfasis al fet que establir relacions càlides i properes amb el referent principal promou positivament la salut mental de l'individu, contribuint a una major estabilitat emocional i un general benestar al llarg de la vida adulta.

2.1.1 Definició de conducta d'aferrament i vincle afectiu

Arribats a aquest punt, és important distingir les conductes d'aferrament del concepte de vincle afectiu. Per una banda, Vega (2009), defineix l'aferrament com:

“la disposición a mantener proximidad y sostener un lazo afectivo con una figura disponible y sensible, otorgando al niño protección” (citada en Vega et al., 2011, p.214).

Ainsworth (1983) el defineix com:

“las conductas que posibilitan proximidad con una persona determinada. Entre estos comportamientos encontramos las señales (llantos, sonrisas, vocalizaciones), la orientación (miradas), los movimientos relacionados con la otra persona (seguir, aproximarse) y intentos activos de contacto físico (subir, abrazarse)” (citada en Arias 2014, p.16).

D'altra banda, Bowlby (1988) (citada per Safrany, 2005) afirma que el vincle seria el lligam afectiu que un individu estableix amb si mateix i amb els demès, el qual permet que ambdós estiguin connectats i hi hagi una continuïtat en el temps.

Entre els dos termes mencionats anteriorment, Safrany (2005) distingeix que en el primer cas, aquests tipus de conductes no es limiten única i exclusivament a manifestar-se respecte els referents principals, com és el cas del vincle afectiu, sinó que un individu pot manifestar diverses conductes d'aferrament dirigides a diferents persones. A més, segons Ainsworth (1967) i Main (1999):

“el vínculo incluye aspectos de sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos e intenciones, todo lo que sirve como una base de filtro para la recepción e interpretación de la experiencia interpersonal” (citats en Safrany, 2005. p.6).

2.1.2 Els quatre sistemes de conducta

Delgado (2004) (citada per Granero, 2017) exposa que el model proposat per Bowlby es basa en l'existència de quatre sistemes de conductes relacionades entre si. En aquest sentit, observem que tots els éssers humans desenvolupem els següents sistemes de conductes i que són interdependents l'un dels altres. Delgado continua exposant que el primer sistema, conductes d'aferrament es refereix al conjunt de conductes dirigides al manteniment de la proximitat i al contacte amb les figures d'aferrament (plors; somriures, etc.). L'autor, també expressa que aquestes conductes s'activen en el moment que l'infant percep una distància amb la figura a la qual es troba aferrat o quan aquest percep senyals d'amenaça que posen en perill la seva supervivència. En segon lloc, Delgado afirma que existeix el sistema d'exploració, el qual es relaciona de forma negativa amb l'anterior, ja que si s'activen les conductes d'aferrament disminueix per contra l'exploració del menor de l'entorn.

El tercer sistema que va trobar Delgado fa referència a la por als estranys i també es relaciona negativament amb els dos sistemes esmentats anteriorment, doncs en el moment que aquest s'activa, disminueixen considerablement les conductes exploratòries i augmenten les conductes d'aferrament a la figura de referència.

En quart i últim lloc, segons Delgado el sistema afiliatiu fa referència a l'interès que els individus mostren per mantenir proximitat i interactuar amb altres éssers humans, fins i tot amb aquells amb els quals no s'ha consolidat una relació de vinculació afectiva.

2.1.3 Classificació dels estils de vincle de Mary Ainsworth i Mary Main i Solomon

Mary Ainsworth et al. (1970) (citat per Granero, 2017) a partir de la teoria de l'aferrament de Bowlby, van dissenyar una situació experimental, la "*Situació Estranya*" amb la finalitat d'estudiar l'equilibri entre les conductes d'aferrament i d'exploració en condicions d'alt estrès. A partir d'aquest experiment de laboratori, els autors van trobar tres estils de vincle que podrien aparèixer en la infància (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela i Pierrehumbert, 2011). Els tres estils de vincle són : vincle segur; insegur-evitatiu i ambivalent o resistent . S'ha d'assenyalar, que aquests tipus d'afecció guarden una estreta relació amb els vincles proposats per Parker et al (1979) (citat per Robles, Oudhof i Mercado , 2015).

Granero (2017) descriu que les persones que han establert un vincle segur o autònom es caracteritzen per ser individus que quan estan amb la seva mare es produeix un augment de les conductes exploratòries, comparteixen i expressen els seus sentiments lliura i obertament, valoren i descriuen positivament les seves experiències del passat amb les figures d'aferrament i descriuen les relacions familiars com de confiança i suport. En la situació de distanciament amb la mare protesten i la busquen de forma activa. L'afecció segura, comparteix similituds amb el tipus de vincle òptim de Parker et al (1979) , en el qual la mare es dirigeix d'una manera afectuosa i càlida, afavorint la independència i autonomia dels seus fills.

Granero també argumenta que les persones que han consolidat un estil de vincle evitatiu o devaluant, al contrari que l'anterior, són persones que presenten poca angustia en situacions de distanciament o separació amb la figura materna, i per tant, no desenvolupen conductes d'aferrament per buscar la proximitat i contacte amb aquesta. Són nens que tendeixen a infravalorar les relacions de vincle, confien poc en els seus membres de la família i tenen pocs records del passat. En aquest cas, l'evitatiu és equivalent al de control sense afecte de Parker et al (1979), rebut per uns pares que presenten fredor, distanciament i indiferència.

En el mateix estudi, Granero continua exposant que els individus que han percebut un estil de vincle ambivalent-resistent o també conegut amb el nom de preocupat, solen buscar la proximitat amb la figura de referència però al mateix temps tendeixen a mostrar conductes de resistència arribant a desenvolupar sentiments de frustració. Generalment, són descrits com a

persones que valoren les seves relacions d'aferrament, però sovint se senten excessivament preocupades per altres membres de la seva família, expressen por a ser abandonats i tenen poca o nul·la autonomia. Són nens que ploren i protesten davant la separació materna, inclús en algunes ocasions, arriben a expressar els seus sentiments contradictoris i ambivalents amb conductes agressives i violentes vers la mare. Entre la tipologia proposada per Parker et al (1979) l'afecció resistent es correspon al vincle absent-dèbil, identificant a la mare com freda i indiferent però al mateix temps, emotiva.

Per últim, Main i Solomon (1986) van confirmar l'existència d'un quart i últim tipus de vincle afectiu, el qual van denominar desorganitzat-desorientat. En aquest cas, a aquest patró de vincle també se'l coneix amb l'apel·latiu de vincle mixt o caòtic, sent el més freqüent en infants que es troben en situacions de violència o abús. Aquest tipus d'afecció, és equivalent al vincle constret trobat per Parker et al, (1979), ja que la figura materna és afectuosa i empàtica però al mateix temps controladora en excés i no promou la conducta autònoma de l'individu. De fet, és tan usual que infants que han estat maltractats presentin un vincle desorganitzat, que Oliva (2004) (citada per Granero, 2017) amplia que generalment són nens amb patrons de comportament majoritàriament marcats per la inseguretat.

2.1.4 El concepte de les representacions mentals

És important considerar que per tal de conceptualitzar les relacions que es poden establir entre els tipus de vincles i les dificultats alimentàries, prèviament és imprescindible inferir en els models interns dinàmics. En una tesis doctoral realitzada per Rodríguez i Melissa (2012) s'argumenta que la mentalització està fortament connectada amb un mateix, a l'hora que també, pot estar associada amb d'altres persones. D'altra banda, també és de gran rellevància concebre que el conjunt d'habilitats que ens permeten inferir en els propis estats mentals o en els aliens, no és una competència que ens vingui donada d'una forma innata, és a dir, no naixem amb ella. És evident però, que tot i no ser una condició biològica, ens acompanya al llarg del cicle vital. Respecte aquesta idea, Fonagy i Target (2006) descriuen que:

“la capacidad de mentalización requiere de un disciplinario proceso de maduración, éxitos del desarrollo y diversas experiencias interpersonales para su consecución” (citats en Rodríguez i Melissa, 2012, p.6).

Així que, una idea característica del vincle d'aferrament, és que a pesar que els estils de vincle tinguin una marcada continuïtat i estabilitat al llarg de la vida, aquests poden ser modificats en el curs del desenvolupament. Així mateix, a partir de noves experiències, les persones podem franquejar d'estats de vincles insegurs a estils de vincle segurs (Tasca et al., 2011).

Les representacions o esquemes mentals interns que va construir la criatura, a més de permetre'l prendre un seguit de decisions relatives a la conducta d'aferrament respecte un individu específic, l'hi ofereix la possibilitat de fer prediccions futures, en el sentit que l'hi

brinden l'oportunitat d'anticipar esdeveniments futurs. De la mateixa manera, l'individu durant les primeres experiències vitals, i motivat pel sistema intern d'aferrament posa en marxa repetides interaccions amb les figures cuidadores i protectores, fet que possibilita que el petit vagi interpretant i construint progressivament un conjunt de coneixement i expectatives sobre la manera en què els seus pares actuen i responen a les seves necessitats tant fisiològiques com emocionals.

Així doncs, segons aportacions de Bowlby (1973) (citat per Rodríguez i Melissa, 2012) cada individu, en funció de com hagi organitzat entre la infància i l'adolescència els models interns dinàmics, haurà construït representacions més o menys positives de si mateixos i al voltant dels altres. En el cas de les persones que aconsegueixen construir esquemes mentals marcats en gran mesura per un vincle segur, aquests hauran consolidat al llarg de la seva vida, representacions positives de la seva pròpia persona i dels demès, interpretant que tant ells com els altres són persones confiabls i segurs de si mateixos. En canvi, en l'extrem oposat, els individus que han configurat una història de relacions de vincle insegur, hauran construït una identitat difícil de predir, presentant majoritàriament, uns esquemes mentals marcats per la desconfiança, la carència de valors o l'ambivalència.

2. 2 Etapa de l'adolescència

2. 2.1 L'etapa adolescent

Per a Lara (1996) l'adolescència és una etapa de transició de la infància a l'edat adulta, en la qual es produeixen inevitablement canvis en tres nivells diferents. Així doncs, en aquest període vital, l'individu pateix variacions biològiques relacionades amb aspectes de caire físic ; psicològiques, referents a aspectes emocionals i en tercer lloc, canvis a nivell social.

Per a l'autor, en primer lloc respecte l'esfera física, l'individu ha d'experimentar una sèrie de profundes transformacions corporals que evidencien que el cos del nen o la nena, està adquirint progressivament la capacitat de reproduir-se sexualment, fet que indica, la pertinència al món dels adults. Aquestes transformacions, es coneixen socialment amb el nom de pubertat. En segon lloc, Lara continua exposant que les variacions en l'esfera psicològica, indiquen que cognitivament, la ment de la persona es modifica per adquirir estratègies psicològiques més madures i pensaments formals, un dels canvis més rellevants sol ser la búsqueda d'una autonomia personal per aconseguir una identitat totalment diferenciada a la de les figures parentals, en la mesura que, arrel de l'adquisició d'aquesta nova capacitat l'individu és veu amb coratge d'individualitzar-se dels seus propis pares. En tercer i últim lloc, Lara afirma que els canvis socials denoten que el subjecte ha completat l'etapa adolescent i ha iniciat l'adulesa, en la mesura que aquest, adquireix la capacitat d'autogovernar-se econòmicament, està en procés de construcció d'una família, entre d'altres.

Remarcar que, tot i que no hi hagi un consens entre les diferents entitats científiques i investigadors que han estudiat aquesta etapa del cicle vital, generalment coincideixen en què s'inicia entre els 10 i 12 anys i finalitza als 19 o 24 anys. Tot i així, es poden produir diferències significatives respecte l'edat d'inici i tancament entre els diferents gèneres i entre individus del mateix.

2.2.2 Aferrament en l'adolescència

Fins l'actualitat, els estudis realitzats no han negat la inqüestionable influència de la teoria de l'aferrament de Bowlby a l'hora d'explicar i comprendre les relacions que els infants estableixen amb els principals cuidadors durant la primera infància. De fet, és tan fort el seu influx, que nombroses exploracions desenvolupades en etapes evolutives posteriors, com ara estudis realitzats amb individus adolescents, identifiquen també, la utilitat d'aquesta aproximació teòrica per a concebre i intentar comprendre alguns dels canvis que es produeixen en l'individu com a resultat d'aquesta etapa evolutiva.

Respecte a això, en un capítol del seu llibre: **Attachment and Autonomy During Adolescence** autors com Boykin, Allen, Stephenson i Hare (2009) exposen que l'adolescència és una etapa del cicle vital en la que l'individu es troba submergit en un període de tensions, en la mesura que aquest combat per aconseguir autonomia i construcció de la identitat personal però al mateix temps, encara presenta sentiments que l'hi dificulten individualitzar-se totalment dels seus pares.

Sembla ser, que a l'hora de distanciar-se emocionalment dels pares, existeixen diferències individuals que influeixen en com l'individu s'enfronta a aquesta tasca. Allen (2008) (citada per Oliva, 2011) captura a la perfecció aquesta distinció identificant dos grups d'individus, els que han elaborat models de vincle insegurs i com a conseqüència d'això, presenten més dificultats per a distanciar-se dels pares i promoure una autonomia, i els subjectes que pel contrari, han elaborat representacions mentals de vincle segur i tenen més recursos per a resoldre aquesta tasca.

Allen continua exposant que aquelles persones que han elaborat un model de vincle segur, durant l'adolescència, són capaços de resoldre els conflictes amb els seus pares amb estratègies negociadores, a més, en les discussions, ambdues parts tenen les mateixes oportunitats per a expressar-se emocionalment i busquen conjuntament la solució més adient als seus desacords, sempre dins el possible, mantenint l'equilibri entre les necessitats d'autonomia del subjecte i els desitjos per a conservar intacta la relació parento-filial. En aquest tipus de família, el fill té la prou confiança que al marge dels enfrontaments que hi puguin haver amb els seus pares, sempre disposarà del seu suport.

Respecte a això, Allen et al (2003) (citats per Boykin, Allen, Stephenson i Hare, 2009), en un estudi en el qual van avaluar els models representacionals interns mitjançant com a instrument l'entrevista AAI, van concloure que els adolescents segurs que perceben als membres de la seva família com a figures disponibles i accessibles davant qualsevol perill real o imaginari, presenten més autonomia que els adolescents insegurs.

McElhaney et al. (2009), (citats per Oliva, 2011) expliquen que els progenitors d'adolescents que han establert models de vincle insegurs, experimenten la búsqueda d'autonomia del fill com una amenaça per a la relació parento-filial, en el sentit que, els pares poden percebre la nova conducta exploratòria del fill com un ultimàtum a la seva capacitat autoritària . Si ens referim a adolescents evitatius, trobem que Allend i Land, (1999) (citats per Oliva, 2011) indiquen que són famílies amb una tendència clara a desviar el conflicte per a evitar solucions negociades i que aquests subjectes decideixen rebutjar la relació amb els seus pares abans d'intentar reajustar-la i buscar l'equilibri entre els esforços per empaitar l'autonomia i conservar un vincle positiu.

Respecte als individus ambivalents, els mateixos autors destaquen que amb diferència, els subjectes amb aquest estil de vincle presenten una major presència de discussions intenses amb els pares, a més, aquestes dificultats comunicatives disminueixen l'autonomia personal de l'adolescent. Un aspecte interessant, és que en aquest cas, en comptes de rebutjar als seus pares, com que són individus amb una elevada predominança a estats d'ansietat, decideixen aferrar-se encara més a aquests, ja que en certa mesura, troben una protecció al seu costat.

La regulació emocional és un altre aspecte en el qual els adolescents poden presentar certes dificultats. Investigadors com Zimmermann, Maier, Winter i Grossmann (2001) han insinuat que els obstacles que manifesten els subjectes insegurs en l'àmbit de les relacions interpersonals poden estar determinats per l'inconvenient que presenten per a controlar les seves reaccions emocionals en situacions complicades. De fet, el que els diferencia dels subjectes segurs és:

“ la capacitat per a percebre, etiquetar, expressar i regular les seves emocions “ (citats en Oliva, 2011, p.25).

De fet, Allen et al., (2002) expressen que els individus amb un estil vincular segur són considerats persones que expressen menys ansietat, hostilitat i amb una major autoestima que els individus insegurs. Així doncs, els primers disposen de més recursos psicològics per a enfrontar-se a situacions estressants inevitables de l'adolescència. En canvi, els adolescents amb models insegurs són persones que tenen notables dificultats per autoregular-se i no han après a combatre les seves emocions.

Destacar que, Oliva (2011) considera que els mètodes utilitzats per a explorar i identificar els estils de vincle afectiu durant la infància, no són apropiats per a indagar durant l'adolescència, en els models representacionals interns que els individus hem elaborat respecte les relacions de vincle en edats primerenques, ja que en aquest sentit, consisteixen en constructes infrapsíquics construïts personalment per la persona, arrel de les seves experiències subjectives de disponibilitat o rebuig respecte les figures parentals.

2.2.3 Definició de Conducta Alimentària de Risc

En un estudi sobre *els trastorns de la conducta alimentària en la població que viu a la residència universitària de vic (RUVIC)*, Guinart (2016) argumenta la nul·la existència d'una definició comuna per al terme " conducta alimentària de risc ". Tot i així, l'autor afirma que aquest concepte fa menció a les manifestacions subclíniques similars en forma, però que no arriben a manifestar-se en la mateixa freqüència, intensitat i gravetat com ho fan els trastorns de la conducta alimentària.

2.2.4 Hàbits i comportaments alimentaris de risc en població universitària

Sánchez i Aguilar (2015) (citats per Guinart, 2016) consideren que els individus que estan cursant un grau universitari són una població vulnerable en risc de TCA, ja que durant aquesta etapa, es consoliden nous hàbits alimentaris i es modifiquen conductes alimentàries prèviament adquirides.

Encara més, en un estudi realitzat per Lameiras et al., (2003) (citats per Guinart, 2016) respecte el col·lectiu universitari sense trastorns de la conducta alimentària , els resultats posen de manifest que els joves, especialment les estudiants de sexe femení, presenten una major insatisfacció corporal influenciada parcialment per una forta tendència cap a una bellesa corporal determinada, es preocupen en excés pel seu pes i figura corporal i conseqüentment, s'autoimposen dietes estrictes , augmentant el risc de desencadenar un TCA.

2.3 Trastorns de la Conducta Alimentària

2.3.1 Breu introducció històrica dels TCA

Si ens fixem en èpoques antecessores, observem que els TCA tenen ja els seus orígens en segles passats. Durant l'edat mitjana, període que compren entre el segle V i el XV, es van donar els primers casos d'anorèxia nerviosa. Durant aquest temps, Sala (2008) (citats per Carrasco, 2013) destaca dos casos històrics d'aquest subtipus de trastorn, en el primer, una santa, Liduina de Shiedam realitzava conductes restrictives ingerint durant anys petits troços de poma. De la mateixa manera, l'autor continua exposant que al segle XV s'argumenta el cas de la Santa Wilgefortis, una dona que en renuncia a la seva feminitat, va començar a restringir-se de certs tipus d'aliments. A causa d'un casament que ella no desitjava i que va ser pactat pel seu pare, Rey de Portugal, la jove va iniciar un procés de fe indiscutible i orava diàriament a

deu amb l'esperança que l'hi arravatés la bellesa que ella posseïa i convertir-se així, en un ésser que difícilment pogués captar l'atenció dels homes.

Juntament a les plegaries, Wilgefortis va adoptar un règim estricte seguit de dejuni fins arribar a la completa inanició. Conforme transcorrien els dies i empitjorava la seva malaltia, en resposta a les seves conductes " anorèxiques ", el cos de la noia es va començar a cobrir de pèl moixí, símptoma característic d'aquests trastorns , causat per un desequilibri hormonal. Posteriorment, González (2017) argumenta que hi ha hagut altres personatges famosos com la reina Maria d'Escòcia, Emily Brontë, Lord Byron o Kafka també van ser considerades com "persones amb una ment desviada" mencionant especialment els seus comportaments relacionats amb l'alimentació.

2.3.2 Classificació diagnòstica dels TCA

En un estudi recent sobre la personalitat i els trastorns de la conducta alimentària, González (2017) escriu que les persones que presenten un TCA, independentment del subtipus de presentació, desenvolupen a llarg termini, alteracions importants caracteritzades principalment per la presència de pensaments i creences errònies, conductes i emocions distorsionades respecte l'alimentació, el pes i la figura corporal.

D'acord amb el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 2014) última versió del manual psiquiàtric internacional de l' *American Psychiatric Association* (APA) els *trastorns de la conducta alimentària i de la ingesta d'aliments*, provoquen en la persona que els pateix, un deteriorament significatiu de la salut física o del funcionament psicosocial a causa dels pensaments persistents alterats respecte el consum i/o ingesta d'aliments.

Aquest grup de trastorns mentals engloba " el trastorn per la pica, el trastorn de rumiació, el trastorn d'evitació / restricció de la ingesta d'aliments, l'anorèxia nerviosa (AN), la bulímia nerviosa (BN), el trastorn per afartament, altre trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificat i el trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments no especificat ".

2.3.3 Anorèxia Nerviosa (AN)

Canal Salut (2017) defineix l'anorèxia nerviosa (AN) com una malaltia psicosomàtica caracteritzada fonamentalment per un temor intens a guanyar pes i arribar a ser obesa, en la qual la persona afectada presenta una pèrdua de pes significatiu, impulsat per un desig impetuós d'estar cada vegada més prima. Canal Salut també exposa que per tal de complir l'objectiu proposat i arribar a un estat màxim de primesa, la persona duu a terme de forma voluntària, pràctiques relacionades amb conductes compensatòries com poden ser dietes restrictives estrictes, realitzar exercici físic intensament o duu a terme conductes purgatives (vòmits autoinduïts, l'abús de laxants i l'ús de diürètics).

2.3.4 Criteris diagnòstics de l'AN segons el DSM-5

Mundialment, quan els professionals de la Salut Mental preveuen emetre un diagnòstic d'un trastorn de la conducta alimentària, utilitzen com a guia per a realitzar-ho, els criteris diagnòstics establerts per la Societat Americana de Psiquiatria (DSM-5, 2014). Així doncs, clínicament l'anorèxia nerviosa és identificada per una:

- A. Restricció de la ingesta energètica en relació amb les necessitats, que condueix a un pes corporal significativament baix amb relació amb l'edat, el sexe, el curs del desenvolupament i la salut física. El pes significativament baix es defineix com un pes inferior al mínim normal o, en nens i adolescents, inferior al mínim esperat.
- B. Por intensa a guanyar pes o engreixar, o comportament persistent que interfereix en l'augment de pes, fins i tot amb un pes significativament baix.
- C. Alteració en la forma en què un mateix percep el seu propi pes o constitució, influència impròpia del pes o la constitució corporal en l'autoavaluació, o falta persistent de reconeixement de la gravetat del baix pes corporal actual.

Segons el DSM-5 les conductes que duu a terme la persona per tal de compensar el consum i/o ingesta d'aliments, ens porten a distingir dos subtipus d'anorèxia nerviosa: tipus restrictiu i tipus purgatiu /compulsiu. En relació al primer subtipus (ANr), la pèrdua significativa de pes és deguda als episodis de dieta, dejuni i exercici físic excessiu i intens. En el cas del subtipus amb afartaments/purgatiu (ANp), la persona afectada recorre amb regularitat a afartaments o a purgues(és a dir, vòmit autoinduit, abús de laxants, abús de diürètics o ènemes).

2.3.5 Prevalença

El gran nombre de casos de dones que pateixen un TCA porta a afirmar que per lo general, consisteix en una malaltia instaurada entre la població femenina, especialment entre les noies adolescents. Tal i com escriu Carlota (2014) en un estudi en el que es van extreure dades de l'OMS, 2008:

“ A España els TCA afecten a un 5% de la població femenina jove i el 11,5% de les noies presenta risc d'arribar a desenvolupar-lo” (citada en López, Herrero i Botella, 2014, p.70).

Ara bé, no es descarta completament la possibilitat que la població de sexe masculí presenti un TCA, tot i que, només es veuen afectats entre el 5-10% dels homes, presentant amb més freqüència quadres clínics propis de la bulímia.

Un estudi recent realitzat per Adeslas (2017) indica que dintre dels trastorns psiquiàtrics, la psicopatologia que més mortalitat causa a la població que la pateix són els TCA. De la mateixa manera, els darrers estudis realitzats descriuen que en el país Espanyol s'arriben a diagnosticar casos de prevalença de població adolescent que pateixen un TCA que es troben entre un 4,1% i un 4,5%.

Destacar que en ocasions les persones que pateixen una psicopatologia alimentària, a priori no són diagnosticades com a tal pel fet que actualment, els TCA s'estan incrementant cada vegada més entre la població no clínica, és a dir, afectant individus sans que comencen a presentar els primers símptomes del trastorn. De fet, autors com Martínez et al, (2003) (citats per Bardales, 2013) exposen que els darrers estudis epidemiològics indiquen un augment significatiu en la presència de conductes de risc respecte el desenvolupament d'un desordre alimentari entre la població normal, afirmant que:

“ los casos diagnosticados representan sólo la punta del iceberg de una población más extensa de trastornos subclínicos” (p.12).

2.3.6 Etiologia dels TCA

Shwart et al, (1985) (citats per Espina, 2005) plantegen un model biopsicosocial com aspecte rellevant a tenir en compte en la gènesis i manteniment d'un TCA. Des d'aquesta perspectiva, les alteracions alimentàries apareixen com a resposta a un conjunt de factors biològics, psicològics i socials que actuarien com a factors de risc i que augmentarien o no la predisposició de la persona a presentar un trastorn d'aquest patró.

En la mateixa línia, Gutiérrez (2015) ja va afirmar que entre les múltiples causes que influeixen en l'aparició d'aquests trastorns, trobem diversos factors de risc que interaccionen i augmenten la predisposició de la persona a patir una malaltia d'aquest tipus. Així doncs, l'etiologia dels trastorns de la conducta alimentària no pot relacionar-se directament amb un únic factor ; sinó que són trastorns multicausals, en els quals exerceixen un paper fonamental els factors que predisposen, precipiten i mantenen els quadres clínics.

Canal Salut (2017) exposa que des de la **vessant genètica**, el sexe té influència sobre el risc de patir un TCA, clarament el sexe femení té més risc de patir-ne un que el masculí, ja que presenta una major predisposició biològica. Respecte l'edat, tal i com indico en l'apartat de prevalença, el gran nombre de casos de persones afectades per aquests tipus de trastorns, se situen en la població adolescent, degut en gran part, als canvis corporals, hormonals i psicològics que els adolescents han d'experimentar i que els porten en ocasions, a obsessionar-se i preocupar-se en excés pel seu aspecte físic.

Canal Salut informa que entre els **factors socioculturals** més comuns es relacionen amb l'estereotip de bellesa femenina que s'ha instaurat en els darrers anys en les societats occidentals. La pressió social i cultural que se'ns exigeix actualment, ens porta a aferrar-nos a una imatge de primor extrema molt difícil d'assumir i com a conseqüència, generem creences personals d'insatisfacció sobre el pes, la dieta, la figura i la bellesa i ens centrem única i totalment en el nostre aspecte físic, devaluant-lo i realitzant tot tipus d'accions inapropiades per controlar el pes.

Canal Salut continua afirmant que pel que fa als **factors psicològics individuals**, trobem que les persones que presenten determinats trets de la personalitat tenen més risc de patir un TCA. Així doncs, nivells elevats de perfeccionisme, obsessió, ansietat, introversió, inseguretat i baixa autoestima, entre d'altres, esdevenen precursors d'un TCA. Afegir que en general, la insatisfacció per la imatge corporal, sol ser un clar antecedent de les conductes atípiques amb l'alimentació entre la franja adolescent.

En relació a les **influències familiars**, Canal Salut expressa que existeixen estudis que mostren que els membres de famílies desestructurades, sobreprotectores, rígides i exigents, amb poca expressivitat emocional o dolenta i amb antecedents d'AN o qualsevol altre TCA, tenen un risc més elevat de presentar una psicopatologia d'aquest tipus.

A més, Canal Salut expressa que també es consideren **factors de risc** de patir un TCA les experiències vitals estressants o negatives, com ara la pèrdua d'un ésser estimat pròxim (familiar), haver patit abusos sexuals amb anterioritat, les ruptures sentimentals, l'abús de substàncies il·legals i d'alcohol, posseir patrons de socialització disfuncionals amb els iguals, realitzar dietes sense control i per raons estètiques, alguns esports o professions i els mitjans de comunicació.

2.3.7 El paper de la mare en la gènesis i manteniment d'un TCA

Cal puntualitzar, que tot i que en el desenvolupament i manteniment d'un trastorn de la conducta alimentària hi juguin un paper important múltiples factors, des d'una perspectiva sistèmica, es pretén contextualitzar aquesta tipologia de trastorns dins el marc familiar, explorant i comprenent com les conductes i actituds que ambdues figures parentals presenten, exerceixen una influència en les conductes respecte l'alimentació que adquireixen els fills, emfatitzant aquelles que són classificades com a anormals o desadaptades.

Així doncs, la comunitat científica ha arribat a la conclusió unànime que els patrons que els pares tenen respecte l'alimentació ja sigui en la seva vessant saludable o en la disfuncional, exerceixen una pressió molt forta en les pautes que els fills aprenen i acaben interioritzant. Un autor destacable en aquest camp, és Minuchin, (1989) (citat per Vázquez i Reidl, 2013) que nodrit per aportacions psicoanalítiques i personatge clau en la teoria sistèmica, va demostrar

que en el context familiar, hi havia uns patrons relacionals i de funcionament determinats que contribuïen en l'origen i manteniment dels TCA.

Vázquez i Reidl (2013) exposen que les mares amb filles que presenten dificultats alimentàries, transmeten contínuament missatges contradictoris a aquestes últimes. En aquest sentit, trobem que algunes noies manifesten que han crescut amb mares amb una marcada tendència a comportar-se estrictament, adoptant un patró dominant en les seves relacions i presentant-se com a personatges forts, però al mateix temps, solen descriure que en les interaccions eren poc afectives. Contràriament, en el pol oposat, trobem a dones que expliquen que les experiències amb la figura materna han estat molt marcades per la inseguretat i períodes de manifestacions depressives.

Si ens centrem en les característiques psicològiques de les mares, observem que Vázquez i Reidl (2013) afirmen que les pacients diagnosticades d'un TCA, rebel·len que amb qui més temps han compartit durant la infància ha estat la figura materna, descrivint la relació paternal com a distant i poc càlida. Tan important és aquest agent, que Selvini, Palazzoli, Cirillo, Selvini i Sorrentino (1999) (citats per Vázquez i Reidl, 2013) argumenten que en l'entorn familiar, la mare sol ser la figura que domina i el pare es manté en un segon pla, completant les instruccions indicades per la seva dona. Els autors continuen indicant que, entre els trets essencials les filles destaquen tenir records no massa bons pel que fa a la relació amb la mare, afirmant que solien ser intolerants i molt crítiques amb elles quan eren petites. A més, eren percebudes com a dones firmes i eficients, amb un elevat component del deure i que s'havien de mantenir fidels a les seves expectatives, fet que en poques o nul·les ocasions els hi permetia ser felices.

Respecte a això, un estudi realitzat per Humphrey (1986) en el qual va comparar a 40 famílies integrades pel pare, mare i la filla adolescent, i va dividir la totalitat del grup en dues condicions: 24 famílies tenien una filla amb anorèxia o bulímia i en les 16 famílies restants cap membre presentava psicopatologia d'aquest tipus. L'autor va trobar que les mares de famílies amb filles diagnosticades d'un TCA, presentaven alexitímia especialment tenien dificultats per expressar la felicitat de ser mares, no oferien cap mena de suport a les seves filles i les mantenien distanciades amb poques relacions afectives.

2.3.8 El paper del pare en la gènesis i manteniment d'un TCA

Fins ara, s'ha atorgat una major importància a la diada mare-filla sota la creença que la figura materna és l'agent que més influència té en aquest trastorn, sent aquesta un model a seguir per la seva filla que està en una etapa de ple creixement i autoconeixement personal. Tot i així, considerar que la mare és la única responsable del fenomen seria comprendre la malaltia des d'una perspectiva simplista i incompleta, ja que la funció parental, en un principi, és una acció compartida entre ambdós progenitors, així pare i mare complementant-se mútuament han de ser competents en la seva tasca com a pares i per tant, no és possible explorar els TCA sense

comprendre i acceptar prèviament que ambdues figures formen part d'un fet, i que no es poden entendre les seves funcions d'una forma excloent.

Per tant, la relació disfuncional o inclús la no relació que el pare estableix amb la seva filla, també pot arribar a influir en l'aparició i manteniment de l'evolució de la patologia alimentària d'aquesta. En aquesta direcció, nombrosos estudis realitzats posen de manifest les diverses característiques comunes que comparteixen els pares amb filles diagnosticades d'un TCA. Respecte això, Espina (2005) argumenta que en tots els fills/es, especialment si ens centrem en la figura femenina, s'observa una passió intensa i irremeiable a vincular-se emocionalment amb la figura paterna. En els casos en què el lligam afectiu amb el pare no s'arriba a produir, la filla experimenta un sentiment d'absència perdurable i menyspreu per part de la figura masculina , fet que l'hi genera gran frustració i malestar. Espina també va trobar que les filles un cop iniciada l'etapa adolescent, concentraven tots els seus esforços en intentar reconstruir la dificultosa relació establerta amb el pare, i per això, havien d'adaptar-se a les normes culturalment preestablertes com única via per a guanyar l'acceptació i conformitat d'aquest.

L'autor continua exposant que moltes adolescents que presenten un TCA evoquen sentiments d'enyorança respecte a la figura paterna, ja que manifesten no sentir-se estimades per ell. També, revelen haver crescut en un entorn absent de missatges afectuosos imprescindibles per una adequada nutrició emocional, portant-les a un terreny confús entorn els pensaments i sentiments que el pare té sobre ella. Seguint aquest fil, Carrasco (2013) menciona que sovint, la pacient anorèxica ha de créixer en un nucli familiar desfavorable per l'element relacional, ja que el pare apareix generalment absent, crític i cruel, mostrant-se segons aportacions de Selvini et al. (1999) emocional i físicament distant amb la seva filla i fomentant un entorn fràgil i amb carències afectives.

En la mateixa línia, Espina indica que durant l'adolescència, els pares tendeixen a distanciar-se afectiva i físicament de les seves filles degut a que són percebudes per aquests com una entitat sexual degut a l'etapa de canvis físics i corporals que transiten les joves. Així doncs, les dificultats per a relacionar-se amb les seves filles adolescents durant aquest període, pot veure's agreujada a la impossibilitat de la figura paterna per a dissociar el component afectiu de l'element sexual, optant per distanciar-se d'aquesta. Aquesta acció, és viscuda per la filla com una renúncia per part del pare per a seguir complint amb la seva tasca parental i poden arribar a pensar, que els seus pares no les accepten com a dones i que és millor no créixer, ja que el procés de transició a l'adulthood implica transformacions que segons la percepció de la filla, el pare no arriba a tolerar.

Segons Kestemberg, Kestemberg i Decovert, (1976) (citats per Espina, 2005) com a reacció de l'actitud d'oposició que manifesten les adolescents respecte les pautes alimentàries, els pares es veuen obligats a intervenir i pacificar l'ambient irriant que mare i filla provoquen a causa dels constants enfrontaments entorn la lluita per menjar. Aquesta intervenció parental, és interpretada per la filla com una forma d'aproximar-se amb total seguretat al pare que ha perdut emocionalment, mantenint inconscientment, els símptomes del quadre clínic.

Una altre línia una mica diferent d'entendre aquesta problemàtica va ser contemplada per Espina et al. (2001) els quals conceben una connexió entre la patologia de la filla i l'alexitímia en el seu pare. L'alexitímia, és la dificultat per a processar cognitivament les emocions. Des d'aquesta aproximació, pot ser concebuda com una dificultat innata que forma part dels trets de la personalitat. Aleshores, al igual que amb ells mateixos, els pares tindrien inconvenients a l'hora d'afavorir que les seves filles processessin apropiadament les pròpies emocions, aspecte freqüentment afectat en els TCA.

2.4 Estudis relacionats amb el tema en qüestió

La literatura posa de manifest que:

“existeix una correlació significativa entre l'estil de vincle insegur i el posterior desenvolupament d'un trastorn afectiu, alimentari i de personalitat limítrofa”(Biedermann et al. (2009) (citats en Granero, 2017).

En aquesta línia, Vishwanatha i Hirisave (2008) , citats pel mateix autor, també senyalen que existeix una correlació negativa entre la seguretat del vincle i la psicopatologia. És a dir, a majors nivells de seguretat menor és la probabilitat de desenvolupar un TCA.

En aquesta mateixa línia d'investigació, en un estudi de trastorns de la conducta alimentària: visió des de la psicopatologia del desenvolupament Pedreira (2007) (citats per Arias, 2014) continua defensant que l'aparició d'aquesta problemàtica requereix una flaqueza vincular . És a dir, una debilitat en la qualitat de vincle afectiu consolidat amb els principals cuidadors .

Ulteriorment, a l'any 2007 autors com Pritchard et al. (citats per Vega et al , 2011) afirmaven que la vinculació afectiva que estableix la filla amb la mare constitueix una de les causes més importants dels trastorns alimentaris. Respecte això, els resultats d'un estudi sobre estils de vincle en una mostra d'adolescents amb i sense un desordre alimentari, utilitzant com a instrument d'avaluació *l'Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA* confirmaven un vincle pertorbat entre mare i filla com un dels factors ha ressaltar en la etiologia dels TCA, identificant que en el grup clínic, el vincle insegur-evitatiu havia obtingut valors significativament majors respecte el grup control, concretament (66,7%) d'altra banda, en aquest últim hi predominava l'estil segur amb un (47,2%) i l'ambivalent amb un (28,3%).

Els resultats esmentats en el paràgraf anterior coincideixen parcialment amb els que Granero (2017) va trobar en el seu estudi mitjançant el *Camir-R* com a instrument per avaluar el vincle parento-filial. Així, a l'analitzar els resultats, l'autora va observar que en el cas del grup clínic, les puntuacions més elevades corresponien a les dimensions que agrupaven els ítems relacionats amb el vincle insegur. Pel contrari, el grup control obtenia valors majors en els factors que mesuraven el vincle segur.

Seguint la mateixa línia, Tasca et al (2006) en la realització del seu estudi i amb la participació d'una mostra de sexe femení amb TCA, al·ludeix que l'estil de vincle insegur pot esdevenir un clar precursor que pot contribuir a que la persona desenvolupi pensaments distorsionats respecte la seva imatge i pes corporal, conduint-lo cap a una insatisfacció corporal i aproximant-se cada vegada més a la probabilitat d'iniciar un desordre alimentari. Uns resultats similars es van obtenir en l'estudi de Chassler, 1997, Pierrehumbert, et al., 2002: O'Kearny, 1996: Ward, Ramsay & Tressure, 2000, (citats per Arias, 2014) en el qual van trobar que l'estil que hi predominava entre la població clínica era propi d'una vinculació insegura.

Contradictòriament, en l'estudi realitzat per López, Herrera i Botella (2014) els resultats obtinguts a través del *Parental Bonding Instrument (PBI)* no van ser suficientment significatius des del punt de vista estadístic per tal de confirmar que la vinculació insegura fou una característica representativa de la població amb TCA. De tal manera que, en l'anàlisi de la vinculació amb la figura paterna es van obtenir puntuacions més elevades en el vincle de control sense afecte en el grup de TA, en canvi, en el cas del grup control sobresortia una tendència major al vincle absent. Altrament, en el cas del vincle matern, tant el grup clínic com el control van obtenir un percentatge prominent en el vincle de control sense afecte, amb un 60% pels pacients amb TCA i un 66,6% en les persones aparentment sanes.

Altres estudis han destacat com una de les causes probables en l'aparició d'un TCA la dificultat en la construcció primerenca d'una identitat diferenciada, influenciada en part per conflictes en el procés de separació amb les figures d'aferrament. Al respecte, en un estudi dut a terme per Troisi, Massaroni i Cuzzolaro (2005) en el qual s'avaluava l'ansietat de separació en la infància en 78 dones afectades per TA i 64 dones sanes, es confirmava l'existència d'un nexa entre aquesta tipologia de trastorns i el vincle insegur, especialment en referència al procés d'individualització i als símptomes d'ansietat de separació durant la infància. Respecte a això, Szalai i Czglédi (2015) senyalen que gran part de les pacients que presenten un desordre alimentari i una vinculació insegura durant l'adulthood, manifesten relacions determinades per l'ansietat de separació en la infància, etapa en la qual també abundava un vincle insegur amb els pares.

Autors com Stierlin defineix el concepte d'individuació com:

“ la capacitat d'autodeterminar-se, autodiferenciar-se, autoregular-se, autoafirmar-se, així com la disposició d'acceptar la responsabilitat de la conducta pròpia” (citats en Sánchez, 2007, p.443).

A més, com a condició indispensable per a què una persona pugui consolidar una identitat pròpia i diferenciada a la dels seus pares, ha de seguir el seu propi procés de maduració i separar-se d'una manera saludable de les figures parentals, únicament així, aconseguirà completar òptimament el procés d'individualització personal.

O'Shaughnessy i Dallos, (2009) (citats per Bardales, 2013) també reconeixen com un dels principals problemes en aquest tipus de patologia, la deficiència amb la qual la persona s'enfronta al procés de separació i individualització de la figura materna a l'hora d'establir l'autonomia personal. Així, degut a que la desvinculació amb la mare resulta tan costosa, s'evidencien pertorbacions en el vincle primerenc, en el qual la filla “impossibilitada” per la seva mare, no aconsegueix desenvolupar un “ model de self fiable i autònom”. Aquesta dificultat “es trobaria associada a un sobreinvolucrament maternal i falta de diferenciació en el vincle entre ambdues. Al mateix temps, el sobreinvolucrament es veuria expressat a través de l'excessiu control per part dels pares o la falta d'independència, aspectes desenvolupats en un context que resulta poc contenedor al no fomentar l'expressió emocional, contenció i creixement personal (Latzer et. al , 2002 citat en Bañados i Araya, 2016).

Més encara, es va poder observar una consistència entre els resultats d'aquest estudi i el realitzat per Biedermann et al. segons aquests autors:

“les persones que pateixen desordres alimentaris revelen elevats nivells d'ansietat per separació i sobreprotecció materna durant la infància”(2009).

Més tard, els mateixos autors indicaven que possiblement el trastorn podia ser compres com una resistència per part de la filla a què els progenitors, especialment la mare, l'hi impedís construir la seva pròpia identitat. Així doncs, la filla impulsada pels sentiments d'impotència, desplaçaria el conflicte al cos exercint un total autocontrol sobre aquest com una via patològica que l'hi seria útil per a comunicar a la mare que ella té el desig d'aprimar-se.

Ward et al., (2000) (citats per Bardales, 2013) associa l'anorèxia nerviosa restrictiva a l'estil de vincle evitatiu, en aquest cas, la restricció seria un mitjà per a sostenir la relació d'aferrament a una distància segura sense reconèixer la necessitat de suport d'altres persones. Igualment en un estudi realitzat per Swanson et al. (2010) senyalen que les persones que presenten el diagnòstic d'anorèxia nerviosa tendeixen a establir un vincle absent o dèbil , ja que segons les pròpies experiències dels pacients durant la infància, els seus pares tenien una tendència a la cura caracteritzada per un baix nivell d'afecte i de control.

En canvi, autors com Candelori i Ciocca (1998) consideren que el subtipus bulímic estaria més aviat associat a l'estil de vincle preocupat.

En aquesta mateixa línia, els estudis comentats anteriorment coincideixen en gran part amb els de Noe, (2001) (citats per López, Herrero i Botella, 2014) els quals revelen que les persones que presenten anorèxia nerviosa tendeixen a manifestar patrons de vinculació afectiva evitativa; mentre que el grup de pacients afectats per bulímia suggereixen una tendència major a la vinculació ansiosa o ambivalent.

Finalment, observem que les persones que aconseguen desenvolupar un vincle primerenc normal o adequat, en el qual hi predomini una base segura i protectora, funcionaria com un factor protector davant l'aparició ulterior de psicopatologia. (Betancourt, Rodríguez i Gempeler, 2007). De fet autors com Münch, Hunger i Schweitzer (2016) van trobar que les persones que presentaven un estil de vincle segur i el contingut relacional entre els membres de la família era positiu, tenien un factor protector contra els TCA. D'altra banda, segons Tasca i Balfour (2014) les persones que presenten psicopatologia alimentària mostren majors nivells de vincle insegur i estats mentals desorganitzats, els quals podrien ser interpretats com un clar factor de risc per al posterior desenvolupament d'un TCA.

Tal i com Siegel argumenta :

"Insecure attachment may serve as a significant risk factor in the development of psychopathology. Secure attachment, in contrast, appears to confer a form of emotional resilience " (1999, p. 68).

3. Part pràctica

3.1 Metodologia

3.1.1 Àmbit d'estudi

L'àmbit d'estudi del present treball abastarà, la població d'estudiants de sexe femení que durant la realització del projecte estiguin actives acadèmicament, i concretament, estiguin cursant segon (2 on) i quart (4 rt) curs de Psicologia en la Universitat de Vic.

3.1.2 Tipus d'estudi i disseny

Segons León i Montero (2003), en aquest estudi s'ha utilitzat **un disseny d'investigació no experimental de tipus associatiu transversal** amb els mateixos subjectes, ja que l'objectiu general d'aquesta investigació, tal com indica el títol, és analitzar si existeix una relació entre diferents variables, específicament es pretén avaluar la relació entre l'estil de vincle percebut per les alumnes i les alteracions alimentàries.

El mètode aplicat en aquesta investigació ha estat el científic, concretament de tipus hipotètic-deductiu. A partir d'aquí, el procediment que s'ha seguit ha estat, primerament observar la realitat actual que existeix entorn la pregunta d'investigació, per a poder formular a posteriori, les hipòtesis, que proporcionin solucions tentatives al tema d'interès. Tot seguit, s'han contrastat les hipòtesis formulades a través de dades empíriques amb l'objectiu d'obtenir i analitzar dades que ens permetessin extreure unes conclusions clares i sintetitzades.

La metodologia serà quantitativa, perquè les dades seran analitzades numèricament amb la finalitat d'avaluar les hipòtesis plantejades inicialment i concloure si es compleixen o no. Per tal de realitzar el procediment de recollida de dades, s'administraran instruments estadístics i amb validesa empírica, concretament dos qüestionaris validats.

3.1.3 Objectius específics

En base a la pregunta d'investigació i objectiu general **“existeix una relació significativa entre els estils de vincle afectius establerts entre les estudiants i els seus progenitors en la possibilitat que aquestes presentin conductes alimentàries de risc?”** els objectius específics són:

- 1- Identificar els diferents estils de vincle que les estudiants han establert amb els principals cuidadors durant la infància.
- 2- Observar si hi ha diferències entre progenitors, respecte la tipologia de vincle establerta.
- 3- Avaluar si les estudiants presenten conductes alimentàries de risc que indiquen la possibilitat de desenvolupar una anorèxia nerviosa i observar en quina o quines de les subescales de l' EDI-2 les estudiants presenten més risc.
- 4- Avaluar si existeix una relació significativa entre el tipus de vincle òptim , que correspon a una afecció segura i el fet de no presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa.
- 5- Avaluar si existeix una relació significativa entre el tipus de vincle “absent-dèbil (afecció resistent) “constret” (afecció desorganitzada) o “control sense afecte” (afecció evitativa) i el fet de presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa.

3.1.4 Hipòtesis

En base a la pregunta d'investigació, el marc teòric realitzat i els objectius, les hipòtesis formulades que s'han plantejat són les següents:

Hipòtesi 1:

- HOa: S'espera que el vincle òptim, és a dir, l'afecció segura no estigui relacionada amb el fet de presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa. (les conductes alimentàries de risc són independents al fet d'establir un estil de vincle determinat).
- H1a: S'espera que el vincle no òptim, és a dir, els estils "absent-dèbil (afecció resistent) "constret" (afecció desorganitzada) o "control sense afecte" (afecció evitativa) estigui relacionat amb el fet de presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa. (les conductes alimentàries de risc estan relacionades o depenen d'un estil de vincle determinat).

Hipòtesi 2:

- H2: Un nombre elevat d'estudiants han establert una tipologia de vincle òptim amb les figures parentals.

Hipòtesi 3:

- H3: S'espera que la diferència principal entre els estils de vincle establerts amb el pare i la mare és que amb la figura masculina, les estudiants hagin establert un vincle més predominant de carències afectives.

3.1.5 Població i la mostra/participants

En el present estudi, la població diana escollida per a realitzar la investigació són estudiants de sexe femení de segon i quarts curs de Psicologia de la Universitat de Vic. S'ha escollit aquesta mostra ja que la literatura argumenta que generalment, la població que més risc presenta a l'hora de desenvolupar un Trastorn de la Conducta Alimentària són persones que es troben en l'etapa de l'adolescència o bé, en el traspàs d'aquesta cap a l'edat adulta. Afegir també que el fet d'escollir a estudiants únicament de sexe femení és perquè nombrosos estudis i investigacions exposen que és una malaltia que en major proporció afecta a dones i no tant a homes.

Així doncs, observem com les participants compleixen dos dels requisits bàsics per a formar part de la mostra: idoneïtat i accessibilitat. No obstant això, respecte el principi de representativitat, aclarir que la mostra no és totalment representativa ja que de totes les estudiants de Psicologia, únicament hi participen dones de segon i quart curs.

En tercer lloc, la tècnica utilitzada per extreure la mostra ha estat un **mostreig no probabilístic a propòsit**, donat que l'administració dels qüestionaris es va realitzar a dos cursos concrets i prèviament escollits, amb l' intenció d'investigar un aspecte molt determinat.

Referent a les variables sociodemogràfiques, s'ha utilitzat una mostra més o menys equitativa, en el sentit que totes les estudiants formessin part d'una família composta per una figura materna i una figura paterna, almenys durant la criança de la infància per tal de poder contestar a les qüestions plantejades pel qüestionari PBI. D'altra banda, pel que fa a les qüestions relacionades amb l'EDI-2, cap de les participants presentava un diagnòstic de TCA, per tant, formaven part d'una població no clínica.

3.1.6 Criteris d'inclusió i exclusió

- **Criteris d'inclusió**

- Pertànyer al sexe femení
- Ser major d'edat, trobar-se en una franja d'edat entre 19-26 anys
- Ser estudiant de la Universitat de Vic
- Que cursin 2on o 4rt curs del grau en el procés de l'estudi
- Que cursin la carrera de Psicologia

- **Criteris d'exclusió**

- Sexe masculí
- Ser menor d'edat, o trobar-se en una franja d'edat diferent a l'escollida per l'estudi
- No formar part de l'alumnat de la Universitat de Vic
- Que es trobin en cursos inferiors a l'escollit per a realitzar l'estudi
- Que no cursin la carrera de Psicologia
- Participants que no hagin donat el seu consentiment informat per escrit abans d'iniciar la investigació
- No estar d'acord amb les comprensions ètiques de l'estudi

3.1.7 Instruments

Partint de l'objectiu general de la present investigació : “**avaluar si existeix una relació significativa entre els estils de vincle afectius establerts entre les estudiants i els seus progenitors i la possibilitat que aquestes presentin conductes alimentàries de risc**” i amb la finalitat de poder realitzar la contrastació d'hipòtesis, es recolliran una sèrie de dades mitjançant dos qüestionaris validats empíricament:

3.1.7.1 PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)

3.1.7.2 EATING DISORDER INVENTORY (EDI-2)

3.1.7.1 PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)

En primer lloc, la variable d'estils de vincle afectiu s'avaluarà amb el qüestionari Parental Bonding Instrument (PBI), que fou desenvolupat pels autors Parker, Tupling i Brown, als anys (1979). És un qüestionari d'autoinforme que està basat en la Teoria de l'Aferrament de John Bowlby .

El P.B.I. té com a finalitat principal avaluar les percepcions de la conducta i actituds que el subjecte avaluat posseeix respecte a les seves figures parentals, per tal d'observar el tipus de vincle que la persona percibeix amb cada un dels seus progenitors. En aquest treball, s'utilitza l'adaptació a l'espanyol realitzada per Ballús-Creus (1991). Cal dir però, que aquest qüestionari permet una distinció entre les percepcions establertes respecte la figura materna i les establertes amb la figura paterna.

El qüestionari (*consultar annex 8.5.2*) està compost per 25 ítems, que es responen a partir d'una escala Likert de 0 a 3 (de «sempre passava» a «mai passava») referits a la mare i altres 25 ítems referits al pare, agrupats en dues dimensions diferents: la primera fa referència a la **sobreprotecció versus** estimulació i promoció de la independència i autonomia (13 ítems) amb una puntuació màxima de 39 punts i en la segona trobem el factor **d'afecte i cura versus** el rebuig i la indiferència (12 ítems), amb una puntuació màxima de 36 punts.

Per una banda, la dimensió referent al factor de sobreprotecció/control avalua aquelles conductes i actituds dels pares relacionades amb el control, la intrusivitat, el contacte excessiu, la infantilització i la prevenció de la conducta independent *versus* les conductes permissives, que es trobarien incloses en l'extrem oposat. Per altra banda, el factor afecte/cura inclou totes les conductes i actituds parentals referents a la calidesa emocional, l'empatia, la preocupació pel benestar del fill i la valoració positiva d'aquest. En l'extrem oposat, trobaríem pares emocionalment freds i distants.

Aleshores, un cop conegudes les puntuacions d'ambdues escales que formen part del qüestionari, si les combinéssim, obtindríem la següent tipologia d'estils de vincle, concretament quatre tipus d'estils de vincles parentals: (veure figura n^o 1.).

1. **Vincle segur o òptim:** subjectes amb altes puntuacions en el factor d'afecte i baixes sobreprotecció.
2. **Vincle absent o dèbil:** baixes puntuacions en afecte i baixes en sobreprotecció.
3. **Vincle constret:** altes puntuacions en afecte i també en sobreprotecció.
4. **Vincle de control sense afecte:** Baixes puntuacions en afecte i altes en sobreprotecció. Aquest, esdevé un estil parental d'alt risc i caracteritzat per significatives mancances a nivell emocional i un alt rebuig al procés d'individualització del fill.

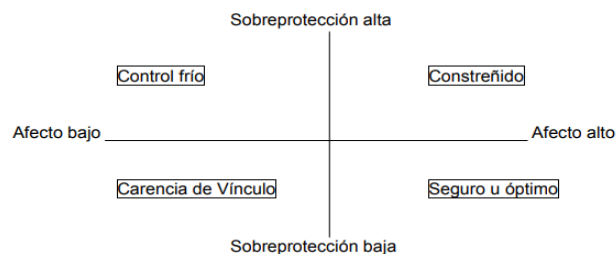


Figura 1. Tipologia de vincles parentals del PBI

En el present estudi, no s'ha pogut accedir a l'instrument PBI en la seva versió original en anglès, i els articles científics analitzats no proporcionen una informació clara entorn la interpretació de les puntuacions de les dues dimensions: *sobreprotecció i afecte*. Per aquest motiu, s'ha optat per a recórrer a la justificació que l'autor de la Torre-Cruz (2015) utilitza per argumentar i justificar aquesta interpretació. Segons l'autor, per a cada dimensió s'obté un valor promitj, resultant de la divisió de la suma total de les puntuacions entre el número màxim d'ítems. Així, un valor més elevat correspon a majors índexs de sobreprotecció i afecte i a l'inversa. Per a realitzar aquest estudi, s'ha optat per considerar una puntuació alta, a aquella que és superior al valor mitj de la puntuació total de cada dimensió i el mateix, per les puntuacions baixes.

Respecte les propietats psicomètriques, en un estudi realitzat per Oliva i Sánchez Queija (2003), (p. 135, citat per Sanchis Cordellat) s'exposa que el Parental Bonding Instrument compta amb un bon indicador de fiabilitat, ja que en ambdues escales el coeficient d'alfa indica una alta consistència interna. Així doncs, s'observa que en l'escala d'afecte/cura, l'alfa de Cronbach és igual al valor de .76 pels ítems referents a la figura materna, del .82, en el cas de la figura paterna. D'altra banda, referent a la dimensió de sobreprotecció, s'observa un alfa de Cronbach de .70 per la mare i de .72 pel pare.

3.1.7.2 EATING DISORDER INVENTORY (EDI-2)

En segon i últim lloc, s'utilitzarà l' Inventari de Trastorns de la Conducta Alimentària per avaluar les dificultats i comportaments de risc que puguin presentar les participants respecte l'alimentació. L'autor original del present instrument és David M. Garner (1998). L'EDI-2 és un eficaç instrument d'autoinforme que té com a finalitat primordial avaluar els símptomes que normalment acompanyen a l'anorèxia nerviosa (AN) i la bulímia nerviosa (BN). L'edat d'aplicació és dels 11 anys endavant.

L'EDI-2 (*consultar annex 8.5.1*) té com a finalitat primordial avaluar 11 escales diferents que són clínicament significatives en el cas dels trastorns de la conducta alimentària. Els ítems que constitueixen el present instrument són 91 elements als quals es contesta en una escala de tipus de Likert de 6 punts i en la que els subjectes han d'indicar si cada situació els succeeix "mai" (0), "poques vegades" (1), " a vegades" (2), " sovint " (3), " gairebé sempre" (4) o " sempre" (5). En la seva totalitat, l'instrument està constituït per 91 ítems, dels quals cada element participa en una única escala de la prova. Així doncs, les 11 escales queden representades en el següent ordre:

1. **Obsessió per la primor (DT):** La búsqueda persistent de la primor o un fort temor a estar obès, esdevé el nucli fonamental d'aquest conjunt de trastorns i és a la vegada, un símptoma essencial per al diagnòstic de l'AN i la BN. Els elements d'aquesta escala fan referència a la preocupació pel pes, les dietes i la por a engreixar.
2. **Bulímia (B):** Tendència a presentar pensaments o a donar-se tiberis o afartaments de menjar incontrolables. La presència d'aquest tipus de conductes característica de la BN, permet distingir entre els dos tipus d'anorèxia, restrictiu i bulímic.
3. **Insatisfacció corporal (BD):** La insatisfacció de l'individu amb la constitució general del seu cos o amb aquelles parts que més l'hi preocupen (estomac, cuixes, natges, etc.). Pot considerar-se com un dels principals factors responsables de l'inici i persistència de conductes dirigides a controlar el pes.
4. **Ineficàcia (I):** Sentiments d'incapacitat general, inseguretat, buit, automenyspreu i falta de control sobre la pròpia vida. Aquesta escala està força relacionada amb una baixa autoestima o una autoavaluació negativa de si mateix, degut a posseir intensos sentiments de falta d'adequació.
5. **Perfeccionisme (P):** Grau en què el subjecte presenta la creença que els seus resultats personals haurien de ser millors. El constructe de perfeccionisme és una condició crítica que facilita el desenvolupament de l'AN i la BN. Els elements d'aquesta escala avaluen en quin grau l'individu creu que únicament són acceptables nivells de rendiment personals excel·lents.

6. **Desconfiança Interpersonal (ID):** El sentiment general d'alineació del subjecte i del seu interès per establir relacions íntimes, així com la dificultat per expressar els propis sentiments i pensaments.
7. **Consciència Introceptiva o Alexitímia (IA):** El grau de confusió o dificultat per a reconèixer i respondre adequadament als estats emocionals i es relaciona també amb la inseguretat per a identificar sensacions relacionades amb la gana i la sacietat.
8. **Por a la maduresa (MF):** L'afany de tornar a la seguretat de la infància. El subjecte pensa que aquesta regressió el pot alleujar davant la confusió de l'adolescència i els conflictes familiars. Avalua el temor a les experiències psicològiques o biològiques relacionades amb el pes de l'adulteresa.
9. **Ascetisme (A):** Tendència a buscar la virtut per mitjà de certs ideals espirituals com l'autodisciplina el sacrifici, l'autosuperació i el control de las necessitats corporals.
10. **Impulsivitat (IR):** Dificultat per a regular els impulsos i la tendència a l'abús de drogues, l'hostilitat, l'agitació, l'autodestrucció i la destrucció de les relacions interpersonals. Aquesta escala té la capacitat per a distingir els pacients bulímics d'aquells que no ho són.
11. **Inseguretat Social (SI):** Creença que les relacions socials són tenses, insegures, incòmodes, insatisfactòries i, generalment, d'escassa qualitat.

Des de la vessant més clínica, molts estudis realitzats, revelen l'eficàcia de l'EDI-2 per a proporcionar informació útil per a comprendre al pacient afectat, planificar el seu tractament individualitzat i avaluar els progressos. Tot i així, també hi ha un ampli consens en afirmar que fora l'àmbit clínic, aquest instrument esdevé una eina ràpida i econòmica per detectar subjectes que presenten trastorns de la conducta alimentària en les seves formes subclíniques o que presenten risc de presentar a llarg plaç aquesta tipologia de conductes. Per tant, en algunes ocasions resulta convenient aplicar l'EDI-2 a poblacions normals, com a prova de "screening" amb la finalitat de detectar possibles casos vulnerables de patir un TCA.

Respecte les puntuacions directes, totes les subescales del qüestionari oscil·len entre una puntuació mínima de 0 punts a una puntuació màxima de 30 punts. Remarcant que, les puntuacions directes que els individus van obtenir en el qüestionari EDI-2, es van transformar prèviament, a puntuacions transformades comparant-les amb els barems de referència del grup normatiu per població femenina d'estudiants universitàries aparentment normals.

És important conèixer, que en funció dels objectius que el professional persegueixi en el procés d'avaluació, el punt de tall variarà ja que el qüestionari EDI-2 no té establerts punts de referència àmpliament acceptats. En el present estudi, s'utilitza el punt de tall proposat per Morandé, Celada i Casas (1999) (citada per Herrero i Viña, 2004). Els mateixos autors exposen

que quan l'individu principalment obté una puntuació igual o superior a deu en una subescala del qüestionari, presenta risc i si pel contrari, la puntuació obtinguda del subjecte no passa de la puntuació límit, és a dir, de 10 no presenta risc.

Finalment, respecte els anàlisis estadístics, argumentar que en estudis duts a terme amb mostres de pacients diagnosticats d'un TCA, la consistència interna de la prova, és a dir, l'alfa de Cronbach es troben entre els valors .83 i .93.

3.1.8 Procediment de recollida de dades

Per tal d'assolir els objectius proposats, s'ha utilitzat un **disseny d'investigació no experimental de tipus associatiu i transversal**. La variable independent o predictora és el tipus de vincle amb cadascuna de les figures parentals i la variable dependent o de resposta és la presència o no de risc.

La informació de les participants va ser recollida per mitjà de dos instruments anteriorment mencionats *Parental Bonding Instrument* (PBI) i la segona versió de l'*Inventari de Trastorns de la Conducta Alimentària* (EDI-2). I es va comptar amb la col·laboració de les estudiants de la Universitat de Vic, concretament de les alumnes de segon i quart curs del grau en Psicologia.

El dijous 15 de febrer del 2018, es va procedir a l'administració presencial dels instruments de mesura a les alumnes de **segon curs**. Va ser una aplicació col·lectiva, ja que es van administrar a tota la classe en conjunt, tot i que les respostes eren individuals. Es va informar a les estudiants, que tenien dues setmanes per a completar els instruments i un cop finalitzats els deixessin a Secretària agrupats en una carpeta d'estudi corresponent amb el meu nom i curs acadèmic. Així que, passades dues setmanes, el divendres 2 de març de 2018 es va recollir la carpeta amb els instruments de les alumnes de segon.

Una vegada comptats els instruments, es va considerar convenient realitzar una segona administració però en aquest cas, a les estudiants de quart curs, ja que la mostra d'alumnes de segon no era representativa, en total van participar 10 estudiants. Per tant, el dijous 8 de març de 2018 es va realitzar l'aplicació dels instruments a **quart curs**. De la mateixa manera que amb la mostra anterior, l'aplicació va ser col·lectiva però les respostes eren individuals. En aquest cas però, van participar 20 estudiants i els instruments se'm van retornar directament a mi, el dijous 22 de març de 2018, a priori de les vacances de Setmana Santa en comptes de deixar-los a una carpeta a Secretària.

Esmentar però, que prèviament a la passació dels instruments de mesura, es va proporcionar a les participants d'ambdós cursos, el consentiment informat per tal que aquestes poguessin acceptar la proposta i participar en l'estudi de manera totalment voluntària.

3.1.9 Anàlisi estadística

Les dades recollides dels dos qüestionaris es van optimitzar amb el programa **IBM SPSS Statistics-23** per tal d'analitzar els resultats obtinguts de les 30 participants en l'estudi.

En primer lloc, es va crear una base de dades que incloïa 17 variables; les dues primeres feien referència a l'edat i el curs acadèmic; 4 corresponien a la tipologia de vincle establert i finalment, una per cada factor del EDI-2, que en total eren 11 subescales.

Així doncs, per a cada individu hi ha les dades següents: edat, curs acadèmic del grau en Psicologia, (segon o quart curs), puntuacions en les dues dimensions del PBI (sobrepotecció i afecte) obtenint per a cada figura parental, el tipus de vincle establert durant la infància (òptim; absent o dèbil; constret i control sense afecte) i la puntuació en cadascuna de les 11 subescales de l'instrument EDI-2.

Per a poder treballar d'una forma quantitativa amb les dades no numèriques es va assignar un valor per a cada possible resposta. D'aquesta manera, els diferents tipus de vincle quedaven de la següent manera: al vincle òptim se l'hi assignava un (1), a l'absent o dèbil un (2), al constret un (3) i per últim, al de control sense afecte un (4). El mateix procediment, es va realitzar per totes les subescales del Eating Disorder Inventory. En aquest cas però, com que es tracta d'una variable dicotòmica, és a dir, l'individu pot presentar risc o no, es va assignar un valor (0) si el subjecte no presentava risc i (1) quan aquest sí que en presentava.

3.1.10 Aspectes ètics

Aquesta investigació segueix amb total rigorositat els principis ètics compresos en el codi deontològic. Així doncs, prèviament a l'inici del projecte, s'informarà als participants de l'estudi, exposant clarament l'objecte d'aquest, els objectius i procediments del projecte, i a més, se'ls hi proporcionarà el document de consentiment informat (*consultar annex 1*) per tal d'informar a les persones implicades en el projecte, els seus drets i llibertats per a participar de forma voluntària en aquest. Respecte les dades dels participants, es respectarà el principi de confidencialitat, i és per això, que es mantindrà la identitat de cada un d'ells en l'anonimat. Així doncs, en els instruments utilitzats per a la realització de la metodologia pràctica, únicament es sol·licitarà als participants que escriguin les seves inicials i edat.

3.2 Anàlisi dels resultats obtinguts

En primer lloc, es descriuen les edats i curs acadèmic de les participants. Posteriorment, es procedeix a la descripció dels estadístics descriptius per a la variable tipus de vincle matern i tipus de vincle patern, (veure Taules 1 i 2). En tercer lloc, per a representar el percentatge d'estudiants que presenten risc versus aquelles que no en presenten, s'inclouen gràfics de sectors, un per a cadascuna de les subescales de l'Inventari de Trastorns de la Conducta Alimentària (EDI-2), és a dir, 11 en total.

Finalment, amb la finalitat de conèixer la possible associació o independència entre les variables (tipologia de vincle i conductes alimentàries de risc) es va utilitzar l'instrument de **contrastació d'hipòtesis no paramètric per l'anàlisi d'independència de dos variables categòriques**. Específicament, es va utilitzar la prova chi-quadrat entre cada figura parental i cada factor de l' EDI-2 . Tenint en compte que s'ha assumit un grau de confiança del 95%, per tant, un risc d'error alfa α del 0.05. D'aquesta manera, si la significació asintòtica (bilateral) de la prova chi-quadrat és superior a un nivell de significació del 5%, no rebutjarem la hipòtesi nul·la, en cas contrari, la rebutjaríem i confirmariem la hipòtesi alternativa.

3.2.1 Edat i curs acadèmic de les estudiants

L'edat promig de les estudiants és de 21,33 anys amb una variació, és a dir, la desviació tipus és de 1,74. La mediana, que fa referència al valor central en els resultats, ens informa que la meitat de les alumnes es situen en una franja inferior als 22 anys. Respecte l'edat més freqüent, la moda indica que es situa als 22 anys.

Respecte el curs del grau, un percentatge elevat de les estudiants, concretament un 66,7% és a dir, (N=20) estan cursant quart curs, mentre que el 33,3%, que equival a una (N= 10) de les participants restants, formen part del segon curs.

3.2.2 Estadístics descriptius de la variable vincles parentals (PBI)

3.2.2.1. Estadístics descriptius de les tipologies de vincle parentals

vincle_matern

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido "òptim"	22	73,3	73,3	73,3
"absent o dèbil"	2	6,7	6,7	80,0
"constret"	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Taula 1: Taula de freqüències dels estils de vincle matern

vincle_patern

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido "òptim"	22	73,3	73,3	73,3
"absent o dèbil"	2	6,7	6,7	80,0
"constret"	4	13,3	13,3	93,3
"control sense afecte"	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Taula 2: Taula de freqüències dels estils de vincle patern

En les taules anteriors, es poden apreciar les freqüències i percentatges referents a la tipologia de vincles establerts per a cada cas. En relació a la **figura materna (Taula 1)** es pot observar que un 73.3%, és a dir, (N=22) presenta un vincle òptim, 6 de les participants amb un (20%) presenta un estil constret, i per últim, en menor quantitat, trobem que (N=2), és a dir, el 6, 7% denota una tipologia absent o dèbil.

Respecte la **figura paterna (Taula 2)** s'observa que el 73,3%, en la mateixa proporció que en l'escala materna, 22 de les estudiants tenen un tipus de vincle òptim, el 6,7%, és a dir, (N=2) un vincle absent o dèbil, el 13,3% (N=4) un vincle constret i per últim el 6,7% (N=2) un vincle de control sense afecte.

De manera general, s'observa que la **majoria** de la mostra es troba en un **estil de vincle òptim**. Si ens fixem, possiblement la diferència més important és que mentre en l'escala materna únicament s'han obtingut 3 tipologies de vincle, per a la figura paterna, s'han obtingut les quatre tipologies de vincles possibles.

3.2.2.2 Estadístics descriptius de les dimensions del Parental Bonding Instrument

Estadísticos

		sobreprotecció n_materna	sobreproteccio n_paterna	afecto_matern o	afecto_patern o
N	Válido	30	30	30	30
	Perdidos	0	0	0	0
Media		13,00	12,50	21,57	19,77
Mediana		11,00	10,50	20,50	19,00
Moda		10	9 ^a	17 ^a	16
Desviación estándar		6,438	6,169	5,469	4,725

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Taula 3: Estadístics descriptius de les dimensions de sobreprotecció i afecte del Parental Bonding Instrument (PBI)

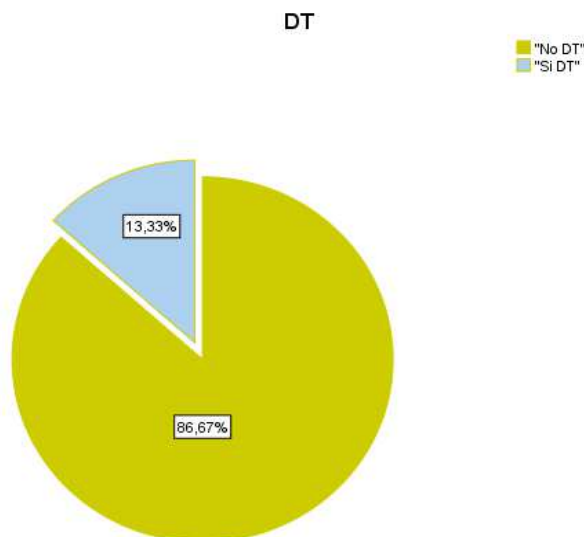
Respecte la **dimensió de sobreprotecció** pel que fa a la figura materna, observem que les estudiants han obtingut una mitjana de 13,00 punts amb una desviació tipus de 6,43. D'altra banda, en la mateixa dimensió, pel que a la figura paterna, el promig és de 12,5 punts amb una variació de 6,16. Respecte la **dimensió d'afecte**, trobem que en el cas de la mare, les estudiants han obtingut una mitjana de 21,57 amb una desviació tipus de 5,46. En canvi, pel que fa a la figura paterna, el promig és de 19,77 i la variació de 4,72.

Si calculem el **Coefficient de Variació de Pearson** observem que en el cas de la dimensió de sobreprotecció materna, dóna un valor de 0.495. Respecte la sobreprotecció paterna obtenim un valor de 0.493. En la dimensió d'afecte matern, el valor d'aquest estadístic és de 0.25. I en el cas de l'afecte patern, pren un valor de 0.23.

De manera general, observem que els valors són molts iguals en ambdues dimensions i per a les dues figures parentals. Tot i així, destacaríem que per a la figura materna, les estudiants en les dues dimensions, han obtingut valors més variables en comparació a la figura paterna ja que el coeficient de variació pren un valor més elevat.

3.3 Estadístics descriptius dels factors de l'EDI-2

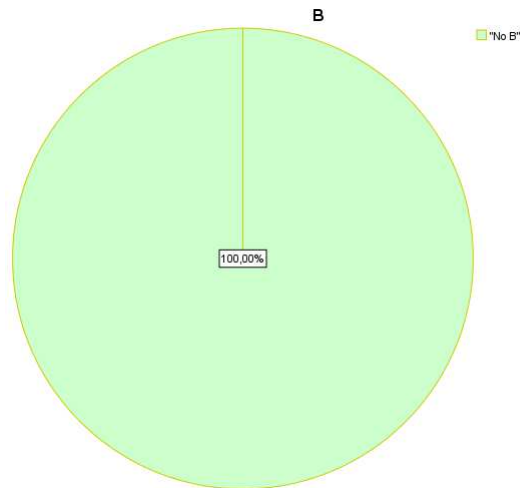
3.3.1 Subescala d'obsessió per la primor



Gràfic 1: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'obsessió per la primor

En el gràfic anterior, observem que de les 30 participants, el (86,7%), que equival a (N=26) , no presenta risc en la subescala que avalua la obsessió per la primor. En canvi, 4 del total d'estudiants, valor que correspon a un percentatge de (13,3%) si que en presenta. *(Consultar annex 8.2.1. Estadístics de la subescala obsessió per la primor).*

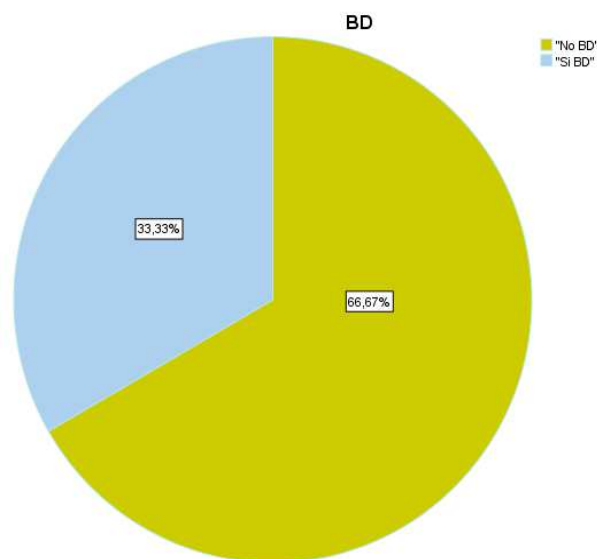
3.3.2 Subescala de bulímia



Gràfic 2: Representació en percentatge de la presència de risc o no en la subescala de bulímia

En aquest cas, observem que en ambdós cursos cap de les alumnes universitàries presenta risc en la present subescala de l'EDI-2. El 100% de la mostra total es troba en situació de no risc. (Consultar annex 8.2.2. Estadístics de la subescala de bulímia).

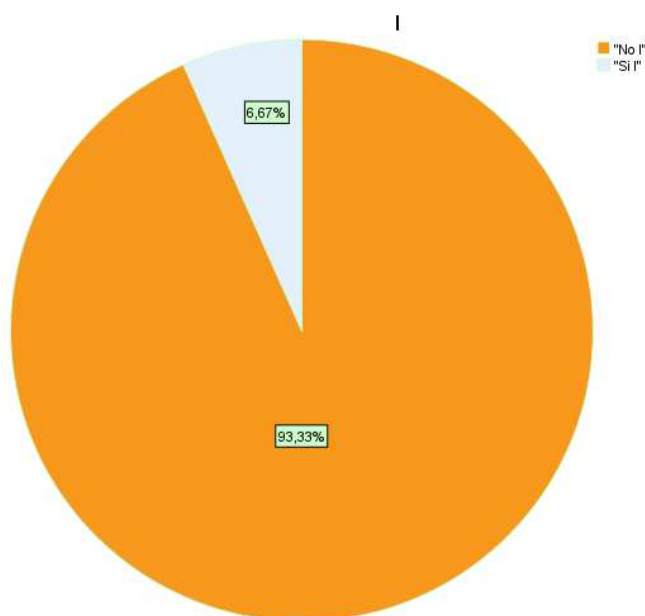
3.3.3 Subescala d'insatisfacció corporal



Gràfic 3: Representació en percentatge de la presència de risc o no en la subescala d'insatisfacció corporal

En aquest cas, no s'observa una diferència de percentatges tan desigual pel que fa a les estudiants que presenten risc i les que no en presenten. Pel que fa a la proporció d'individus que obtenen puntuacions superiors a 10 en la subescala d' Insatisfacció Corporal, s'observa un percentatge de (33,33%) és a dir, (N=10) mentre que 20 de les 30 alumnes enquestades, no manifesten risc, representant un percentatge de (66,7%). (Consultar annex 8.2.3. Estadístics de la subescala d'inastifacció corporal).

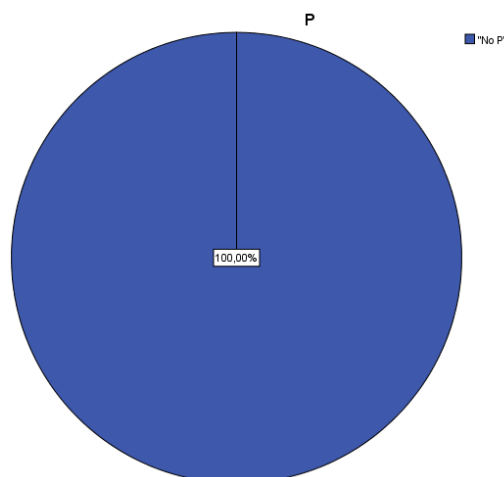
3.3.4 Subescala d'ineficàcia



Gràfic 4: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'ineficàcia

El gràfic indica que, en la subescala d'ineficàcia, únicament un 6,7% de les alumnes, (N=2) ha puntuat per sobre el punt de tall. De manera que, el (93,3%) restant , que equival a 28 individus del total de la mostra, es troba dins la normalitat, és a dir, no presenta risc. (Consultar annex 8.2.4. Estadístics de la subescala d'ineficàcia).

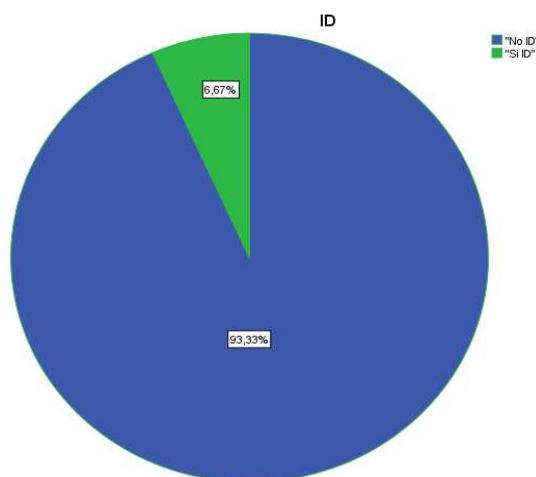
3.3.5 Subescala de perfeccionisme



Gràfic 5: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala de perfeccionisme

En aquest cas, observem que en ambdós cursos, cap de les alumnes universitàries, presenta risc en la present subescala del EDI-2. El 100% de la mostra total es troba en situació de no risc. (Consultar annex 8.2.5. Estadístics de la subescala de perfeccionisme).

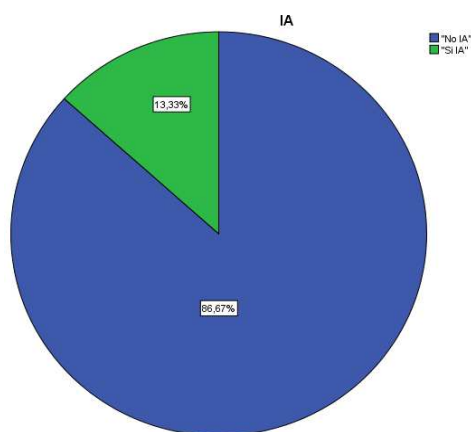
3.3.6 Subescala de desconfiança interpersonal



Gràfic 6: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala de desconfiança interpersonal

El gràfic mostra que en el factor de desconfiança interpersonal, només 2 participants, (6,7%) es troba en situació de risc, mentre que el 93,3% és a dir, (N=28) es troba dins la normalitat. (Consultar annex 8.2.6. Estadístics de la subescala de desconfiança interpersonal).

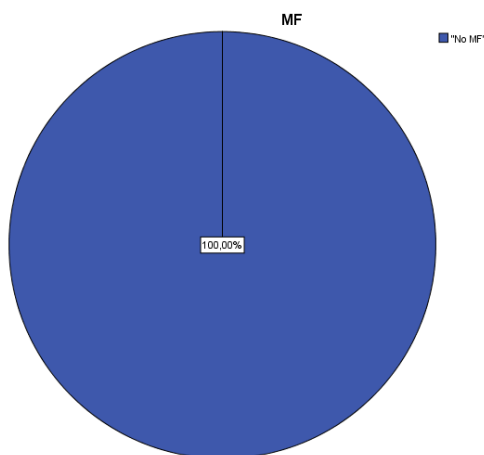
3.3.7 Subescala de consciència introceptiva



Gràfic 7: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala consciència introceptiva

El gràfic denota que concretament 4 de les 30 alumnes enquestades, un (13,3%), presenta risc en aquest factor, mentre que el 26 restant (86,7%) es troba en absència de risc. (Consultar annex 14.2.7. Estadístics de la subescala de consciència introceptiva).

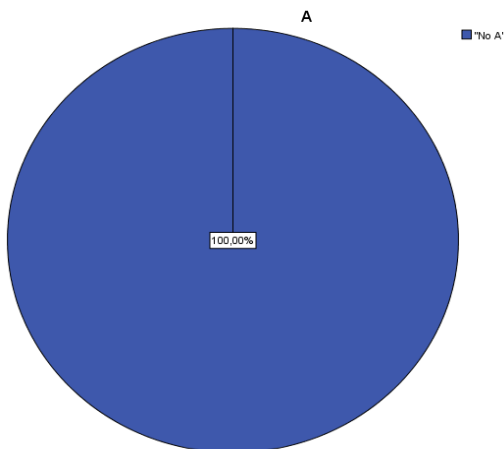
3.3.8 Subescala de por a la maduresa



Gràfic 8: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala de por a la maduresa

No hi ha percentatges rellevants a destacar, ja que totes les estudiants han obtingut puntuacions que es troben dins la normalitat. (Consultar annex 8.2.8. Estadístics de la subescala de por a la maduresa).

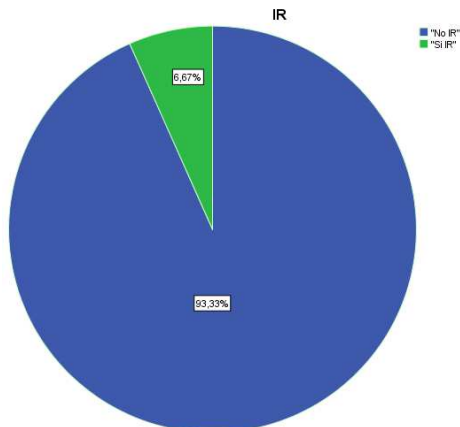
3.3.9 Subescala d'ascetisme



Gràfic 9: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'ascetisme

El gràfic indica que les puntuacions obtingudes pel total de la mostra, es troben dins la normalitat. (Consultar annex 8.2.9. Estadístics de la subescala d'ascetisme).

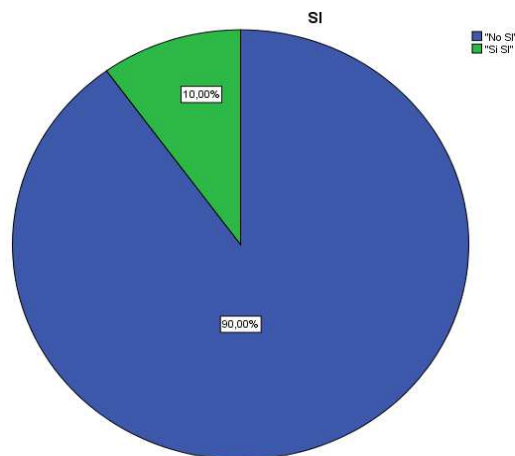
3.3.10 Subescala d'impulsivitat



Gràfic 10: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'impulsivitat

En aquest cas, trobem que un percentatge alt de les 30 enquestades, concretament un 93,3%, (N=28) es troba en absència de risc, mentre que únicament el 6,7% (N=2) presenta risc. (Consultar annex 8.2.10 Estadístics de la subescala d'impulsivitat).

3.3.11 Subescala d'inseguretat social



Gràfic 11: Representació en percentatge de la presència o no de risc en la subescala d'inseguretat social

En el gràfic s'observa que únicament 3 de les 30 estudiants, (10%) puntua per sobre el punt de tall en aquest factor, mentre que el (90%) restant, és a dir, 27 alumnes hauria obtingut puntuacions que no s'allunyen de la normalitat. (*Consultar annex 8.2.11 Estadístics de la subescala d'inseguretat social*).

En resum, en quant als resultats obtinguts en l' EDI-2 de manera general, les subescales en les quals les estudiants han obtingut puntuacions que es troben per sobre el punt de tall (10) i que per tant, indicarien risc, es presenten en el següent ordre: (1) **Insatisfacció corporal**; (2) **Obsessió per la primor** (3) **Consciència introceptiva**; (4) **Inseguretat social** ; (5) **Ineficàcia**, (6) **Desconfiança Interpersonal** i (7) **Impulsivitat**. Respecte els factors de : (8) **Bulímia**; (9) **Perfeccionisme**; (10) **Por a la maduresa** i (11) **Ascetisme**, en els quals les estudiants no han presentat cap indicador de risc.

3.4 Relació entre variables

Seguidament, amb l'objectiu de conèixer si existeix alguna relació entre una tipologia de vincle concreta i presentar conductes de risc respecte l'alimentació, s'han realitzat proves de contrast estadístic no paramètric mitjançant el test d'independència de dos variables categòriques, concretament, utilitzant la prova chi-quadrat de Pearson. Per a consultar les taules de contingències, (*veure annex 8.3*). Per a consultar les proves chi-quadrat (*veure annex 8.4*).

3.4.1 Relació entre les tipologies de vincle matern i els factors de l'EDI-2

Prenent cada figura parental i factors de l'EDI-2 per separat, en el factor **d'obsessió per la primor (DT)** s'ha observat que de totes les estudiants que han establert un **vincle òptim** amb la figura materna (N=22), són únicament 3 les que puntuen per sobre el punt de tall (10) i per tant, indiquen risc, en percentatge equival a un 10,0%. Pel que fa a l'estil **constret**, de les 6 participants que es localitzen en aquest tipus, només hi ha 1 cas que en presenta (3,3%). Mentre que en el **vincle absent** no s'hi localitza cap individu en situació de risc.

Respecte el factor **d'insatisfacció corporal (BD)**, de les 22 estudiants que s'ubiquen en una **tipologia òptima**, és el 16,7% (N=5) les que puntuen per sobre el punt de tall. De les estudiants que s'ubiquen en un estil **absent o dèbil**, el total, (N=2) presenta risc. En el cas del tipus **constret**, trobem que de les 6 participants, la meitat es troba en la columna del no risc (10%) i les 3 restants en la columna del risc, un (10%).

En relació al factors **d'ineficàcia (I) i desconfiança interpersonal (ID)** observem que del total d'estudiants (N=22) ubicades en un la condició de vincle **òptim**, només 1 presenta risc (3,3%). De les 2 alumnes que han establert una **tipologia absent**, una presenta risc (3,3%) mentre que l'altre no (3,3%). En quant al vincle **constret**, el total d'estudiants, (N=6) han obtingut puntuacions per sota el punt de tall. Pel que fa a la **consiència introceptiva (IA)**, 22 dones han obtingut una **tipologia òptima**, dels quals 2 (6,7%) són els subjectes que es troben en situació de risc. Entorn el **vincle absent**, observem que de les dues alumnes, només 1 (3,3%) presenta risc, mentre que l'altre no. De les 6 participants que trobem en la tipologia de **vincle constret**, només 1 (3,3%) presenta risc.

Respecte la penúltima subescala que és **l'impulsivitat (IR)** de les 30 alumnes enquestades, 22 es troben en la condició **òptima**, de les quals, únicament 1 (3,3%) denota una puntuació per sobre el punt de tall . Pel que fa als estils **absent i constret**, trobem que del total d'estudiants classificades dins aquestes dues tipologies, únicament en presenta risc una i es dona en el vincle constret. Finalment, en el factor **d'inseguretat social (SI)**, observem que de les 22 estudiants que es troben en la categoria de **vincle òptim**, únicament 1 presenta risc. En el cas de l'estil **absent** trobem una proporció 1/1 i pel **vincle constret**, observem que totes les estudiants, excepte una es concentren en la columna de no risc.

3.4.2 Relació entre les tipologies de vincle patern i els factors de l'EDI-2

Prenent la relació entre els vincles establerts amb la figura paterna i la presència o absència de risc, observem que en el factor **d'obsessió per la primor (DT)**, de les 22 alumnes amb un **vincle òptim**, el 10%, és a dir, (N=3) presenta risc. En el cas de **l'estil absent**, no en presenta cap. Del **vincle constret** únicament en presenta una (3,3%) i del **control sense afecte**, el total (N=2) es troba en absència de risc.

En el cas de la subescala **d'insatisfacció corporal (BD)** són 22 les estudiants que ubiquen la relació amb el seu pare en una **tipologia òptima**, de les quals, un 16, 7% del total (N=5) podria presentar conductes de risc. De les 2 estudiants que trobem en el **tipus absent**, només 1 en presenta risc (3,3%). En el cas del **vincle constret**, són 3 alumnes (10,0%) les que presenten risc i pel que fa al **control sense afecte** trobem una proporció igualada d' 1/1.

En els factors d'ineficàcia (I) ,desconfiança interpersonal (ID), consciència introceptiva (IA), impulsivitat (IR) i inseguretad social (SI) del total de casos observats, 22 estudiants es troben en la condició de vincle òptim, 4 en l'estil constret i en el cas dels vincles restants, trobaríem la mateixa proporció d'alumnes , concretament (2) en cadascun d'aquests.

Respecte a les estudiants que presenten risc en el **primer factor (I)** , si ens fixem en el primer i segon vincle (**òptim i absent**) observem que cap alumne presenta conductes de risc. En canvi, en el vincle **constret** trobaríem a una alumne i en el cas del vincle de **control sense afecte** la mateixa quantitat. **En el segon factor (ID)** observem que les estudiants únicament presenten risc, en les condicions de vincle **òptim i constret**, concretament 1/1. Respecte la presència de risc en el **tercer factor (IA)** observem que únicament en presenten 4 alumnes del total de casos observats, així trobem 2 en el cas del vincle **òptim** i els altres 2 en l'estil **constret**. Pel que fa a l'**impulsivitat (IR)** observem que les estudiants han obtingut puntuacions per damunt el punt de tall només en una tipologia **òptima**, concretament 2 de les 22 participants totals. Finalment, **respecte el últim factor (SI)** de l'instrument, observem que les estudiants presenten risc en una tipologia **òptima** (N=1) , **constret** (N=1) i de **control sense afecte** (N=1).

3.4.3 Proves chi-quadrat de Pearson entre els diferents estils de vincle matern i els factors de l'EDI-2

Per una banda, en relació a l'estadístic chi-quadrat de Pearson entre els tres subtipus de vincle parental identificats pel **que fa a la figura materna** i la presència de risc en la primera subescala de l'instrument EDI-2, **Obsessió per la primor (DT)** donat que el valor de la significació bilateral (2 gl) ($\alpha=0,832$) és major al valor crític amb el qual realitzem el contrast, és a dir, ($\alpha=0.05$) no rebutgem la hipòtesi nul.la.

Respecte el factor **d'insatisfacció corporal (BD)**, en aquest cas, l'estadístic chi-quadrat pren un valor de significació asintòtica de (2gl) ($\alpha= 0.053$), observem que aquest valor és superior al nivell de significació amb el qual fem el contrast que és de ($\alpha=0.05$), tot i que la diferència no és tan elevada. Per tant, en aquest cas seria convenient destacar aquest valor, i considerar que hi pot haver una relació més estreta en comparació a altres subescales, respecte l'associació existent entre els diferents estils de vincle materns i presentar conductes alimentàries de risc en aquest factor. No obstant, no podríem rebutjar la hipòtesi nul·la.

Pel que fa a la **subescala d'ineficàcia (I)** observem que el valor de significació bilateral és de (2gl) ($\alpha=0.036$), per tant, essent aquest, inferior al nivell de significació del 5% si rebutgem la hipòtesi nul·la. En el cas del factor de **desconfiança interpersonal (ID)**, trobem que realitzem el contrast amb un nivell de significació del 5%, així doncs, com que obtenim un valor inferior de significació bilateral (2gl) ($\alpha=0.036$), si que rebutgem la hipòtesi nul·la. Respecte la subescala de **consicència introceptiva (IA)**, com que el nivell de significació ($\alpha=0.05$) és inferior al valor de la significació biltaeral (2gl) ($\alpha=0,256$), no podem rebutjar la hipòtesi nul·la. Pel factor **d'impulsivitat (IR)**, observem que els resultats ens mostren que amb un valor de significació bilateral (2gl) ($\alpha=0.531$) també acabem no rebutjant la hipòtesi nul·la, ja que aquest, és superior a un nivell de contrast del 5%. Per últim, referent a la **subescala d'inseguretat social (SI)**, la prova chi-quadrat ens indica un valor de significació bilateral de (2gl) ($\alpha=0.101$), per tant, com que és més gran que ($\alpha=0.05$) que és el nivell de significació amb el qual es fa el contrast, no rebutgem la hipòtesi nul·la.

3.4.4 Proves chi-quadrat de Pearson entre els diferents estils de vincle patern i els factors de l'EDI-2

D'altra banda, respecte la prova chi-quadrat realitzada a partir dels quatre estils de **vincles patern** i la presència de risc en la subescala **d'obsessió per la primor (DT)**, observem que el nivell de significació amb el que fem el contrast és de ($\alpha=0.05$) i aquest és inferior al valor de significació bilateral (3gl) ($\alpha=0, 780$). Per tant, no podem rebutjar la hipòtesi nul·la. Respecte el **factor d'insatisfacció corporal (BD)** amb un valor de significació bilateral de (3gl) ($\alpha=0,192$) essent superior al 5% ($\alpha=0.05$) no rebutgem la hipòtesi nul·la. En relació a la dimensió **d'ineficàcia (I)**, la prova chi-quadrat ens mostra que el valor de significació asintòtica és de (3gl) ($\alpha=0.019$), sent aquest inferior a un nivell del 0.05. Així doncs, podem rebutjar la hipòtesi nul·la. L'estadístic chi-quadrat realitzat amb la subescala de **desconfiança interpersonal (ID)**, no ens permet rebutjar la hipòtesi nul·la, ja que el nivell amb el qual contrastem la hipòtesi ($\alpha=0.05$) és inferior al valor de significació bilateral, (3gl) ($\alpha=0,457$).

En el cas del factor de **consicència introceptiva (IA)**, ens dóna un valor de significació asintòtica de (3gl) ($\alpha=0,132$), i amb un nivell del 5% no podem rebutgem hipòtesi nul·la. En **l'escala d'impulsivitat (I)** la prova chi-quadrat es correspon a un valor de significació bilateral (3gl) del ($\alpha=0.854$) per tant, sent aquest superior a un 0.05, tampoc rebutgem la hipòtesi nul·la.

Per últim, pel que fa a la **inseguretat social (SI)** observem que amb un nivell del 5% tampoc rebutjaríem H_0 , ja que aquest és inferior a la significació bilateral (3gl) ($\alpha=0.138$).

Finalment, la prova chi-quadrat no s'ha pogut portar a terme ni en el cas de la mare ni del pare en els següents factors de l'EDI-2: **bulímia; perfeccionisme; por a la maduresa i ascetisme** ja que en aquest cas, les variables eren una constant i únicament tenien assignat el valor (0) és a dir, no risc.

En resum, en el cas de la **figura materna**, els factors en els quals les estudiants han obtingut un valor chi-quadrat inferior al nivell de significació de $\alpha = 0.05$ i que per tant, indica una relació significativa són: **(ineficàcia i desconfiança interpersonal)**. Recordar que en ambdós factors, els estils de vincle que estarien relacionats amb risc són l'òptim i l'absent-dèbil. De les 22 estudiants que es troben en el vincle òptim, 1 presenta risc, de les 2 dones que han establert un vincle absent, 1 es troba en situació de risc.

D'altra banda, en el cas del **pare**, observem com es poden apreciar relacions significatives únicament en el **factor d'ineficàcia**. Recordar que en aquest factor, els estils de vincle que estarien relacionats amb el risc són el constret i el de control sense afecte, destacant només 1 cas en cadascun d'aquests.

Respecte la subescala d' **insatisfacció corporal** en la **figura materna**, si la comparem amb la resta de subescales, observem que tot i els resultats no indiquin l'existència de relacions significatives, no es descarta la possible associació entre aquesta i la tipologia de vincles. Recordar que entre el percentatge d'estudiants que presenten risc, trobem que de les 22 estudiants classificades en un vincle òptim, el (16,7%), és a dir, 5 presenten risc. En el cas de les 2 alumnes ubicades en l'estil absent, ambdues presenten risc. I finalment, en el cas del tipus constret, trobem que de les 6 participants, la meitat $N= 3$ es troba en la columna del risc, un (10%).

4. Discussió de resultats

Exposats els resultats, es procedeix a la interpretació i discussió d'aquests a partir de la contrastació amb el marc teòric conceptual. La interpretació dels resultats, es realitza per ordre d'objectius plantejats i de presentació en l'anàlisi de dades.

El primer objectiu específic d'aquesta investigació era "**identificar els diferents estils de vincle que les estudiants han establert amb els principals cuidadors durant la infància**" els resultats obtinguts de les 30 estudiants enquestades indiquen que en general, és a dir, tant per la figura materna com paterna, l'estil de vincle més freqüent, és l'**òptim**. Seguidament, en segon lloc trobem el tipus de vincle **constret** i per últim en la mateixa proporció d'individus, el tipus **absent-dèbil o el de control sense afecte**.

Pritchard et al. (2007) (citats per Vega et al , 2011) comparant els estils de vincle establerts per ambdues figures parentals en un grup clínic i un grup control , els autors van trobar que respecte el segon grup, hi predominava l'estil segur amb un (47,2%) i l'estil ambivalent (absent-dèbil) amb un (28,3%). Fonagy et al . (1996) (citats per Botella, 2008) i Vega et al. (2011) van trobar resultats congruents a l'estudi anterior , ja que entre les persones que configuraven el grup control, les puntuacions eren majors en l'estil segur i ambivalent. Granero (2017), va trobar que el grup control obtenia valors més elevats en els factors que mesuraven el vincle segur.

Els resultats obtinguts concorden parcialment amb els estudis anteriors, en els quals es destaca que en el grup d'individus sans, és a dir, en el grup control hi predomina un vincle segur. Encara que sembla ser que difereixen una mica pel que fa al vincle absent-dèbil , ja que segons els resultats obtinguts, el segon perfil d'estil de vincle de les estudiants, correspon a una tipologia constreta. Segons Main i Salomon (1986) aquest vincle és propi d'individus que es troben en situacions de violència o abús. Tot i així, no podem contrastar profundament aquest resultat ja que no tenim prou informació sobre el context i pautes de criança de les estudiants.

A partir d'aquest resultat, és important destacar que els estils de vincle, no responen a una certesa absoluta, ja que són representacions mentals que els individus construeixen en funció de les valoracions que fan amb les relacions amb els altres i l'entorn. Bowlby (1973) (citats per Rodríguez i Melissa, 2012) destaca que cada individu, en funció de com hagi organitzat en etapes anteriors els models interns dinàmics, haurà construït representacions més o menys positives de si mateixos i al voltant dels altres. Per tant, si la persona construeix representacions mentals de caire positiu, aquest fet afavoreix a la prevenció de presentar conductes alimentàries de risc i a l'inversa.

El segon objectiu d'aquesta investigació era “**observar si hi ha diferències entre progenitors, respecte la tipologia de vincle establerta**” els resultats obtinguts, mostren que pel que fa a la diferència entre la tipologia de vincle que les estudiants estableixen amb la figura materna i paterna, la distinció bàsica rau en que en el cas de la primera figura, les estudiants indiquen establir 3 estils de vincle: òptim; absent-dèbil i constret. En canvi, en la relació paterna s'hi afegeix un quart estil de vincle, que és, el de control sense afecte.

Els resultats obtinguts concorden parcialment amb els d'estudis anteriors, en els quals s'observa que la principal diferència entre els vincles que establim amb el pare i els que establim amb la mare rau en què en la majoria d'ocasions, amb el pare, hi predomina una relació més freda i distant, pròpia d'un estil de control sense afecte. Espina (2005) afirma que les pacients diagnosticades d'un TCA, manifesten haver passat la major part del temps amb la seva mare, compartint la infantesa amb ella i descrivint la relació amb la figura paterna com a distant i poc càlida, en la qual el pare és manté en un segon pla. Pel mateix autor, sembla ser que establir una relació disfuncional o no establir cap tipus de relació amb l'agent patern, pot

influir en la gènesis de conductes alimentàries de risc i contribuir en el posterior inici i manteniment d'un TCA. A més, la majoria de dones amb aquesta psicopatologia manifesten que mai s'han sentit estimades per part de la figura paterna i que han crescut en un context absent de missatges afectuosos.

Carrasco (2013) destaca que molts dels casos de noies amb anorèxia nerviosa tenen el seu origen en un nucli familiar desfavorable. En aquest sentit, les dones perceben al seu pare com una figura absent, crítica i cruel. Tanmateix, Selvini et al. (1999) consideren que les dones que creixen en un entorn emocional i físicament distant en el qual hi predominen les carències afectives, tenen més risc de patir un TCA.

A més, segons Espina et al. (2001) (citats per Espina, 2005) i Humphrey (1986) exposen que els pares i mares de filles diagnosticades d'un TCA, podrien mostrar deficiències per a proporcionar una base afectiva i d'amor a les seves descendents degut a l'alexítimia. Aquesta dificultat dels referents per a processar cognitivament les seves emocions, pot ser un element que dificulti que les seves filles tampoc les processin correctament, aspecte freqüentment afectat en els TCA.

Respecte a això, observariem una incongruència entre els resultats obtinguts, ja que un elevat nombre d'estudiants (N=22) ha establert un perfil òptim amb els seus pares, el qual es caracteritza per una sobreprotecció baixa i un afecte elevat, però en canvi, si ens fixem en la presència de risc en els factors de l'EDI-2, observem que les alumnes han puntuat per sobre el punt de tall en la subescala de consciència introceptiva, la qual cosa, pot indicar segons l'estudi anterior, certes dificultats de les figures parentals per a satisfer les necessitats emocionals. Donada la discrepància entre aquests resultats de l'estudi, podríem considerar que en aquest cas, els valors elevats en aquesta subescala es deuen a altres variables no investigades.

En tercer lloc, un altre dels objectius específics d'aquesta investigació era **“avaluar si les estudiants presenten conductes alimentàries de risc que indiquen la possibilitat de desenvolupar una anorèxia nerviosa i observar en quina o quines de les subescales de l'EDI-2 les estudiants presenten més risc”**. Els resultats obtinguts en el qüestionari EDI-2, indiquen que les estudiants si presenten risc en algunes subescales de l'instrument. Tot i així, esmentar que en algunes el risc és major que en d'altres.

Sánchez i Aguilar (2015) (citats per Guinart, 2016) argumenten que els individus que estan realitzant estudis universitaris, esdevenen un col·lectiu vulnerable per presentar conductes de risc, ja que durant aquest període, es modifiquen patrons comportamentals adquirits inicialment respecte les conductes alimentàries i en conseqüència se'n consoliden de nous. A més, Lameiras et al (2003) (citats per Guinart, 2006) en la mateixa línia que els autors anteriors, van trobar que les joves estudiants de sexe femení, presenten més risc per desencadenar un TCA,

ja que denoten una major insatisfacció corporal i preocupacions excessives pel seu pes i figura corporal.

La OMS (2008) (citada per Carlota 2014) i Canal Salut (2017) ja exposaven la alta prevalença d'aquesta tipologia de trastorns entre la població jove femenina a nivell Estatal, concretament es destaca que el 5% de les dones presenten un TCA i un 11,5% pot presentar risc per a desenvolupar-lo. Per tant, des d'una vessant genètica, el sexe i l'edat serien dos clars factors individuals a tenir en compte a l'hora d'avaluar la possible presència de conductes alimentàries de risc en aquesta etapa i context. A més, Martínez et al, (2003) (citada per Bardales, 2013) destaquen que actualment, s'estan incrementant el nombre de casos de TCA entre la població no clínica, afectant a individus que comencen a presentar els primers indicis de risc entorn aquests trastorns.

Respecte la presència d'un major a menor risc en les 11 subescales de l'EDI-2, els resultats obtinguts de l'instrument indiquen que amb ambdues figures parentals, les estudiants presenten més risc en els següents 7 factors: **insatisfacció corporal (DT); obsessió per la primor (BD); consciència introceptiva (IA); inseguretat social (SI); ineficàcia(I); desconfiança interpersonal (ID) i impulsivitat (IR).**

Respecte les tres subescales de l'EDI-2 que avaluen actituds i conductes relacionades amb els comportaments i el pes (**obsessió per la primor; bulímia i insatisfacció corporal**), observem que els resultats obtinguts coincideixen parcialment amb els d'estudis anteriors. Tasca et al. (2006), exposava que la insatisfacció corporal es podia considerar un factor predisposant en la gènesis i manteniment de conductes alimentàries de risc. Lameiras et al. (2003) (citada per Guinart, 2016), indica que el component d'obsessió per la primor hi predomina bastant entre les persones que presenten risc o tenen un TCA, ja que perseguint un model estètic inabastable són persones amb una major tendència a preocupar-se en excés pel seu pes , fet que els porta a autoimposar-se dietes estrictes i perjudicials.

Els resultats obtinguts en el factor **d'ineficàcia**, rebe·len que les estudiants podrien presentar sentiments d'inseguretat, i falta de control sobre la seva pròpia vida, que a l'hora podria estar relacionat amb una autoavaluació negativa de si mateixes i una baixa autoestima. Aquest resultat, el podríem relacionar amb el fet que algunes de les estudiants hagin tingut una pauta de criança sobreprotectora durant la infantesa, fet que influenciaria a que en l'actualitat, presentessin conductes de risc.

Respecte a això, Allen et al. (2003) (citats per Boykin, Allen, Stephenson i Hare, 2009) conclouen que els individus segurs, són aquells que interpreten que les figures parentals estan accessibles davant qualsevol perill i en conseqüència, presenten més autonomia i sentiments de control que els subjectes insegurs. De fet, altres autors com McElhaney et al., (2009), (citats per Delgado, 2011) en la mateixa línia, afirmen que els pares d'individus insegurs, viuen l'autonomia dels seus fills com una possible amenaça per a la relació parento-filial, sota la

concepció que com més autònoms son els fills menys control i autoritat podran exercir com a pares.

A més, O'Shaughnessy i Dallos, (2009), (citats per Bardales, 2013), consideren que una de les etiologies possibles en aquest tipus de psicopatologia, és el sobreinvolucrament proporcionat per part de les figures parentals, que a l'hora, exerceixen un excessiu control i no promouen la independència i el creixement personal dels seus fills. Biedermann, Martínez, Olhaberry, i Cruzat, (2009) també exposen que les persones diagnosticades d'un trastorn alimentari, presenten nivells més elevats de sobreprotecció materna durant la infància.

Pel que fa a les puntuacions elevades en l'escala de **desconfiança interpersonal**, concorden amb la teoria de O'Shaughnessy i Dallos, (2009), (citats per Bardales, 2013) posa de manifest la importància d'enfrontar-se d'una manera eficient al procés de separació i individualització de les figures parentals, ja que si l'individu té recursos deficients per enfrontar-se a aquesta separació, en conseqüència, l'hi serà més costós adquirir una autonomia personal totalment diferenciada a la dels seus pares i expressar els seus propis sentiments i emocions.

En quant a la presència de risc en el factor de **consciència introceptiva i inseguretats social**, autors com Zimmermann, Maier, Winter i Grossmann, (2001), (citats per Delgado, 2011) i Allen et al., (2002) han indicat que els individus amb un estil de vincle insegur presenten majors dificultats per percebre, autoregular-se i fer front a les seves pròpies emocions, així com una menor capacitat per establir relacions íntimes.

D'altra banda, segons els estudis **la bulímia** és un aspecte central en aquest grup de trastorns però en la nostra mostra, les estudiants no han obtinguts puntuacions significatives pel que fa a aquesta subescala. Finalment, pel que fa a l'escala de **perfeccionisme**, els resultats obtinguts no ens indiquen risc i per tant, no són congruents amb estudis anteriors els quals exposen que aquest constructe és una condició crítica que facilita el desenvolupament d'una AN. Canal Salut (2017) considera que entre els factors psicològics individuals, les persones que presenten trets de la personalitat perfeccionistes tenen més risc de patir un TCA, degut a l'elevat component obsessiu en la seva personalitat.

Finalment, respecte l'objectiu general d'aquesta investigació, "**conèixer la possible relació entre els estils de vincle parentals i la possibilitat de presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa**". Aquest objectiu general, a l'hora es subdividia en dos d'específics: (1) "avaluar si existeix relació entre el tipus de vincle òptim (afecció segura) i el fet de no presentar conductes alimentàries de risc i (2) "avaluar si existeix relació entre el tipus de vincle "absent o dèbil" (afecció insegura-resistent) "constret" (afecció desorganitzada) o "control sense afecte" (afecció insegura-evitativa) i la possibilitat de presentar conductes alimentàries de risc.

Podem assenyalar que hi ha un ampli consens entre autors, a l'hora de demostrar recolzats en una sòlida evidència empírica, l'estreta relació existent entre un estil de vincle insegur, i el fet de presentar més hàbits i comportaments de risc.

Per una banda, tal i com indiquen Tasca et al (2006) l'estil de vincle insegur pot esdevenir, en la gran majoria d'ocasions, un clar precedent, que influeix a que l'individu desencadeni pensaments distorsionats respecte la seva imatge i pes corporal, contribuint a que aquest, desencadeni sentiments d'insatisfacció amb el seu propi cos i augmenti cada vegada més, la possibilitat de caure en un trastorn de la conducta alimentària. De la mateixa manera, en un estudi conduït per Biedermann, Martínez, Olhaberry i Cruzat (2009), (citats per Granero, 2017), els autors van indicar que l'estil de vincle insegur estava altament relacionat a diverses psicopatologies mentals, entre elles, hi destaquen els desordres alimentaris. Posteriorment, en l'estudi dut a terme per Fonagy, Leigh, Steele et al. (1996) (citats per Botella, 2008), en el qual els autors comparaven una mostra composta per individus amb diagnòstic de TCA amb una altra mostra de subjectes sense diagnòstic, els resultats van indicar que les puntuacions més elevades del grup clínic, corresponien amb un vincle insegur, mentre que el grup control, obtenia valors majors en les dimensions que mesuraven els ítems de vincle segur.

D'igual manera, Pritchard et al. (2007) (citats per Vega et al , 2011) van trobar que el grup clínic, també mostrava en una tendència major que el grup control, a presentar un vincle insegur, concretament de tipus evitatiu o segons la tipologia del PBI, denominat , vincle de control sense afecte. D'altra banda, el grup control denotava puntuacions majors en l'estil segur, és a dir òptim o en el tipus ambivalent-resistent, és a dir, absent-dèbil. Per últim, Betancourt, Rodríguez i Gempeler (2007), i Münch, Hunger i Schweitzer (2016) afirmen que els individus que creixen dins un context en el qual es proporciona una base segura i protectora, tenen menors probabilitats de desenvolupar una ulterior psicopatologia, ja que el fet d'establir un vincle primerenc sà i adequat, és a dir, segur, funcionaria com un factor protector dels desordres alimentaris.

Bowlby (1969; 1973; 1979) també indica que establir una base segura i protectora en les primeres relacions amb els cuidadors principals, promou la salut mental, l'equilibri emocional i el benestar de l'individu al llarg de la vida adulta.

És important mencionar que en la relació entre els tipus de vincle i les conductes alimentàries de risc, es va trobar que:

En l'estil de **vincle òptim** es troben puntuacions per sobre el punt de tall en les subescales de: obsessió per la primor; insatisfacció corporal; ineficàcia (en el cas del vincle matern); desconfiança interpersonal; consciència introceptiva; impulsivitat i inseguretat social. En l'estil de **vincle absent o dèbil** es troben puntuacions altes que indiquen risc en els factors de: insatisfacció corporal; ineficàcia (en el cas del vincle matern) ; desconfiança interpersonal (en el cas del vincle matern) consciència introceptiva (en el cas de la figura materna) i

inseguretat social (en la figura materna). Pel que fa a l'**estil constret** trobem puntuacions superiors al punt de tall en les variables de: obsessió per la primor; insatisfacció corporal; ineficàcia (en el cas del vincle patern) ; desconfiança interpersonal (cas del vincle patern) consciència introceptiva; impulsivitat (en la figura materna) i inseguretat social. Respecte l'estil de **control sense afecte** trobem que les estudiants han obtingut majors puntuacions en els factors de: insatisfacció corporal; ineficàcia (cas del pare) i inseguretat social.

En resum, els resultats indiquen que les estudiants presenten alteracions alimentàries en el factor **d'insatisfacció corporal** amb ambdues figures parentals, en tots el estils de vincle possibles. Respecte la relació entre la subescala **d'ineficàcia** i els vincles materns, els resultats ens mostren que les estudiants, establint un perfil òptim i absent-dèbil podrien presentar conductes alimentàries de risc. Mentre que en aquest mateix factor, en el cas del pare, la presència de risc estaria més relacionada amb els estils constret i de control sense afecte. Finalment, pel que fa a la relació entre les conductes alimentàries alterades en el **factor de desconfiança interpersonal** i el vincle matern, observem que les estudiants indiquen risc en els perfils òptim i absent-dèbil; en canvi, per la figura paterna els perfils a destacar són l'òptim i constret.

Respecte aquest objectiu i la primera hipòtesi plantejada, els resultats de la prova chi-quadrat no són altament significatius com per a afirmar rotundament que existeix una relació significativa entre el fet d'establir una tipologia de vincle determinat i presentar o no alteracions respecte l'alimentació. Tot i així, destacar que en el cas de la figura materna, hi ha hagut dues escales en les quals la prova chi-quadrat ha tingut un valor inferior a l'estadístic de contrast i per tant, s'ha rebutjat la hipòtesi nul.la. Aquestes escales, han estat **la ineficàcia i la desconfiança interpersonal**. I en el cas del pare, el factor **d'ineficàcia**. En el cas del factor **d'insatisfacció corporal**, observem que el valor de l'estadístic chi-quadrat apunta a que podria haver una associació entre aquesta subescala i la tipologia de vincles materns, tot i que no hi ha la suficient evidència empírica com per corroborar-ho.

Per tant, en aquest estudi no podem corroborar que establir un vincle insegur durant la infància amb els principals cuidadors, pugui actuar com un factor de risc, i tampoc, que consolidar un vincle segur sigui un factor protector per a possibles alteracions respecte l'alimentació en etapes posteriors.

Possiblement, els resultats obtinguts estiguin més enfocats en la línia de l'estudi realitzat per López, Herrera i Botella (2014), els quals utilitzant un dels instruments també emprat en aquesta investigació, el Parental Bonding Instrument (PBI) van obtenir uns resultats que no foren suficientment significatius per tal de confirmar que el vincle insegur era una característica particular de la població amb TCA, ja que no van haver moltes diferències en el tipus de vincle que establia el grup control i el clínic respecte les figures parentals.

De manera general, és important destacar que el fet de no trobar resultats fortament congruents amb els d'estudis anteriors, es degui a la selecció de la mostra, ja que en el present estudi, s'ha utilitzat una mostra no clínica, composta per individus sanes, i la majoria d'estudis inclosos en el marc teòric, estan realitzats dins el marc clínic, fet que justifica les diferències en les dades obtingudes, donat que les poblacions són diferents.

Finalment, respecte les **hipòtesis plantejades** en la present investigació:

Hipòtesi 1:

Hipòtesi nul·la: S'espera que el vincle òptim, és a dir, l'afecció segura no estigui relacionada amb el fet de presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa. (les conductes alimentàries de risc són independents al fet d'establir un estil de vincle determinat).

Hipòtesi alternativa: S'espera que el vincle no òptim, és a dir, els estils "absent-dèbil (afecció resistent) "constret" (afecció desorganitzada) o "control sense afecte" (afecció evitativa) estigui relacionat amb el fet de presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa. (les conductes alimentàries de risc estan relacionades o depenen d'un estil de vincle determinat).

D'acord amb els resultats obtinguts la hipòtesi nul·la, únicament es rebutja en els factors de l'EDI-2 que avaluen: la ineficàcia; i la desconfiança interpersonal, donat a que s'han trobat relacions significatives entre ambdues variables. I en el cas de la insatisfacció corporal, gairebé es pot establir una associació, tot i que no és el cas.

Hipòtesi 2:

- H2: Un nombre elevat d'estudiants han establert una tipologia de vincle òptim amb les figures parentals.

D'acord amb els resultats obtinguts, aquesta hipòtesi es compleix, ja que són concretament 22 estudiants les que classifiquen la vinculació amb els seus progenitors com a segura.

Hipòtesi 3:

- H3: S'espera que la diferència principal entre els estils de vincle establerts amb el pare i la mare és que amb la figura masculina, les estudiants hagin establert un vincle més predominant de carències afectives.

Els resultats obtinguts indiquen que aquesta hipòtesi es compleix, ja que en el cas del pare, algunes estudiants han establert una relació més freda, distant i amb un baix component afectiu.

5. Conclusions generals

En aquest punt, s'exposaran les conclusions extretes a partir de la contrastació de les 3 hipòtesis formulades que seran confirmades o refutades a continuació. Tal i com s'ha argumentat anteriorment, l'objectiu principal d'aquesta investigació rau en "**conèixer la possible relació entre els estils de vincle parentals i la possibilitat de presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa**". Les 3 hipòtesis elaborades són les següents:

Hipòtesi 1: *"S'espera que el vincle no òptim, és a dir, els estils "absent-dèbil (afecció resistent) "constret" (afecció desorganitzada) o "control sense afecte" (afecció evitativa) estigui relacionat amb el fet de presentar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa. (Hi ha una associació significativa entre els diferents estils de vincle i les conductes alimentàries de risc).*

Els resultats obtinguts senyalen que aquesta hipòtesi únicament es compleix en dos casos: el primer, és en el factor d'ineficàcia per ambdós progenitors i el segon en el factor de desconfiança interpersonal, únicament en el cas de la figura materna. A més, en el cas del factor d'insatisfacció corporal també podem observar com els resultats apunten a que podria haver una associació més elevada entre aquesta i els diversos estils de vincle materns. No obstant, no tenim la suficient evidència empírica com per confirmar de manera genèrica aquesta hipòtesi.

Hipòtesi 2: *"Un nombre elevat d'estudiants han establert una tipologia de vincle òptim amb les figures parentals", Els resultats obtinguts senyalen que aquesta hipòtesi es compleix ja que tant per la figura paterna com materna, (N=22) de les estudiants han establert un vincle òptim, que correspon a una afecció segura.*

Hipòtesi 3: *"S'espera que la diferència principal entre els estils de vincle establerts amb el pare i la mare és que amb la figura masculina, les estudiants hagin establert un vincle més predominant de carències afectives". Els resultats obtinguts indiquen que aquesta hipòtesi es compleix ja que respecte la figura paterna, dues noies han obtingut en el Parental Bonding Instrument puntuacions elevades en la dimensió de sobreprotecció i baixes en la dimensió d'afecte, que correspon a una tipologia de control sense afecte. Tot i que en aquest cas, els resultats no són representatius, ja que únicament són dues noies les que es troben en la condició de control sense afecte. Aquest tipus de vincle està fortament caracteritzat per significatives mancances a nivell emocional i un alt rebuig al procés d'individualització del fill.*

Finalment, respecte els objectius proposats les conclusions més rellevants d'aquesta investigació són:

- **Objectiu general** (objectius específics 4 i 5): En la majoria dels casos, els estils de vincle afectiu són independents a les conductes alimentàries de risc que presenten les estudiants, és a dir, no existeix una associació significativa. A excepció dels casos següents, sembla ser que existeix una relació significativa o prou significativa en els factors d'ineficàcia; desconfiança interpersonal i gairebé es pot establir una associació en el cas de la subescala d'insatisfacció corporal.
- **Objectiu específic 1:** Gairebé totes les estudiants (N=22) han establert un **vincle òptim** amb ambdues figures parentals. Seguidament, en el cas de la figura materna, trobem l'estil de vincle constret amb una (N=6) i per últim un tipus absent o dèbil amb una N = 2. En el cas de la figura paterna, trobem un estil constret amb (N=4) , un estil absent-dèbil en el qual es localitzen 2 estudiants i el de control sense afecte, amb una quantitat de 2 estudiants.
- **Objectiu específic 2 :** La principal diferència existent entre la tipologia de vincle que s'estableix amb la figura materna i paterna, rau en que amb el pare, les estudiants estableixen un estil de control sense afecte i en el cas de la mare, no.
- **Objectiu específic 3:** Les estudiants universitàries si que han presentat conductes alimentàries de risc que poden indicar la possibilitat de desenvolupar una anorèxia nerviosa. En relació amb aquest objectiu, és important tenir en compte que, durant l'etapa adolescent o inici de la primera joventut, els individus poden presentar més conductes i hàbits alimentaris de risc, i tan bon punt es detectin els primers indicis, haurien de ser derivats als professional corresponents. A més, de major a menor ordre, les dones que estan cursant un grau universitari entre les edats compreses de 19-26 anys presenten més risc en els següents factors de l'EDI-2: **insatisfacció corporal ; obsessió per la primor ; consciència introceptiva; d'inseguretat social ; ineficàcia; desconfiança Interpersonal i impulsivitat.**

ALTRES CONCLUSIONS POSTERIORES A LA REALITZACIÓ DE LA INVESTIGACIÓ:

- Totes les relacions i vinculacions que establim amb els principals cuidadors durant edats primerenques, tenen un paper crucial en el desenvolupament i estructuració de la psique dels individus.
- Les participants amb les quals s'ha realitzat l'estudi formen part d'una població no clínica, i per tant, les conductes alimentàries de risc detectades no són determinants per establir un diagnòstic de trastorn de la conducta alimentària.

- L'etiologia d'aquesta tipologia de trastorns és multifactorial. Per tant, cal una avaluació detallada i tenir en compte diversos elements per a poder comprendre i detectar aquest tipus de psicopatologia.
- Per apropar-nos a les dificultats alimentàries cal fer-ho des d'una aproximació multidisciplinar. Aquesta, representa la situació ideal en la qual el treball coordinat entre diversos professionals (professors; psicòlegs; psiquiatres) ; famílies i institucions afavorirà una possible prevenció d'aquests trastorns.

6.Limitacions i futures propostes de millora

A continuació s'exposaran les limitacions més rellevants trobades en aquest estudi i seguidament, es citaran les propostes de millora corresponents.

6.1 Mida de la mostra

Primerament, assenyalar com una de les limitacions més evident, la mida de la mostra. En un inici, aquesta investigació pretenia ser realitzada amb estudiants dones de dos graus diferents de la Universitat de Vic. Aquests dos graus, feien referència a (Psicologia i Nutrició i Diètica), respectivament. Però, al contemplar que de la segona carrera hi havia un nombre molt reduït de dones en comparació amb l'altre grau, es va descartar aquesta opció, limitant-se a duu a terme l'estudi amb estudiants del grau en Psicologia. A partir d'aquí, es pretenia comptar amb la col·laboració de les estudiants de segon curs del grau, ja que el nombre de dones era força representatiu, aproximadament (N=50). Tot i així, una vegada administrats els instruments de mesura, els qüestionaris retornats van ser únicament 10. Per aquesta raó, es va decidir fer una segona administració dels instruments, però en aquest cas, a les estudiants de quart de Psicologia per la proximitat i facilitat d'accessibilitat a la mostra. En aquest cas, les voluntàries van ser (N=20).

Així doncs, la mostra final estava composta per una N= 30 i segons l'estadística, aquest valor no és lo suficientment gran com per afirmar rotundament que la mostra ha estat representativa. Per aquest motiu, es contempla la idea de comptar amb la participació de més subjectes en estudis posteriors.

6.2 Falta d'estudis realitzats amb població no clínica

L'objectiu general d'aquesta investigació era " conèixer la possible relació entre els estils de vincle afectius parento-filials i la possibilitat de desenvolupar conductes alimentàries de risc associades a una anorèxia nerviosa en estudiants de la Universitat de Vic". En el present estudi, s'ha comptat amb una mostra de participants que pertanyen a una població no clínica (individus sans) és a dir, que no presenten un diagnòstic de trastorn de la conducta alimentària. En canvi, els estudis revisats exhaustivament i sintetitzats en el marc teòric, majoritàriament,

fan referència a investigacions realitzades amb una mostra clínica, és a dir, individus afectats per aquesta tipologia de trastorns o bé a estudis comparatius entre una mostra amb diagnòstic i una sense.

Per aquest motiu, es considera que al no disposar d'estudis que avaluïn exclusivament aquesta relació en profunditat en una mostra no clínica, ha estat més difícil contrastar els resultats obtinguts en la investigació amb el marc teòric.

6.3 Biaixos que poden afectar a l'estudi

Una altra limitació important en el present estudi, és que les estudiants contestin els qüestionaris conjuntament, ja que aquest fet, pot distorsionar els resultats finals. Els instruments de mesura es van administrar a tota la classe conjunta, i gran part de les participants, tot i que les respostes eren individuals, van començar a comentar els ítems i aquest fet, pot influir a la possibilitat que les dones no hagin estat completament sinceres, i s'hagi perdut la subjectivitat en les seves respostes. Tot i que des del meu punt de vista, això no hagi passat .

6.4 Validesa externa

S'ha de tenir en compte, que els resultats no serien del tot generalitzables a la població en general, ja que hi ha diverses variables que podrien afectar a la validesa externa. Per exemple, la investigació només ha comptat amb la col·laboració d'individus de sexe femení, i cap de masculí. A més, únicament s'ha realitzat amb les estudiants de segon i quart curs , les quals estaven dins d'una franja d'edat molt concreta de 19 a 26 anys. Per últim, les participants pertanyien totes al mateix grau de Psicologia i únicament de la Universitat de Vic.

6.5 No accés a la versió original de l'instrument Parental Bonding Instrument (PBI)

En aquest estudi, al no poder accedir a la versió original en anglès del PBI, elaborada per Parker et al (1979), hi ha hagut algunes dificultats per transformar i interpretar les puntuacions de les dimensions de l'instrument (sobreprotecció i afecte) en la seva tipologia de vincle corresponent. Per aquest motiu, en el treball s'ha justificat aquesta limitació amb l'argument de Torre-Cruz (2015).

6.6 Propostes de millora

Per solucionar la mida de la mostra i poder afirmar que aquesta és representativa de la població de la Universitat de l'Uvic, seria adient tenir accés a un major nombre de participants, tant del grau en Psicologia com d'altres graus diversos. Així doncs, per a investigacions futures, es podria contemplar la idea de realitzar l'estudi amb tots els cursos dels diferents graus de la Universitat de Vic. També, es podria comparar si existeixen diferències significatives entre la variable sexe femení i masculí pel que fa a la relació entre els estils de vincle i les conductes alimentàries de risc, incloent a participants homes en l'estudi. En el cas de la validesa externa, seria convenient ampliar l'estudi i avaluar aquesta mateixa relació en altres Universitats de la zona de Catalunya.

A més, seria convenient poder replicar aquest estudi en una mostra clínica, per tal d'observar si utilitzant una mostra d'individus que presenten trastorns de la conducta alimentària, els resultats són més congruents amb els estudis realitzats anteriorment. De la mateixa manera, es podria considerar la idea de realitzar un estudi amb un disseny experimental intersubjectes, comparant entre un grup clínic i un grup control, per observar si existeixen diferències significatives entre ambdós, pel que fa als estils de vincle i el fet de presentar dificultats alimentàries.

Per tal d'apropar-nos encara més a la comprensió de les dificultats alimentàries, a banda dels factors de risc familiars, seria oportú que en línies d'investigacions futures s'inclouessin diverses variables que poden actuar com a factors predisposants per a presentar aquestes conductes alterades, com ara l'autoestima baixa; presentar simptomatologia depressiva; ansiògena; personalitat (obsessiva, dependent, introvertida; perfeccionista) o algun trastorn de la personalitat, com el trastorn limítrofa. De la mateixa manera, que seria convenient estudiar altres factors de risc alterns a les variables individuals com ara: les experiències vitals estressants, la pèrdua recent d'un ésser estimat pròxim; les ruptures sentimentals; la realització d'alguns esports o exercir determinades professions.

Finalment, en estudis futurs es poden incloure entrevistes amb els progenitors de les estudiants, per tal de poder contrastar la informació proporcionada per aquests amb la de les seves filles i poder extreure les conclusions adients. En aquestes entrevistes, es pot demanar per les mateixes qüestions plantejades en el PBI però adaptades a la visió dels pares.

A banda de les limitacions, personalment l'estudi presenta com a punt fort més important l'instrument utilitzat per avaluar les conductes alimentàries de risc. S'ha utilitzat l' EDI-2, i en la majoria d'estudis consultats, els investigadors han utilitzat aquest instrument com a prova de screening, amb la finalitat de detectar possibles casos vulnerables de patir un TCA en població normal. Així doncs, observem que aquest qüestionari permet complir un dels objectius específics de l'estudi, que és avaluar les conductes alimentàries de risc de les estudiants.

7. Bibliografia

2ª Parte : Aplicación Empírica. (n.d.), 126–140.

American Psychiatric Association. (2015) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V. Ed. Panamericana.

Andrade, C. C. (2013). *El Funcionamiento Familiar como Factor de Riesgo en Pacientes que Presentan Anorexia Nerviosa en la Ciudad de Quito*. Retrieved from <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/3436>

APEGO Y TCA. (n.d.).

Arias, L. (2014). Estilos De Apego Y Actitudes Hacia La Alimentacion En Adolescentes, 1–141.

Arrufat, F. J. (2008). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona, 1–172. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=4067&orden=0&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=4067>

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. <https://doi.org/10.1080/14616730902814770>

Biedermann, K., Martínez, V., & Olhaberry, M. (2009). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775003>

Botella, L., & Graño, N. (2008). La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 291–301. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2995539&orden=215483&info=link>

Canal Salut (2018) *Trastorns de la Conducta Alimentària : Anorèxia Nerviosa* . Barcelona (Consultat el 16 de gener de 2018).

De los Santos, A. (2007). Nuevas familias y conducta alimentaria. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 5, 439–456.

De, T., Alimentaria, C., Ramon, U., & Fpcee, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de DISORDERS, (January).

Delgado, A. O. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría Y Psicología Del Niño Y Adolescente*, 4(1), 65–81. Retrieved from <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>

Eizaguirre, A. E. (2005). La figura del padre en los. *FAMILIA*, 31, 35-43.

Espina Eizaguirre, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta. *Familia: Revista de Ciencias Y Orientación Familiar*, 31(31), 35–50. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1227289&orden=1&info=link%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=1227289>

Estrada, E. R., Barneveld, H. O. van, & Maya, A. M. (2016). Validez y confiabilidad del instrumento de vínculo parental (Parental Bonding Instrument, PBI) en una muestra de varones mexicanos. *Psicogente*, 19(35), 14–24. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17081/psico.19.35.1205>

Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: Attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6(AUG), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>

Grado, T. F. De. (2017). Relaciones entre estilos de apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Guinart i Pujol, M. (2016). Estudi sobre els trastorns de la conducta alimentària (TCA) en la població que viu a la Residència Universitària de Vic (RUVIC).

Hare, A. L. (2009). on Attachment and. *Adolescence*, 4400, 358–403.

Herrero, M & Viñas, C. M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 67–83. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/337/33701004/>

Ibáñez Martínez, L., Cano, N. M., Galera, D. O., & Soriano, M. (2006). Construcción Del Vínculo Parental En. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 4, 386–422. Retrieved from [https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2159237.pdf%0Afile:///C:/Users/Malu/Desktop/Dialnet-VinculoParentalEnPatologiaAlimentariaYTLPAsociado-2159237\(4\).pdf%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2159237.pdf%5Cnfile:///C:/Users/Malu/Desktop](https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2159237.pdf%0Afile:///C:/Users/Malu/Desktop/Dialnet-VinculoParentalEnPatologiaAlimentariaYTLPAsociado-2159237(4).pdf%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2159237.pdf%5Cnfile:///C:/Users/Malu/Desktop)

Ibáñez Martínez, N., Muñoz Cano, D., Ortega Galera, M., & Soriano, J. (2006). Vínculo parental en patología alimentaria y TLP asociado. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 4(4), 386–422. Retrieved from

http://www.tcasevilla.com/archivos/vinculo_parental_en_patologia_alimentaria_y_tlp_asociado.pdf

Iñarritu Pérez, M. del C., Cruz Licea, V., & Morán Álvarez, I. C. (2004). Instrumentos De Evaluación Para Los Trastornos De La Conducta Alimentaria. *RESPYN Revista de Salud Pública Y Nutrición*, 5(2). Retrieved from <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/128>

Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 354–373. <https://doi.org/10.1002/eat.22473>

La, E. N., Que, P., La, V. I. U. A., Ruvic, D. E. V. I. C., & Guinart, M. (2016). LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA.

Lameiras Fernández, M., Otero, M. C., Castro, Y. R., & Prieto, M. F. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 23–33.

Landrau, E., & Short, J. (2010). The role of relationship attachment styles in disordered eating behaviors. *Colonial Academic Alliance ...*, 1. Retrieved from <http://scholarworks.gsu.edu/caaurj/vol1/iss1/11/>

Lara, J. M. (1996). Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. *Ensayos: Revista de La Facultad de Educación de Albacete*.

López, C., Herrero, O., & Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 69-81.

Luz, M., La, T. D. E., & Iii, C. (2011). Con Y Sin Trastornos De La Conducta Alimentaria.

Münch, A. L., Hunger, C., & Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 4(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0141-4>

Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55–65. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_4

Pérez, M. D. C. I., Licea, V. C., & Álvarez, I. C. M. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición*, 5(2).

Róbert, H., Eszter, V., Andrea, M., Tamás, T., Mária, S., József, J., ... Norbert, K. (2015). CLINICAL.

Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C., & Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2007–1523), 45–57. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(13\)71992-X](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(13)71992-X)

Safrany, K. R. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6, 1–15. <https://doi.org/1067-6079>

Siegel, D. J. (1999). The Developing Mind. *The Developing Mind*, 67–120. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070149>

Soares, I. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos :, 7, 177–195.

Soares, I., & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International journal of clinical and health psychology*, 7(1).

Szalai, T. D., & Czeglédi, E. (2015). EREDETI KÖZLEMÉNY ATTACHMENT AS A PREDICTOR OF RISK FOR EATING DISORDERS ON A REPRESENTATIVE HUNGARIAN ADULT SAMPLE. *SZEMLE*, 68(11), 409-416.

Tejeda Alonso, R., & Jesús Neyra, M. (2015). La Alimentación Familiar. Influencia En El Desarrollo Y Mantenimiento De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria the Family Diet. Influence on the Development and Maintenance of Eating Disorders Behavior. *Conducta Alimentaria*, 22, 2352–2381.

Tutelada, I. (2007). Escuela de Posgrado, 20.

Vázquez Velázquez, V., María, L., & Martínez, R. (2013). The role of the mother in eating disorders: A psychosocial perspective. *Psicología Y Salud*, 23(1), 15–24. Retrieved from https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Verónica_Vázquez_Velázquez.pdf

Vega, V., Sanchez, M. L., & Roitman, D. (2011). TIPOS DE APEGO EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES CON Y SIN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Velázquez, V. V., & Martínez, L. M. R. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y salud*, 23(1), 15-24 .

www.prevencion.adeslas.es. (2017). Adeslas. [online] Disponible en:
<https://www.prevencion.adeslas.es/es/trastornoalimenticio/masprevencion/Paginas/cifrasanorexia-bulimia.aspx> . (Consultat 16 de gener de 2018).

8. Annexes

En l'apartat d'annexes, s'inclouen el consentiment informat que es va passar a cadascuna de les participants de la investigació, les taules d'estadístics descriptius de les onze subescales de l'EDI-2 , les taules de contingència que mostren la relació entre ambdues variables, així com les seves proves chi-quadrat corresponents i finalment, els qüestionaris que s'han utilitzat per avaluar els diferents estils de vincle afectiu i les conductes alimentàries de risc.

Annex 8.1: Consentiment Informat

8.1. Consentiment Informat

La present investigació és portada a terme per Paula Zaera Recuenco, estudiant de la Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya. L'objectiu principal d'aquest estudi és investigar la possible relació existent entre els estils de vincle afectiu establerts entre la filla i els seus cuidadors principals, pare i/o mare i la possibilitat de desenvolupar conductes associades a l'anorèxia nerviosa en alumnes de sexe femení de 2on i 4rt Curs del grau de Psicologia de la Universitat de Vic.

Si vostè accedeix participar en aquest estudi, se li sol·licitarà que respongui, a dos tests psicològics. Tot seguit, se l'hi demanarà que respongui a una sèrie de preguntes d'una entrevista estructurada. Ambdues accions, tindran una durada pròxima de 20 -35 minuts.

La participació en aquest estudi és estrictament voluntària. La informació que es reculli serà totalment confidencial i no s'utilitzarà per cap altre propòsit fora de la investigació. El seu nom només apareixerà en el present document, per això les seves respostes seran codificades utilitzant sigles i per això seran anònimes.

Les proves que se l'hi administraran no resultaran perjudicials per vostè, però si alguna de les preguntes l'hi semblen incòmodes, té vostè tot el dret de fer-li saber a l'investigadora o no respondre-les. Igualment, pot retirar-se de la present investigació en qualsevol moment si ho considera convenient. Si té cap dubte sobre aquest projecte, pot realitzar preguntes a la persona que el porta a terme en qualsevol moment durant la seva participació al mateix.

Des d'aquest moment, se l'hi agraeix la seva participació.

Accepto participar voluntàriament en aquesta investigació, conduïda per Paula Zaera Recuenco. He estat informada que l'objectiu principal de l'estudi és investigar la possible relació existent entre els estils de vincle afectiu establerts entre la filla i els seus cuidadors principals, pare i/o mare i la possibilitat de desenvolupar conductes associades a l'anorèxia nerviosa en alumnes de sexe femení de 2on i 4rt Curs del grau de Psicologia de la Universitat de Vic.

M'han indicat també que hauré de respondre a dos tests psicològics i preguntes d'una entrevista estructurada, d'una durada aproximadament de 20 minuts. Reconec que la informació que jo aportí en el curs de la investigació és estrictament confidencial i no serà utilitzada per cap més altre propòsit fora dels d'aquest estudi sense el meu consentiment. He estat informada que puc realitzar preguntes de l'estudi en qualsevol moment i que puc retirar-me en qualsevol moment.

Nom del participant: Firma: Data:

Annex 8. 2: Taules de resultats

8.2. Estadístics descriptius dels factors de l'EDI-2

8.2.1 Estadístics de la subescala obsessió per la primor

DT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No DT"	26	86,7	86,7	86,7
	"Si DT"	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

8.2.2 Estadístics de la subescala bulímia

B

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No B"	30	100,0	100,0	100,0

8.2.3. Estadístics de la subescala Insatisfacció Corporal

BD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No BD"	20	66,7	66,7	66,7
	"Si BD"	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

8.2.4 Estadístic de la subescala d'Ineficàcia

I

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No I"	28	93,3	93,3	93,3
	"Si I"	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

8.2.5. Estadístic de la subescala de perfeccionisme

P

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No P"	30	100,0	100,0	100,0

8.2.6. Estadístic de la subescala de desconfiança interpersonal

ID

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No ID"	28	93,3	93,3	93,3
	"Si ID"	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

8.2.7. Estadístic de la subescala de consciència introceptiva

IA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No IA"	26	86,7	86,7	86,7
	"Si IA"	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

8.2.8. Estadístic de la subescala de por a la maduresa

MF

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No MF"	30	100,0	100,0	100,0

8.2.9 Estadístic de la subescala d'Ascetisme

A

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No A"	30	100,0	100,0	100,0

8.2.10. Estadístic de la subescala d'impulsivitat

		IR			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No IR"	28	93,3	93,3	93,3
	"Si IR"	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

8.2.11. Estadístic de la subescala d'inseguretats social

		SI			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	"No SI"	27	90,0	90,0	90,0
	"Si SI"	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Annex 8.3. Taules de contingència per la relació entre la tipologia de vincles parentals i les conductes alimentàries de risc en els factors de l'EDI-2

8.3. Taules de contingència

Tabla cruzada vincle matern * DT

			DT		Total
			"No DT"	"Si DT"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	19	3	22
		% dentro de vincle_matern	86,4%	13,6%	100,0%
		% dentro de DT	73,1%	75,0%	73,3%
		% del total	63,3%	10,0%	73,3%
"absent o dèbil"		Recuento	2	0	2
		% dentro de vincle_matern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de DT	7,7%	0,0%	6,7%
		% del total	6,7%	0,0%	6,7%
"constret"		Recuento	5	1	6
		% dentro de vincle_matern	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de DT	19,2%	25,0%	20,0%
		% del total	16,7%	3,3%	20,0%
Total		Recuento	26	4	30
		% dentro de vincle_matern	86,7%	13,3%	100,0%
		% dentro de DT	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Tabla cruzada vincle_matern*B

			B	
			"No B"	Total
vincle_matern	"òptim"	Recuento	22	22
		Recuento esperado	22,0	22,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de B	73,3%	73,3%
		% del total	73,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	2	2
		Recuento esperado	2,0	2,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de B	6,7%	6,7%
		% del total	6,7%	6,7%
	"constret"	Recuento	6	6
		Recuento esperado	6,0	6,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de B	20,0%	20,0%
		% del total	20,0%	20,0%
Total	Recuento	30	30	
	Recuento esperado	30,0	30,0	
	% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%	
	% dentro de B	100,0%	100,0%	
	% del total	100,0%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern*BD

			BD		Total
			"No BD"	"Si BD"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	14,7	7,3	22,0
		% dentro de vincle_matern	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de BD	85,0%	50,0%	73,3%
		% del total	56,7%	16,7%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	0	2	2
		Recuento esperado	1,3	,7	2,0
		% dentro de vincle_matern	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de BD	0,0%	20,0%	6,7%
		% del total	0,0%	6,7%	6,7%
	"constret"	Recuento	3	3	6
		Recuento esperado	4,0	2,0	6,0
		% dentro de vincle_matern	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de BD	15,0%	30,0%	20,0%
		% del total	10,0%	10,0%	20,0%
Total	Recuento	20	10	30	
	Recuento esperado	20,0	10,0	30,0	
	% dentro de vincle_matern	66,7%	33,3%	100,0%	
	% dentro de BD	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	66,7%	33,3%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern'I

			I		Total
			"No I"	"Si I"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	21	1	22
		Recuento esperado	20,5	1,5	22,0
		% dentro de vincle_matern	95,5%	4,5%	100,0%
		% dentro de I	75,0%	50,0%	73,3%
		% del total	70,0%	3,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	1	1	2
		Recuento esperado	1,9	,1	2,0
		% dentro de vincle_matern	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de I	3,6%	50,0%	6,7%
		% del total	3,3%	3,3%	6,7%
	"constret"	Recuento	6	0	6
		Recuento esperado	5,6	,4	6,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de I	21,4%	0,0%	20,0%
		% del total	20,0%	0,0%	20,0%
Total	Recuento	28	2	30	
	Recuento esperado	28,0	2,0	30,0	
	% dentro de vincle_matern	93,3%	6,7%	100,0%	
	% dentro de I	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	93,3%	6,7%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern'P

			P	
			"No P"	Total
vincle_matern	"òptim"	Recuento	22	22
		Recuento esperado	22,0	22,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de P	73,3%	73,3%
		% del total	73,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	2	2
		Recuento esperado	2,0	2,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de P	6,7%	6,7%
		% del total	6,7%	6,7%
	"constret"	Recuento	6	6
		Recuento esperado	6,0	6,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de P	20,0%	20,0%
		% del total	20,0%	20,0%
Total	Recuento	30	30	
	Recuento esperado	30,0	30,0	
	% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%	
	% dentro de P	100,0%	100,0%	
	% del total	100,0%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern>ID

			ID		Total
			"No ID"	"Si ID"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	21	1	22
		Recuento esperado	20,5	1,5	22,0
		% dentro de vincle_matern	95,5%	4,5%	100,0%
		% dentro de ID	75,0%	50,0%	73,3%
		% del total	70,0%	3,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	1	1	2
		Recuento esperado	1,9	,1	2,0
		% dentro de vincle_matern	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de ID	3,6%	50,0%	6,7%
		% del total	3,3%	3,3%	6,7%
	"constret"	Recuento	6	0	6
		Recuento esperado	5,6	,4	6,0
% dentro de vincle_matern		100,0%	0,0%	100,0%	
% dentro de ID		21,4%	0,0%	20,0%	
% del total		20,0%	0,0%	20,0%	
Total	Recuento	28	2	30	
	Recuento esperado	28,0	2,0	30,0	
	% dentro de vincle_matern	93,3%	6,7%	100,0%	
	% dentro de ID	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	93,3%	6,7%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern'IA

			IA		Total
			"No IA"	"Si IA"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	20	2	22
		Recuento esperado	19,1	2,9	22,0
		% dentro de vincle_matern	90,9%	9,1%	100,0%
		% dentro de IA	76,9%	50,0%	73,3%
		% del total	66,7%	6,7%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	1	1	2
		Recuento esperado	1,7	,3	2,0
		% dentro de vincle_matern	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de IA	3,8%	25,0%	6,7%
		% del total	3,3%	3,3%	6,7%
	"constret"	Recuento	5	1	6
		Recuento esperado	5,2	,8	6,0
% dentro de vincle_matern		83,3%	16,7%	100,0%	
% dentro de IA		19,2%	25,0%	20,0%	
% del total		16,7%	3,3%	20,0%	
Total	Recuento	26	4	30	
	Recuento esperado	26,0	4,0	30,0	
	% dentro de vincle_matern	86,7%	13,3%	100,0%	
	% dentro de IA	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	86,7%	13,3%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern*MF

			MF	Total
			"No MF"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	22	22
		Recuento esperado	22,0	22,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de MF	73,3%	73,3%
		% del total	73,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	2	2
		Recuento esperado	2,0	2,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de MF	6,7%	6,7%
	"constret"	Recuento	6	6
		Recuento esperado	6,0	6,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de MF	20,0%	20,0%
		% del total	20,0%	20,0%
	Total	Recuento	30	30
Recuento esperado		30,0	30,0	
% dentro de vincle_matern		100,0%	100,0%	
% dentro de MF		100,0%	100,0%	
% del total		100,0%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern*A

			A	Total
			"No A"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	22	22
		Recuento esperado	22,0	22,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de A	73,3%	73,3%
		% del total	73,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	2	2
		Recuento esperado	2,0	2,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de A	6,7%	6,7%
	"constret"	Recuento	6	6
		Recuento esperado	6,0	6,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	100,0%
		% dentro de A	20,0%	20,0%
		% del total	20,0%	20,0%
	Total	Recuento	30	30
Recuento esperado		30,0	30,0	
% dentro de vincle_matern		100,0%	100,0%	
% dentro de A		100,0%	100,0%	
% del total		100,0%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern*IR

			IR		Total
			"No IR"	"Si IR"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	21	1	22
		Recuento esperado	20,5	1,5	22,0
		% dentro de vincle_matern	95,5%	4,5%	100,0%
		% dentro de IR	75,0%	50,0%	73,3%
		% del total	70,0%	3,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,9	,1	2,0
		% dentro de vincle_matern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de IR	7,1%	0,0%	6,7%
	"constret"	Recuento	5	1	6
		Recuento esperado	5,6	,4	6,0
		% dentro de vincle_matern	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de IR	17,9%	50,0%	20,0%
		% del total	16,7%	3,3%	20,0%
	Total	Recuento	28	2	30
Recuento esperado		28,0	2,0	30,0	
% dentro de vincle_matern		93,3%	6,7%	100,0%	
% dentro de IR		100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		93,3%	6,7%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_matern*SI

			SI		Total
			"No SI"	"Si SI"	
vincle_matern	"òptim"	Recuento	21	1	22
		Recuento esperado	19,8	2,2	22,0
		% dentro de vincle_matern	95,5%	4,5%	100,0%
		% dentro de SI	77,8%	33,3%	73,3%
		% del total	70,0%	3,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	1	1	2
		Recuento esperado	1,8	,2	2,0
		% dentro de vincle_matern	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de SI	3,7%	33,3%	6,7%
	"constret"	Recuento	5	1	6
		Recuento esperado	5,4	,6	6,0
		% dentro de vincle_matern	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de SI	18,5%	33,3%	20,0%
		% del total	16,7%	3,3%	20,0%
	Total	Recuento	27	3	30
Recuento esperado		27,0	3,0	30,0	
% dentro de vincle_matern		90,0%	10,0%	100,0%	
% dentro de SI		100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		90,0%	10,0%	100,0%	

Tabla cruzada vincle_patern*DT

			DT		Total
			"No DT"	"Si DT"	
vincle_patern	" òptim"	Recuento	19	3	22
		Recuento esperado	19,1	2,9	22,0
		% dentro de vincle_patern	86,4%	13,6%	100,0%
		% dentro de DT	73,1%	75,0%	73,3%
		% del total	63,3%	10,0%	73,3%
	" absent o dèbil"	Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,7	,3	2,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de DT	7,7%	0,0%	6,7%
		% del total	6,7%	0,0%	6,7%
	"constret"	Recuento	3	1	4
		Recuento esperado	3,5	,5	4,0
		% dentro de vincle_patern	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de DT	11,5%	25,0%	13,3%
		% del total	10,0%	3,3%	13,3%
	"control sense afecte"	Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,7	,3	2,0

	% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de DT	7,7%	0,0%	6,7%
	% del total	6,7%	0,0%	6,7%
Total	Recuento	26	4	30
	Recuento esperado	26,0	4,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	86,7%	13,3%	100,0%
	% dentro de DT	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*B

			B	Total
			"No B"	
vincle_patern	" òptim"	Recuento	22	22
		Recuento esperado	22,0	22,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
		% dentro de B	73,3%	73,3%
		% del total	73,3%	73,3%
	" absent o dèbil"	Recuento	2	2
		Recuento esperado	2,0	2,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
		% dentro de B	6,7%	6,7%
		% del total	6,7%	6,7%

"constret"	Recuento	4	4
	Recuento esperado	4,0	4,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de B	13,3%	13,3%
	% del total	13,3%	13,3%
"control sense afecte"	Recuento	2	2
	Recuento esperado	2,0	2,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de B	6,7%	6,7%
	% del total	6,7%	6,7%
Total	Recuento	30	30
	Recuento esperado	30,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de B	100,0%	100,0%
	% del total	100,0%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*BD

			BD		Total
			"No BD"	"Si BD"	
vincle_patern	"òptim"	Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	14,7	7,3	22,0

	% dentro de vincle_patern	77,3%	22,7%	100,0%
	% dentro de BD	85,0%	50,0%	73,3%
	% del total	56,7%	16,7%	73,3%
"absent o dèbil"	Recuento	1	1	2
	Recuento esperado	1,3	,7	2,0
	% dentro de vincle_patern	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de BD	5,0%	10,0%	6,7%
	% del total	3,3%	3,3%	6,7%
"constret"	Recuento	1	3	4
	Recuento esperado	2,7	1,3	4,0
	% dentro de vincle_patern	25,0%	75,0%	100,0%
	% dentro de BD	5,0%	30,0%	13,3%
	% del total	3,3%	10,0%	13,3%
"control sense afecte"	Recuento	1	1	2
	Recuento esperado	1,3	,7	2,0
	% dentro de vincle_patern	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de BD	5,0%	10,0%	6,7%
	% del total	3,3%	3,3%	6,7%
Total	Recuento	20	10	30

Recuento esperado	20,0	10,0	30,0
% dentro de vincle_patern	66,7%	33,3%	100,0%
% dentro de BD	100,0%	100,0%	100,0%
% del total	66,7%	33,3%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*I

			I		Total
			"No I"	"Si I"	
vincle_patern	"òptim"	Recuento	22	0	22
		Recuento esperado	20,5	1,5	22,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de I	78,6%	0,0%	73,3%
		% del total	73,3%	0,0%	73,3%
"absent o dèbil"		Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,9	,1	2,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de I	7,1%	0,0%	6,7%
		% del total	6,7%	0,0%	6,7%
"constret"		Recuento	3	1	4
		Recuento esperado	3,7	,3	4,0
		% dentro de vincle_patern	75,0%	25,0%	100,0%

	% dentro de I	10,7%	50,0%	13,3%
	% del total	10,0%	3,3%	13,3%
"control sense afecte"	Recuento	1	1	2
	Recuento esperado	1,9	,1	2,0
	% dentro de vincle_patern	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de I	3,6%	50,0%	6,7%
	% del total	3,3%	3,3%	6,7%
Total	Recuento	28	2	30
	Recuento esperado	28,0	2,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	93,3%	6,7%	100,0%
	% dentro de I	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	93,3%	6,7%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*P

			P	
			"No P"	Total
vincle_patern	" òptim"	Recuento	22	22
		Recuento esperado	22,0	22,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
		% dentro de P	73,3%	73,3%
		% del total	73,3%	73,3%
" absent o dèbil"	Recuento	2	2	
	Recuento esperado	2,0	2,0	
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%	

	% dentro de P	6,7%	6,7%
	% del total	6,7%	6,7%
"constret"	Recuento	4	4
	Recuento esperado	4,0	4,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de P	13,3%	13,3%
	% del total	13,3%	13,3%
"control sense afecte"	Recuento	2	2
	Recuento esperado	2,0	2,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de P	6,7%	6,7%
	% del total	6,7%	6,7%
Total	Recuento	30	30
	Recuento esperado	30,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de P	100,0%	100,0%
	% del total	100,0%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*ID

			ID		Total
			"No ID"	"Si ID"	
vincle_patern	"òptim"	Recuento	21	1	22
		Recuento esperado	20,5	1,5	22,0
		% dentro de vincle_patern	95,5%	4,5%	100,0%

	% dentro de ID	75,0%	50,0%	73,3%
	% del total	70,0%	3,3%	73,3%
"absent o dèbil"	Recuento	2	0	2
	Recuento esperado	1,9	,1	2,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de ID	7,1%	0,0%	6,7%
	% del total	6,7%	0,0%	6,7%
"constret"	Recuento	3	1	4
	Recuento esperado	3,7	,3	4,0
	% dentro de vincle_patern	75,0%	25,0%	100,0%
	% dentro de ID	10,7%	50,0%	13,3%
	% del total	10,0%	3,3%	13,3%
"control sense afecte"	Recuento	2	0	2
	Recuento esperado	1,9	,1	2,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de ID	7,1%	0,0%	6,7%
	% del total	6,7%	0,0%	6,7%
Total	Recuento	28	2	30
	Recuento esperado	28,0	2,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	93,3%	6,7%	100,0%
	% dentro de ID	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	93,3%	6,7%	100,0%

Tabla cruzada vincle patern*IA

			IA		Total
			"No IA"	"Si IA"	
vincle_patern	"òptim"	Recuento	20	2	22
		Recuento esperado	19,1	2,9	22,0
		% dentro de vincle_patern	90,9%	9,1%	100,0%
		% dentro de IA	76,9%	50,0%	73,3%
		% del total	66,7%	6,7%	73,3%
"absent o dèbil"		Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,7	,3	2,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de IA	7,7%	0,0%	6,7%
		% del total	6,7%	0,0%	6,7%
"constret"		Recuento	2	2	4
		Recuento esperado	3,5	,5	4,0
		% dentro de vincle_patern	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de IA	7,7%	50,0%	13,3%
		% del total	6,7%	6,7%	13,3%
"control sense afecte"		Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,7	,3	2,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de IA	7,7%	0,0%	6,7%

	% del total	6,7%	0,0%	6,7%
Total	Recuento	26	4	30
	Recuento esperado	26,0	4,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	86,7%	13,3%	100,0%
	% dentro de IA	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*MF

			MF	
			"No MF"	Total
vincle_patern	"òptim"	Recuento	22	22
		Recuento esperado	22,0	22,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
		% dentro de MF	73,3%	73,3%
		% del total	73,3%	73,3%
	"absent o dèbil"	Recuento	2	2
		Recuento esperado	2,0	2,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
		% dentro de MF	6,7%	6,7%
		% del total	6,7%	6,7%
	"constret"	Recuento	4	4
		Recuento esperado	4,0	4,0

	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de MF	13,3%	13,3%
	% del total	13,3%	13,3%
"control sense afecte"	Recuento	2	2
	Recuento esperado	2,0	2,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de MF	6,7%	6,7%
	% del total	6,7%	6,7%
Total	Recuento	30	30
	Recuento esperado	30,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de MF	100,0%	100,0%
	% del total	100,0%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*A

			A	
			"No A"	Total
vincle_patern	" òptim"	Recuento	22	22
		Recuento esperado	22,0	22,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
		% dentro de A	73,3%	73,3%
		% del total	73,3%	73,3%
" absent o dèbil"	Recuento	2	2	
	Recuento esperado	2,0	2,0	

	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de A	6,7%	6,7%
	% del total	6,7%	6,7%
"constret"	Recuento	4	4
	Recuento esperado	4,0	4,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de A	13,3%	13,3%
	% del total	13,3%	13,3%
"control sense afecte"	Recuento	2	2
	Recuento esperado	2,0	2,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de A	6,7%	6,7%
	% del total	6,7%	6,7%
Total	Recuento	30	30
	Recuento esperado	30,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	100,0%
	% dentro de A	100,0%	100,0%
	% del total	100,0%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*IR

			IR		Total
			"No IR"	"Si IR"	
vincle_patern	"òptim"	Recuento	20	2	22
		Recuento esperado	20,5	1,5	22,0

	% dentro de vincle_patern	90,9%	9,1%	100,0%
	% dentro de IR	71,4%	100,0%	73,3%
	% del total	66,7%	6,7%	73,3%
"absent o dèbil"	Recuento	2	0	2
	Recuento esperado	1,9	,1	2,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de IR	7,1%	0,0%	6,7%
	% del total	6,7%	0,0%	6,7%
"constret"	Recuento	4	0	4
	Recuento esperado	3,7	,3	4,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de IR	14,3%	0,0%	13,3%
	% del total	13,3%	0,0%	13,3%
"control sense afecte"	Recuento	2	0	2
	Recuento esperado	1,9	,1	2,0
	% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de IR	7,1%	0,0%	6,7%
	% del total	6,7%	0,0%	6,7%
Total	Recuento	28	2	30
	Recuento esperado	28,0	2,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	93,3%	6,7%	100,0%
	% dentro de IR	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	93,3%	6,7%	100,0%

Tabla cruzada vincle_patern*SI

			SI		Total
			"No SI"	"Si SI"	
vincle_patern	"òptim"	Recuento	21	1	22
		Recuento esperado	19,8	2,2	22,0
		% dentro de vincle_patern	95,5%	4,5%	100,0%
		% dentro de SI	77,8%	33,3%	73,3%
		% del total	70,0%	3,3%	73,3%
"absent o dèbil"		Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,8	,2	2,0
		% dentro de vincle_patern	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de SI	7,4%	0,0%	6,7%
		% del total	6,7%	0,0%	6,7%
"constret"		Recuento	3	1	4
		Recuento esperado	3,6	,4	4,0
		% dentro de vincle_patern	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de SI	11,1%	33,3%	13,3%
		% del total	10,0%	3,3%	13,3%
"control sense afecte"		Recuento	1	1	2
		Recuento esperado	1,8	,2	2,0
		% dentro de vincle_patern	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de SI	3,7%	33,3%	6,7%
		% del total	3,3%	3,3%	6,7%

Total	Recuento	27	3	30
	Recuento esperado	27,0	3,0	30,0
	% dentro de vincle_patern	90,0%	10,0%	100,0%
	% dentro de SI	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	90,0%	10,0%	100,0%

Annex: 8.4. Proves chi-quadrat

8.4. Proves chi-cuadrat

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,367 ^a	2	,832
Razón de verosimilitud	,628	2	,730
Asociación lineal por lineal	,008	1	,930
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se han calculado estadísticos porque B es una constante.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,864 ^a	2	,053
Razón de verosimilitud	6,291	2	,043
Asociación lineal por lineal	2,483	1	,115
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,67.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,623 ^a	2	,036
Razón de verosimilitud	3,787	2	,151
Asociación lineal por lineal	,004	1	,953
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se han calculado estadísticos porque P es una constante.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,623 ^a	2	,036
Razón de verosimilitud	3,787	2	,151
Asociación lineal por lineal	,004	1	,953
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,727 ^a	2	,256
Razón de verosimilitud	1,977	2	,372
Asociación lineal por lineal	,552	1	,458
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se han calculado estadísticos porque MF es una constante.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se han calculado estadísticos porque A es una constante.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,266 ^a	2	,531
Razón de verosimilitud	1,153	2	,562
Asociación lineal por lineal	,908	1	,341
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,579 ^a	2	,101
Razón de verosimilitud	3,190	2	,203
Asociación lineal por lineal	1,412	1	,235
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,088 ^a	3	,780
Razón de verosimilitud	1,536	3	,674
Asociación lineal por lineal	,005	1	,941
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	a
N de casos válidos	30

a. No se han calculado estadísticos porque B es una constante.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,739 ^a	3	,192
Razón de verosimilitud	4,565	3	,207
Asociación lineal por lineal	3,449	1	,063
N de casos válidos	30		

a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,67.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,911 ^a	3	,019
Razón de verosimilitud	7,425	3	,060
Asociación lineal por lineal	8,751	1	,003
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se han calculado estadísticos porque P es una constante.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,606 ^a	3	,457
Razón de verosimilitud	2,061	3	,560
Asociación lineal por lineal	,493	1	,483
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,612 ^a	3	,132
Razón de verosimilitud	4,611	3	,203
Asociación lineal por lineal	1,061	1	,303
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se han calculado estadísticos porque MF es una constante.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se han calculado estadísticos porque A es una constante.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,779 ^a	3	,854
Razón de verosimilitud	1,292	3	,731
Asociación lineal por lineal	,644	1	,422
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,505 ^a	3	,138
Razón de verosimilitud	4,098	3	,251
Asociación lineal por lineal	4,520	1	,033
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Annex 8.5: Instruments utilitzats en la recollida de dades

8.5.1. Qüestionari de Trastorns de la Conducta Alimentària (EDI-2)

0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	5 siempre
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme					
2. Creo que mi estómago es demasiado grande					
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro					
4. Suelo comer cuando estoy disgustado					
5. Suelo hartarme de comida					
6. Me gustaría ser más joven					
7. Pienso en ponerme a dieta					
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes					
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos					
10. Me considero una persona poco eficaz					
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso					
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado					
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes					
14. La infancia es la época más feliz de la vida					
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos					
16. Me aterroriza la idea de engordar					
17. Confío en los demás					
18. Me siento solo en el mundo					
19. Me siento satisfecho con mi figura					
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida					
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones					
22. Preferiría ser adulto a ser niño					
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás					
24. Me gustaría ser otra persona					
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso					
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento					
27. Me siento incapaz					
28. He ido a comilonas en las que senti que no podía parar de comer					
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores					
30. Tengo amigos íntimos					
31. Me gusta la forma de mi trasero					
32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada					
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior					
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás					
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas					
36. Me fastidia no ser el mejor en todo					
37. Me siento seguro de mí mismo					
38. Suelo pensar en darme un atracón					
39. Me alegra haber dejado de ser un niño					
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no					
41. Tengo mala opinión de mí					
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos					
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes					
44. Temo no poder controlar mis sentimientos					
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas					
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van					
47. Me siento hinchado después de una comida normal					
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños					
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso					
50. Me considero una persona valiosa					
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado					
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas					
53. Pienso en vomitar para perder peso					
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado					
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado					
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior					
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos					
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto					
59. Creo que mi trasero es demasiado grande					
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo					
61. Como o bebo a escondidas					
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado					
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos					
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer					
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome					
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas					
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable					
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales					
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo					
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento					
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer					

72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente	
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	
85. Tengo cambios de humor bruscos	
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	
89. Sé que la gente me aprecia	
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo	
91. Creo que realmente sé quién soy	

8.5.2. Qüestionari Parental Bonding Instrument (PBI)

PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI) (Parker, Tupling y Brown, 1979)

PRIMERA PARTE: SOBREPOTECCION hace referencia a control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta independiente (que tienen alto valor en sobreprotección), frente a fomento de la independencia (que tienen bajo índice de sobreprotección)

CUESTIONES	PADRE				MADRE			
	0	1	2	3	0	1	2	3
Me dejaba hacer las cosas que me gustaban.								
Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.								
Me dejaba decidir las cosas por mí mismo.								
Me daba más libertad de la que yo quería.								
Me dejaba salir tan a menudo como yo deseaba.								
Dejaba que me vistiera como a mí me gustaba.								
Suma de puntuaciones								

Leyenda: (0) Muy de acuerdo, (1) De acuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Muy en desacuerdo

CUESTIONES	PADRE				MADRE			
	3	2	1	0	3	2	1	0
No quería que yo creciera.								
Intentaba controlar todo lo que yo hacía.								
Invadía mi vida privada.								
Tendía a tratarme como a un/a niño/a.								
Intentaba hacerme dependiente de él/ella.								
Sentía que yo no podía cuidar de mí mismo/a no ser que él/ella estuviera cerca.								
Era sobre- protector /a conmigo.								
Suma de puntuaciones								

Leyenda: (3) Muy de acuerdo, (2) De acuerdo, (1) En desacuerdo, (0) Muy en desacuerdo

SEGUNDA PARTE: CUIDADO (hace referencia a calidez emocional, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia)

CUESTIONES	PADRE				MADRE			
	3	2	1	0	3	2	1	0
Hablaba conmigo en un tono de voz cálido y amistoso.								
No me ayudaba tanto como yo necesitaba.								
Parecía entender mis problemas y preocupaciones.								
Era afectuoso/a conmigo.								
Disfrutaba charlando conmigo.								
Me sonreía frecuentemente.								
Podía hacer que me sintiera mejor cuando me encontraba contrariado.								
No hablaba mucho conmigo.								
Suma de puntuaciones								

Leyenda: (3) Muy de acuerdo, (2) De acuerdo, (1) En desacuerdo, (0) Muy en desacuerdo

CUESTIONES	PADRE				MADRE			
	3	2	1	0	3	2	1	0
Conmigo parecía emocionalmente frío/a.								
No parecía entender lo que yo quería o necesitaba.								
Me hacía sentir que no era querido.								
No me decía palabras de elogio								
Suma de puntuaciones								

Leyenda: (0) Muy de acuerdo, (1) De acuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Muy en desacuerdo

Tipología de vínculos parentales percibidos:

- Óptimo (alto cuidado y baja sobreprotección)
- Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección)
- Constreñido (alto cuidado y alta sobreprotección)
- Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección, estilo parental de alto riesgo, caracterizado por rechazo, frialdad, indiferencia, control e intrusión en la vida del hijo y una falta de estímulo para la autonomía)