

## TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN Y PERSONALIDAD REVISIÓN Y DISCUSIÓN A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE UNA PELÍCULA

---

### EATING DISORDERS AND PERSONALITY REVIEW AND DISCUSSION THROUGH A FILM ANALYSIS

Noelia Gutiérrez Fernández

Psicóloga

Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud y Experto en Psicoterapia Breve por la SEMPYP

**Resumen:** Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un importante problema de salud en las sociedades occidentales. Aunque su etiología es multifactorial, los rasgos de personalidad son un factor importante en su aparición, mantenimiento y expresión clínica. Estos trastornos se relacionan principalmente con un elevado neuroticismo, siendo la evidencia para otros factores menos clara, y dependiendo del tipo de trastorno. Tras la revisión de la literatura, se analizan tres casos a través de una película “Malos Hábitos”. Posteriormente se realiza una reflexión sobre los factores que intervienen en la presentación de estos trastornos.

*Palabras clave:* Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, personalidad, Cinco Grandes.

**Abstract:** Eating disorders (ED) are a major health problem in western societies. Although they have a multifactorial etiology, personality traits are an important factor in its appearance, maintenance and clinical expression. These disorders are mainly related to high neuroticism, while evidence for other personality traits is less clear, and depend on the type of disorder. After the literature review, three cases are analyzed through the film “Malos Hábitos” (Bad Habits). Finally, we reflect about the factors that are involved in the clinical manifestation of these disorders.

*Keywords:* Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, personality, Big Five.

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen un importante problema de salud en los países desarrollados, estando asociados tanto a discapacidad en la salud física como en el funcionamiento social, así como a un incremento del riesgo de mortalidad (Dalle, 2011). Perpiñá (1995) destaca que se trata de “un fenómeno sumamente complejo en el que van a confluír variables

sociales, fisiológicas y psicológicas” (p.532). Aunque no son consideradas enfermedades psicosomáticas en un sentido clásico, se trata de una clara manifestación de la complejidad de las relaciones cuerpo-mente, ya que aunque su etiología es claramente psíquica, gran parte de su repercusión es somática. De hecho, el cuerpo es la forma principal de expresión del trastorno a través de la modificación de la alimentación.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 American Psychiatric Association (2013) se encuentran englobados dentro de los “Trastornos alimentarios y la ingestión de alimentos”. La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por la reducción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso significativamente bajo, miedo intenso a ganar peso o engordar y alteración en la forma en la que percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o constitución en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso. Se consideran dos subtipos, el subtipo restrictivo (ANr), en el cual el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas, debiéndose la pérdida de peso sobre todo al ayuno y/o ejercicio físico excesivo; y el subtipo con atracones/purgas (antes compulsivo/purgativo, ANcp), en el que sí recurre regularmente a ellos.

La bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por episodios recurrentes de atracones (ingestión en un periodo de tiempo determinado de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en las mismas circunstancias, con sensación de falta de control sobre la ingesta), presentan comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso (vómito autoprovocado, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo), estos episodios se dan al menos una vez a la semana durante tres meses, y, al igual que en la AN, la autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. En el trastorno por atracón, éste no se asocia a un comportamiento compensatorio inapropiado.

Dentro la subcategoría “Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado” encontramos cuadros con los síntomas característicos de un TCA pero que no llegan a cumplir todos los criterios (por ejemplo, se cumplen los criterios de AN pero el peso es normal, o los atracones de la BN son de baja frecuencia). Existen en la categoría de Trastornos de la alimentación y la ingestión de alimentos otros trastornos como la pica, o el trastorno de rumiación (que previamente se encontraban en los trastornos de inicio en la infancia), y se ha incluido también el “Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos”, que se caracteriza por el incumplimiento de las adecuadas necesidades nutritivas o energéticas asociadas a pérdida de peso, deficiencia nutritiva, dependencia de alimentación enteral o suplementos e interferencia en el funcionamiento psicosocial.

Se estima que la prevalencia de los TCA en la población general de países occidentales es menor del 1%; siendo de 0,6% para la AN (aunque la prevalencia vital puede llegar a alcanzar el 2%) y de un 1% (con una prevalencia vital del 1-3%) para la BN. La AN afecta sobre todo a mujeres, en una proporción de 20 mujeres por cada hombre, tiene un curso crónico, presentando frecuentemente complicaciones asociadas y elevada comorbilidad. La BN es ser más difícil de detectar ya que el peso de quienes la padecen puede ser normal, su proporción por sexo es de 10 mujeres por cada hombre; sin embargo, tiene una naturaleza más episódica con remisiones y recaídas, aunque hasta el 40% puede permanecer sintomática crónicamente (APA, 2013; Dalle, 2011; Klein y Walsh, 2004; Perpiñá, 1995).

La etiología de estos trastornos es multifactorial, habiéndose estudiado los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los cuadros clínicos. Entre los factores predisponentes (Klein y Walsh, 2004) se hallan los genéticos y familiares, del desarrollo evolutivo, influencias socioculturales y factores de personalidad; Toro y Vilardell (1987) destacaron entre los factores predisponentes de la AN factores genéticos, tener entre 13 y 20 años, ser mujer, padecer un trastorno afectivo, personalidad introvertida o inestable, antecedentes de obesidad, nivel social medio/alto, historia familiar de trastorno mental, obesidad materna y valores estéticos dominantes. Identificaron como precipitantes de la AN, cambios corporales, separaciones y pérdidas, contactos sexuales, incremento rápido del peso, críticas sobre el cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento en la actividad física y otros acontecimientos vitales.

Según Dalle (2011) los mecanismos psicológicos más importantes que actuaban como mantenedores de estos trastornos eran el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, las dificultades anímicas y las dificultades interpersonales. Toro y Vilardell (1987) señalaron como factores mantenedores de la AN las propias consecuencias de la inanición, las pautas de interacción familiar, el aislamiento social, las cogniciones anoréxicas, la actividad física excesiva y la yatrogenia. Entre los indicadores de mal pronóstico destaca una mayor duración del trastorno con múltiples intentos de abordaje terapéutico, haber alcanzado bajos niveles de peso, peor ajuste premórbido, personalidad impulsiva, consumo de sustancias, presencia de conductas autolesivas, dificultades sociales y relaciones familiares deterioradas (Treasure, 1991). Para Onnis (1996), dentro de una perspectiva sistémica, la enfermedad es punto doloroso de integración de factores biológicos y psicosociales y el síntoma tiene un significado dentro de la metáfora familiar.

### **Modelo de Personalidad de los “Cinco Grandes”**

Existe actualmente evidencia sobre el papel de los factores de personalidad en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sin embargo, el estudio de esa relación no es sencillo; en nuestro país, González, Unikel, Cruz y Caballero (2003) realizaron una revisión sobre TCA y personalidad

señalando que “las dificultades para establecer una relación entre los TCA y los trastornos de personalidad radica en que estos últimos pueden comportarse como un factor predisponente, una influencia en el pronóstico y la evolución, una complicación influida por el daño físico o una entidad completamente independiente” (p.1).

Uno de los modelos más importantes y en más ampliamente aceptado en el estudio de la personalidad es el modelo de los “Cinco Grandes”, ya que, según sus autores (Costa y McCrae, 1992a) es clínicamente útil para la comprensión del paciente, formulación del diagnóstico, establecimiento del rapport, desarrollo del *insight*, anticipación del curso de la terapia y elección óptima del tratamiento.

El modelo de los “Cinco Grandes” o *Big Five* (Costa y McCrae, 1992a, 1992b) implica un modelo conceptual que se basa en la investigación sobre el análisis factorial de la estructura de la personalidad. Este modelo plantea que existen rasgos de orden superior (“neuroticismo”, “extraversión”, “apertura”, “amabilidad” y “responsabilidad”) y de orden inferior (al menos seis por cada rasgo de orden superior); los rasgos de orden superior permiten realizar predicciones conductuales amplias, mientras que los de orden inferior permiten predicciones menos amplias pero más precisas.

A continuación, se exponen brevemente las características de cada factor según Cordero, Pamo y Seisdedos (1999). El neuroticismo (N) o estabilidad emocional es “la tendencia general a experimentar sentimientos negativos, tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia” (p.23). Las personas con elevada extraversión (E): “son, por supuesto, sociables...son también asertivos, activos y habladores. Les gusta la excitación y la estimulación y tienden a ser de carácter alegre. Son animosos, enérgicos y optimistas” (p.24). Las personas con altas puntuaciones en el factor apertura (O) “están interesadas tanto por el mundo exterior como por el interior y sus vidas están enriquecidas por la experiencia. Desean tomar en consideración nuevas ideas y valores no convencionales” (p.24-25). La amabilidad (A) “es una dimensión de las tendencias interpersonales. La persona amable es fundamentalmente altruista. Simpatiza con los demás, está dispuesta a ayudarles y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer esto mismo” (p.25). Respecto a la responsabilidad (C), “el sujeto responsable es voluntarioso, porfiado y decidido...son escrupulosos, puntuales y fiables” (p.27).

Cada factor está compuesto por seis facetas más específicas, lo que permite un análisis más detallado de la personalidad y ayuda a la interpretación de los perfiles. Una breve descripción de las facetas que componen cada rasgo puede verse en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
**Principales Características de las Facetas de Personalidad del NEO PI-R**  
 (tomado de Cordero, Pamos y Seisedos, 1999)

<b>N</b>	<b>Neuroticismo</b>	
N1	Ansiedad	aprensión, temerosidad, nervios, tensión, volubilidad
N2	Hostilidad	ira, frustración, rencor
N3	Depresión	culpabilidad, melancolía, desesperanza, soledad
N4	Ansiedad social	vergüenza, turbación, timidez, ansiedad pública
N5	Impulsividad	incapacidad de controlar los apetitos o arrebatos, baja tolerancia a la frustración
N6	Vulnerabilidad	incapacidad de luchar contra el estrés, dependiente, desesperanzado o aterrorizado
<b>E</b>	<b>Extraversión</b>	
E1	Cordialidad	afectuosidad, amistad, franqueza, intimidad interpersonal
E2	Gregarismo	preferencia de la compañía por los demás
E3	Asertividad	dominancia, animosidad, seguridad
E4	Actividad	rapidez, vigor, energía
E5	Búsqueda emociones	búsqueda de excitación y estimulación
E6	Emociones positivas	alegría, felicidad, amor, entusiasmo, optimismo
<b>O</b>	<b>Apertura</b>	
O1	Fantasía	imaginación, activa vida fantástica
O2	Estética	aprecio del arte y la belleza
O3	Sentimientos	receptividad a propios sentimientos y emociones
O4	Acciones	preferencia por la novedad y variedad
O5	Ideas	curiosidad intelectual, consideración de ideas nuevas
O6	Valores	disposición para cuestionar los valores sociales, políticos y religiosos
<b>A</b>	<b>Amabilidad</b>	
A1	Confianza	creencia de que los demás son honestos y bienintencionados
A2	Franqueza	franqueza, sinceridad, ingenuidad
A3	Altruismo	preocupación activa por el bienestar de los otros, disposición a prestar ayuda
A4	Actitud Conciliadora	condescendencia con los demás, inhibición de la agresión, apacibilidad
A5	Modestia	humildad, no se cree superior a los demás
A6	Sensibilidad a demás	simpatía y preocupación por los demás, compasión
<b>C</b>	<b>Responsabilidad</b>	
C1	Competencia	capacidad, sensibilidad, prudencia, eficacia
C2	Orden	pulcritud, organización, limpieza
C3	Sentido del deber	adhesión a los propios principios éticos y obligaciones morales
C4	Necesidad de logro	altos niveles de aspiración, trabajo, diligencia y resolución
C5	Autodisciplina	habilidad para iniciar tareas y llevarlas a cabo hasta el final, automotivación
C6	Deliberación	tendencia a pensar mucho las cosas antes de actuar

### Modelo de los “Cinco Grandes” y TCA

Cassin y von Ranson (2005) realizaron un meta-análisis sobre la personalidad en los TCA, que consideraban implicada en la aparición, expresión y mantenimiento del trastorno. El hallazgo más consistente fue un elevado neuroticismo, encontrando también evidencia para menor responsabilidad y amabilidad, y mayor apertura frente a controles. Tanto en AN como en BN encontraron mayores niveles de perfeccionismo, rasgos obsesivo-compulsivos, neuroticismo, emocionalidad negativa y evitación del daño junto con baja autodirectividad y cooperatividad. Concluyeron que las pacientes con BN presentan mayor búsqueda de novedad e impulsividad que las pacientes con diagnóstico de AN.

Estos resultados resultan congruentes con los patrones encontrados por Westen y Harnden-Fischer (2001), los cuales estudiaron los patrones de personalidad en pacientes diagnosticadas de TCA, encontrando 3 clusters: alto funcionamiento (45% de la muestra), constreñidas o sobrecontroladas (38%) y emocionalmente disreguladas o infracontroladas (16%). El 78% de las sobrecontroladas presentaba sintomatología anoréxica y el 100% de las clasificadas como infracontroladas presentaba sintomatología bulímica.

En nuestro país, García-Palacios, Rivero y Botella (2004) hallaron que las pacientes con TCA puntuaron más alto que los controles en la dimensión de neuroticismo y más bajo que ellos en extraversión y amabilidad. Granados, López y Vázquez (2007) estudiaron a chicas de entre 17 y 18 años, las cuales obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en neuroticismo e inferiores en apertura respecto al grupo control. En la comparación por subgrupos las pacientes con clínica restrictiva obtenían mayores puntuaciones en responsabilidad que las purgativas. Las pacientes con AN puntuaron menos en apertura e impulsividad que las diagnosticadas de BN.

También se encuentran en la literatura estudios con población no clínica, que se han llevado a cabo mayoritariamente con estudiantes. Ya en 1994, Brookings y Wilson realizaron un estudio con 137 estudiantes universitarias, encontrando que los factores de neuroticismo y extraversión correlacionan positiva y significativamente con alteraciones en la conducta alimentaria. Estos autores concluyeron que las variables de personalidad pueden además explicar las interacciones entre varios factores que contribuyen al desarrollo de problemas alimentarios en unos individuos y no en otros (por ejemplo afrontamiento, autoestima, imagen corporal, etc.).

En síntesis, la relación entre un elevado neuroticismo y las alteraciones en la conducta alimentaria es el hallazgo más consistente en la literatura (Bollen y Wojciechowski, 2004; Brookings y Wilson, 1994; Claes et al., 2004; Claes et al., 2006; García-Palacios et al., 2004; Ghaderi y Scott, 2000; Granados et al., 2007; Heaven et al., 2001; Klein y Walsh, 2004; MacLaren y Best, 2009; Podar

et al., 1999; Podar et al., 2007). Dentro del neuroticismo, la faceta impulsividad ha sido la más estudiada, apuntando los estudios a la existencia de una relación entre la impulsividad y los trastornos alimentarios compulsivo/purgativos (Claes et al., 2004, 2005; Granados et al., 2007; Maclaren y Best, 2009).

Respecto al factor extraversión, los resultados obtenidos en los diversos estudios analizados son en ocasiones contradictorios. Algunos autores, que trabajan con muestras clínicas, apuntan a que es menor en los TCA (Bollen y Wojciechowski, 2004; García-Palacios et al., 2004; Podar et al., 2007), mientras que otros, que realizan sus estudios con escolares, encuentran correlaciones positivas entre este rasgo y las alteraciones en la conducta alimentaria (Brookings y Wilson, 1994; MacLaren y Best, 2009). El rasgo de apertura es probablemente el factor que ha dado resultados más contradictorios en la literatura; Ghaderi y Scott (2000) encontraron mayor apertura en los TCA; por el contrario, también existe evidencia de menor apertura en TCA respecto a los controles, principalmente en AN (Claes et al., 2006; Granados et al., 2007; Podar et al. 2007).

En el rasgo amabilidad los estudios revisados apuntan a que las personas con TCA obtienen puntuaciones menores que los controles (García-Palacios et al., 2004; Ghaderi y Scott, 2000). En la comparación por subgrupos, Bollen y Wojciechowski (2004) encontraron en ANr mayor amabilidad que en ANcp, y Claes et al. (2006) hallaron menores puntuaciones en amabilidad en BN. En cuanto al factor responsabilidad, Ghaderi y Scott (2000) señalaron que en TCA las puntuaciones en responsabilidad son menores que en controles; por el contrario, Podar et al. (2007) afirmaron que la amabilidad es mayor en pacientes con TCA. Al considerar los distintos subgrupos, las pacientes con un perfil restrictivo aparecen como más responsables que las que muestran un perfil alimentario compulsivo/purgativo (Bollen y Wojciechowski, 2004; Claes et al., 2006; Granados et al., 2007).

### **Otras Teorías de Rasgo de Personalidad y TCA**

La mayoría de los estudios en TCA que utilizan un modelo diferente de personalidad se basan en el modelo psicobiológico de Cloninger (1987). Existe relativo acuerdo en que las pacientes con TCA se caracterizan por una alta evitación del daño y baja autodirectividad (Abbate-Daga, Gramaglia, Malfi, Pierò y Fassino, S., 2007; Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Fassino, Abbate-Daga, Pierò, Leombruni y Rovera; 2001; Fassino, Amianto y Abbate-Daga, 2009; Fassino, Amianto, Gramaglia, Facchini y Abbate-Daga, 2004), habiéndose encontrado también menores puntuaciones en cooperatividad (Fassino et al., 2001). Las pacientes con AN presentan elevadas puntuaciones en persistencia (Díaz-Marsá et al., 2000; Fassino et al., 2009); mientras que las pacientes con diagnóstico de BN parecen caracterizarse por mayor búsqueda de novedad y menor autodirectividad (Fassino et al., 2001).

También se han realizado investigaciones a partir del modelo de "Siete Factores" de Tellegen y Waller (1987), encontrándose que pacientes con TCA obtenían menores niveles de bienestar y mayores niveles de estrés. Las pacientes restrictivas puntuaban menos en impulsividad y búsqueda de peligro y más en control cognitivo que las purgativas, presentando las pacientes con AN mayor autocontrol, inhibición emocional y responsabilidad. Las pacientes diagnosticadas de BN mostraban mayor impulsividad y búsqueda de novedad. En general, los sujetos con TCA presentan mayores niveles de afecto negativo y menor afecto positivo que los controles (Casper, Hedeker y Mcclough, 1992).

### **Apego, Personalidad y TCA**

Desde los trabajos clásicos de apego o vinculación emocional sobre una "base segura" (Bowlby, 1969; Ainsworth, Waters y Wall, 1978), ha aumentado de forma exponencial el interés por la influencia en distintas enfermedades y trastornos mentales en la edad adulta.

Existen tres principales tipos de apego, que fueron evaluados en niños mediante "la situación del extraño" (Ainsworth et al, 1978), donde la madre tras un periodo con el niño en la sala, abandonaba la misma, dejando al niño con un extraño y regresando posteriormente. Los niños con un apego seguro eran capaces de explorar el entorno en ausencia de su madre y buscaban el contacto ante situaciones de inseguridad; los niños con apego inseguro ansioso-ambivalente mostraban gran ansiedad ante la separación y eran muy difíciles de calmar incluso al volver la figura de apego; los niños con un apego inseguro ansioso-evitativo no buscaban al progenitor y permanecían indiferentes a su llegada. Posteriormente se introdujo un cuarto tipo de apego (Main y Solomon, 1990), el desorganizado, que muestra reacciones contradictorias ante la figura de apego. La alimentación, como función primaria, se establece mediante la relación con la madre y constituye uno de los primeros actos de vinculación entre el niño y el cuidador. El niño aprende a regularse emocionalmente mediante el apego, y la alimentación en sí misma constituye en muchas ocasiones una estrategia de regulación (por ejemplo, somos premiados, castigados o calmados con distintos alimentos).

Existen diversas hipótesis sobre qué variables del apego influyen en el desarrollo de un trastorno alimentario. Para Ty y Francis (2013) la relación entre apego inseguro y TCA está mediada por la comparación social y la desregulación emocional. Lo cual, para estos autores, implica la necesidad de tratar no solo la alimentación, sino las dificultades en autorregulación emocional. En la misma línea, Tasca et al. (2009) y Turner, Bryant-Waugh y Peveler (2009) proponen que las estrategias de afrontamiento y la regulación emocional tienen un rol mediador entre el apego inseguro y TCA, y es necesario tener en cuenta el estilo de apego en el tratamiento. Teniendo en cuenta los eventos traumáticos y el apego, Tasca et al. (2013) incluso proponen que el trastorno de alimentación

sería una secuela de trauma infantil, mediado por el apego inseguro (con importantes dificultades en la autorregulación emocional y elevada sensibilidad interpersonal). Pepping, O'Donovan, Zimmer-Gembeck, y Hanish, M. (2015) consideran que la capacidad de mindfulness es una variable de regulación emocional mediadora apego inseguro y trastornos de la alimentación, de manera que a menor capacidad de mindfulness mayor será la manifestación del trastorno. Estas dificultades de autorregulación emocional, tendrían un correlato psicofisiológico, con mayor hiperactivación (actividad electrodérmica) en pacientes con trastornos de alimentación y apego inseguro (Dias, Soares, Klein, Cunha y Roisman, 2011).

Centrándonos en el estilo de apego y variables de personalidad, Hervás y Vázquez (2006) proponen un modelo que pone en relación variables de personalidad y apego inseguro con el déficit en la regulación emocional y por tanto mayor vulnerabilidad a diversos trastornos psicológicos. Fue el propio Bowlby en 1979 el que señaló esta relación a través de los modelos operantes:

Los modelos operantes son un sistema interno de expectativas y creencias acerca del *self* y de los otros que les permiten a los niños predecir e interpretar la conducta de sus figuras de apego. Estos modelos se integran a la estructura de la personalidad y proveen un prototipo para futuras relaciones sociales. (Bowlby, 1979, p.70).

El apego inseguro se ha relacionado con los rasgos de personalidad, principalmente con el neuroticismo. Son varios los estudios que han relacionado estas dos variables con la aparición de un trastorno de la alimentación (Amianto, Daga, Bertorello y Fassino, 2013). Para Eggert, Levendosky, y Klump (2007) el estilo de apego inseguro y ciertas características de personalidad (como el neuroticismo) se asocian con trastornos alimentarios, siendo las variables de personalidad uno de los estimadores más robustos. La asociación entre apego y trastorno de alimentación se manifestaría entonces a través de esas variables de personalidad, siendo el neuroticismo el principal mediador entre el apego inseguro-resistente y los desórdenes alimentarios. Según Keating, Tasca y Hill (2013) existiría una relación inversa entre apego inseguro y estima corporal, en el que el apego evitativo estaría mediado por la alexitimia. Illing, Tasca, Balfour y Bissada (2010) también encontraron mayor apego inseguro en pacientes con TCA que controles, con una relación directa entre la ansiedad en el apego y la gravedad de los síntomas, así como peor pronóstico en el tratamiento y más alteraciones endocrinas. Las revisiones de la literatura realizadas (Tasca y Balfour, 2014) apuntan a que, comparación con los controles, las personas con trastornos de la alimentación tenían niveles más altos de inseguridad en el apego y los estados mentales desorganizados. La ansiedad apego se asoció con la severidad del trastorno, pudiendo esta relación estar medida mediada por el perfeccionismo y las estrategias de regulación emocional.

## MÉTODO

Tras revisar la bibliografía referente a personalidad, apego, y trastornos de alimentación, se realiza un análisis de la película “Malos Hábitos” (Bross, 2006) desde este modelo, para posteriormente pasar a discutir sobre éstos y otros factores que influyen en la manifestación clínica y evolución del trastorno.

## NOTAS CLÍNICAS

### Sinopsis

La trama de la película se desarrolla en México, bajo una fuerte e incesante lluvia. Las historias de los personajes se van entrecruzando, a la vez que mantienen también interacciones entre ellos.

Matilde, que ha dejado la medicina para ingresar como novicia en un convento, realiza secretamente un ayuno místico para terminar con lo que considera un segundo diluvio, mientras prepara a su prima Linda para la primera comunión. Elena, la madre de Linda, es una mujer obsesiva y delgada hasta la exageración, se avergüenza de que su hija sea gordita, y hace hasta lo imposible por adelgazarla. Mientras tanto, Gustavo, el papá, descubrirá el amor gracias a la Gordibuenita, una alumna amante de la buena comida (extraído de Filmaffinity.com)

### Descripción de los personajes

Elena. Es una mujer de 43 años, que presenta una clínica característica de anorexia nerviosa subtipo restrictivo. Obsesionada por la pérdida de peso, toda su vida gira en torno a la imagen y la alimentación. Miente e intenta ocultar su inanición. Presenta también conductas obsesivas tanto en la alimentación como en pulcritud y orden de objetos. A pesar de su infrapeso, toma adelgazantes, consume agua de manera abundante, se pesa reiteradamente y realiza ejercicio físico de manera excesiva. Ha presentado vómitos ocasionales, cuando se ve obligada a comer ante la presión social.

Tiene problemas sexuales y de pareja; sin que se le conozca ningún apoyo social, no tiene amigas y tampoco parece tener relación con su familia de origen. Permanece todo el tiempo “volcada” en su hija, a la que intenta adelgazar con variedad de métodos. Da gran valor a la delgadez como sinónimo de éxito social y se lo transmite claramente a Linda (por ejemplo, mira y realiza comentarios de admiración ante niñas delgadas delante de su hija). Su obsesión por adelgazar tiene un desenlace trágico.

Linda (hija de Elena y Gustavo) es una niña de unos 10 años, que tiene sobrepeso. Su madre intenta que adelgace por todos los medios para su comunión y pueda entrar en el vestido que le tiene

preparado. Realiza visitas a distintos “especialistas” que le proporcionan mensajes distorsionados y catastróficos con estrategias poco eficaces para la pérdida de peso, y que incluso pueden resultar peligrosas (la amenazan con que se le van a poner las venas gordas, la dan medicación, la someten a dieta estricta, aconsejan ejercicio físico no saludable y no acorde a su edad, sesiones de acupuntura...).

En la clínica de adelgazamiento a la que acude realizan una publicidad engañosa, con métodos definitivos, que paradójicamente premian a través de la comida. Pero Linda no pierde peso, sino al contrario. Debido a la restricción a la que se ve sometida, comienza a comer a escondidas y usar estrategias disfuncionales en la alimentación, por ejemplo tratando de masticar y escupir la comida. Tiene un amigo, también con sobrepeso, con el que acude a varios de los especialistas. En último término su madre intenta que le realicen una cirugía bariátrica, y es precisamente este médico el que detecta los problemas de la madre.

Gustavo (padre de Linda y marido de Elena). Es arquitecto y trabaja como profesor en la universidad. En la cafetería de la universidad conoce a una alumna que se convierte en su amante y que aparece como opuesta a su mujer (espontánea, divertida, que adora comer...). Conoce la situación de su mujer y su hija, pero no interviene de manera activa.

Matilde (sobrina de Gustavo): es una mujer de unos 25-30 años. A pesar de que es médico de formación, permanece como moja en un convento en donde es profesora de Linda. Mantiene unas fuertes creencias religiosas. Aunque su clínica es compleja y probablemente corresponde con un trastorno disociativo, presenta una llamativa alteración de la ingesta (TCA no especificado vs trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos). Trabaja como profesora en el colegio religioso al que acude Linda, y aunque en sus relaciones es agradable y comprensiva, su sufrimiento se manifiesta a través de la comida. Tiene visiones místicas del diluvio y síntomas disociativos. Intenta impedirlo y manejar sus emociones a través de la alimentación.

A raíz de un episodio de atragantamiento de un familiar cuando era niña, cree que a través de la oración y la penitencia mediante la comida, Dios le concede su petición. Por ello, realiza distintas acciones como beber vinagre, echar gran cantidad de sal a la comida y provocarse el vómito comiendo desechos. Ocasionalmente tiene descontrol de la ingesta (vive la comida como una “tentación/pecado” que después ha de purgar).

Finalmente, como no es capaz de parar la lluvia, entra en un periodo de restricción total de la ingesta, por lo que llega a ser necesario un ingreso hospitalario debido al riesgo para su salud.

## DISCUSIÓN

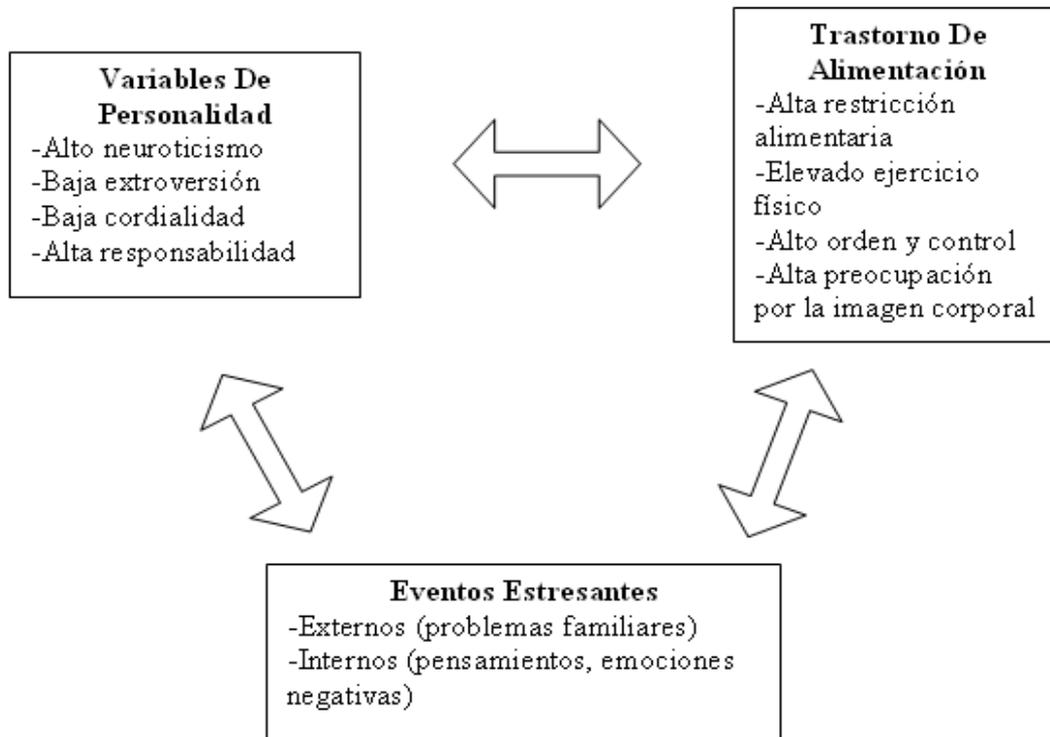
En esta película aparecen muchos aspectos comunes en la clínica diaria y que ejemplifican algunos de los principales conflictos y dificultades de las pacientes con estos trastornos, tanto a nivel intra como interpersonal. Porque, como reza en la carátula del film, “Uno deja de comer porque está muy lleno. O muy vacío”

### **Variables emocionales y de personalidad**

Elena. Desde la perspectiva de los factores de personalidad, sobresale en Elena un elevado neuroticismo, como contrapuesto a estabilidad emocional, con una muy elevada tendencia a experimentar sentimientos negativos, y propensión a tener ideas irracionales (en este caso centrado sobre todo en la imagen corporal), también se observa alta propensión a experimentar sentimientos de ira y depresión, así como una elevada ansiedad (fuma de manera compulsiva), y se caracteriza por una elevada vulnerabilidad ante el estrés, aparece frecuentemente como desbordada ante diferentes situaciones; aunque en general aparece como una mujer sobrecontrolada, tiene episodios de elevada impulsividad cuando se ve desbordada, que se manifiestan sobre todo en gritos y trato violento hacia su hija. Observamos en ella una baja extroversión, es una persona poco cordial y gregaria, que permanece socialmente aislada, y con baja búsqueda de emociones (es una persona muy rutinaria, obsesionada con el orden y el control), con poca tendencia a experimentar emociones positivas. Respecto al rasgo de amabilidad, aparece como una persona desconfiada hacia los otros, y una actitud muy poco conciliadora, con escasa sensibilidad hacia los demás.

Sobresale un nivel muy elevado de responsabilidad y rigidez, con una importante necesidad de orden, sentido del deber, necesidad de logro (logrado en este caso a través de la imagen y la alimentación), y una elevada autodisciplina. No obstante, no podemos olvidar la complejidad de las relaciones entre el trastorno y la personalidad, que no pueden ser vistas como algo estático, ya que aunque la personalidad pueda ser una variable predisponente, es afectada por el trastorno y otras circunstancias vitales.

En el caso de Elena (Figura 1), aunque sabemos que tiene anorexia desde hace tiempo, y muchas de las características de personalidad fueran probablemente premórbidas y constituyan una vulnerabilidad hacia el trastorno, vemos cómo a medida que su situación de pareja va empeorando, se exacerbaban las manifestaciones de los rasgos de personalidad, intentando manejar ese aumento de emociones negativas mediante un aumento del control (sobre su hija, sobre la comida, sobre el orden y las rutinas...), estas acciones, a su vez, no son eficaces y no hacen sino aumentar el sufrimiento y los problemas familiares, que nuevamente tratan de ser manejados a través de la alimentación y el control.



**Figura 1. El círculo vicioso de Elena**

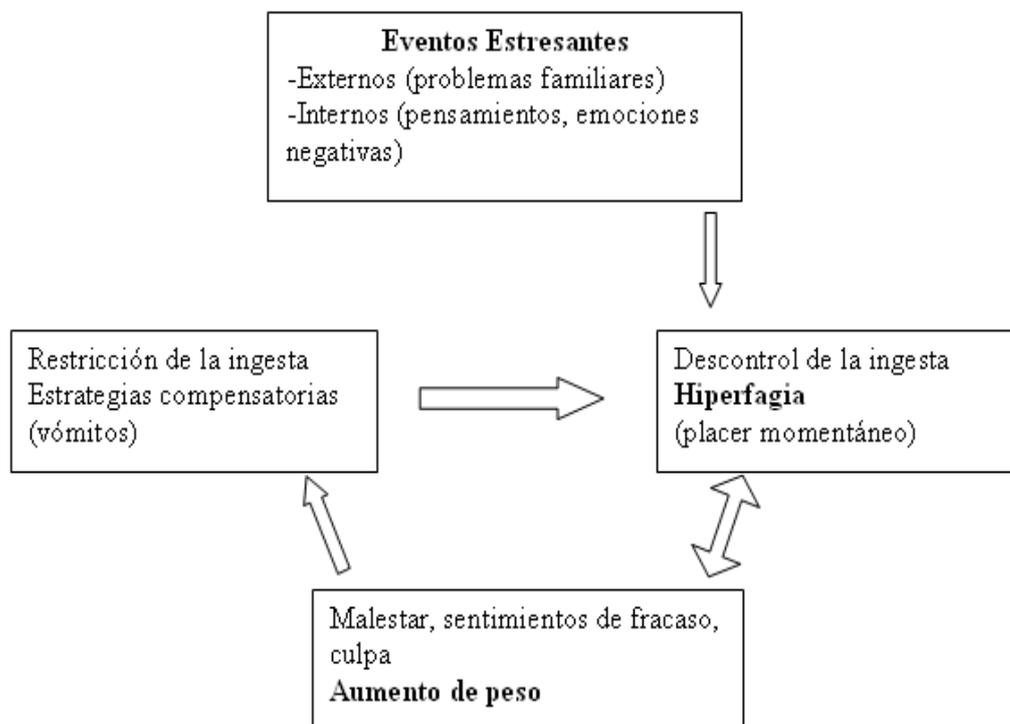
Matilde. Desde un análisis de la personalidad presenta un elevado neuroticismo, con elevada ansiedad, hostilidad hacia ella misma, sentimientos de depresión, y vulnerabilidad hacia emociones negativas manifestada a través de la comida. Aunque aparentemente extrovertida y cordial en sus relaciones, presenta baja asertividad, bajo gregarismo y escasez de emociones positivas. Tiene un alto nivel de amabilidad, confía en los demás, es franca, altruista, conciliadora, modesta y sensible a las necesidades de los otros. Manifiesta una alta responsabilidad, con sentido del deber y autodisciplina. Pero su caso es más complejo, ya que como se señaló anteriormente, no es propiamente un TCA (hay una alteración de la conducta de ingesta, pero esta no obedece a un deseo de modificar el peso o la figura corporal, ni hay una alteración de la autoimagen etc). En su caso, existe una búsqueda consciente de sufrimiento ante una idea irracional (y no exenta de cierto narcisismo y grandiosidad), ya que Matilde cree que con sus sacrificios puede salvar vidas e incluso hacer que pare el diluvio.

No hay que olvidar que el ayuno como penitencia en personas creyentes es algo común e incluso institucionalizado, por ejemplo el Ramadán en la religión musulmana, o la Cuaresma para los cristianos. En religiosas, el ascetismo (purificación por medio de la abstinencia o negación de los placeres) a través del ayuno no es desconocido en la literatura, en lo que se ha llamado la “holy anorexia”, contribuyendo esta penitencia a aumentar el sentido de trascendencia. Pero no es casualidad cómo Matilde ha llegado a esta situación, y en este caso tenemos más datos sobre cómo se inició esta

problemática. Durante una comida familiar cuando era niña un tío se atragantó y ella comenzó a rezar pidiendo que se salvara, finalmente su tío expulsó la comida; presumiblemente ese fue el inicio de la creencia de que mediante su sacrificio y oración podía salvar vidas. Esto se vio reafirmado porque años más tarde su tía despertó del coma tras un ACV hemorrágico.

Comprendiendo estos hechos, se puede comprender las acciones y pensamientos de Matilde, lo que sucede es que no funcionan para parar la lluvia, entonces lo que intenta es aumentar la intensidad de su penitencia mediante el ayuno total. Por tanto, vemos aquí la similitud con Elena, y con buena parte de las personas con problemas emocionales, en el que ante una estrategia conocida (aunque ineficaz para conseguir el objetivo y perjudicial para uno mismo), un evento se intenta manejar aumentando el control y la intensidad de esa estrategia.

Linda es una niña tímida y prudente. Aunque en principio no presenta un trastorno de alimentación, sí observamos como a medida que es sometida a métodos restrictivos comienzan a aparecer conductas inapropiadas, probablemente relacionadas con los ciclos de control/restricción-descontrol/atracón (Figura 2). Vive una complicada situación familiar, con rechazo por parte su madre debido a su peso (su amigo Lalo le llega a decir que “tu madre prefiere verte muerta que gorda”) y ausencia de implicación en su cuidado por parte de su padre.



**Figura 2. El círculo vicioso de Linda**

Esas emociones negativas “hambre de afecto” son manejadas a través de la comida, de modo que, paradójica o no tan paradójicamente, cuanto más empeño pone Elena en que adelgace, más aumenta ella de peso, por ejemplo come compulsivamente una magdalena de chocolate decirle a su amigo que “mi madre no me quiere”. Finalmente, vemos cómo Linda tiene una creencia errónea respecto a la muerte de su madre, ya que debido a unas desafortunadas coincidencias, todo la hace pensar que ella es la causante.

### **Relaciones familiares**

No es posible obviar la importancia de las relaciones familiares en la génesis y evolución de estos trastornos, la alimentación tiene una función de comunicación y es una forma de expresión de conflictos no solo intrapsíquicos sino también interpersonales.

En este caso, existe un conflicto parental y familiar, del que no se habla. A medida que la relación de pareja se deteriora, empeora el intento de control de Elena en sí misma y en su hija, todo gira en torno a la comida y al descenso de peso. Es lo que Jackson (1966) llamaría una “familias restringida”, donde reina una aparente armonía, se evita cuidadosamente el desacuerdo, y se inhibe de la expresión emocional.

No vemos durante la película qué ninguno hable realmente de lo que está sucediendo, y mientras se mantiene la imagen externa de familia “modelo” sus miembros están realmente cada vez más distanciados. Se correspondería también con el tipo de familia psicósomática de Minuchin (Minuchin, 1974; Minuchin, Rosman y Baker, 1989), donde las relaciones familiares no tienen una definición explícita de límites (aglutinamiento), y la familia permanece aislada respecto al exterior; tienen una escasa capacidad de mentalización sobre las necesidades propias y del otro, y para darse cuenta de lo que está pasando, presentando a la vez sobreprotección y un patrón de rigidez y resistencia al cambio, así como una importante evitación del conflicto (aunque este exista y sea patente).

Los padres parecen tan absortos en la satisfacción de sus propias necesidades que ninguno es capaz de satisfacer las necesidades de Linda y proporcionarle esa “base segura” (negligencia parental), de hecho, parece que la persona con quien tiene más confianza y es capaz de expresar sus inquietudes es con Matilde. Recibe mensajes contradictorios de sus padres respecto a la comida (madre “no comas”, padre “cómelo todo”). Pero parece que ninguno de los dos presenta actualmente una preocupación genuina por Linda más allá de sus propios intereses; la madre, quien es la principal cuidadora, la rechaza (“a los gordos no los quiere nadie”), y permite que la abucheen en público por su fracaso en la pérdida de peso. El padre por su parte cada vez está más ausente, periférico, y más

volcado en su amante, de hecho llega a olvidarse de ir a recoger a su hija al colegio cuando está con ella. Por tanto, desde la perspectiva del apego, y aún sin conocer cómo fue la primera infancia de Linda, parece que la relación de apego con sus padres sería de tipo inseguro ansioso-ambivalente.

### **Pronóstico y orientación del tratamiento**

Linda presenta una alta vulnerabilidad a desarrollar un trastorno de la alimentación en la adolescencia o en la edad adulta. Tiene antecedentes familiares y muchos de los factores de riesgos descritos (obesidad infantil, sometimiento a dietas estrictas, entorno que sobrevalora la importancia del aspecto físico...) y ya ha comenzado a presentar algunos comportamientos disfuncionales en este ámbito. Pero sobre todo, tiene un importante sentimiento culpa respecto al fallecimiento de su madre, del que se cree plenamente responsable.

Desde una perspectiva familiar necesario que Linda pueda establecer una relación segura con su padre y éste se haga cargo de las necesidades de la menor. A nivel individual sería conveniente poder trabajar los sentimientos de culpa y los traumas en la relación con su madre para no acabar repitiendo su historia, favoreciendo otras formas más saludables de expresión del malestar que no sean mediante la alimentación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Malfi, G., Pierò, A., y Fassino, S. (2007). Eating problems and personality traits. An Italian pilot study among 992 high school students. *European Eating Disorders Review*, 15, 471-478. doi:10.1002/erv.770
- Ainsworth M. D., y Bell S. M. (1970) Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behaviour of one-year old in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington VA: American Psychiatric Association
- Amianto, F., Daga, G. A., Bertorello, A., y Fassino, S. (2013). Exploring personality clusters among parents of ED subjects. Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 797-811. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.005
- Bollen, E., y Wojciechowski, F. L. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12, 117-121. doi:10.1002/erv.551
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. New York: Routledge.
- Bross, S. (2006). *Malos hábitos* [Cinta cinematográfica]. México: IMCINE / FIDECINE / García Bross y Asociados / Altavista Films
- Brookings, J. B., y Wilson, J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63, 313-326.
- Casper, R. C., Hedeker, D., y McClough, J. F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840. doi:10.1097/00004583-199209000-00008
- Cassin, S. E., y von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.012
- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., Soenens, B., Pieters, G., y Vertommen, H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the big five model. *Journal of Personality Disorders*, 20, 401-416. doi:10.1521/pedi.2006.20.4.401
- Claes, L., Vandereycken, W., y Vertommen, H. (2004). Personality traits in eating-disordered patients with and without self-injurious behaviors. *Journal of Personality Disorders*, 18, 399-404. doi:10.1521/pedi.18.4.399.40346
- Claes, L., Vandereycken, W., y Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual Differences*, 39, 739-749. doi:10.1016/j.paid.2005.02.022

- Cloninger, C.R. (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cordero, A., Pamos, A., y Seisdedos, N. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Manual*. Madrid: TEA.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1992a). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343-359.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1992b). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dalle, R. (2011). Eating disorders: Progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22, 153-160. doi:10.1016/j.ejim.2010.12.010
- Dias, P., Soares, I., Klein, J., Cunha, J., y Roisman, G. (2011). Autonomic Correlates of Attachment Insecurity in a Sample of Women with Eating Disorders. *Attachment and Human Development*, 13, 155-168.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L., y Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.
- Eggert, J., Levendosky, A., y Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *The International Journal Of Eating Disorders*, 40, 149-155.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Pierò, A., Leombruni, P., y Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 757-764. doi:10.1016/S0022-3999(01)00280-X
- Fassino, S., Amianto, F., y Abbate-Daga, G. (2009). The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 232-239. doi:10.1016/j.comppsy.2008.07.010
- Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., y Daga, G. A. (2004). Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9, 81-90.
- Filmaffinity (2015). Malos hábitos. Recuperado de <http://www.filmaffinity.com/es/film526849.html>
- García-Palacios, A., Rivero, I., y Botella, C. (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13, 91-109.
- Ghaderi, A., y Scott, B. (2000). The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14, 311-323. doi:10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<311::AID-PER378>3.0.CO;2-8

- González, L. G., Unikel, C., Cruz, C., y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26, 1-8.
- Granados, T. G., López, Y. S., y Vázquez, V. S. (2007). Factores y facetas de la personalidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psiquiatría*, 23, 62-67.
- Heaven, P. C., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., y Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors. *The International Journal of Eating Disorders*, 30, 161-166.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., y Bissada, H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 198, 653-659. doi:10.1097/NMD.0b013e3181ef34b2
- Jackson, D. D. (1966). Family practice: A comprehensive medical approach. *Comprehensive Psychiatry*, 7, 244-338.
- Keating, L., Tasca, G. A., y Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 366-373. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.06.013
- Klein, D. A., y Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiology y Behavior*, 81, 359-374. doi:10.1016/j.physbeh.2004.02.009
- MacLaren, V. V., y Best, L. A. (2009). Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eating Behaviors*, 10, 192-195. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.04.001
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, 121-160. Chicago: University of Chicago Press.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Rosman, B y Baker, I. (1989). *Familias psicósomáticas: anorexia nerviosa en contexto*. Barcelona: Gedisa.
- Onnis, L. (1996). *La palabra del cuerpo: Psicósomática y perspectiva sistémica*. Barcelona: Herder.
- Pepping, C. A., O'Donovan, A., Zimmer-Gembeck, M. y Hanish, M. (2015). Individual differences in attachment and eating pathology: The mediating role of mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 75, 24-29
- Perpiñá, C. (1995). Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y Ramos F. (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 530-557). Madrid: Mc Graw Hill.

- Podar, I., Hannus, A., y Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73, 133-147.
- Podar, I., Jaanisk, M., Allik, J., y Harro, J. (2007). Psychological traits and platelet monoamine oxidase activity in eating disorder patients: Their relationship and stability. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31, 248-253. doi:10.1016/j.pnpbp.2006.06.025
- Tasca, G. A., y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal Of Eating Disorders*, 47, 710-717. doi:10.1002/eat.22302
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., y Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse y Neglect*, 37, 926-933. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.004
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., y Demidenko, N. (2009). Adult attachment, depression and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47, 662-667.
- Tellegen, A., y Waller, N.G. (1987). Re-examining basic dimensions of natural language trait descriptors. *Trabajo presentado en la 95th Annual Convention of the American Psychological Association. New York.*
- Toro, J., y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Treasure, J. (1991). Long-term management of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 3, 43-58. doi:10.3109/09540269109067520
- Turner, H., Bryant-Waugh, R., y Peveler, R. (2009). An approach to sub-grouping the eating disorder population: adding attachment and coping style. *European Eating Disorders Review: The Journal Of The Eating Disorders Association*, 17, 269-280. doi:10.1002/erv.931
- Ty, M., y Francis, A. P. (2013). Insecure attachment and disordered eating in women: the mediating processes of social comparison and emotion dysregulation. *Eating Disorders*, 21, 154-174. doi:10.1080/10640266.2013.761089
- Westen, D., y Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.