



Elikadura-osasunari
buruzko heziketa-kanpaina,
Gipuzkoan

ELIKATZE-JOKABIDEAK, OSASUN MENTALA ETA HAZKUNTZA-ESTILOAK GIPUZKOAKO NERABEETAN

 www.delikatuzbizi.com



Proiektuaren sortzailea eta kudeatzailea:

d'elikatuz
ORDIZIA
GOIERRIKO INTERPRETazio ZENTROA
ELIKADURA ETA GASTRONOMIA GUNEA



Ordiziako Udala
Ayto. de Ordizia



Laguntzaileak:

D'ELIKATUZ
ELIKADURA ETA
GASTRONOMIA
GUNEA

SANTA MARIA 24
20240 ORDIZIA (GIPUZKOA)
TEL.: 943 882 290
DELIKATUZ@ORDIZIA.ORG

D'ELIKATUZ BIZI kanpainaren barnean burututako ikerketa lana.

Proiektuaren sortzailea eta kudeatzailea:

D'elikatuz, Elikadura eta Gastronomia Zentroa
Ordiziako Udala

Ikerketaren egileak:

Alberto Espina Eizaguirre
Iñigo Ochoa de Alda Martínez de Apellániz
María Asunción Ortego Sáenz de Cabezón

Diseinua eta Maketazioa:

Arazi IKT, S.L.

Inprimaketa:

Itxaropena, S.A.

Argitalpena:

2007ko Azaroa

Ale-kopurua:

200 ale. (Informazio gehiagorako edo argitalpena PDF formatoan
eskuratzeko D'elikatuzekin harremanetan jarri: 943882290 edo delikatuz@ordizia.org)

ISBN: 978-84-606-4494-1

Lege-gordailua: S.S. 1723/07



Elikadura-osasunari
buruzko heziketa-kanpaina,
Gipuzkoan

ELIKADURA-JOKABIDEAK, OSASUN MENTALA ETA HAZKUNTZA-ESTILOAK GIPUZKOAKO NERABEETAN

Alberto Espina Eizaguirre

Psikiatra, Psikoterapeuta. Psikoterapiako eta Familia-azterketako zentroa. Malaga. Psikoterapia
Dinamiko eta Sistemikoko Euskal Elkarte.

Iñigo Ochoa de Alda Martínez de Apellániz

Psikologia. Psikoterapeuta. Psikoterapiako eta Familia-azterketako zentroa. Donostia.
Psikoterapia Dinamiko eta Sistemikoko Euskal Elkarte.

María Asunción Ortego Sáenz de Cabezón

Psikologoa, Psikoterapeuta. Psikoterapiako eta Familia-azterketako zentroa. Malaga.
Psikoterapia Dinamiko eta Sistemikoko Euskal Elkarte.

D'ELIKATUZ BIZI, Ordiziako D'elikatuz Elikadura eta Gastronomía Zentroak sortutako eta kudeatutako proiektua da:

d'elikatuz
ORDIZIA

GOIERRIKO INTERPRETazio ZENTROA
ELIKADURA ETA GASTRONOMIA GUNEA



Ordiziako Udala
Ayuntamiento de Ordizia

Laguntzaileak:



Asociación Vasca de Psicoterapias
Dinámica y Sistemica
Psikoterapiak Dinamika eta Sistemika-ren
Euskal Elkartea



Aurkibidea

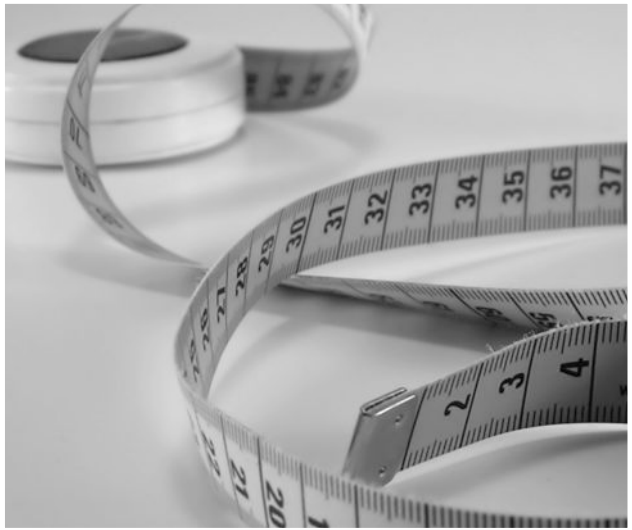
I. ZATI TEORIKOA

1. Elikadura-jokabidearen nahasteak	9
A. Zeinu klinikoak	9
B. Komorbilitatea	17
C. Etiopatogenia	19
D. Elikadura-jokabidearen nahasteak (EJN) garatzea	25
E. Epidemiologia	27
2. Gorputz-irudia	33
3. Alexitimia	36
4. Autoestimua	38
5. Lotura	40
6. Gurasoen hazkuntza-irizpideak	42

II. ZATI ENPIRIKOA

A. HELBURUAK	47
B. HIPOTESIA	48
C. METODOA	49
a) Lagina	49
b) Tresnak	49
c) Prozedura	52
d) Azterketa estatistikoak	52

D. EMAITZAK	53
1. Aldagai soziodemografikoen gaineko emaitza deskriptiboak	54
2. Elikadurarekiko jarreraren eta gorputz-irudiaren gaineko emaitzak	58
3. Autoestimua gaineko emaitzak	71
4. Alexitimiaren gaineko emaitzak	72
5. Osasun mentalaren gaineko emaitzak (morbilitate psikiatrikoa)	75
6. Osasun mentalaren egoeraren eta beste hainbat aldagaien arteko alderaketak	79
7. EAT talde patologiko/ez-patologikoen arteko alderaketak ..	81
8. Alexitimia duten eta ez duten taldeen arteko alderaketak	83
9. Gaixotasun fisikoa duten eta ez duten taldeen arteko alderaketak	85
10. Hazkuntza-irizpideei buruzko emaitzak	87
11. Alkohol- eta droga-kontsumoari buruzko emaitzak	98
12. Korrelazioak	101
13. Erregresioak	104
E. EZTABAIDA	106
F. ONDORIOAK	116
BIBLIOGRAFIA	118

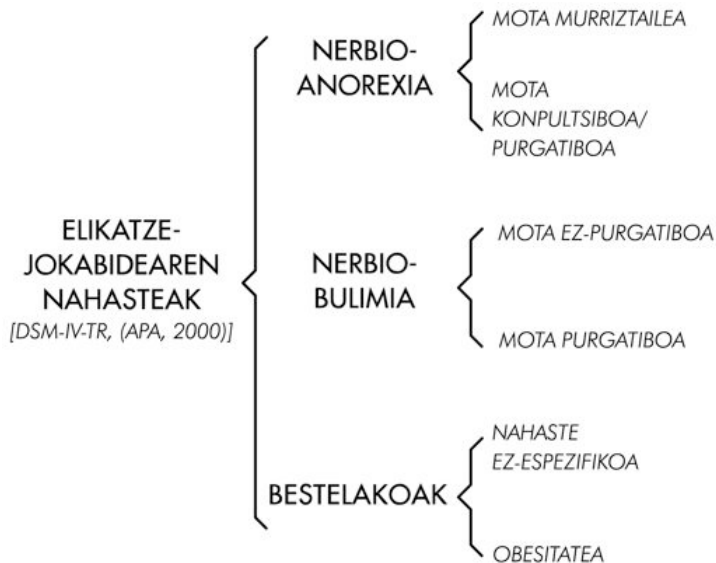


I. ZATI TEORIKOA

1. ELIKADURA-JOKABIDEAREN NAHASTEAK

Elikadura-jokabidearen nahasteak (EJN) oso multzo konplexua dira nahasteen barruan, eta inplikazio fisiko, psikologiko eta sozial nabarmenak dituzte.

1. irudia. Elikadura-nahasteak. DSM-IV-TR (APA, 2000).



A. Zeinu klinikoak:

EJNen ezaugarri nagusien artean daude gutxieneko pisu normala izateari uko egitea, pisua hartzeari beldur handia izatea eta gorputzaren formaren edo tamainaren inguruko pertzepzioa aldatzea. Nerbio-anorexia duten emakumeetan amenorrea ere ager daiteke. Baina, sintoma horiekin batera, beste batzuk ere ager daitezke, hala nola aldarte-aldaketak, gizartearen aurrean uzurtzea, suminkortasuna, insomnia eta sexuarekiko interesa galtzea (azken hori anorexiko murriztaileen kasuan); halaber, aldaketa biologiko, afektibo eta kognitiboak eta jokabide-aldaketak ere gerta daitezke.

Sintomak hainbat mailatan agertzen dira:

1. Maila fisikoa: (ikus 1. eta 2. taulak)

1. taula. Nerbio-anorexiaren konplikazio fisikoak (APA, 2000).

Sistema organikoa	Sintomak	Zeinuak	Laborategiko proben emaitzak
Gorputz guztia	Ahulezia, nekea	Malnutrizioa	Pisu/gorputz-masaren indize (GMI) baxua; gorputzeko koipearen ehuneko baxua, ebaluazio antropometrikoz edo urpeko ebaluazioz zehaztuta
Nerbio-sistema zentrala	Apatia, kontzentrazio eskasa	Kalte kognitiboa, aldarre depresiboa, suminkortasuna	Ordenagailu bidezko tomografia: bentrikuluen dilatazioa; erresonantzia magnetikoa: materia grisa eta zuria murriztea
Kardiobaskularra eta baskular periferikoa	Palpitazioak, ahulezia, zorbioa, arnasketa laburtua, bularrereko mina, gorputz-adarretako hotza	Pultsu irregularra, ahula, motela, aldaketa handiak odol-presio ortostatikoan, basokonstriktzio periferikoa akrozianosiarekin	Elektrokardiograma: bradikardia, aritmia, QTc luzatzea (zeinu arriskutsua)
Eskeletoa	Hezurretako mina ariketa fisikoa egitean	Hauskortasuna, altuera txikia/eskeletoaren hazkundea etetea	X izpiak edo hezurretako miaketa, estresak eragindako haustura patologikoak hautemateko; hezurretako dentsitometria, dentsitate minerala ebaluatzeke osteopenian edo osteoporosian
Muskuluak	Ahulezia, muskuluetako mina	Muskuluen higadura	Muskuluetako anormaltasun entzimatiakoak malnutrizio larriko kasuetan
Ugalkortasuna	Heltze psikosexuala gelditzea edo interes psikosexuala galtzea, libidoa galtzea	Menstruazioa galtzea edo lehen mailako amenorrea; sexu-garapena gelditzea edo bigarren mailako sexu-ezaugarriek atzera egitea; ugalkortasun-arazoak; konplikazio perinatalen tasa altuagoak	Hipoestrogenemia, LH jariakina eredu aurrepuberalean, FSH, ultrasoinu pelbikoetan garapen folikularrik/folikulu nagusirik ez egotea

2. taula. Nerbio-bulimiaren konplikazio fisikoak (APA, 2000)

Gorputz-sistema	Sintomak	Zeinuak	Laborategiko proben emaitzak
Metabolikoa	Ahulezia, suminkortasuna	Azaleko hanpadura galtzea	Deshidratazioa (genuaren pisu espezi-fikoa, osmolalitatea), elektrolito plasmatikokoak: hipokaliemia; alkalosi hipokloremikoa, oka egiten dutenen kasuan; hipomagnesemia eta hipofosfatemia, laxanteak neurritz kanpo erabiltzen dituztenen kasuan
Gastrointestinala	Sabeleko mina eta ondoeza oka egiten dutenen kasuan; hainbat kasutan, oka automatikoak, idorreria eta hesteetako irregulartasunak laxanteak neurritz kanpo erabiltzen dituzten pertsonen kasuan	Noizean behin, odol-zantzuak goitikinetan; oka egiten dutenek gastritis, esofagitis, higadura gastroesofagikoak, aldaketak esofagoko higikortasunean -errefluxu gastroesofagikoa eta, oso gutxitan, Mallory-Weiss urradurak (esofagikoak edo gastrikoak)- edota pankreatitis-tasa handiagoak izan ditzakete. Laxanteak modu kronikoa behar baino gehiago erabiltzen dituztenek, berriz, mugikortasun urritua edo koloneko melanosia izan ditzakete	
Ugalkortasuna	Ugalkortasun-arazoak.	Menstruazio ologometrorragikoak	Hipoestrogenemia izan liteke
Orofaringea	Hortzak hondatzea, faringeko mina, masailak eta lepoa loditzea (minik gabe)	Hortzetako txantxarra eta hortzetako esmaltea higatzea, bereziki, ebokortzen mingain-gainazalean; faringeko eritema; listu-gurui-nak loditzea.	X izpiek hau adierazten dute: hortzetako esmaltea higatuta egotea, amilasa plasmatikokoaren maila altua izatea, hiperplasia parotideo onbera dela medio
Integumentuak		Esku-gainean orbainak izatea (Russellen zeinua)	
Kardiomuskularra (ipekakuana neurritz kanpo erabiltzen dutenen kasuan)	Ahulezia, palpitazioak	Bihotz-anormaltasunak, muskuluetako ahulezia	Kardiomiopatia eta miopatia periferikoa
Endokrina, metabolikoa	Nekea, hotzarekiko jasanezintasuna, diuresia, okadak	Gorputz-tenperatura baxua (hipotermia)	Kortisol plasmatikokoaren maila altua; rT3 igotzea ("alderantzizko" T3); deshidratazioa; anormaltasun elektrolitikoak; hipofosfatemia (batez ere, berriro elikatzean); hipogluzemia (ezohikoa)
Hematologikoa	Nekea, hotzarekiko intolerantzia	Noizean behingo hematomak/koagulazio-arazoak	Anemia, neutropenia linfozito erlatiboekin, tronbozopenia, jalkipen eritrozitarioaren tasa baxua, koagulazio-faktoreko anormaltasunak (gutxitan)
Gastrointestinala	Oka, sabeleko mina, asetasun-sentsazioa, idorreria	Jan eta gero sabelean distentsio gertatzea, ezohiko borborismoak	Urdailaren huste atzeratua; hainbat kasutan, emaitza anormalak funtzio hepatoikoren probetan
Genitourinarioa		Fobeadun edemak	BUN altua; filtrazio glomerularreko tasa baxua; giltzurrun-kalkulu gehiago sortzea, nefropatia hipobolemikoa
Integumentuak	Aldaketak ilean	Lanugoa	

2. **Maila afektiboa:** a) Depresio-sintomak (lehen mailakoa edo malnutrizioaren ondoriozkoa izan daiteke), autoestimu baxua, tristura, anhedonia, insomnia. b) pisuarekin, gorputzaren itxurarekin eta kontrolik ezaren beldurrarekin loturiko antsietatea. c) Pisuarekin eta janariarekin loturiko nahaste obsesibo-kompulsiboak.

3. **Maila kognitiboa:** Distortsio kognitiboak, batez ere gorputzaren itxurari dagokionez (neurritz kanpoko balioa ematen zaio) eta goseari dagokionez. Bestelako nahasteak ere gertatzen dira, hala nola gehiegizko orokortzeak, pentsamendu dikotomikoa, norberari buruzko ideiak, pentsamendu superstitziosoa, autoestimu baxua eta abar. (ikus 3. taula).

3. taula. Janariarekin loturiko distortsio kognitiboak, Saggin (1993).

Ausazko interferentzia: "gustura janez gero, gizendu egiten zara"
Pentsamendu dikotomikoa: "dietari beti eutsi behar diot; izan ere, nire metabolismoa dela eta, debekatutako jakiren bat janez gero gizendu egingo naiz"
Informazioa modu hautakorrean erabiltzea: "ariketa fisikoa egitean kaloriak erretzen dira. Ondorioz, ariketa fisikoa egiten dudan bitartean jan dezakedana baino ez dut kontsumituko".
Neurriz kanpo orokortzea: "ezin naiz bakarrik sartu taberna batean, azken aldiz sartu nintzanean hiru opil jan nituen eta"
Alderdi negatiboak handiestea: "ez dut inoiz lortuko nire burua kontrolatzea" edo "ez naiz inoiz argalduko".



4. Jokabidea: Dieta murriztaileak, gehiegizko ariketa fisikoa, gizartetik bereiztea, jokabide konpulsiboak eta bitxiak (dietai eta elikagaien kaloria-edukiari buruz irakurtzen dute, jaterako orduan erritualak izaten dituzte eta abar). Konpentsatzeko jokabideak: ariketa fisikoa neurritz kanpo egitea eta baraualdiak egitea (nerbio-anorexia murriztailea), edo laxanteak edo oka egitea erabiltzea, oro har, tripakaden ondoren (nerbio-anorexia libragarria eta nerbio-bulimia). Ingurunea manipulatzeko eta ingurukoak engainatzeko joera izatea. Sexu-inhibizioa (nerbio-anorexia murriztailea) edo promiskuitatea (nerbio-anorexia libragarria eta nerbio-bulimia).

4. taula. Nerbio-anorexia diagnostikatzeko irizpideak. DSM-IV-TR (APA, 2000).

<p>A- Gorputzaren pisua beren adin eta altuerarako gutxieneko balio normalizat jotzen denaren maila berean edo gainetik izateari uko egitea (adibidez, pisu desiragarriaren % 85 baino gutxiago izatea eragiten duen pisu-galera gertatzea, edo hazteko aldian pisua modu normalean igo dadin ez lortzea. Ondorioz, gorputzaren pisua pisu desiragarriaren % 85 baino txikiagoa izaten da).</p>
<p>B- Pisua handitzeari edo obesoa izateari beldur handia izatea, pisu normalaren azpitik egonda ere.</p>
<p>C- Gorputzaren pisuaren edo siluetaren pertzepzioa aldatzea, eta autoebaluazioa egiteko orduan horien garrantzia puztea edota hain pisu baxua izateak ekartzen duen arriskuari uko egitea.</p>
<p>D- Pubertaroa pasa duten emakumeen kasuan, amenorrea gertatzen da. Esate baterako, gutxienez elkarren segidako hileko hiru ziklo ez dituzte izaten. (Emakume batek amenorrea duela jotzen da menstruazioa hormona-tratamendua jasotakoan soilik izaten badu, adibidez, estrogenoak hartuta).</p>
<p>Mota murriztailea: nerbio-anorexia duten pertsonen normalean ez dituzte tripakadak edo purgak egiten (esaterako, oka egitea eragitea edo laxanteak, diuretikoak edo enemak neurritz kanpo erabiltzea).</p>
<p>Mota konpulsiboa/libragarria (bulimikoa): nerbio-anorexia duten pertsonen normalean ez dituzte tripakadak edo purgak egiten dituzte normalean (esaterako, oka egitea eragiten dute edo laxanteak, diuretikoak edo enemak neurritz kanpo erabiltzen dituzte).</p>

5. taula. Nerbio-bulimiaren diagnostikoa egiteko DSM-IV-TR irizpideak. DSM-IV-TR (APA, 2000).

<p>A. Sarritan tripakadak egitea. Honako hauek dira tripakaden ezaugarriak:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Denbora-tarte laburrean (adibidez, bi orduko tarteetan) antzeko aldian eta antzeko baldintzetan pertsona gehienek jango luketena baino kantitate handiagotan jatea.2. Elikagaia hartzearen gainean kontrola galdu dela sentitzea (adibidez, jateari ezin zaiola utzi sentitzea edo irensten ari den janariaren mota edo kantitatea kontrolatu ezin izatea).
<p>B. Pisua ez hartzeko modu errepikatuan konpentsazio-jokabide desegokiak izatea, hala nola: oka eragitea; laxanteak, diuretikoak, enemak edota bestelako botikak neurritz kanpo erabiltzea; baraualdiak egitea eta ariketa fisiko gehiegi egitea.</p>
<p>C. Tripakadak eta konpentsazio-jokabide desegokiak gertatzen dira, gutxienez astean 2 aldiz, 3 hilabeteko aldian.</p>
<p>D. Autoebaluazioan eragin handia du pisuak eta siluetak.</p>
<p>E. Arazoa ez da agertzen nerbio-anorexia dagoen bitartean soilik. Mota zehaztu. Mota libragarria: nerbio-bulimia gertatzen denean, gaixoek sarritan oka eginarazten diote beren buruari, edota laxanteak, diuretikoak edo enemak neurritz kanpo erabiltzen dituzte. Mota ez-libragarria: nerbio-bulimia gertatzen denean, gaixoek askotan bestelako konpentsazio-jokabide desegokiak izaten dituzte, hala nola baraualdiak edo ariketa fisiko asko egitea; baina normalean ez diote beren buruari oka eginarazten, eta ez dituzte laxanteak, diuretikoak edo enemak neurritz kanpo erabiltzen.</p>

6. taula. Zehaztu gabeko elikadura-jokabidearen nahasteak diagnostikatzeko irizpideak DSM-IV-TR (APA, 2000).

1. Nerbio-anorexia izateko diagnostiko-irizpide guztiak betetzen dituzte, baina menstruazio erregularrak dituzte (emakumeetan).
2. nerbio-anorexiaren ezaugarri guztiak betetzen dira, baina, pisu asko galduagatik ere, pertsonaren pisua oraindik normaltasunaren mugen barruan dago.
3. Nerbio-bulimiaren ezaugarri guztiak betetzen dira, baina tripakadak eta konpentsazio-jokabide desegokiak astean bitan baino gutxiagotan edo 3 hilabeteko aldian baino gutxiagoan gertatzen dira.
4. Pisu normaleko pertsona batek konpentsazio-jokabide desegokiak erabiltzea janari-kantitate txikiak jan eta gero (adibidez, 3 galleta jan eta gero oka egitea).
5. Janari-kantitate handiak mastekatzea eta botatzea, baina irentsi gabe.
6. Nahaste konpulsiboa: nerbio-bulimian ohikoak diren konpentsazio-jokabide desegokiak ez dira gertatzen, baina tripakadak gertatzen dira.
7. Janari gehienei fobia izatea eta/edo oka egiteko ohitura; gaixoaren arabera, horrek justifikatzen du pisu baxua izatea eta elikagai gutxi hartzea. Dena den, ez diote beldur handirik pisua hartzeari.

7. taula. Elikadura-jokabidea aldatzea.

Beharrak ez onartzea
Murrizte kuantitatiboa eta kualitatiboa
Jateko erritmoa aldatzea
Janarengatik etengabe kezkatzea
Janariaz gozatzeari uztea
Asetasuna eta neurritasuna galtzea
Esanahi soziala galtzea
Digestioa nekez egitea
Gosearen - asetasunaren pertzepzioa aldatzea

Nerbio-anorexiak lotura estua du nerbio-bulimiarekin; izan ere, bi ezaugarri klinikoetan sintoma desberdinak ageri diren arren, askotan nerbio-anorexia murriztailea izatetik anorexia libragarria izatera pasatzen da, eta, ondorioz, nerbio-bulimiara. Horregatik, ohikoa da anorexiko murriztaileak gazteagoak izatea. Nolanahi ere, denboran irauten duten lehen mailako ezaugarri klinikoak ere agertzen dira. Bi ezaugarri klinikoek dagozkien azpimotekin dituzten hainbat antzekotasun eta desberdintasun agertzen dira 8. taulan. Lehenik eta behin, nerbio-anorexia murriztailean pisu asko galtzen da, eta bulimian, berriz, pisu-galera hainbatean ez da esanguratsua izaten. Hainbat autorek uste dute anorexia murriztailetik bulimiara igarotzea pisua kontrolatzen jarraitzeko saiakera dela, baina dieta zorrotza egiteko beharrik gabe. Tripakadak eta oka egitea gizendu gabe jateko baliabide bat dira. Amenorea pisuari lotzen zaio. Horregatik, ez da aldaketarik egoten pisua normala denean. Bulimia duten pertsonak zaharragoak izaten direnez, ohikoa da gaixo bulimiko ezkonduak edo haurrak dituzten gaixo bulimikoak (hein txikiagoan) aurkitzea. Gizentzeari beldurra eta gorputz-irudiarren aldaketa agertzen dira ezaugarri kliniko guztien artean. Autoestimua baxuaria eta itxura fisiokoari gehiegizko garrantzia emateari lotzen zaio hori. Datu horiek aldatu egin daitezke eta, lehen ere adierazi dugun moduan, gaixotasun batetik bestera igarotzean, trantsizio-ezaugarriak sortzen dira, eta horietan sintomak aldatu egiten dira.

8. taula. Datu klinikoaren konparazioa, anorexiaren eta bulimiaren artean.

	Nerbio-anorexia murriztailea	Nerbio-anorexia libragarria	Bulimia-mota libragarria	Bulimia-mota ez-libragarria
Pisua galtzea	Larria Pisu normalaren % 15 >	Larria Pisu normalaren % 15 >	Arinetik ertainera bitartekoa	Arinetik ertainera bitartekoa
Gorputz-pisua	Oso baxua	Baxua	Arrunta	Arrunta
Amenorea	Bai	Bai	Variable	Variable
Tripakadak	Ez	Bai	Bai	Bai
Oka egitea/-purgak	Ez	Bai	Bai	Ez
Gizentzeari beldurra	Bai	Bai	Bai	Bai
Gorputz-irudia aldatzea	Bai	Bai	Bai	Bai
Pisua kontrolatzeko metodoa	Oso dieta zorrotza	Dieta zorrotza eta purgazio-jokabideak	Dieta zorrotzak eta purgazio-jokabideak	Dieta zorrotza

Gorputz-irudia aldatzen duenean, pertsonak ez du bere gorputza eta silueta onartzen. Gorputzkerarekin pozik ez egotea, jarrera, esperientziak eta kognizio negatiboak oinarri hartuta, beste irudi bat sortzen du. Gorputz-irudiarekin pozik ez egotea -bai pertzepzioaren dimentsioan (gainestimatzea; horri lotzen zaio pronostiko txarrena), bai dimentsio emozionalean (pozik ez egotea)- aldar-teari eta autoestimuari lotzen zaio, eta elikadura-jokabidearen nahastea izateko aukerak gehitzen dituen faktorea da. Aurrerago gorputz-irudiari buruz hitz egingo dugu.

B. Komorbilitatea:

EJNek, askotan, komorbilitatea izaten dute hainbat ezaugarri klinikorekin, esaterako, antsietatearekin, depresioarekin, alkohola edo drogak neurritz kanpo kontsumitzearekin eta nortasun-nahasteekin. Komorbilitatea gertatzen den kasuetan, tratamendua konplexuagoa da eta pronostikoa ilunagoa. Izan ere, nahasteak gehiago irauten du, familia-disfuntzioa handiagoa da, suizidio-saiakera gehiago gertatzen dira eta ohikoagoak dira purgazio-jokabideak.

9. taula. Komorbilitatea EJNetan.

Antsietate-nahasteak (nerbio-bulimiaren 2/3).
Depresioa: % 30-70; (gehiago nerbio-bulimian).
Mendekotasunak eta alkohola (gehiago nerbio-bulimian).
Nortasun-nahasteak: % 20-70.
Nahaste obsesibo-konpulsiboa: % 10-29. (NA: % 20-25; NB: % 10).
Suizidiorako joera: % 30-40; (gehiago nerbio-bulimian).
Oldarkortasuna - Konpulsibotasuna; (gehiago nerbio-bulimian).
Bulkadak kontrolatzeko nahaste larriak: % 25.
Gizarte-fobia (NBen % 30).
Nahaste bipolarra (II).
Sexu-abusua haurtzaroan.
BN eta droga-mendekotasuna duten emakumeen % 65ek sexu-abusuak pairatu zituzten haurtzaroan.
BN duten emakumeen % 37k eta nerbio-anorexia dutenen % 23k (droga-mendekotasunik gabe), sexu-abusuak pairatu zituzten haurtzaroan.

Nortasun-nahasteetako Komorbilitateari dagokionez, Akiskalek eta beste zenbaitek (1983) hainbat aukera planteatzen dituzte nortasun- eta elikadura-nahasteen arteko harremana aztertzeko:

.: 1. Halako nahasteak izaten lagun dezakeen faktorea da nortasuna. Bruch-ek (1973) planteamendu horri jarraitzen dio. Alegia, etorkizuneko anorexikoak neskak "eredugarritzat" deskribatzen ditu. Horiek gurasoen itxaropenak betetzen dituzte, guztiari men eginez eta beren nahiak berak ez adierazten, gatazkak saihesteko. Mahlerren (1968, 1975) garapenaren teoriaren arabera, litekeena da bereizteko/banako bihurtzeko prozesua behar bezala osatua ez izatea, amak behar baino gehiago babestu dituelako. Hala, "self faltsua" erakitzen da. Normaltasun- eta egokitzapen-itxuraren azpian niaren urritasun larriak ezkutatzen dira, eta emozioak modu kognitiboan prozesatzeko zailtasuna egoten da (alexitimia). Nerabezaroan gorputza aldatu egiten da, Ediporen gatazka berriro aktibatzen da eta gizarte-eskakizun handiagoak egoten dira; horiek guztiak direla medio, pertsona desorekatu egiten da eta sintomak agertzen dira.

.: 2. Nortasuna ezaugarri klinikoetako nabardura bat baino ez da, eta ez du zerikusirik etiologiarekin, Garfinkelen eta Garnerren arabera (1982).

.: 3. Fairburnen arabera (1984, 1985), nortasun-nahasteen zati bat desnutrizioaren ondorio da, eta lehen mailako sintomak berriz pisua hartu eta gerora ere irauten duten sintomak baino ez dira. Planteamendu horri jarraitu diote Keysen eta beste zenbaiten (1950) azterketan oinarritutako ikerketek. Horietan, militarrei behar zutena baino dieta eskasagoa eman zitzaie, eta, ahiduraren ondorioz, depresioa, energia falta, insomnia, inhibizio soziala, disforia, libido-beherakada, anhedonia eta kontzentratzeko zailtasunak izan zituzten. Hain zuzen ere, sintoma horiek oso ohikoak dira nerbio-anorexian.

Nerbio-anorexian sarrien deskribatutako *nortasun aurremorbidoan* hainbat ezaugarri nabarmen izaten dira, hala nola neskakta eredugarriak izaten direla, anbizio handikoak, esanekoak, isilak eta jokabide onekoak (Bruch, 1980; Crisp, 1986). Haurtzaroan nortasun arruntaren zantzuak dituzten anorexikoen ehunekoa nahiko txikia da (18 urtetik aurrerakoa jotzen dugu *nortasuntzat*). Dallyk (1969) % 25 dela esaten du; Theandrek, berriz, % 30; eta Russellek eta Morganekek, % 32. Gainerako neskatxek nortasun-ezaugarri historikoak, antsietate handikoak edo obsesibo-kompulsiboak zituzten. Warrenek (19) zantzu obsesibo-kompulsiboen eta barnerakoitasunaren % 59 aurkitu du anorexiko gazteenetan. Gozek eta beste zenbaitek (1977) aurkitu zuten % 47k nortasun historikoa zutela, % 40k nortasun obsesibo-kompulsiboa eta % 23k eskizoidea. Halmik (1974) honako ezaugarri aurremorbido hauek aurkitu zituen: % 21 lotsatiak edo isilak ziren; % 63 urdukiak ziren edo antsietate handia zuten; % 3 hiperaktiboak ziren; % 61 obsesibo-kompulsiboak ziren, eta % 7k bakarrik zuten nortasun egonkorra. Anorexikoen kasuan, % 41 obsesibo-kompulsiboak ziren; % 79k depresioa zuten; % 71k antsietatea, eta % 18 lotsatiak ziren. Kayk eta Leigh-ek (1954) adierazten dute beren gaixoen % 66k ezaugarri neurotikoak zituztela, % 76k nortasun ezegonkorak, eta % 50ek ezaugarri obsesibo aurremorbidoak. Azterketa horiei guztiei esker baiezia daiteke nerbio-anorexia nortasuneko hainbat nahasteren ezaugarriak dituzten pertsonetan gertatzen dela, eta, hein txikiagoan, aurretiko nahasterik ez duten pertsonetan.

10. taula. Anorexiako eta nerbio-bulimiako ezaugarri aurremorbidoak.

Nerbio-anorexia	Bulimia
Autokontrola	Oldarkortasuna
Neskatxa eredugarriak	Frustrazioarekiko intolerantzia
Barnerakoitasuna	Kanporakoitasuna
Autoestimua baxua	Autoestimua baxua
Nortasun-ezaugarri obsesiboak	Nortasun-ezaugarri histrionikoak

Anorexia eta nerbio-bulimian maiz azaltzen den eta nahaste psikosomatikoen artean ohikoa den beste nortasun-ezaugarri bat alexitimia da. Hauek dira alexitimiaren ezaugarriak: a) sentimenduak identifikatzeko eta deskribatzeko zailtasunak; b) sentimenduak eta gorputzeko sensazioak bereizteko zailtasunak; c) fantasia falta handia; d) kanporanzko estilo kognitiboa (zehatza, baliagarria, literala eta kanpoko jazoerei lotua), eta ekintzetara bideratutako bizi-estiloa (Nemiah, 1977). Eredu dinamikotik (Marty eta M'Uzan, 1963; McDougall, 1974, 1985; Krystal, 1982), alexitimiaren jatorria gatazkei eta/edo harreman goiztiarretako urritasunei lotu zaie. Horiek galarazi egiten dute haurrek emozioak sinbolizatzeko gaitasuna gara dezaten, eta haurrek hitzez adierazi ezin dutena modu somatikoan edo ekintzen bidez adierazi behar izaten dute. Teoria sistemikoak ekarpenak egin ditu nahaste psikosomatikoak dituzten kideak dauden familien ezaugarri buruz. Planteatu duten hipotesiaren arabera, familia-harremanak izan daitezke nahaste horien jatorria eta nahasteak mantentzen daitezkeen arrazoia, beste hainbat faktoreen artean. Aurrerago zabalago azalduko dugu alexitimia zer den.

Laburbilduz, baieztatu dezakegu elikadura-nahasteak dituzten pertsonen aurretik alexitimia eta nortasun-asaldura (identitatea gaizki osatuta dago) izaten dituztela, bai eta norberaren irudi urria izaten dutela eta bulkadak gaizki kontrolatzen dituztela ere. Nahaste klinikoak aurretiko nortasun-ezaugarriak puzten ditu, eta malnutrizioak eragindako aldaketa psikologikoak nabarmentzen.

C. Etiopatogenia:

Elikadura-nahasteetan aurrekari komunak egon ohi dira, banakoei, familiei eta kulturari lotuta. Banakoei dagokienez, bereziki garrantzitsua da pertsonen bereizten eta banako bihurtzen lortutako maila. Identitatea eratzeari lotzen zaio hori; hartara, identitate egokia garatzean pertsonen gurasoekiko autonomia lortzen dute eta ez dira behar baino gehiago egoten besteen iritzien mende. Prozesu hori ez bada gertatzen, seme-alabak besteen iritzien mende egongo dira, eta, autoestimua huts egiten badu, itxurak neurritz kanpoko garrantzia hartuko du. Bestalde, familia- eta kultura-faktoreek osatutako elementu-multzoak adierazten du elikadura-nahasteen jatorriaren konplexutasuna zein den (ikus 11. taula).

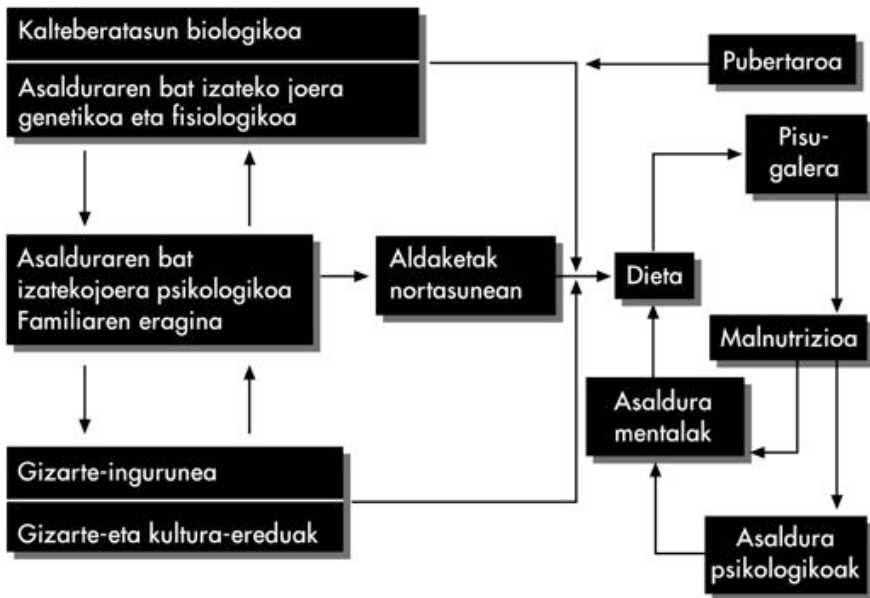
11. taula. Elikadura-nahasteetako aurrekari komunak (Woodside eta beste zenbait, 1993).

<p>..: Banakoen faktoreak:</p> <ul style="list-style-type: none">..: Autonomia, identitatea eta bereizteko interesak..: Pertzepzio-nahasteak..: Pisuaz kezkatzea..: Nahaste kognitiboak..: Gaixotasun fisiko kronikoak
<p>..: Familia-faktoreak:</p> <ul style="list-style-type: none">..: Herentziak ez diren aurrejoera biologikoak:<ul style="list-style-type: none">Familian elikadura-nahasteak egoteaFamilian alkoholismoa eta gaixotasun afektiboak egoteaFamilian obesitatea egotea (bulimia)..: Kultura-faktoreak handiestea..: Gurasoen eta haurren arteko harremana, autonomiari eta bereizteari loturiko arazoei dagokienez
<p>..: Faktore soziokulturalak:</p> <ul style="list-style-type: none">..: Argal egoteko presioa..: Arrakasta izateko presioa

Faktore horiek aztertuta nahasteetan ikertzea erraztu da, alegia, hiru esparru horien eraginak askotariko determinazioa sortzen duela jakin da. Izan ere, eredu etiologiko sinplistik faktore bakarrari esleitzen zioten elikadura-nahasteen jatorria, esate baterako, familiar, pertsonaren nortasunari, aldaketa somatikoei eta abarri. Shwartzek eta beste zenbaitek (1985) egokitzen diren eredu psikosoziala iradokitzen dute. Nortasuna eraikitzeke inguruneak eta ingurune horien eta pertsonen arteko elkarrekiko eragina lotzen dira eredu horretan. Batetik, kultura jakin bateko balio eta arauak familian eragiten dute, eta familiak eredu eta idealak garatzen ditu balio kulturalen oinarrian. Familiak eragina du pertsona garatzeko orduan, balio eta ideal horiek izango baititu, bai eta jakineko sentiberatasun psikologikoa -ingurune eraginaren arabera- nahiz sentiberatasun biologikoa ere, herentziak, sortzetiko eta garapenerako faktoreen arabera. Halaber, pertsonen pareen multzoak eragiten die (lagunak, ikaskideak eta lankideak), eredu eta idealekin. Ingurune soziokulturean, familia, pareen multzoa eta banakoa elkarren mende daude, eta, bizi-erperientziekin bat, pertsonen nortasun egokitzalea edo ez-egokitzalea gara dezaten zehazten dute. Pertsonak, nortasuna eratuta duenean, inguruneari eragingo dio eta, halaber, inguruneak eragin egingo dio pertsonari, harreman zirkularrean.

Anorexia garatzeari dagokionez, Lucasek, Duncanekek eta Piensek (1979) eredu bat proposatu zuten, eta gero, Pirkek eta Ploogek (1984 eta 1987) aldatu egin zuten eredu hori. Hiru faktore daude: sentiberatasun biologikoa, aurrejoera psikologikoa eta gizarte-ingurunea. Hiru faktore horietan sartzen dira garapenerako esperientziak, familiar eragina eta barne-gatazka psikikoak; hain zuzen, azken horiek alda ditzakete nortasuna eta lorpenen buruzko itxaropenak. Hori guztia dela medio, pertsonen gehiegi baloratzen dute itxura, beren burua baloratzeke eta gainerakoek balioets ditzaten modu bakarra delakoan (ikus 2. irudia).

2. irudia. Nerbio-anorexiaren eredu etiologikoa (Ploog eta Pirke, 1987).



Eredu horri jarraiki, elikadura-nahasteak agertzean eragina duten faktore biologiko eta soziokulturalak aipatuko ditugu, eta, aurrerago, faktore psikologikoak eta familia-faktoreak azalduko ditugu.

Maila biologikoa, gaur egun faktore genetikoak ez daude argi, nahiz eta nahaste afektiboak, mendekotasunak eta obesitatea dauden familietan elikadura-nahasteak agertzeko aukera gehiago dauden. Baina elikadurarekiko jokabideen inplikazio somatikoek garrantzi handia dute elikadura-nahasteen ezaugarri klinikoetan eta nahasteen iraupenean. Lan honen helburua hori ez denez, soilik esango dugu ariketa fisiko asko egiteak eta baraualdi luzeek endorfinak jarria daitezzen estimulatzen duela. Endorfinen maila jaisten denean, sentsazio desatseginak sortzen dira (antsietatea, depresioa, gorputzeko minak), eta berriro jarria daitezzen lortu behar da. Hori automendekotasun bilakatzen da, edo pertsona horiek zuzenean opioideak bilatzen dituzte (Marrazzi eta Luby, 1986; Katz, 1992; Hubner, 1993). Gaixo bulimikoek "mendekotasuna sortzen duen gosea" izaten dute, triptofanoa eta burmuineko serotonina hartzen laguntzen duten karbohidratoak jateko.

Faktore soziokulturalen artean, honako hauek nabarmentzen dira: **1. Maila sozioekonomikoa**. Herrialde garatuetao gizarte-klase ertain eta altuek dute nerbio-anorexia izateko joera handiena (Garner eta Garfinkel, 1982). **2. Estereotipo kulturalak**. Batez ere, hedabideen bitartez helarazten den argaltasun-ideala. Edertasun-ideal hori janari-eskasiarik ez dagoen gizarte aberatsetan nagusiitzen da, eta gizarte pobreetan, berriz, obesitatea gizarte-ospearen adierazle izan daiteke. Behin ideal hori ezartzen denean eta gizarteak onartzen duenean, argaltasun-ideal horrek komunitate bateko kideengan presioa egiten du eta eredu horre-

tara egokitzen diren pertsonak balioetsita senti daitezten eragiten du. Ezaugarri horiek betetzen ez dituzten pertsoneri, aldiz, autoestimua lermatu egiten zaie. **3. Sexua.** Emakumeek anorexia izateko joera handiagoa dute (kasuen % 90 eta % 95 artean). Izan ere, gizarte-presioa dela medio, emakumeak beren itxura fisikoan oinarrituta baloratzen dira, batez ere modaren bitartez. Gure kulturari, arrakastaren eta norberaren gaineko kontrolaren adierazlea da argal egotea. **4. Nerabezaroa.** Garapeneko funtsezko une horretan garrantzi handia dute gizarte-eragin horiek. Izan ere, gorputza aldatzearekin batera, haurra izatetik heldu izatera pasatzen da, eta gorputza onartzea norbera, pertsona gisa, onartzeari lotzen zaio. Gorputza ez bada egokitzen gizartean balioztatzen den eredura, nerabeak agian pare-multzoaren bazterkeria eta burla jasan behar izango ditu, eta bere bizitza porrota dela sentituko.

Faktore soziokulturalei dagokienez, 1960ko hamarkadan, mendebaldeko gizarteetan EJNen kasuak ugari zirenez, klinikoei pentsatu zuten agian gizarte-aldaketek zerikusia izango zutela. Blissek eta Branchek (1960) adierazi zuten argaltasunarengatik kezkatzea hastapen-faktore komuna zela anorexia-kasuetan. Bruchek (1973) iradoki zuen hedabideetan moda eta argaltasuna nabarmentzea bide hobezina zela elikadura-nahasteak ager daitezten gizarte-idealak zabaltzeko.

Gaur egun, isilik onartzen da feminismoak elikadura-nahasteen gainean duen ikuspegia, eta onartzen da gure gizarteko hainbat faktore soziokulturalek elikadura-nahasteak gerta daitezten errazten dutela, jateari eta gorputz-itxurari buruz berezitasunak baitaude gure gizartean. Gorputz-irudiari dagokionez, nabarmentzekoa da arrisku handiko taldeak daudela, hala nola dantzariak, gimnastak, modeloak, atletak edo jockeyak. Izan ere, lanbide horietan argaltasuna gehiago eskatzen da gizarte orokorrean baino (Garner eta Garfinkel, 1980).

Gorputz-irudiari buruzko estereotipoek garrantzi berezia dute EJNak agertzean. Argaltasuna arrakastari, segurtasunari, edertasunari, sasoi onean egoteari eta osasunari lotzen zaio, bai eta gizartean onartua izateari ere.

Publizitatean izugarri modelo argalak erakusten dira, eta, hartara, argaltasuna arrakastari lotzen zaio. Horrek itxura hori ez duten gazteengan eragiten du, eta nork bere buruarekiko irudi negatiboa eraikitzea, gorputzarekin pozik ez egotea eta autoestimua galtzea ekartzen du. Nork bere buruari buruzko iritzi baxua izatea sentiberatasun-faktorea da pubertaroko eta nerabezaroko elikadura-nahasteetarako, eta hedabideek argaltasunerantz egiten duten presioak ere ildo berean eragiten dute (Shisslak eta Crago, 1987). Mendebaldeko gizarteetan, emakumeek askoz hein handiagoan jasan behar izaten dute argaltasunaren ideal hori; ondorioz, norberaren gorputzarekin pozik ez egotea gertatzen da, autoirudi eskasa garatzen da, eta autoestimua eta nork bere buruari buruzko iritzi baxuak izaten dira.

Gure gizartean, gazte askok beren irudia aldatzea eta argalago egotea nahi dute. Nerabe asko gizen sentitzen dira hala egon ez arren. Proporzioak aldatu egiten dira azterketa batzuetatik besteetara, baina hainbat autorek baieztatzen dute gazteen % 80 inguruk argaldu nahi dutela (Dwyer, Feldman, Seltzer eta Mayer, 1969; Morande, 1995; Tannenhaus, 1995; Raich, Rosen, Deus, Perez, Requena eta Gross, 1992).

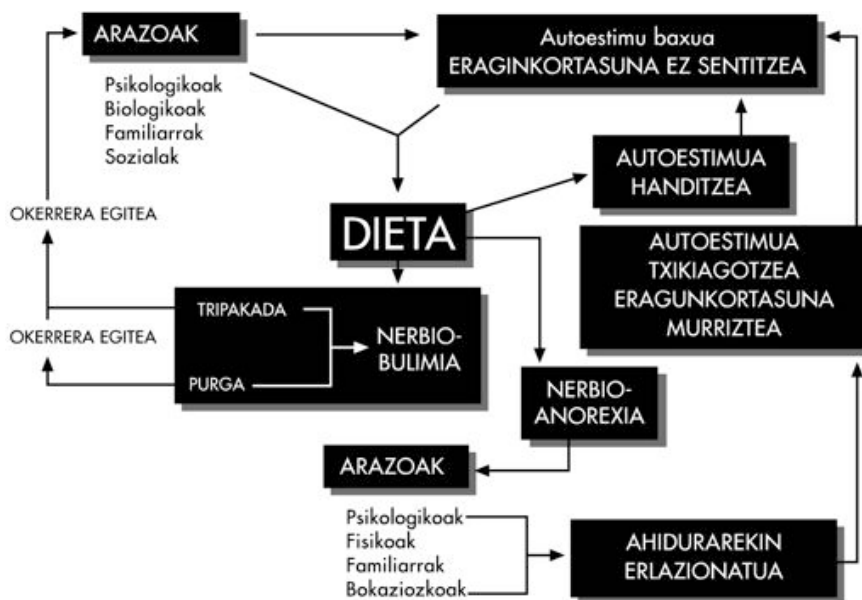
Gorputz obeso edo gizenaren ikuspegi negatiboak elikadura-murrizketa sustatzen du, eta argaltzeko erabiltzen diren metodoak arrisku berrien iturri bilakatzen dira. Bizi-estiloak, pareen multzo-

ak, publizitateak eta kognizioek berek indartu egiten dituzte baraualdiak, dietak eta bestelako jardunbideak. Turnerrek (1984) nabarmentzen du gorputza zaintzera eta osasuntsu egotera bideratutako dieta egungo edertasun-kanonak mantentzeko behar den dietaren oso bestelakoa dela.

Faktore horiek, pertsona sentiberetan, inposatu egin dezakete itxura fisikoa arrakasta sozial eta pertsonalerako giltzarria den ustea, eta argaltzeko dieta zorrotza egitera bultzatu ditzake. Dieta horiek eragindako malnutrizioak aldaketa psikologikoak ekartzen ditu, edo lehenetik zeuden arazoak larriago bihurtzen ditu (depresioa, elikadurari loturiko nahaste obsesibokompulsiboak, sexu-interesa galtzea, loaren nahasteak, autoestimua baxua eta abar), bai eta aldaketa fisiologikoak ere. Hori dela medio, autobalorazioa eta oreka lortzeko modu bakarizat hartzen da dieta, eta EJM duen pertsona sorgin-gurpilean harrapatuta geratzen da.

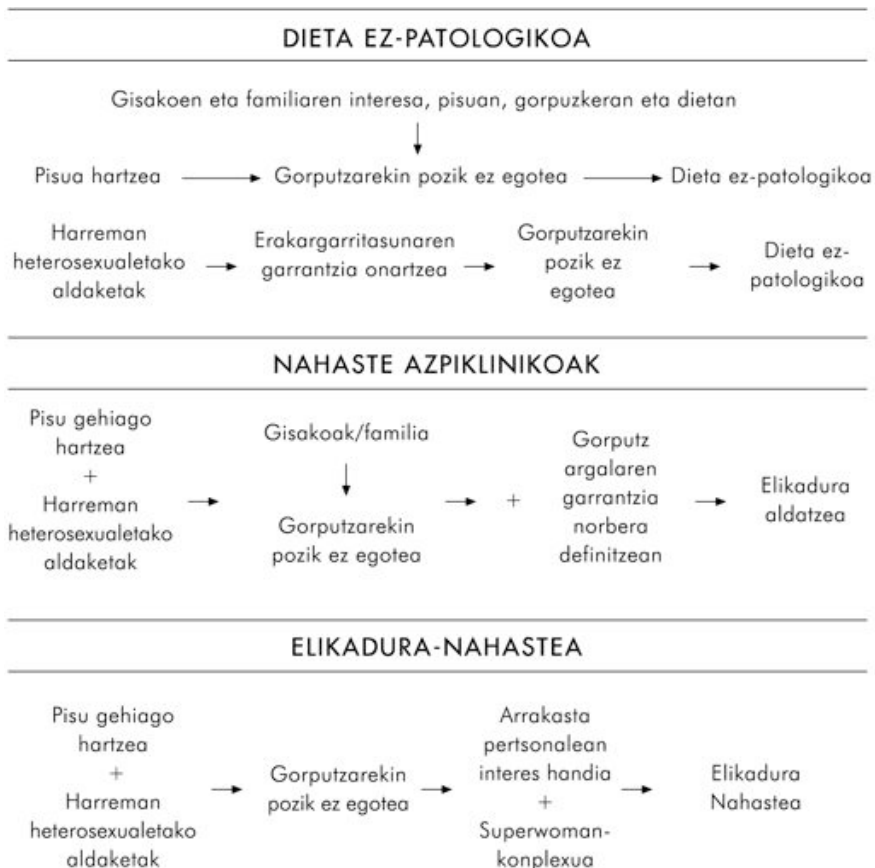
Woodside, Shekter-wolfson, Brabdes eta Lackstromek (1993) eredu etiopatogenikoa planteatzen dute, eta hor sartzen dituzte anorexia eta nerbio-bulimia. Autore horien arabera, faktore biologiko, psikologiko, familiar eta sozialek osatzen duten ingurunean agertzen eta mantentzen dira elikadura-nahasteak. Eredu horretan, maila biologiko, psikologiko, familiar edo sozialeko arazoek autoestimua baxua ekartzen dute. Ondorioz, neurritz gainerako balioa ematen zaio itxura fisikari, eta pisuaren aurkako borroka hasten da, norberari dieta murriztailea inposatuta. Hasieran, autoestimua igotzea lortzen da, kulturak nabarmentzen duen argaltasun-eredura egokitzeagatik. Nolanahi ere, muturreko dietarekin jarraitzeak anorexia ekartzen du, eta gainera, dietaren eraginkortasuna murriztu egiten da ahiduraren ondorioz, eta autoestimua jaitsi egiten da. Pisu idealari eusteko beste modu bat da jakiak modu kompulsiboan irenstea eta, ondoren, oka eginda edo laxante nahiz diuretikoek bitartez botatzea. Hartara, nerbio-anorexia libragarria eta nerbio-bulimia garatzen dira, hein batean, serotonina berriro hartzean aldaketak gertatzen direlako: depresioa, oldarkortasuna, insomnioa, kontzentrazio-falta (ikus 3. irudia).

3. irudia. Elikadura-nahasteen zikloa (Woodside eta beste zenbait, 1993).



Levineren eta Smolak-en (1992) eredu etiopatogenikoan dieta ez-patologikoaren, nahaste azpiklinikoaren eta elikadura-nahastearen artean kontuan hartu beharreko diferentziak adierazten dira. Pertsona gehienei argaltasun-idealak edo gehiegizko pisua saihesteko medikuen gomendioak eragiten die, hein handiagoan edo txikiagoan. Egiten den dieta ez da patologikoa; bizi-kalitatea eta erakargarritasun fisikoa hobetzeko balio du eta, ondorioz, gizarte-harremanetan eragina du. Pisua hartzen bada eta gisakoek eta senitartekoek baztertzen bagaituzte, gerta liteke nor bere gorputzarekin pozik ez egotea eta obesitateari beldurra izatea. Horrek elikadura aldatzea eragiten du, eta nahaste azpiklinikoa ekartzen du. Gorputzarekin pozik ez egotean, ohiz kanpoko elikadurarekiko jokabideak sortzen dira. Hartara, argaltasunari buruz neurritz gaindi baloratutako ideiak sortzen dira, eta elikadura-nahastea gertatzen da (ikus 4. irudia).

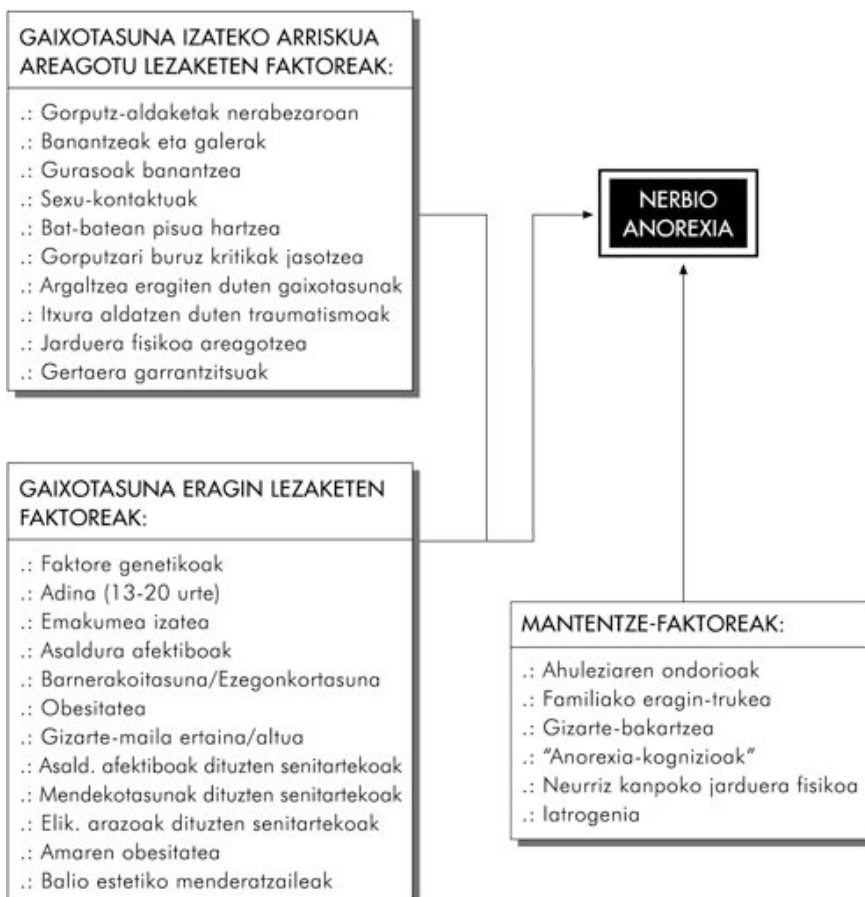
4. irudia. Levineren eta Smolaken eredu etiopatogenikoa (1992).



D. Elikadura-jokabidearen nahasteak garatzea

Normalean, EJNak agertzeko **faktore bizkortzaileak** daude: bizitzako jazoera estresagarriak (banantzeak, galerak, sexu-esperientzia traumatikoak, porrotak, gurasoak dibortziatea, ondorio fisikoak uzten dituzten traumatismoak eta abar), aldaketak nerabeen gorputzean, pisua bizkor hartzea eta horregatik kritikak jasotzea eta abar. Geroago datorren prozesua aldakorra da; dieta arrunta izatetik nahastea egiazko identitate-seinaletzat jotzera pasatzen da, eta kroniko bihurtzen da hainbat **mantentze-faktoreren** eraginez: desnutrizioa, purgazio-jokabideak, gizartetik bakantzea, ariketa fisikoa neurritz gaindi egitea, kognizio "anorexikoa", familiaren esku-hartzea eta esku-hartze iatrogenikoak.

5. irudia. Aurrejoerarako faktoreak, faktore bizkortzaileak eta mantentze-faktoreak nerbio-anorexian (Toro eta Vilardell, 1987).



Laburbilduz, EJNak determinazio anitzeko nahasteak dira; alegia, maila biologikoak, psikologikoak eta sozialak eragin erabakigarria dute nahaste horiek ager eta manten daitezten. **Maila biologikoan**, malnutrizioaren eraginez organismoan gertatzen diren aldaketak kontuan hartu behar dira aldaketa somatikoan adierazpen psikologikoak ez nahasteko aurretiko nortasun-nahasteekin edota familiako harreman disfuntzionalekin. Bestalde, alderdi somatikoak soilik kontuan hartzea beharrezkoa da, bai bizi-konstanteak normalizatuz, botika psikotropoak aginduz edo dieta egokia erregulatuz. **Maila psikologikoan** oso ohikoak dira aurretiko nortasun-aldaketak, batez ere nahaste obsesibo eta borderline direlakoetan. Horrekin batera, autoirudi eskasa eta autoestimua baxua egoten dira, depresio-oinarrian, eta horiek guztiak larriagotu egiten dira desnutrizioaren ondorioz. Aldaketa psikologiko horiek xehetasunez aztertu behar dira helburu terapeutikotzat hartzeko. **Gizarte mailan**, batetik, **mendebaldeko gizartean** nagusitzen diren balioak daude. Alegia, guztioi eragiten digu nolabait modak eta argaltasunak eta, gatazka psikologikoen eta autoestimua baxuaren jomugatzat itxura fisikoa jartzen duten pertsona sentiberetan, ohikoagoa da elikadura-nahasteak gertatzea. Bestalde, **familia-harremanek** izan ditzaketen zenbait ezaugarriak (kideak burujabetzeko zailtasuna eta komunikazio-arazoak, batez ere) pertsona sentiberetan elikadura-nahasteak sor daitezkeen errazten dute. Faktore horiek, bizitzako jazoera estresagarriekin batera (banantzeak, galerak, porrotak eta abar), rol etiologikoa izan dezakete eta, EJN ezarrita dagoenean, mantentze-faktore izan. **Maila terapeutikoan** nabarmentzekoa da faktore horiek guztiak kontuan hartu behar direla tratamendua egiteko orduan, hain zuzen, tratamendua askotan hainbat eratakoa izango baita, eta hainbat mailatan esku hartu beharko baitu (Espina, 1996).



E. Epidemiologia

Azterketa epidemiologiko asko egin dira elikadura-nahasteen inguruan. Theanderren azterketak (1970) adierazi zuen nerbio-anorexiaren kasuak bost aldiz biderkatu zirela 1930 eta 1960 bitartean, eta nerbio-anorexiaren eraginak eta irauteak ez dio hazteari utzi (Haimi, 1981; Cooper eta Faiburg, 1983; Kutcher, 1985; Thelen eta beste zenbait, 1987; Acevedo eta Pereira, 1992; Pagsberg eta Wang, 1994; Wichstrom, 1995; Dacyger eta Garfinkel, 1995; Garfinkel eta beste zenbait, 1995; Szabo eta Tury, 1995). American Psychiatric Associationen (APA) hitzetan, 14 eta 24 urte bitarteko gazteetan % 1-2k nerbio-anorexia dute eta % 2-3k nerbio-bulimia, nahiz eta ezohiko kasuak ohikoagoak diren. Emakumeen eta gizonen arteko proportzioa gizon bakoitzeko 9 emakumekoa da.

Egindako azterketek adierazten dute elikadura-nahasteen kasuak eta iraupena handitu egin direla azken urteetan (Lucas, Beard, O'Fallon eta Kurland, 1991), batez ere EJNen zehaztu gabeko kasuetan (Ash eta Piazza, 1995; Foreyt, Waller eta Goodrik, 1996).

EJNak dituzten gizonen kopuruak gora egin du, ohiturak aldatu egin direlako eta gizonak gero eta gehiago arduratzen direlako itxurarekin (Willi eta Grossman, 1983; Willi, 1990; Hoek, 1991; Eagles, Johnston, Hunte, Lobban eta Millar, 1995; Sáiz eta beste zenbait, 1999; Ruiz, 1999).

Hilkortasun-tasa % 3 eta % 10 bitartekoa da (Herzog, Sacks, Keller, Lavori, Von Ranson, Gray, 1993; Sullivan, 1995). Hilkortasuna biztanleria orokorrekoa baino 6 aldiz handiagoa da, eta proportzioa handiagoa da pisu gehiago galtzen den heinean (Patton, 1998). Nahaste horietan gertatzen diren konplikazio medikoek ekartzen duten heriotza-arriskua % 6 eta % 15 bitartekoa da. Halako nahasteetan gertatzen diren heriotzen ia erdiak suizidioak eragiten ditu. (Steinhauser, Rauss-Mason, Seidel, 1991 eta 1993).

12. taulan hainbat herrialdetan egindako zenbait ikerketa daude, eta elikadura-nahasteen eragina adierazten dute.

12. taula. Nazioarteko ikerketa epidemiologikoak

Egilea	Urtea	Herraldea	Lagina	Eragina
Ledoux eta beste zenbait	1991	Frantzia	Nerabeak	NBren %28,2 emakumeak NBren %13,4 gizonak
Acevedo eta Pereira	1992	Portugal	Bigarren hezkuntzako ikasleak	NA, %0,48NB, %0,16
Pagsberg eta Wang	1994	Danimarka	Kontsulta psikiatrikoan eta lehen mailako arretan erregistratutako kasuak	NA, %0,22NB, %0,08
Wichstrom	1995	Norvegia	Nerabeak	%42,4k argaldu nahi du. %22,4k dieta egiten du %6k gorputz-irudia aldatuta dute
Dacyger eta Garfinkel	1995	Kanada	Nerabeetan kasuak atzema-tea	NB, %1 NB, %5, zati batean
Szabo eta Tury	1995	Hungaria	Langileak	NB, %0,7NB, %5,3, azpiklinikoana, %0,7

Ayusok, Poncek eta Gualak aldatua, 2000.

Estatuan, hainbat azterketatan adierazten da elikadura-nahasteek eta gorputzarekiko asebetetzetik ezak gazteengan duen eragina (Toro, Castro, García, Pérez eta Cuesta, 1989; Raich, Deus, Muñoz, Pérez eta Requena, 1991a, 1991b; Raich eta beste, 1992; Martínez, Toro, Salamero eta Blecua, 1993; Rodríguez, 1997; De Gracia, Marcó, Fernández eta Juan, 1999; Toledo eta beste zenbait, 1999).

Eating Attitude Test izeneko proban (Garner eta Garfinkel, 1979) elikadura-nahastea izateko arriskua duten kasuen ehunekoek 3,5-12,4 bitarte neskek direla eta 0,2-1,2 bitarte mutilak direla adierazten dute (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Alemán eta Juaniz, 2001; Martínez, Rodríguez, 1997; Pérez-Gaspar, Gual, de Irala-Estévez, eta Martínez-González, 2000; Raich, Deus, Muñoz, Pérez eta Requena, 1991a, 1991b; Raich eta beste zenbait, 1992; Ruiz-Lázaro, 1998; Sáiz eta beste zenbait, 1999; Toledo eta beste zenbait, 1999; Toro, Castro, García, Pérez eta Cuesta, 1989; Toro, Salamero eta Blecua, 1993;).

Katalunian, Torok eta beste zenbaitek (1989) (n=1.554) aurkitu zuten 12 eta 19 urte bitarteko nesken % 9,8k eta mutilen % 1,2k EJA izateko arriskua zutela (EATA erabilita). Raichen eta beste zenbaiten (1991) datuen arabera, berriz, nesken % 7,3 eta mutilen % 2,6 (n=3.544). Carbajok eta beste zenbaitek (1995), (n=515) Tarragonako 13 eta 14 urte bitarteko nesken % 12,4k eta mutilen % 8,3k arriskua zutela. Azterketa horietan frogatzen da Estatuko nerabeek mendebaldeko gainerako herrialdeetako nerabeen antzeko jarrera dutela gorputzari eta elikadurari dagokienez. Ikertutako pertsonen ia % 50ek pisua galdu nahi zuen eta gorputzarekiko poztasun-maila txikia zuten. Asturiasen, Saizek eta beste zenbaitek (1999), batez bestez 15,91 urte zuten ikasleen lagina oinarri hartuta, aurkitu zuten litekeena zela emakumeen % 7,7 eta gizonen % 1,1 arriskuan egotea. Ruiz Lazarok (1999) 12 eta

18 urte bitarteko 1.854 mutil neraberi buruz egindako ikerketan aurkitu zuen % 3,3 EJN izateko arriskuan zeudela. Gironan, Graciak eta beste zenbaitek (2001), EATa erabilia, aurkitu zuten nesken % 17,3 EJN izateko arriskuan zeudela, baita mutilen % 0,6 ere. Bestalde, elikadura-nahasteen berezko sintomak dituzten nerabeek beren gorputzaren gaineko poztasun-maila txikiagoa izaten dute. Espinak, Ortegok eta Ochoa de Aldak, (2001) Euskal Autonomia Erkidegoan ikasle nerabeei buruz egindako azterketan, adierazi dute nesken % 7,1 eta mutilen % 2,4 EJN izateko arriskuan daudela.

EJN izateko arriskuan diren pertsonen buruzko ikerketek gainera, Estatuan fase bikoitzeko hainbat ikerketa egin dira arriskuan dauden pertsonak hautemateko, eta gerta litekeen EJNa diagnostikatzeko elkarriketa egin zaie.

Morandék eta Casasek (1997) Madrilgo 15 urteko nesketan atzeman zuten % 4,6ek nahastea zutela elikadurarekiko jarreran. Pérez-Gaspar, Gual, de Irala-Estévez eta Martínez-Gonzálezek (2000) 12 eta 21 urte bitarteko nesketan % 4,1eko eragina aurkitu zuten (% 0,3 nerbio-anorexiarako; % 0,8 bulimiarako eta % 3,1 zehaztu gabeko elikadura-nahasteetarako). Torok (2000) % 4,52 zela zehaztu zuen Zaragozako nesken artean. Gandarillasek, Zorrillak eta Sepúlvedak (2003) 13 eta 25 urte bitarteko 1.534 nesken lagina aztertu zuten, eta Madrilen EJNen eragina % 3,7 zela eta biztanleriaren % 9,2k nahaste hori izateko arriskua zutela ondorioztatu zuten (EAT-26 eskalarekin ebaluatuta).

13. taula. Arriskuan dagoen biztanleriaren gainean Espainian egindako ikerketa epidemiologikoak.

Egilea	Urtea	Lagina	EJNen eragina emakumeetan	EJNen eragina gizonetan
Toro eta beste zenbait	1989	Nerabeak (12 eta 19 urte bitarte)	% 9,8	% 1,2
Raich eta beste zenbait	1992	Kultura arteko ikerketa	% 0,9 Estatukoak. % 3,5 amerikarrak.	% 0,1 % 0,2
Carbajo eta beste zenbait	1995	Nerabeak (13 eta 15 urte bitarte)	% 12,4	
Sáiz eta beste zenbait	1999	Ikasleak	% 7,7	% 1,1
Ruiz Lázaro	1998-1999	Mutil nerabeak (12 eta 18 urte bitarte)		% 3,3
Gracia eta beste zenbait	2001	Nerabeak	% 17,3	% 0,6
Espina eta beste zenbait	2001	Ikasleak (12 eta 18 urte bitarte)	% 7,1	% 2,4

14. taula. Espainian egindako ikerketa epidemiologikoak, elkarrizketa diagnostikoarekin (Gandarillas, Zorrilla eta Sepúlveda-ren lana moldatuta, 2003).

EGILEA	BIZTANLERIA (N)	ADINA	KERKETAREN FASEAK	BIGARREN FASE-RAKO EBAKITZE-PUNTUA (ARRISKUAN DAUDEN BIZTANLEAK)	ERAGINAK
Morandék eta beste zenbaitek (1998), Mostolesen (Madrilgo autonomia-erkidegoa) 1993-94	Bi sexuetako ikasleak (N=1314)	15-16	1. fasea: EDI inkesta psikosoziala 2. fasea: Biztanleen elkarrizketa.-Arrisku pertsonala (% 53) eta telefono bidez (% 46,7)	EDA>50 +DT>10edoB>5edoGMI<18edoar-menorea>3 hil	NA=% 0,69E NB=% 0,36G % 1024E EJN-NE=% 0,54 G % 2,76E EJN=% 0,9G % 4,7E Arriskuan dagoen biztanleria=% 12,02G % 31,2E
Pérez-Gaspar eta beste zenbait 1997 Nafarroa 1997	Ikasle neskek (N=3472)	12-21	1. fasea: EDIE-AT40EPI;AFA Elementu soziodemografikoak 2. fasea: Biztanleen elkarrizketa.-Arriskua	EAT ≥ 30	NA=% 0,31E NB=0,77E EJN-NE=% 3,07E EJN=% 4,16E Arriskuan den biztanleria=% 11,1E
Ruíz eta beste zenbait 1998 Zaragoza 1997	Bi sexuetako ikasleak (N=4047)	12-18	1. fasea: EDIE-AT40CIMEC 2. fasea: Biztanleen elkarrizketa.-Emakumeen arriskua soilik SCAN	EAT ≥ 30	NA=% 0,14E NB=% 0,55E EJN-NE=% 3,83E EJN=% 4,51E Arriskuan den biztanleria=% 3,3G % 16,3E
Petit eta beste zenbait 2002 Getafe (Madrilgo autonomia-erkidegoa) 1998-2002	Bi sexuetako ikasleak (N=3836)	12-14	1. fasea: EDIEAT-262. fasea: Biztanleen elkarrizketa.-Arriskua eta kontrolak	EAT ≥ 15 EDi ko 4 faktore edo gehiago > taldearen batez bestekoa (batez bestekoa+1dst)	EJN=% 0,5 Arriskuan den biztanleria=% 10
Gandarillas, Zorrilla eta Sepúlveda 2003	(N = 1534) neskek	15-18	1. fasea: EDIEAT-262. fasea: Biztanleen elkarrizketa. Arriskukoa (EDE)	EAT ≥ 10	EJN = % 3,7 Arriskuan den biztanleria=% 7,6

15. taula. Nazioarteko ikerketa epidemiologikoak, elkarriketa diagnostikoarekin. (Gandarillas, Zorrilla eta Sepúlveda aldatua, 2003)

IPAR AMERIKA

EGILEA	BIZTANLERIA (N)	ADINA	IKERKETAREN FASE-AK	BIGARREN FASERAKO EBAKITZE-PUNTUA (ARRISKUAN DAUDEN BIZTANLEAK)	ERAGINAK
Drewnowski eta beste zenbait, 1988 AEB	Bi sexuetako unibertsitate-ikasleak (N=1007)	18	1. fasea: Telefono bidezko elkarriketaDkoa DSM-III-Rren arabera		NB=% 0,2G % 1 E
Whitaker eta beste zenbait 1990 AEB	Bi sexuetako ikasleak (N=5596)	14-17	1. fasea: EAT26Leyton eta BDI 2. fasea: Biztanleen elkarriketa.-Arriskua eta kontrolak	Ebaluazio globaleko eskala>71	NA=% 0,3E NB=% 4E Arriskuan dagoen biztanleria=% 8,3%
Lewinson eta beste zenbait 2000 AEB	Bi sexuetako ikasleak (N=1507)	8-23	1. fasea: Berezko galdetegia 2. fasea: Elkarriketa guztiei 3. fasea: ebaluazio globala baino urte bat geroago		NA=% 0,6 NB=% 2,8
Garfinkel eta beste zenbait 1995 Kanada	Bi sexuetako ikasleak (N=9953)	15-65	1. fasea: Erroldako hautaketa 2. fasea: Elkarriketa guztiei		NB=% 0,1G % 1,1 E
Woodside eta beste zenbait 2001 Kanada	Bi sexuetako ikasleak (N=9953)	15-65	1. fasea: Erroldako hautaketa 2. fasea: Elkarriketa guztiei		NA=% 0,9G % 108 E EJN= % 2 G % 4,8 E

EUROPA

EGILEA	BIZTANLERIA (N)	ADINA	IKERKETAREN FASEAK	BIGARREN FASERAKO EBAKITZE-PUNTUA (ARRISKUAN DAUDEN BIZTANLEAK)	ERAGINAK
Jonson-Sabine eta beste zenbait 1988 Britainia Handia	Bi sexuetako ikasleak (N=101)	15-65	1. fasea: EAT:26GHQ:28 2. fasea: Biztanleen elkarriketa: Arriskua eta kontrolak	EAT>20GHQ>5	NA=% 0 NB=% 0,99 E EJN-NE=% 1,78 E EJN=% 2,77 E Arriskuan dagoen biztanleria=% 8,2 E
King 1989 Britainia Handia	Biztanleria orokorra kontsulta medikotan (N=748)	16-35	1. fasea: EAT:26GHQ:28 2. fasea: Biztanleen elkarriketa: Arriskua eta kontrolak 3. fasea: segimendua	EAT>20	NA=% 0 BN=% 1,1 E % 0,5 G EJN-NE=% 2,8 E EJN=% 3,9 E Arriskuan dagoen biztanleria=% 2,5 G % 13 E
Rastam eta beste zenbait 1989 Suedia	Bi sexuetako ikasleak (N=4291)	15	1. fasea: Berezko galdetegia 2. fasea: 15 urteko biztanleria guztiari elkarriketa 3. fasea: segimendua		NA=guztizkoaren % 0,4 NA=% 0,09G NA=% 0,85 E
Santonastaso eta beste zenbait 1996 Italia	Ikasle neskek (N=394)	15-20	1. fasea: EAT:40 2. fasea: Biztanleen elkarriketa: Arriskua eta kontrolak 3. fasea: ospitale-segimendua	EAT>30GMI<17EAT+GMI	NA=% 0 NB=% 0E EJN-NE=% 3,1 E Park. sindromea=% 7,2 Arriskuan den biztanleria EAT %11 IMC %16 %0 EAT+GMI
Cotrufo eta beste zenbait 1998 Italia	Ikasle neskek (N=356)	13-22	1. fasea: EDI:2 GHQ:28 Elementu demografikoak 2. fasea: Arriskuan den biztanleriari elkarriketa	DT ≤ 13 B ≥ 9 DT+B	NA=% 0,56 E NB=% 3,9 E Jale konpults.= % 0,28E JN-NE= % 4,77 Subklinikoa NA= % 9,8 Subklinikoa NB= % 3,1 Arrisk. bizt.= % 30
Rathner & Messner 1993, Italia	Ikasle neskek (N=517)	11-20	1. fasea: EAT:40 ANIS 2. fasea: Arrisk. biztanleiei eta kontrolei elkarriketa 3. fasea: segimendua ospitalean	EAT ≥ 30 ANIS ≥ 65 > pisuaren % 85 Amenorrea >6	NA=% 0,58 E NB=% 0E EJN=% 1,55 E Azipklin.= % 0,97 Arriskuan dagoen biztanleria=% 9,7 + azpi arriskua % 10,6
Westenhofer 2001 Alemania	Bi sexuetako ikasleak 1990. urtea (N=1773) 1997. urtea (N=3318)	18-96	1. fasea: Berezko galdetegia 2. fasea: Elkarriketa laburra		1990. urtea: NB=% 2,1G / % 2,4 E Tripakada-nahastea= % 2,4G / % 1,5 E 1997. urtea NB=% 1,1G / % 1,1e Tripakada-nahastea= % 1,5 G / % 0,7 E

Diagnostikoa egin eta 5 urtera ezaugarriek izandako bilakaerari behatuta, % 25ek NA izaten jarraitzen du, % 40k depresioa, eta % 25ek obsesioa. Hilkortasun-tasa % 8 eta % 15 artekoa da. Nerbio-bulimian pronostikoa hobea da, baina, bi kasuetan ere, diagnostikoa goiztiarra izateak bizkor esku hartzea ahalbidetzen du, eta pronostikoa nabarmen hobetzen da horrekin (Toro, 1996).

2. GORPUTZ-IRUDIA

Schilderrek (1958) honela definitu zuen gorputz-irudia: "buruan, hiru dimentsiotan nork bere buruaren inguruan egiten duen irudikapena". Irudi hori etengabe eraikitzen da, eta Gestalt fisikoa, psikologikoa eta soziala eratzen du. Sladek (1988) honela definitzen du gorputz-irudia: "gure gorputzaren tamainari, itxurari eta formari buruz buruan egiten dugun irudia, eta gorputza osatzen duten ezaugarri eta zatiekiko sentimendua". Gorputz-irudian hauek eragiten dute: kognizioak (gorputzari buruzko pentsamendu eta sinesmenak); pertzepzioak (ukimena, kinestesia, propiozepzioa, ikusmena, usaimena, entzumena); afektibotasunak (gorputzari berari buruzko sentimenduak); jokabideak eta gizarreak. Gorputz-irudiaren garapenean eragina dute gorputzari eragiten dieten gertakariak (istripuak, gaixotasunak, sexu-abusua), besteekiko harremanak, autoestimua eta sozializazioak.

Gardnerren arabera (1996), gorputz-irudiak bi osagai ditu: batetik, pertzepzioa, zeinak tamainaren eta itxuraren balioespena egiten baitu; eta, bestetik, jarrera, non gorputzarekiko sentimendu eta jarrerak sartzen baitira. Cashek (1994) hiru dimentsio bereizten ditu gorputzarekiko jarretan: **a) ebaluazioa** (adibidez, nor bere gorputzarekin pozik egotea, hautemate kognitiboa eta *self* idealarekin bat ez etortzetik ondorioztatutako ebaluazio-pentsamenduak); **b) inbestidura kognitiboa/jokabidekoa** (adibidez, itxurari buruzko eskemak, fisikoari buruz barneratutako ideien indarra); afektua (esate baterako, gorputz-irudiari buruzko egoera-disforia).

Tamainaren edo gorpuzkeraren pertzepzioen eta sinesmenen eta ikus daitekeen errealitatearen arteko diferentzia da gorputzaren distortsioa. Gorputzarekiko asebetetzerik ezak esan nahi du gorputza ez dela norberaren gogoko. Garneek eta Garfinklek (1981) adierazi dute gorputz-irudiari loturiko arazoetan bi alderdi daudela, elkarri lotuta egonda ere desberdinak direnak: tamainaren pertzepzioaren distortsioa (gorputz-atalak behar baino handiagotzat hartzea dakar); eta aldaketa kognitibo-afektiboa (gorpuzkerarekin pozik ez egotea eta kezkatzea dela medio).

Gorputz-irudiaren nahasteetan pertzepzioari, afektuari eta kognizioari loturiko alderdiak daude, eta honela definitzen da: itxura fisikoaren ametsezko akats batengatik edo neurrikanpo balioztatutako akats batengatik behar baino gehiago kezkatzea. Horrek itxura debalutzea ekartzen du, bai eta besteen iritziagatik gehiegi kezkatzea eta itxura fisikoagatik pertsona baliagarriak ez direla edota ezin dituztela maitatu pentsatzea ere. Horregatik, gorputz-irudiari eragiten dioten nahasteak dituzten pertsonak gorputza ezkututzen dute, dietak egiten

dituzte, ariketa fisikoa egiten dute eta gizarte-harremanak saihesten dituzte. Hutchinsonek (1982) adierazten duen moduan, gorputz-irudia hau da: gorputza, burua eta kultura lotzen dituen gorputz-deskribapena. Espazio horretan biltzen dira gorputzari buruzko pentsamenduak, sententzioak, pertzepzioak, jarrerak, balioak eta iritziak.

Emakumeek pisuaren gainean duten kezka ez da gorputz-irudiaren nahastetzat hartzen; izan ere, mendebaldeko kultura sustatu egiten da emakumeak beren tamainarekin deseroso sentitzea. Horrek gorputz-irudi zapuztua gara dadin eragiten du emakumeen ehuneko handi batean, eta horietariko batzuek gorputz-irudiaren nahastea dute. Cashek eta Henryk (1995) aurkitu zuten emakume helduen % 48k modu negatiboan ebaluatzen zutela beren itxura; % 63 ez zeuden pozik zuten pisuarekin, eta % 49 gehiegizko pisuarekin arduratuta zeuden. Gorputzaren tamainaren distortsioa gorputzeko nahastearen sintoma bat da, eta hori, hain zuzen ere, dimentsio anitzeko arazoa da eta pertzepzio-, jarrera- eta jokabide-arazoak biltzen ditu (Garfinkel eta Garner, 1982; Cash eta Brown, 1987).

Norberak itxura fisikoa buruz duen pertzepzioaren eta norberari buruz barneratutako ideien arteko desberdintasunak gorputzarekin pozik ez egoteari eta EJNei lotzen zaizkio (Jacobi eta Cash, 1994; Strauman eta Glemberg, 1994; Cash eta Szymanski, 1995). Bruchek (1962) nabarmendu zuen elikadura-nahasteak dituzten gaixoei beren gorputzari buruz duten pertzepzioa eta errealitatea ez datozela bat. Cashek eta Brownek (1987) eta Cooperrek eta Taylorrek (1988) ikusi zuten EJN zuten gaixoei benetan zuten tamaina baino handiago ikusten zutela beren gorputza, batez ere NBren kasuan. Dena den, hein txikiagoan bazen ere, kontrol-taldean ere gertatu zen hori. Rodinek, Silbersteinek eta Striegel-Moorek (1985) kulturari egozten diote fenomeno hori. EJN duten gaixoei desberdintasun gehiago dute self ideiarekin kontrol-taldekoekin baino, eta behar baino garrantzi handiagoa ematen diote pisuari eta itxurari beren burua ebaluatzeko orduan (Cash eta Deagle, 1997).

Anorexia edo nerbio-bulimia duten pertsonak adierazten dute beren burua gizen ikusten dutela, nahiz eta gizen ez egon edo nahiz eta desnutrizioa izan. Eta, horregatik, gero eta gehiago murrizten dute jaten dutena (Hsu, 1990; Raich, 1994; Toro eta Vilardell, 1987).

Anorexia duten gaixoetan bereizgarria da beren itxura gaizki ebaluatzen dutela (Cash, Deagle eta beste, 1997). Norberaren gorputzaren eta irudiaren aurkako jarrera eta kognizio negatiboek emozio-arazoak sor ditzakete nerabezaroan eta gaztaroaren hasieran. Kasu gehienetan, nahasteak sortzeko, nahasteak izateko joera areagotzeko eta nahasteak mantentzeko faktoreak izaten dira (Killen, Taylor, Haywar, Wilson eta beste zenbait, 1994).

Gorputz-irudiarekin pozik ez egotea autoestimuari lotzen zaio. Norberaren irudi negatiboak autoestimua jaistearen eragiten du (Wooley, Kearney-Cooke, 1986). EJN duten pertsonak gorputz-irudiari lotzen diote autoestimua. Gorputz-irudia modu negatiboan baloratzen dutenez, beren burua ere modu negatiboan baloratzen dute. Hartara, autoestimu baxua, pertsona txarra izatearen sentipena eta bazter edo alde batera utz ditzaten beldur handia izaten dituzte. Rosenek, Tacyk eta Howelek (1990) adierazten dute elikadura-nahasteak dituzten emakume-

ek beren gorputzari buruz duten pertzepzioa eta balorazioa aldatuta egoten direla, batez ere, autoestimua baxua duten emakumeetan.

Gorputz-itxurari eta tamainari buruz arduratzea, gizen sentitzea edo gorputzeko hainbat zati lodiegia direla pentsatzea EJNen sintomak dira. Gorputzaren dimentsioak behar baino handiago ikusteko joera gorputzarekin pozik ez egoteari lotzen zaio (Gardner eta Bokenkamp, 1996; Raich, 1994). Gorputz-irudiarekin pozik ez egotean, pertsonak ez ditu onartzen bere gorputza eta silueta. Figurarekin pozik ez egotea, jarrera, esperientziak eta kognizio negatiboak oinarri hartuta, beste irudi bat sortzen du pertsona horrek (Turón eta Fernández, 1998).

Hainbat autorek agerian jarri dutenez, gorputzaren dimentsioen distortsioa (dena baino handiagoa ikustea) eta gorputzarekin pozik ez egotea generoari loturiko gaia dira, distortsioa batez ere. Hainbat azterketatan adierazten da mutilek ia ez dutela beren gorputz-irudia distorsionatzen, eta neskek, berriz, bai (% 90 inguruk). (Maganto eta Cruz, 2000; Perpiña, 1989; Raich eta Mora, 1991). Hsuren ustez (1990), gorputzaren dimentsioak direna baino handiagoak direla pentsatzeak ez du balio patognomonikorik; izan ere, hainbat faktorek eragina dute (sexuak, adinak, aldarteak, autoestimua), edota estimua beren gorputzari buruz pentsatzen edo sentitzen dutenean oinarritzen da. Gorputzarekin pozik ez egoteak lotura estua du elikadura-nahasteekin, hots, nahaste horietarako faktoretzat jo daiteke (Fisher eta Thompson, 1994; Rosen, 1993; Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Alemán eta Juárez, 2001; Espina, Ortego, eta Ochoa de Alda, 2001c; Espina, Ortego, eta Ochoa de Alda, 2001d; Espina, Ortego eta Ochoa de Alda, 2001f).

3. ALEXITIMIA

Emozioen munduak lotura estua du EJNekin. Batez ere, emozioak modu kognitiboan prozesatzeko zailtasunak egoten dira, eta horri alexitimia-erarikuntza deitzen zaio. Nemiah-k (1977) alexitimiaren bi alderdi nabarmentzen ditu: 1. Sentimenduak hitzez adierazteko zailtasun handia eta 2. Espresatzeko edo sentimenduak adierazteko fantasiarik eza; pentsamenduak kanpo-munduko xehetasun edo gertaeretan oinarritzen dira, eta fantasia-mundua oso urria izaten da (pentsamendu operatiboa). Hartara, egile horren arabera, nahaste hori pertzepzio-kognizioko nahastea eta nahaste afektiboa da. Lehen alderdiaren oinarria hau da: a) Aktibazio emozionalako osagai somatikoak (sentsazioak) eta subjektiboak (sentimenduak) bereizteko zailtasunak; b) sentimenduak identifikatzeko eta hitzez adierazteko zailtasunak. Horri guztiari emozio-erantzuren osagai fisiologikoen arreta ardatzua eta, ondorioz, disforia lotzen zaizkio. Bigarren alderdia lehen azaldutako "pentsamendu operatiboari" dagokio (Marty eta M'Uzan, 1963; Marty, 1980). Laburbilduz, Nemiah-ren (1977) arabera, alexitimiaren lau ezaugarri esanguratsuenak hauek dira: 1) sentimenduak identifikatzeko eta deskribatzeko zailtasunak; 2) aktibazio emozionalako osagai somatikoak (sentsazioak) eta subjektiboak (emozioak) bereizteko zailtasunak; 3) fantasia pobreak; eta 4) kanporantz orientatutako estilo kognitiboa (zehatza, erabilgarria, literala, kanpoko jazoerei buruzkoa) eta ekintzetara bideratutako bizi-estiloa.

Krystalen ustez (1979), alexitimiaren ezaugarriak funtsezkoetan eta osagarrietan banatzen dira.

A. Funtsezko ezaugarriak:

.: 1. Pentsamendu sinboliko murrizta edo pentsamendu sinbolikorik eza.

Pentsamendua erabilgarria eta zehatza da eta kanpoko jazoeretan oinarrituta dago; ez dira motibazioak, nahiak, tentsioak edo sentimenduak adierazten.

.: 2. Amets egiteko gaitasun murrizta. Fantasia-gaitasuna, nahiak gauzatzeko tresna gisa, erreprimetuta dago; horrek galarazi egiten du bulkadak adieraztea eta tentsioak sinbolizatzea, ekintzen aurretiko urrats gisa.

.: 3. Sentimenduak hitzez adierazteko zailtasuna. Errealitate psikikoaz jabetzeko zailtasunak daudenez, ezin dira egoera emozionalak bereizi eta sentsazioak eta gorputzeko esperientziak kokatu. Hartara, eskaerak gorputzarekin adierazten dira.

B. Ezaugarri osagarriak:

.: 1. "Gizarteko sasi-egokitapena". Jokabide zurruna izaten dute, eta gizarte-arauekiko gehiegizko mendetasuna.

.: 2. Gizarte-harremanak estereotipoetan oinarritzen dituzte, oso mendekoak izaten dira edo saihesteko joera dute, eta enpatizatzeke zailtasun handiak izaten dituzte.

- .: 3. Gatazkak modu oldarkorrean adierazten dituzte. Erraz galtzen dute kontrola, ezin dituztelako gatazkak aurrez irudikatu.
- .: 4. Nortasun heldugabea (Ruesch, 1948). Ez dute banakotasun egokia garatzen, eta hori adierazpen sinbolikoen urritasunari lotzen zaio. Honako hauek dira nortasun-mota ohikoena: barnerakoak, pasibo - oldarkorak, pasibo - mendekoak.
- .: 5. Psikoterapia tradizionalaren aurrean erresistentzia dute. Sentimenduak eta gorputzaren sentazioak bereizten ez dituztenez eta sinbolizatzeko gaitasun murrizta dute-nez, ez dute izaten psikoterapia dinamikoetarako behar den introspekzio-gaitasuna.

Alexitimia emozioen prozesamendu kognitiboari lotzen zaio, eta nortasunaren ezaugarritzat kontzeptualizatzen da (lehen mailako alexitimia), edota egoera estresagarriari loturiko egoera gisa (bigarren mailako alexitimia). Bi kasuetan, emozioak maneiatzeko zailtasunak, nahaste psikosomatikoak edo jokabide oldarkorak ager daitezzen errazten da, emozio-egoerei loturiko aktibazio fisiologikoaren erantzun gisa. Korrelazio positiboak aurkitu dira depresioarekin eta antsietatearekin (Bagby, Taylor eta Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson eta Hodges, 1993; Corcos eta beste zenbait 2000; Haviland eta beste zenbait 1988; Hendryx, Haviland eta Shaw, 1991; Espina, Ortego, eta Ochoa de Alda, 2004), bai eta neurotizismoarekin eta psikotizismoarekin ere (Schiattino eta beste zenbait, 1998).

Alexitimia hainbat patologiatan hautematen da (Taylor, 2000; Fernández, Espina eta Aresti, 1996), eta ikerketa askotan baieztatu da alexitimia elikadura-nahaste askotan agertzen dela (Bourke, Taylor, Parker eta Bagby, 1992; Cochrane eta beste zenbait, 1993; Corcos eta beste zenbait, 2000; De Groot, Rodin eta Olmsted, 1995; Guilbaud eta beste zenbait, 1999; Rastam, Gillberg, Gillberg eta Johanson 1997; Schmidt, Jiwany eta Treasure, 1993; Taylor, Bagby eta Parker, 1991; Taylor, Parker, Bagby eta Bourke, 1996; Espina, 1998; Espina, Ortego, Ochoa de Alda eta Alemán, 2001a). Alexitimia dute heldu normalen % 19k, anorexia-gaixoen % 74,4k eta toxikomanoen % 49k (Parker eta beste zenbait, 1989).

Oinarrizko arazoa da emozioak ez direla modu kognitiboan prozesatzen. Urritasun horren jatorria burmuinaren antolamendu-aldaketak izan daitezke, bai eta haur-garapenean truke afektiboen eredu akastunak izatea ere. (Emde, 1988; Stern, 1984; Taylor, 1987, 1991; Edgcombe, 1984; Osofsky eta Eberhart, 1988); halaber, egungo familia-harremanak ere izan daitezke oinarria, Onnis eta Di Genarok (1987) planteatzen duten moduan, eta Espinak (2003b) eta Espina, Ortego, Ochoa de Alda eta Alemánek (2001a) egiaztatzen duten moduan.

Alexitimia ebaluatzeko gehien erabiltzen den tresna Toronto Alexithymia Scale (TAS) da, hainbat bertsiotan (Bagby, Parker eta Taylor, 1994a; Bagby, Taylor eta Parker, 1994b; Parker, Bagby, Taylor, Endler eta Schmitz, 1993). TASren azken bertsioak 20 elementu ditu (TAS-20). Estatuan hainbat ikerketa egin da TAS-20 baliozkotuz eta erabiliz eta, hain zuzen ere, tresna hori bera erabili da ikerketa honetarako (Espina, Ortego, Ochoa de Alda eta Alemán, 2001; Martínez-Sánchez, 1996; Martínez-Sánchez eta beste zenbait, 1996; Velasco eta Páez, 1996; Martínez eta Marín, 1997; Pérez eta beste zenbait, 1997; Moral de la Rubia eta Retamales, 1999; Páez eta beste zenbait, 1999; Páez eta Casullo, 2000).

4. AUTOESTIMUA

Autokontzeptua banakoek beren buruari buruz duten pertzepzioa da (Shavelson, Hubner eta Stanton, 1976), edota banako batek bere buruari buruz dituen pentsamendu eta sentimendu guztiak (Rosenberg, 1979).

Shavelsonen eta beste zenbaiten (1976) eredu teorikoak autokontzeptuaren dimentsio-aniztasuna nabarmentzen du, lotuta dauden baina bereiz daitezkeen hainbat eraikuntzak edo alderdik osatzen dutelako. Beste hainbat autorek dimentsio bakarra planteatzen dute, hala nola Rosenbergekin (1965) neurtutakoa edo Coopersmithek defenditutakoa (1967).

Autoestimua lotura estua du autokontzeptuarekin eta jakineko objektuarenganako, hots, norberarenganako jarrera positibo edo negatibotzat defini daiteke (Rosenberg, 1965). Autokontzeptuaren balorazio-osagaia da hori.

Geure buruari buruz sentitzen, pentsatzen eta adierazten duguna da autoestimua. Pertsonak beren buruari buruz egiten duten balorazioari lotzen zaio, bai eta balorazio horrek sortzen dituen sentimenduei ere. Bi alderdi ditu: a) kognitiboa, hau da, gure buruaren gainean dugun balorazioa; eta b) emoziozkoa, gure buruari diogun estimu edo maitasunari lotzen zaiona.

Autoestimua altua duten pertsonak ez dute behar etengabe beren balioa frogatzea besteen aurrean, eta beren burua onartzen dute. Pentsamendu positiboak dituzte beren buruei buruz: "gai naiz...", "egin dezaket...", "gustuko dut nolakoa naizen". Autoestimua baxua duten pertsonak hau pentsatzen dute: "Ez dut ezertarako balio" edo "ez dut beste honek bezain beste balio...", "ez dakit ahalko dudana...", "ez zait nire burua gustatzen".

Autoestimua altua duten haur, gazte edo nerabeek beren buruarengan konfiantza dute harremanetarako, gai dira beren adinaren arabera independentzia izateko, beren betebeharrak betetzen dituzte eta betetzeko gai sentitzen dira, eta, batez ere, zailtasunei aurre egiteko gaitasun handiagoa dute, gatazken aurrean erresistentzia handiagoa izaten dute eta etengabeko interesa izaten dute beren helburuetan aurrera egiteko eta helburuak betetzeko.

Autoestimua bizitzaren hasieran eratzen hasten da. Haurren lehen urteetan gurasoak haurra-ekin erlazionatzen diren moduak zehazten du haurrak bere buruaren gainean egiten duen hasierako balorazioa. Haur txikien kasuan, gurasoek eta gertuko senitartekoek onar ditzaten da autoestimua oinarria, bai eta inguruko pertsona horiekin duten harremana ere. Bizitzako lehen urteetan, haurrek ez dute beren buruari buruzko kontzepturik. Gutxika eratzen da kontzeptu hori, jasotzen dituen mezuen arabera eta bere inguruan sortzen diren harremanen arabera.

Norberaren identitatea eraikitzeko, definitzen laguntzen duten mezuak daude (nor naiz?); beste hainbat mezu, berriz, nolakoa izan behar duen adierazten dute. Bigarren mezu-mota

horrek zer izan nahi den definitzen laguntzen du. Erreferentzia-puntu horrekin (zer izan nahi dut) aztertuko du gainerakoek zer itzultzen dioten pixkanaka aldatzen den heinean. Azterketa edo balorazio pertsonal horretatik, norberari buruzko pentsamendu eta sentimenduak sortzen dira: autoestimua.

Pertsona-ideala haurrak gurasoengandik (lehendabizi) eta irakasle eta helduengandik jasotzen dituen arau eta balioen arabera eratzen da, haurrak txikiak direnetik. Geroago, kontuan hartzen dituzte gisakoen balorazioak. Gainerakoak ispilu bilakatzen dira, eta haurrak ispilu horretan ikusten du bere burua.

Autoestimua eratzten berebiziko garrantzia dute gurasoek eta, oro har, helduek haurrari igortzen dizkioten mezuek. Mezu horiek hiru motatakoak dira:

- .: 1. Norberari buruzko ideia helarazten dutenak (ispiluaren modua) eta norbera definitzen laguntzen dutenak.
- .: 2. Arauak eta balioak helarazten dituztenak; haurrak barneratu egiten ditu, errealitatea eta bere burua aztertzeko.
- .: 3. Okerren eta akatsen aurrean izan beharreko jarrera adierazten dutenak.

Hori guztia giltzarria da haurtzaroaz geroztik autokontzeptu egokia eta autoestimua osasungarria eraiki daitezen.

5. LOTURA

Loturak haurren lehen harremani dagozkie, eta hiru osagai bereizten dira: Lotura-jokabideak, harremanen eredu mentala eta sentimenduak. Lotura jokabideetan lotura-irudiarenganako deiak, zaintza eta hurbilketa daude. Eredu mentalean harremanaren oroimenak, lotura-irudiarri eta norberari buruzko kontzeptua, harremanari buruzko itxaropenak eta harremanaren ingurunearen ikuspegia daude. Azkenik, lotura-harreman onek segurtasun-sentimenduak ekartzen dituzte, gertutasunari eta kontaktuari lotuta, eta antsietatea, berriz, galeraren aurrean.

Ainsworthek eta beste zenbaitek (1978) hiru lotura-mota deskribatu zituzten, haurrek beren amarekin adierazten zuten segurtasun-mailaren arabera. Segurtasuna baloratzeko hainbat irizpide erabili zituzten: haurrak ama egonda eta egon gabe giro berriak esploratzeko duen erraztasuna; amak haurra nolako arrakastaz kontsolatzen duen; eta haurrak zer hurbilketa eta kontaktu-jokabide izaten duen egoera estresagarrien ondoren.

Hiru mota daude:

1) Lotura segurua. Amak egoki atzematen, interpretatzen eta erantzuten ditu haurraren eskerak. Harremana beroa da eta amak erantzun koherenteak ditu.

2) Lotura ez-segurua, baztertze edo saihestarekin. Ez du ematen haurra deseroso dagoenik ama ez egoteagatik, eta gurasoak saihesteko edo alde batera uzteko joera du. Gurasoak baztertzailak dira.

3) Lotura ez-segurua anibalentziarekin. Ez dute ama segurtasun-oinarritzat erabiltzen, esploratzeko interes gutxi dute, estresa goizki toleratzen dute, antsietatea dute lotura-irudiarengandik banantzean, eta hura itzulitakoan anibalentzia adierazten dute; kontaktu-nahia eta banantzearen aurreko larritasuna adierazten dute batetik, eta bazterkeria, bestetik. Gurasoen erantzunak inkoherenteak dira, eta hein txikiagoan egoten dira eskuragarri.

Spiekerren and Boothen (1988) arabera, biztanleria orokorreko haurren % 57-73k lotura segurua dute, eta gurasoak beroak eta sentikorrek dira haiekin. Haurrek ez dute haserrea adierazteko beldurrik, autonomia egokia da seme-alaben adinerako eta guraso nahiz seme-alabek askatasuna dute bakarrik edo lagunduta egoteko.

Lotura ez-segurua, bazterkeriarekin edo saihestarekin, haurren % 15-32ri gertatzen zaio. Multzo horretako gurasoek maiz beren haurtzaroa ahazten dute eta beren gurasoak idealizatzeke joera dute, haurtzaroan negatibotzat bizitako harremana ukatzeko modu gisa. Beren seme-alabekin distantzia emozionala eta fisikoa mantentzen dute, bazterkeria eragingo duen lehertze emozionalaren aukerak murrizteko; ondorioz, seme-alaben beharrekiko sentsibilitatea galtzen da. Haurrak ez du ikasten sentimenduak eta intimitatea esploratzen, eta itxuraz independente agertzen da. Lotura ez-segurua anibalentzia haurren % 4-22k du, eta hauek hartzen ditu barnean: transakzio-estilo aglutinatua, iraganeko arazoei bueltak ematen dizkieten guraso kezkatuak eta seme-alabak burujabetzen badira alde batera uzten dituztela sentitzen duten gurasoak; seme-alabek, askotan, guraso bakarra izaten dute.

Mainek eta Westonek (1981) hauteman zuten kasuen % 13 ez zettorrela bat erduekin. Ondoren, Mainek eta Hessek (1990) eta Mainek eta Solomonek (1986, 1990) beste lotura-eredu bat garatu zuten: D mota, edo eredu nahasia/desorientatua.

Lotura nahasia/desorientatuaren ezaugarri nagusia da ez dagoela erantzuna antolatzeke inolako estrategiarik erosotasun -eta segurtasun- beharrari aurre egiteko, egoera arrotz edo estresagarrien aurrean. Eredu horretan eskaintzen diren erantzunak kontraesankorrak dira aurreko hiru erduekiko, eta hainbat strategiaren konbinazio kontraesankorra dute. Adibidez, hurbiltasuna biziki bilatzea eta gero modu aktiboan baztertzea, edota haurrak helduekin topo egitean nahastuta edo desorientatuta daudela ematea. Jokabideak beldurra edo nahasmena adieraz dezake, zaintzailearen aurrean. Ainsworthek (1991) iradoki zuen haurren halako jokabide nahasiek lotura izan zezaketela haurrak edo helduak izanda amak amarekiko bizitako eta gainditu gabeko lotura-esperientzia traumatikoekin. Mainek eta Hessek (1990) planteatu zuten lotura-estrategietako nahasmena zuzenean lotzen zaiola haurrei helarazi zaizkien gurasoen gainditu gabeko beldurrei. Ondoren, haurrek babes-jokabidea garatuko dute gurasoekiko, zaintza-sistema aurreikusgarria ez egotea konpentsatzeko saiakera gisa.

Pertsona batek duen lotura-ereduak eragin itzela du norberari eta besteei buruz duen iritzian. Hartara, lotura segurua izan duten pertsonak konfiantza gehiago izango dute beren buruaren gain eta harreman hobea izango dute besteekin.



6. GURASOEN HAZKUNTZA-IRIZPIDEAK

Hazkuntza-irizpideak seme-alaben garapen psikoafektiboari lotzen zaizkio, eta horrek lotura estua du lotura-estiloekin.

Parkerek, Tuplingek eta Brownnek (1979) galdetegi autoaplikatua garatu zuten, Parental Bonding Instrument (PBI) izenekoa, hazkuntza-irizpideetako bi dimentsio neurtzeko: zaintza (ZAI) (axolagabetasunaren eta baztertzearen aurkako kezka gisa ulertuta) eta behar baino gehiago babestea (GAB) (semearen edo alabaren independentzia-estimuluen aurkako joka-bideak). Haurrak gurasoengandik jasotzen ditu horiek bizitzako lehen hamasei urteetan, baina atzemandako jarrerak egun ere ebaluatzen ditu. Faktore horietan oinarrituta gurasoengandik atzemandako lotura-mota ugari daude:

- .: 1. Hobeza (zaintza handia, gainbabes txikia).
- .: 2. Nulua edo ahula (zaintza txikia eta gainbabes txikia).
- .: 3. Hertsia (zaintza handia gainbabes handia).
- .: 4. Afekturik gabeko kontrola (zaintza txikia eta gainbabes handia).

Galdetegi hori 25 elementuk osatzen dute; horietako 13k Gainbabesaren azpieskala osatzen dute, eta 12k Zaintzaren azpieskala. Erantzuteko lau aukera daude (Erabateko adostasuna, Adostasuna, Desadostasuna eta Erabateko desadostasuna), eta 0 eta 3 puntu artean ematen dira. Elementu bakoitza atzera edo uneari begira erantzun behar da, bai aitari eta bai amari dagokienez.

Zaintzaren eskalan (ZAI) honako hauek aipatzen dira: emozio-goxotasuna, semearen edo alabaren ongizateari buruzko arduraren eta semea edo alaba positiboki baloratzea, bazterkeriaren eta axolagabetasunaren aurrean. *Gainbabesaren* (GAB) eskalan, berriz, honako hauek daude: kontrola, gainbabesa, intrusioa, gehiegizko kontaktua, haur gisa tratatzea eta jokabide independentea saihestea; horrek gainbabes handia ekartzen du independentzia sustatu ordez, alegia, independentziak gainbabes-indize baxua du.

Beste hainbat autorek, hala nola Kendlerrek (1996), Martinek eta beste zenbaitek (2004) 3 faktore aurkitu dituzte: *zaintza* (Parkerren eta beste zenbaiten (1979) galdetegiko elementu berek osatzen dute); eta Parkerren eta beste zenbaiten *gainbabesa*. Bi faktoretan banatzen da: *autoritarismoa* (Kendler) edo *murrizketa* (Martin eta beste zenbait), eta *gainbabesa* (Kendler) edo *intrusioa*.

Parkerrek (1983) Australiako lagin batean aurkitu zuen amaren zaintzarako batez besteko puntuazioa 27,0 zela, eta gainbabeserako, berriz, 13,5. Aiten batez besteko puntuazioak 24,0 ziren zaintzarako eta 12,5 gainbabeserako. Euskal Autonomia Erkidegoko laginean (Espina eta beste zenbait, 1996), patologiarik gabeko kontrol-taldean batez besteko puntuazio hauek daude: amaren zaintza: 29,19; amaren gainbabesa: 16,50; aitaren zaintza: 21,56; eta aitaren gainbabesa: 16.

Ikerketa horretan pertsonak lau lotura-motetako batean sailkatzen dira, oinarritzat azpieskala bakoitzerako ebakitze-puntuak hartuta.

Eskalaren fidagarritasuna, barne-trinkotasunari dagokionez, oso ona da, autorearen hitzetan (Parker, 1983): 0,88 zaintzarako eta 0,74 gainbabeserako. Epaille arteko fidagarritasunak, berriz, indize hauek izan zituen: $r=0,78$ zaintzarako eta $r=0,49$ gainbabeserako. Parkerrek (1984) testen/bertesten fidagarritasunari buruz egindako azterketak laburbiltzen ditu, lagin kliniko eta ez-klinikoekin egindako eskala-probetan. Emaitzak onak ziren bien kasuan ere, eta hobeak Zaintzaren eskalarako Gainbabesaren eskalarako baino. Era berean, baliozkotasun elkartua ere sakon aztertu da (Parker, 1984 eta 1986; Kazarian eta beste zenbait, 1987; MacKinnon eta beste zenbait, 1991).

Laburbilduz, lan hauen emaitzek adierazten dute PBIa egokia dela gurasoengan atzemanda-ko ezaugarriak eta gurasoen uneko ezaugarriak neurtzeko. Gainera, PBIari ez dio familia-giroak eragiten ("pertzepzio partekatua"). Parkerrek (1979 eta 1981) aurreikuspenaren baliozkotasuna aztertu du, lagin klinikoak eta pertsona arruntak bereizteko orduan, bai eta gaixotasunak aurrera nola egingo duen berrikusteko orduan ere, antsietate- eta depresio-nahasteetan. Zweig-Frankek eta Parisek (1991) nortasunaren muturreko nahasteetarako erabili dute; beste hainbat gaixo psikiatriko, berriz, beste hainbat autorek ikertu dituzte (Truant eta beste zenbait, 1987; Apperson eta beste zenbait, 1975; Espina eta Pumar, 1999). Toxikomanien kasuan, PBIa Schweitzerrek eta Lawtonek (1989) erabili dute.

Schweitzerrek eta Lawtonek (1989) seme-alabek gurasoei buruz zer pertzepzio zuten aztertu zuten Parkerren eta beste zenbaiten (1979) Parental Bonding Instrument (PBI) tresnaren bidez. Lagina opiazeoen mendekotasuna zuten 63 pertsonak osatu zuten, eta antzeko adina zuten 50 ikasle izan zituzten kontrol-taldetzat. Emaitzetan nabarmentzekoa da toxikomanoen taldean afekturik gabeko lotura nagusitzen zela, eta kontrol-taldean, berriz, lotura hobezina. Afekturik gabeko kontrol hori arrisku handiko guraso-estilotzat jo behar da, eta ezaugarriak hoztasuna, baztertzea, axolagabetasuna, kontrola eta semearen edo alabaren bizitzan bidegabe sartzeara, bai eta autonomiarako estimulurik ez eskaintzea ere. Espinak eta beste (1996) PBI toxikomanoetan aplikatuta, aurkitu zuten afekturik gabeko kontrolaren lotura zela ohikoena, eta lotura hobezina zen, berriz, kontrol-taldean ohikoena.

Espinak, Fernandezek eta Pumarrek (2000), PBIaren haurrentzako egokitzapena erabilita, aurkitu zuten afekturik gabeko kontrolaren lotura ohikoagoa zela mintzamen- eta hizkuntza-nahasteak zituzten haurretan.

Humphreyk eta Sterne (1988), objektu-harremanen teorian oinarrituta, proposatu dute elikadura-nahasteak azaltzen diren familietan akatsak gertatzen direla gurasoen aldetik giro egokia eskaintzeko orduan. Autore horien ustez, akats horiek belaunaldiz belaunaldi transmititzen dira. Elikadura-nahasteetako guraso-estiloari buruzko azterketa enpiriko asko Parental Bonding Instrument (PBI) tresnan oinarritzen dira (Parker, Tupling eta Brown, 1979). Azterketa enpiriko-etako datuak aldakorrak eta eztabaidagarriak dira.

Gomezek (1984) aztertu nahi zuen garapen psikosexuala alkoholismo-arazoekin lotuta ote zegoen. Horretarako, alkoholarekin arazoak zituztela baieztatzen zuten gaixoak inolako

patologiarik ez zuten subjektu kontrolekin eta elikadura-nahasteak zituzten gaixoekin konparatu zituen. Horretarako, PBl a erabili zuen, eta hau aurkitu zuen: ama-irudiaren pertzepzioan, bulimikoen eta kontrolean artean ez zegoen alderik; anorexikoen, berriz, amei puntuazio baxuagoa ematen zieten zaintzan, eta altuagoa babesean. Dena den, ez zuten alderik kontrolekin aita-irudiaren pertzepzioan, eta bulimikoen, berriz, zaintza falta esanguratsua zuten ildo horretan.

Polek, Wallerrek, Stewartek eta Parkin-Feigenbaumek (1988) aurkitu zuten emakume bulimikoen puntuazio nabarmen baxuagoa zutela zaintzaren esparruan amei zegokionez, kontrolek baino (% 75 eta % 47, hurrenez hurren); aiten puntuazioak antzekoak ziren, baina estatistikaren aldetik esanguratsuak izatek hurbil zeuden. Taldeak gehien bereizten dituen koardantea lotura hobezina da; hain zuzen, hor sartzen dira kontrolean % 43 eta bulimikoen % 5,4. Ondorioztatu dute bulimiaren sintomak ego urriaren garapena ezkututzen dutela, eta hori gurasoen enpatia faltari lotzen zaiola autokontrolerako oinarriko arazoari baino gehiago (Baker eta Baker, 1987).

Rhodesek eta Krogerrek (1992) hazkuntza-irizpideen pertzepzioa konparatu dute elikadura-nahasteak dituzten nerabeen eta sintomarik ez duen kontrol-taldearen artean. Ondorioztatu dute amaren afekturik gabeko kontrola (gainbabesa, banakotasuna erreprimitzea, intrusioa, haur gisa tratatzea eta berotasun emozionalik eza) hein handiagoan lotzen zaiela elikadura-nahastei aitaren afekturik gabeko kontrola baino. Gainera, aurkitu dute gaixoen puntuazio altuak dituztela banantzeen aurreko antsietatean; baxua, banantze osasungarrietan; altua, "irents" ditzaten eragindako antsietatean; eta altua, independentzia ukatzean. Hau da, eredu horretan, urrun mugitzen direnean banantzearen aurreko antsietatea sentitzen dute, baina, gertu daudenean, irents ditzaten beldur dira.

Russelek eta beste zenbaitek (1992) PBl a anorexikoei, bestelako gaixo psikiatrikoei eta arau-taldeari aplikatu zioten. Aurkitu zuten gaixo anorexikoetan eta kontrol-taldean ohikoagoa zela lotura hobezina, eta beste gaixoetan, berriz, afekturik gabeko kontrola. Vandereyckenek (1994) PBl a gaixo anorexikoei eta haien gurasoei aplikatu zien. Aurkitu zuen amek afekturik gabeko kontrol-lotura izan zutela bi gurasoekin. Aitek, berriz, aitek neutralizat jo zituzten, eta amak gainbabestu egiten zituztela jotzen zuten. Era berean, guraso horien alabek lotura hobezina zuten amarekin, eta ahula aitarekin.

Gurasotasunaren forma disfuntzionala, pertzepzioko distortsioa edo biak gertatzea elikadura-nahasteak dituzten familietako giro negatiboaren epifenomenoa izan daiteke. Gurasoen eta seme-alaben arteko harreman eskasak, hots, emozio negatibo kronikoa, gurasoen kezken eta seme-alaben garapenaren artean diren esku-hartzeen kausa eta ondorio izan daitezke aldi berean (Dix, 1991, Eisler, 1995). Bestalde, gurasoen hazkuntza-irizpide desegokiak izatea E]Nak izateko aurrejoerarako faktore izan daiteke.



II. ZATI ENPIRIKOA

A. HELBURUAK

Gipuzkoako gazteetan hauek aztertzea:

- .: 1. Elikadura-jokabidearen nahasteak izateko arriskua duen biztanleria.
- .: 2. Nerabeen artean alexitimiak duen eragina.
- .: 3. Gorputz-eskemaren eta autoestimuaaren balorazioa.
- .: 4. Osasun mental orokorra (morbilitate psikiatrikoa).
- .: 5. Janarekiko jarrerak gorputz-eskemarekin, osasun mentalearekin, alexitimiarekin eta autoestimuaarekin lotzea.
- .: 6. Aldagai klinikoak eta autoestimuaaren aldagaiak hazkuntzarako guraso-irizpideekin lotzea.

Azterketa honek, nagusiki, gizarte- eta osasun-interesa du, gure gizartean elikadura-nahasteek gora egin dutelako. Gazteek elikadurarekiko dituzten jarrerak ezagutzea oso garrantzitsua da lehen mailako prebentzio-programak taxutzeko eta bigarren mailako prebentzio ego-kia gauzatzeko.

Bestalde, elikadura-nahasteek zerikusia izan dezakete nortasunaren hainbat ezaugarriekin, hala nola alexitimiarekin, autoestimuaarekin eta norberaren gorputzaren balorazioarekin. Harreman horiek gure gizartean duten helmena ezagutzea oso interesgarria da elikadura-nahastei loturiko bestelako aldagaietan jarduten duten lehen mailako prebentzio-programak taxutzeko.

Azkenik, hazkuntzarako guraso-irizpideak hainbat patologiari lotzen zaizkio. EJNekin duten lotura ezagutzea oso lagungarria izan daiteke gurasoek psiko-hezkuntzan parte har dezaten.

B. HIPOTESIA

- .: 1. Elikadura-nahasteak adierazten dituzten jarrerren Gipuzkoako tasa Estatuan eta beste herrialdeetan egindako azterketetan aurkitutakoaren antzekoa izango da.
- .: 2. EATko (janariarekiko jarrerak) puntuazioak korrelazio positiboa izango dute TAS-20 eskalarekin (alexitimia), eta negatiboa autoestimuaeren eskalarekin.
- .: 3. EJNak izateko arriskuan dauden pertsonen kasuan, gurasoekiko loturak kalitate kaxkarragokoak izango dira patologiarik gabeko pertsonenak baino.
- .: 4. Gorputz-irudi eskasagoa duten pertsonetan, gurasoekiko loturak kalitate kaxkarragokoak izango dira gorputz-irudi ona duten pertsonetan baino.
- .: 5. Patologia neurtzen duten eskalek (EATa, BSQa, Bla, TAS-20 eskala, GHQa) korrelazio positiboa izango dute beren artean, eta negatiboa autoestimuaerekin (RSE).
- .: 6. Patologia psikiatrikoa zaintza baxuko eta gainbabes handiko hazkuntza-irizpideei lotuko zaie.
- .: 7. Autoestimu baxua eta gorputz-irudi eskasa zaintza baxuko eta gainbabes handiko hazkuntza-irizpideei lotuko zaizkie.
- .: 8. Nesketan mutiletan baino ohikoagoa izango da gorputzarekin pozik ez egotea.

C. METODOA

Azterketa epidemiologiko honetan elikadura-jokabidearen nahastea edo alexitimia izateko arriskua duten pertsonen eragina aztertzen da, beste hainbat aldagaien artean.

a) Lagina

Lagina intenzional ez-probabilitatezkoa izan zen, eta Gipuzkoako hainbat udalerritan jaso zen (Donostia, Hernani, Lasarte eta Zarautz). Udalerriak ausaz aukeratu ziren, eta lagina konglomeratuetako laginketaren metodoaz eskuratu zen. 6 ikastegitan jaso zen lagina; horietako hiru publikoak ziren, eta 3 pribatuak, eta haietan DBH, LH eta Batxilergoa ikasten ziren. Guztira jasotako lagina 1.050 pertsonak osatzen zuten, eta behin betikoa (galdeetegiako elementu guztiak bete ez zituzten pertsonak kenduta) 1.032 pertsonak: 497 neskak eta 535 mutilek.

Lagina aukeratzeko irizpideak:

.: Gipuzkoako zentro publiko eta pribatuetako ikasleak.

.: 12 eta 18 urte bitartekoak.

Ikerketa egin den data: 2002/2003 ikasturtea.

b) Tresnak

.: Aldagai soziodemografikoak: aldagai hauek barnean hartzen dituen *ad hoc* eskalarekin bildu dira: adina, sexua, ikasturtea, hizkuntza, ikastegia, ikasketak, maila sozioekonomikoa, gurasoen lanbidea eta ikasketak, udalerria, pisua, altuera. Gorputz-masaren indizea lortu zen (pisua kilogramotan/altuera m²-tan), eta lau kategoriatan sailkatu: normala (20-25), pisu baxua (<19,9; >17), pisu baxu larria (< 17), gehiegizko pisua (> 25-30), obesitate arina (>30-40), obesitate larria (>40). Haurretan eta puberretan ez da gorputz-masaren indizea erabiltzen, pisuaren eta altueraren ehunekoen arau-etaulak baizik. Baina azterketa honetarako gorputz-masaren indizea erabilgarria da, errazago lotzen baita gorputz-irudia itxura errearekin, laginaren nutrizio-egoera aztertzea baino; hain zuzen ere, azken horretarako, aipatutako taulak erabili beharko lirateke.

.: Eating Attitudes Test (EAT) (Garner eta Garfinkel, 1979; Castro, Toro, Salamero eta Guimerá, 1991): proba autoaplikatu horrek 40 elementu ditu eta janariarekiko, pisua-
rekiko eta ariketa fisikoarekiko jokabide, sentsazio eta kezka ebaluatzen ditu.
Elikadura-jokabidearen nahastea izateko arriskua duten pertsonak atzemateko erabil-
tzen den ebakitze-puntua 30 da. Mutiletan, bi irizpide erabili ditugu kasu positiboak
kategoriatan sailkatzeko: 30 eta 27 (araua aipatzen duen elementuko gehieneko
puntuazioa kendu da), gure emaitzak beste azterketekin konparatu ahal izatea erraz-
te aldera. Neskak eta mutilak konparatzean, 23. elementua kendu egin dugu, hileko-
ari buruzkoa baita eta emaitzak distorsionatuko bailituzke.

.: *Gizentzeko beldurra izatea, itxuraren ondorioz autoestimu baxuaren sentimenduak
izateak, pisua galtzeko nahia eta gorputzarekin pozik ez egotea* erabili dira irizpide-
tzat Cooperren eta Taylorren (1987) Body Shape Questionnaire galdetegian. Morak
eta Raichek (1993) itzuli eta egokitu dute Estaturako. Galdetegiak 34 elementu ditu,
eta elementu bakoitzean 6 aukera erantzun daitezke. Gizentzeko beldurra izatea, itxu-
raren ondorioz autoestimu baxuaren sentimendua izatea, pisua galdu nahi izatea eta
gorputzarekin pozik ez egotea ebaluatzeko balio du. Cooperri eta Taylorri (1988)
jarraiki, puntuazioak 4 kategoriatan sailkatu ditugu: Glak ez du kezkatzen < 81;
kezka arina = 81-110; kezka ertaina = 111-140; muturrekoa > 140. Eskala hori
emakumeetan aplikatzeko diseinatuta dago. Ikerketa honetarako egokitzapena egin
dugu, mutilei ere aplikatu ahal izateko.

.: Gorputzarekin pozik ez egotea adierazteko eskala (BI), Eating Disorder Inventory-2
(EDI-2) (Garner, 1998). 9 elementu ditu. Eskala honetako baremoa hau da, puntu-
azio zuzenarekin (zentil): < 10 (zentil < 60 = ez da esanguratsua), 10-13 (zentil > 59
<70 = pixka bat esanguratsua), 14-17 (zentil > 69 < 80 = esanguratsua), > 17 (zen-
til > 79 = oso esanguratsua).

.: *Osasun orokorra*. General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg eta Hillier,
1979; Lobo, Pérez-Echeverría eta Artal, 1986) galdetegiaren bidez ebaluatu da.
Galdetegi autoaplikatu horrek 28 elementu ditu, eta bakoitzean lau erantzun-aukera
daude. Morbilitate psikiatrikoa atzemateko balio du, eta buruko nahaste ez-psikotiko-
ak identifikatzeko diseinatuta dago. 4 faktore hartzen dira kontuan: A: sintoma soma-
tikoak, B: antsietatea eta insomnioa, C: gizarte-disfuntzioa, eta D: depresio larria.
Erabilitako ebakitze-puntua 5/6 da (ez-kasua/kasua).

.: *Alexitimia* 20 elementuko Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) eskalaren bidez
ebaluatu da (Bagby eta beste zenbait, 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler eta
Schmitz, 1993; Martínez, 1996): 3 faktore hartzen dira kontuan: 1. Sentimenduak
identifikatzeko zailtasunak. 2. Sentimenduak deskribatzeko zailtasunak eta, 3.
Kanporantz orientatutako pentsamendua. Faktore horiek alexitimia-konstruktuan
agertzen diren berdinak dira. Erabilitako ebakitze-puntua 60 da (Parker eta beste
zenbait, 1996).

.: Autoestimua: Rosembergen autoestimua eskalarekin (RSE) (1965) ebaluatzen da. 10 elementuko eskala autoaplikatua. Erabilitako ebakitze-puntua 28 da. Autoestimua Eskalaren (Rosemberg, 1965) helburua pertsonak beren buruarekiko duten asebetetze-maila ebaluatzea da. Tresna horrek 10 elementu orokor ditu, eta horiek 1 eta 4 arteko puntuazioa ematen dute Likert motako eskalan. Galdetegiaren heina 10 eta 40 bitartekoa da, eta puntuazioa handiagoa da autoestimua handiagoa den heinean. Azterketa honetarako erabilitako Estatuko bertsioa Fernández-Montalvo eta Echeburúa (1997) taxutu zuten.

.: *Hazkuntzarako guraso-irizpideak* Parental Bonding Instrument (PBI) tresnarekin ebaluatzen dira, Parker, Tupling eta Brown (1979). Hori 25 elementuko galdetegi autoaplikatua da. 2 faktore hartzen dira kontuan: zaintza eta gainbabesa. Bi faktore horietatik ondorioztatutako puntuazioetatik 4 lotura-mota ateratzen dira. Proba hori sakon deskribatu da atal teorikoan. Uneko harremanetara zuzenduta aplikatuko da.

16. taula. Azterketan erabilitako eskalak.

TRESNA	NEURRIA	ERREFERENTZIA
Aldagai soziodemografikoen eskala:	VSDG	Espina (1995)
Body Shape Questionnaire (BSQ)	Gorputz-irudia	Cooper eta Taylor (1987) Mora eta Raich (1993)
Eating Attitudes Test (EAT)	Elikadurarekiko jokabideak eta sintomak	Garner eta Garfinkel, 1979 Castro, Toro, Salamero eta Guimerá, 1991
Gorputzarekin pozik ez egotea adierazteko eskala (BI), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)	Gorputz-irudiarekin pozik ez egotea	(Garner, 1998)
General Health Questionnaire (GHQ-28)	Morbilitate psikiatrikoa atzematea	(Goldberg eta Hillier, 1979; Lobo, Pérez-Echeverría eta Artal, 1986)
Autoestimua eskala (RSE)	autoestimua	Rosemberg (1965) Fernández-Montalvo eta Echeburúa (1997)
20ko Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	alexitimia	(Bagby eta beste zenbait, 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler eta Schmitz, 1993; Martínez, 1996)
Parental Bonding Instrument (PBI)	Gurasoen hazkuntza-irizpideak	Parker, Tupling eta Brown (1979)

c) Prozedura

Lehendabizi, ikastegiekin harremanetan jarri, eta azterketaren helburua jakinarazi zitzaion. Ikastegiaren, gurasoen eta ikasleen baimena lortu eta gero, hitzordua zehaztu zen. Pisua eta altuera ikastegietan ebaluatu ziren. Galdetegiak banaka banatu zituzten geletan talde iker-tzaileko kideek, edukiari buruzko azalpena eman eta zalantzak argitu ondoren. Ikertzaileak gelan geratu ziren, galdetegiak betetzean sortu ziren zalantzak argitu zituzten eta egoki bete-ta zeuden berrikusi zuten ikasleek ematen zituzten unean. Galdetegietan honako ordena hau aplikatu zen: aldagai soziodemografikoak, EATa, BSQa, EDIaren gorputzarekiko asebetetze-mailaren eskala, TAS-20 eskala, RSEa, GSQ-28 eskala eta PBIa. Tresna guztiak gatzelaniaz eta euskaraz aurkeztu ziren, eta ikasleek aukeratu zuten hizkuntza. Ikertzaileek ere bi hizkun-tzak hitz egiten zituzten, zalantzak argitzeko.

d) Azterketa estatistikoak

Lehenik eta behin, hainbat aldagai soziodemografikoren eta erabilitako proben puntuazioen azterketa deskriptiboa egin zen, eta proba bakoitzaren barne-koherentzia nahiz proben arteko korrelazioak aztertu ziren. Ondoren, beste hainbat azterketa egin ziren: bariantzaren aldagai anitzeko analisisa (MANOVA); bariantzaren analisisa (ANOVA); kobariantza (ANCOVA); khi karratua; Fisherren alderdi bakarreko test zehatza; urrats-korrelazioak eta erregresio lineal anitzak, eta t-testak, lagineko multzokatzeak konparatzeko. Azterketa estatistiko guztiak Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) pakete estatistikoaren bidez egin ziren, 12.0 (SPSS Inc.) bertsioa erabilia.

D. EMAITZAK

Barne-koherentziaren indizea **BSQ** da, eta Cronbachen alfa koefizientearen bidez lortzen da. $\alpha = ,976$ da emakumeentzat eta $\alpha = ,970$ gizonentzat, Morak eta Raichek (1993) ikasleekin aurkitutako bera eta tresnaren egileek aurkitutakoaren antzekoa ($,93$) (Cooper eta beste zenbait, 1987). **EAT**ari dagokionez, Cronbachen alfa koefizientea $\alpha = ,871$ da emakumeentzat eta $\alpha = ,819$, gizonentzat. **EDI-2**ari dagokionez, gorputzaren asebetetze-mailaren eskalarekin (**BI**) lortutako Cronbachen koefizientea $\alpha = ,904$ da emakumeentzat eta $\alpha = ,877$ gizonentzat.

RSEan, emakumeentzat $\alpha = ,818$ da, eta gizonentzat $\alpha = ,722$. Beste hainbat azterketatako batez bestekoak $,77$ eta $,88$ bitartekoak izan dira (Rosemberg, 1965; Shapurian, Hojatr eta Neyerahmadi, 1987; Baños eta Guillén, 2000; Vázquez, Jiménez eta Vázquez, 2004).

GHQ-28an $\alpha = ,924$ aurkitzen da neskentzat eta $\alpha = ,856$ mutilentzat.

Cronbachen alfa koefizientearen bitartez lortutako **TAS-20** eskalaren barne-koherentziaren indizea $\alpha = ,791$ izan zen neskentzat eta $\alpha = ,728$, mutilentzat. Faktoreek honako alfa hauek eman zituzten neskentzat: F1: $\alpha = ,814$; F2: $\alpha = ,733$; F3: $\alpha = ,517$. Eta mutilentzat, berriz: F1: $\alpha = ,768$; F2: $\alpha = ,673$; F3: $\alpha = ,346$. Balio horiek tresnaren egileek (Bagby eta beste zenbait, 1994b) aurkitutakoaren antzekoak dira, baita Martínez-Sánchezek (1996) unibertsitate-ikasleekin aurkitutakoaren eta kultura arteko hainbat laginetan atzemanda-koen (Páez eta beste zenbait, 1999) antzekoak ere; baina F3k arrunta baino fidagarritasun txikiagoa du, batez ere, mutilei dagokienez.

Cronbachen alfa koefizientearen bitartez kalkulaturako **PBI**aren barne-koherentziaren indizea $\alpha = ,901$ izan zen neskentzat eta $\alpha = ,892$, mutilentzat. Gainbabesari dagokionez, berriz, $\alpha = ,843$ neskentzat eta $\alpha = ,829$, mutilentzat. Aitaren eta amaren faktoreak bereizita, nesken kasuan honako alfa hauek egon ziren: amaren zaintza: $\alpha = ,810$; aitaren zaintza: $\alpha = ,852$; amaren gainbabesa: $\alpha = ,724$; aitaren gainbabesa: $\alpha = ,705$. Mutilen kasuan, berriz, honako alfa hauek egon ziren: amaren zaintza: $\alpha = 0,796$; aitaren zaintza: $\alpha = 0,831$; amaren gainbabesa: $\alpha = 0,686$; aitaren gainbabesa: $\alpha = 0,708$.

Elikadura-jokabidearen nahasteei buruzko probetan egondako baliozkotasun bateratua aztertu egin zen, **BSQ**ko guztizko puntuazio guztien **EAT**koekiko korrelazioak bilatuta. Hartara, emakumeen korrelazioa $r = ,669$ ($p < ,0001$) izan zen, eta gizonena $r = ,615$ ($p < ,0001$) (galdetegiaren egileek $,61$ aurkitu zuten ikasleentzat; $,35$ bulimikoentzat; eta Mork eta Raichek (1993) $,71$ aurkitu zuten). **BSQ**aren eta **EDI-2**aren gorputzarekiko asebetetze-mailarekiko azpieskalaren arteko korrelazioak ere aurkitu ditugu. Emakumeen korrelazioa $r = ,489$ ($p < ,0001$) izan da, eta gizonena $r = ,388$ ($p < ,0001$). Azkenik, **EAT**aren eta **EDI-2**aren gorputzarekiko asebetetze-mailaren eskalaren arteko korrelazioak bilatzean, emakumeena $r = ,231$ ($p < ,0001$) dela eta gizonena $r = ,216$ ($p < ,0001$) dela aurkitu da.

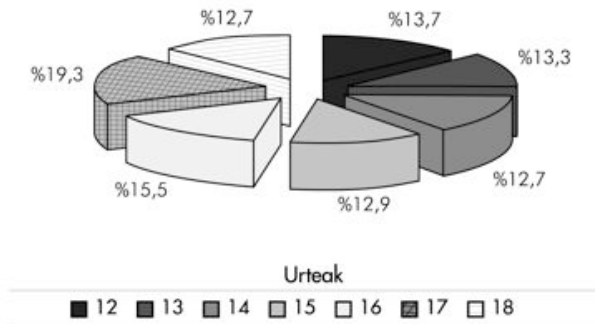
1. Aldagai soziodemografikoen gaineko emaitza deskriptiboak

Ikastegien, ikaskuntzen eta adinen arteko laginen banaketa ikus daiteke 17., 18., 19. eta 20. tauletan.

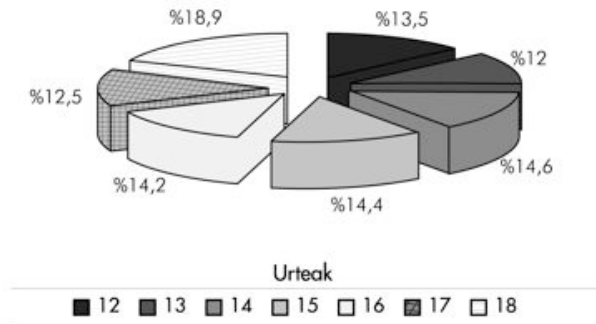
17. taula. Adinen arabera banaketa.

Urteak	neskak		mutilak	
	n	%	n	%
12	68	13,7	72	13,5
13	66	13,3	64	12,0
14	63	12,7	78	14,6
15	64	12,9	77	14,4
16	77	15,5	76	14,2
17	96	19,3	67	12,5
18	63	12,7	101	18,9
Guztira	497	100,0	535	100,0

1. grafikoa. Banaketa adinaren arabera, nesketan.



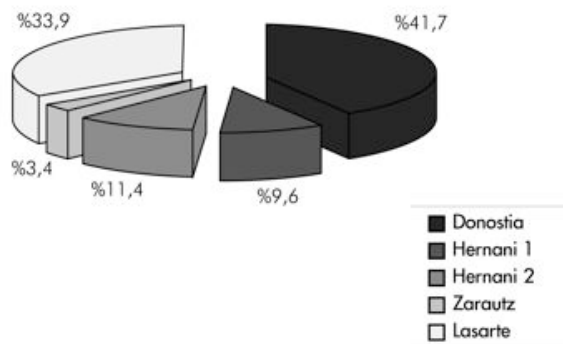
2. grafikoa. Banaketa adinaren arabera, mutiletan.



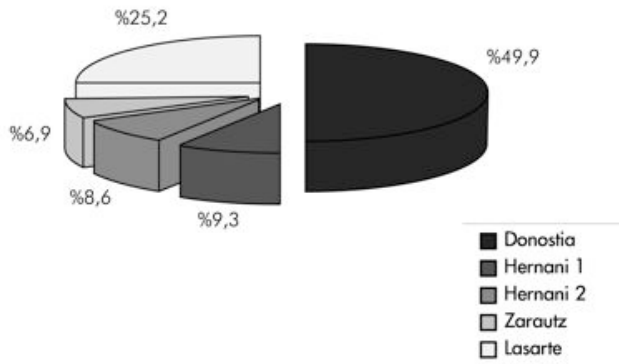
18. taula. Laginaren banaketa, ikastegien kokapenaren arabera.

	neskak		mutilak	
	n	%	n	%
Donostia	210	41,4	267	49,9
Hernani 1	47	9,5	50	9,3
Hernani 2	56	11,3	46	8,6
Zarautz	17	3,4	37	6,9
Lasarte	167	33,6	135	25,2
Guztira	497	100,0	535	100,0

3. grafikoa. Nesken banaketa, ikastetxearen kokapenaren arabera.



4. grafikoa. Mutilen banaketa, ikastetxearen kokapenaren arabera.

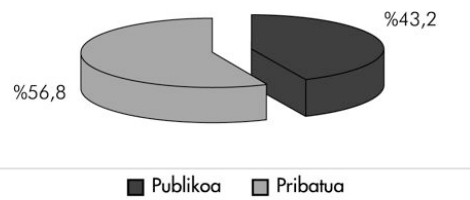


19. taula. Laginaren banaketa, ikastegi-motaren arabera.

	neskak		mutilak	
	n	%	n	%
publikoa	270	54,3	231	43,2
pribatua	227	45,7	304	56,8
Guztira	497	100,0	535	100,0

5. grafikoa. Nesken banaketa, eskola-motaren arabera.

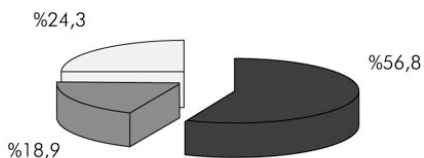
6. grafikoa. Nesken banaketa, eskola-motaren arabera.



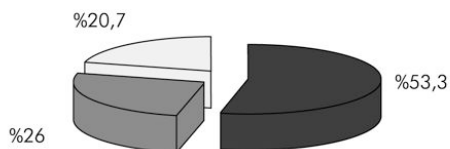
20. taula. Laginaren banaketa, ikaskuntzen arabera.

	neskak		mutilak	
	n	%	N	%
DBH	282	56,7	285	53,3
LH	94	18,9	139	26,0
Batx.	121	24,3	111	20,7
Guztira	497	100,0	535	100,0

7. grafikoa. Nesken banaketa, ikasketa-motaren arabera.



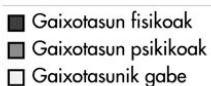
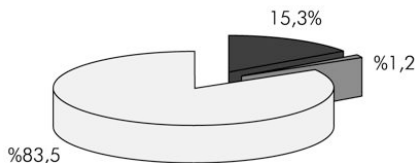
8. grafikoa. Nesken banaketa, ikasketa-motaren arabera.



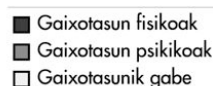
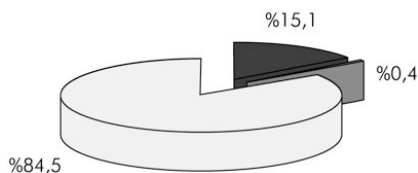
Ikasleak familiaren etxean bizi ziren.

Nesken % 15,3k (n=76) eta mutilen % 15,1ek (n=81) **gaixotasun fisiko** diagnostikatutako zituzten, eta nesken % 1,2k (n=6) eta mutilen % 0,4k (n=2) diagnostikatutako **gaixotasun psikikoak** zituzten. Ez dago alde estatistiko handirik generoen artean.

9. grafikoa. Nesketan diagnostikatutako gaixotasunak.

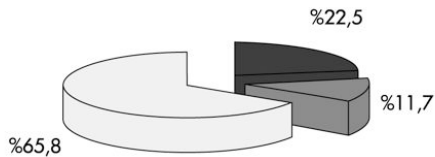


10. grafikoa. Mutiletan diagnostikatutako gaixotasunak.



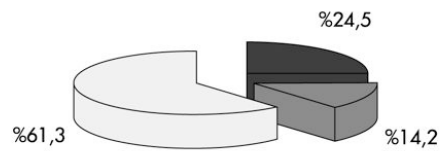
Nesken % 22,5ek ($n = 112$) eta mutilen % 24,5ek ($n = 131$) alkohola kontsumitzen zuten. Nesken % 11,7k ($n = 58$) eta mutilen % 14,2k ($n = 76$) drogak kontsumitzen zituzten (haxi- xa, kokaina, pilulak). Alkohola eta/edo drogak kontsumitzen dituzten kasuak batuz gero, 170 neska (% 34,2) eta 207 mutil (% 38,7) aurkitzen ditugu.

11. grafikoa. Kontsumoa nesketan.



■ Alkohol-kontsumoa
 ■ Alkoholaren eta beste zenbait drograren kontsumoa
 □ Kontsumorik ez

12. grafikoa. Kontsumoa mutiletan.



■ Alkohol-kontsumoa
 ■ Alkoholaren eta beste zenbait drograren kontsumoa
 □ Kontsumorik ez

2. Elikadurarekiko jarreraren eta gorputz-irudiaren gaineko emaitzak

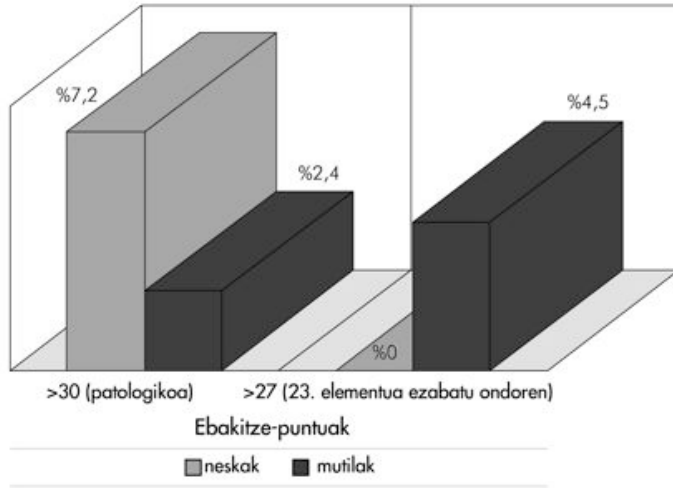
EATko kasu patologikoen ehunekoei eta BSQaren kategoriei dagokienez, 21. taulan ikus dai- teke nesken % 7,2k eta mutilen % 2,4k EJNen sintomak dituztela, eta, 23. elementua kendu- ta, EJNren sintomak dituzten 24 mutil (% 4,5) aurkitzen dira.

21. taula. EATko kategorietako kasuen ehunekoak.

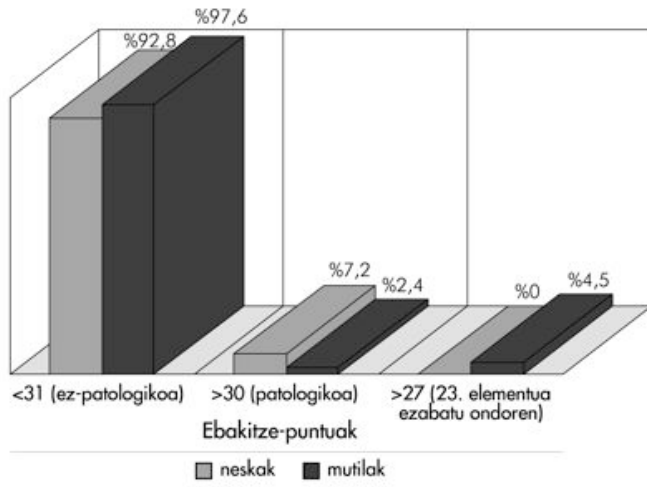
EAT	neskak		mutilak	
	n	%	n	%
<31	461	92,8	522	97,6
>30	36	7,2	13	2,4
>27	-	-	24	4,5
Guztira	497	100,0	535	100,0

EAT = Eating Attitude Test

13. grafikoa. EN sintomak dituen laginaren ehunekoa EATan.



14. grafikoa. Kasuen ehunekoa EATko kategorietan.



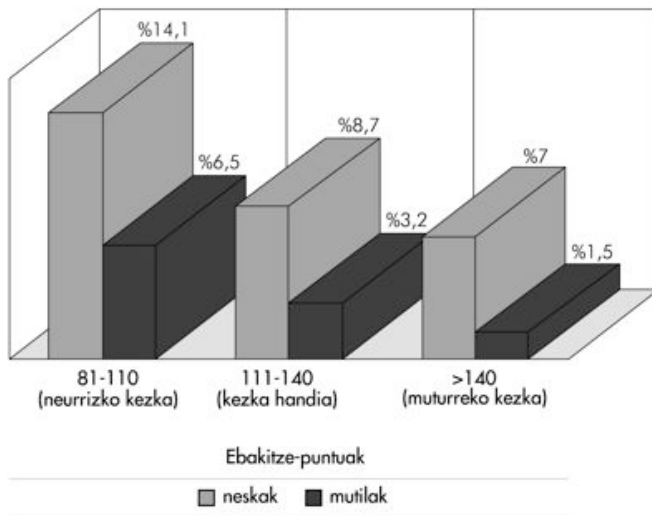
22. taulan ikus daiteke nesken % 29,8 eta mutilen % 11,2 gorputz-itxurarak arduratzen dituela (BSQ > 80). Kezka ertaina edo muturrekoa da nesken % 15,7n eta mutilen % 4,7n.

22. taula. BSQko kategorietako kasuen ehunekoak.

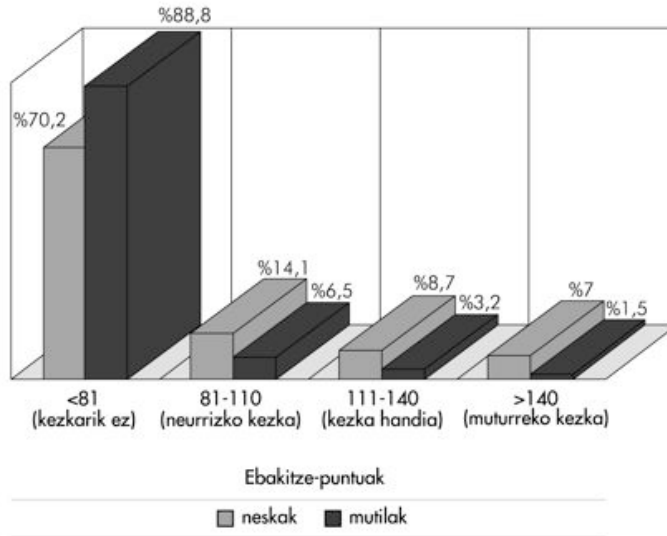
BSQ	neskak		mutilak	
	N	%	N	%
<81	349	70,2	475	88,8
81-110	70	14,1	35	6,5
111-140	43	8,7	17	3,2
>140	35	7,0	8	1,5
Guztira	497	100,0	535	100,0

BSQ = Body Shape Questionnaire

15. grafikoa. Gorputz-irudiak kezkatzen dituenen ehunekoa (BSQ).



16. grafikoa. Kasuen ehunekoak BSQko kategorietan.



Generoen arteko konparazioak

Estatistikaren aldetik diferentzia esanguratsuak daude generoen artean, *ikastegi-motaren arabera*: khi karratua = 12,820, *g.l.* 1, $p < ,0001$. Mutilen ehunekoak handiagoak da ikastegi pribatuetan. *Ikasturtea*: khi karratua = 7,349, *g.l.* 2, $p = ,021$. Mutilen ehunekoak handiagoak da LHn, eta neskena, berriz, Batxilergoan.

Mutilen eta nesken arteko EATko kategorien arteko diferentziak estatistikoki esanguratsuak dira, eta neskek puntuazio patologikoen ehuneko handiagoak dute; ebakitze-puntuak 30 da, khi karratua = 13,200, *g.l.* 1, $p < ,0001$. Bi generoak EATan alderatzen baditugu 23. elementua (hilekoa) kenduta, eta 27ko ebakitze-puntuak erabiltzen badugu, ikusten da nesken kasu patologikoen ehunekoak handiagoak dela mutilena baino, eta alde hori estatistikoki esanguratsua dela. khi karratua = 5,621, *g.l.* 1, $p = ,018$.

Bi taldeetako batez bestekoak EAT 40an alderatuz gero, estatistikaren aldetik esanguratsuak diren aldeak aurkitu ditugu nesken artean, nagusiki; baina, 23. elementua kenduta (hilekoari buruzkoa), diferentzia esanguratsuak desagertu egiten dira. Ikus 23. taula.

23. taula. Sexuak alderatzea EAT-40an, 23. elementua kenduta.

	Sexua.	n	Btz. bestekoa	D. t.	E. t.	t	gl	Sig.
EAT-40	neska	497	13,07	11,736	,526			
	mutila	535	11,17	9,296	,402	2,896	1030	,004
EAT, 23. elementua gabe	neska	497	12,09	11,546	,518			
	mutila	535	11,08	9,235	,399	1,566	1030	,118
EAT = Eating Attitude Test								

Nerbio-anorexiako eta bulimiako "irizpide-elementuak" sexuen artean alderatzen baditugu, desberdintasun esanguratsuak daude; alegia, neskek puntuazio altuagoa dute elementu hauetan: 4.ean ("*beldurra ematen dit gehiegi pisatzeak*"); 15.ean ("*argalago egoteko nahiak kezkatzen nau*"); 25.ean ("*gorputzean koipea izateak kezkatzen nau*"); 28.ean ("*laxanteak hartzen ditut*") eta 37.ean ("*dieta egingo dudala agindu dut*"); eta ez dago desberdintasun esanguratsurik 7.ean ("*batzuetan tripakadak egin ditut janariarekin*"), 13.ean ("*jan eta gero oka egiten dut*"), 30.ean ("*dietako jakiak jaten ditut*") eta 40.ean ("*jan eta gero oka egiteko gogoa izaten dut*"). Ez dago alderik tripakadei eta oka egiteari dagozkien elementuetan. Bestalde, pisuaz arduratzeari eta laxanteak erabiltzeari dagozkien elementuetan diferentziak daude generoen arabera, alegia, neskek puntuazio altuagoak dituzte. Ikus 24. taula.

BSQan ere estatistikaren aldetik esanguratsuak diren diferentziak daude, eta gorputz-itxuraren gaineko ardua adierazten duten puntuazioen ehuneko handiagoa neskek dute; khi karratua = 57,833, *g.l.* 3, $p < ,0001$.

EDI-2ko gorputzarekiko asebetetze faltaren eskala (BI) eta BSQko batezbestekoak alderatzean, ikusten da nesketan asebetetze-maila baxuagoa dela gorputzaren itxurari dagokionez. (ikus 25. taula).

GMIak (gorputz-masaren indizea) EATan, BSQan eta Blan (EDI-2) eraginik duen ikusteko, kobariantza-azterketa ere egin dugu eskala bakoitzerako (EAT, BSQ, EDI-2ko BI), sexua aldagai independentetzat hartuta eta GMI koaldagaitzat hartuta. X sexu-koaldagaiaren arteko eragina esanguratsua dela egiaztatzen da (EAT: $p = ,020$; BSQ: $p < ,0001$; BI: $p < ,0001$); hortaz, eskala horietan GMIak eragina du generoen gainean.

Masa muskularraren indizearen araberako alderaketa (GMI)

BSQko batezbestekoak alderatzen badira, puntuazioak lau kategoriatan sailkatzen dira: ez dago arduratuta gorputz-itxurarekin < 81 , kezka arina = 81-110, ertaina = 111-140, muturrekoa > 140). GMIren kategoriak bereizten diren taldeetan (pisu normala, baxua, behar baino askoz pisu baxuagoa eta gehiegizko pisua), nesken artean desberdintasun esanguratsuak ikusten dira multzoen artean (ikus 15. taula). Scheffé-ren probarekin alderaketa anizkunak egindakotan, BSQan ikusten da desberdintasun nabarmenak daudela pisu normala duen taldearen eta pisu baxukoaren ($p = ,003$) eta behar baino askoz pisu baxuagoa dutenen artean ($p < ,0001$). Puntuazio altuena gehiegizko pisua duten eta pisu normala duten pertsonena da. Halaber, desberdintasun esanguratsuak daude pisu baxuaren eta gehiegizko pisuaren artean ($p = ,007$), pisu

baxuaren eta behar baino pisu baxuagoaren artean ($p = ,026$) eta gehiegizko pisuaren eta behar baino pisu baxuagoaren artean ($p < ,0001$). 17. grafikoa ikusten da gorputzarekiko asebetetze-maila eskasena gehiegizko pisua duten neskek dutela, eta asebetetze-maila altuena, berriz, behar baino pisu baxuagoa dutenek. Pisu normala duten nesken artean, BSQko batez-bestekoa gorputz-itxuraren inguruan "kezkarik ez" irizpidearen mugan dago.

24. taula. Anorexiako eta nerbio-bulimiako "irizpide-elementuen" alderaketa EATan, sexuaren arabera.

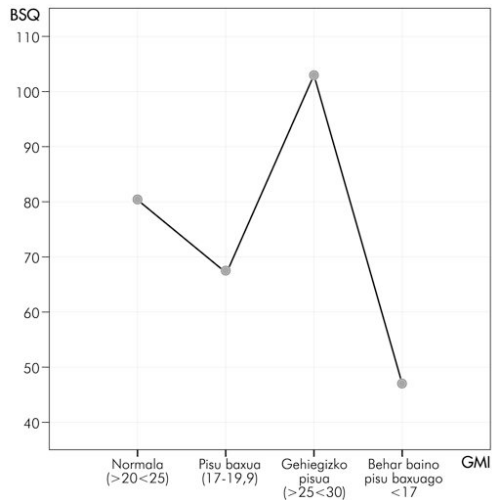
	Sexua.	N	Btz. bestekoa	D. t.	E. t.	t	Gl	Sig.
EAT 04	Neska	497	,63	1,072	,048			
	Mutila	535	,27	,776	,034	6,081	898,188	,000
EAT 07	Neska	497	,17	,569	,026			
	Mutila	535	,17	,592	,026	-,078	1030	,938
EAT 13	Neska	497	,02	,184	,008			
	Mutila	535	,04	,321	,014	-1,424	862,726	,155
EAT 15	Neska	497	,39	,901	,040			
	Mutila	535	,15	,562	,024	5,271	819,773	,000
EAT 25	Neska	497	,59	1,049	,047			
	Mutila	535	,27	,766	,033	5,567	902,935	,000
EAT 28	Neska	497	,01	,089	,004			
	Mutila	535	,05	,340	,015	-2,537	612,732	,011
EAT 30	Neska	497	,11	,467	,021			
	Mutila	535	,07	,395	,017	1,392	974,581	,164
EAT 37	Neska	497	,16	,577	,026			
	Mutila	535	,08	,364	,016	2,723	825,544	,007
EAT 40	Neska	497	,06	,298	,013			
	Mutila	535	,03	,295	,013	1,546	1022,507	,122
EAT = Eating Attitude Test								

25. taula. Nesken eta mutilen arteko alderaketa BSQan eta Blan (EDI-2).

	Sexua	n	Btz. bestekoa	D. t.	E. t.	t	Gl	Sig.
BSQ	neska	497	71,51	35,457	1,590			
	mutila	535	50,76	25,313	1,094	10,878	1030	,000
BI (EDI-2)	neska	497	9,08	8,023	,360			
	mutila	535	5,53	6,544	,283	7,811	1030	,000

EAT = Eating Attitude Test; BSQ = Body Shape Questionnaire; BI (EDI-2) = Body Insatisfaction; Eating Disorders Inventory-ko gorputzarekiko asebetetze-mailaren eskala.

17. grafikoa. Gorputz-masaren indizeko (GMI) Body Shape Questionnaire-ko (BSQ) kategorien arteko alderaketa nesketan.



Mutiletan ere alde handia dago multzoen artean, estatistikaren aldetik (ikus 26. taula). Scheffé-ren probaren bitartez konparazio anizkunak eginez gero, GMI normalaren eta pisu baxuaren artean bakarrik dago alde nabarmena ($p = ,011$). Mutilen kasuan, BSQko batez-bestekoak normalak dira GMIren kategorია guztietan.

Bi generoak GMIn alderatzean, estatistikaren aldetik desberdintasun esanguratsuak ikusten dira: khi karratua = 99.202, gl 3, $p < ,0001$. Nesken artean pisu baxuaren ehunekoa handiagoa da, eta mutiletan, berriz, pisu normalaren ehunekoa eta, hein txikiagoan, gehiegizko pisuarena.

Blarekin (EDI-2) ebaluatuta, GMIren eta gorputz-itxurarekiko asebetetze-mailaren arteko lotura aztertuz gero, BSQrekin aurkitutako emaitzen antzekoak lortzen dira. Nesketan: $F(3, 496) = 13.848$,

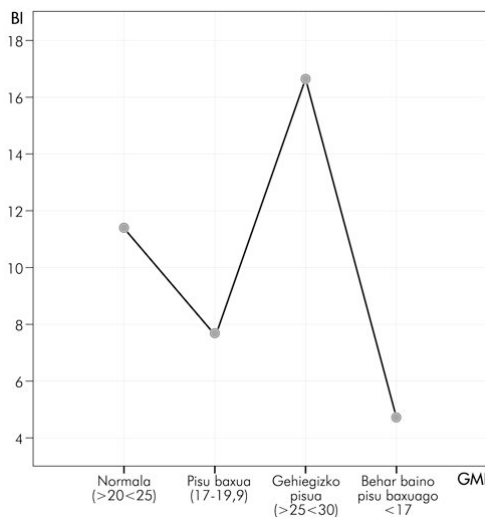
$p < ,0001$. Desberdintasunak talde hauetan daude: pisu normala eta baxua ($p < ,0001$), normala eta behar baino baxuagoa ($p = ,001$) eta gehiegizko pisua eta behar baino pisu baxuagoa ($p < ,0001$). Gehiegizko pisua dagoenean, gorputz-itxurerekiko asebetetze-maila txikiagoa da, eta, pisua behar baino baxuagoa denean, berriz, handiagoa. Ikus 18. grafikoa.

26. taula. Gorputz-masaren indizeko kategorien araberako BSQko alderaketa bi generoen artean.

neskak	N	M	D. t.	gl	F	Sig.
Normala (>20<25)	171	80,05	38,018			
Pisu baxua (17-19.9)	287	67,57	33,079			
Gehiegizko pisua (>25<30)	11	104,18	32,400			
Behar baino pisu baxuagoa <17	28	46,89	18,023			
Guztira	497	71,51	35,457			
				3	12,975	,000
mutilak	N	M	D. t.	gl	F	Sig.
Normala (>20<25)	311	53,97	27,502			
Pisu baxua (17-19.9)	151	45,62	20,857			
Gehiegizko pisua (>25<30)	41	52,71	26,809			
Behar baino pisu baxuagoa <17	32	41,28	10,575			
Guztira	535	50,76	25,313			
				3	5,453	,001

BSQ = body shape questionnaire

18. grafikoa. GMlko eta Gorputz-itxurerekiko asebetetze-mailaren eskalako (BI) (EDf:2) emaitzak nesketan.



Mutiletan: $F(3, 534) = 8,153, p < ,0001$. Desberdintasunak talde hauetan daude: pisu normala eta baxua ($p = ,001$), pisu baxua eta gehiegizko pisua ($p = ,018$). Bi sexuetan, zenbat eta handiagoa izan GMI, orduan eta asebetetze-maila txikiagoa dago. Azterketa bera EATarekin eginda, ikusten da ez dagoela loturarik GMIren eta EATan izandako puntuazioaren artean.

EDI-2ko gorputz-itxurerekiko asebetetze faltaren eskala, puntuazio zuzena (zentil): < 10 (zentil $< 60 =$ ez da esanguratsua), $10-13$ (zentil $> 59 < 70 =$ pixka bat esanguratsua), $14-17$ (zentil $> 69 < 80 =$ esanguratsua), > 17 (zentil $> 79 =$ oso esanguratsua). Mutiletan, BI eskalako batezbestekoak normaltasunaren barruan sartzen ziren. EDI-2ko gorputzarekiko asebetetze faltaren eskalan bi sexuak alderatuz gero, ez dago estatistikaren aldetik esanguratsua den desberdintasunik.

EJN proben eta gorputz-itxuraren arteko korrelazioak

Halaber, korrelazioak egin ditugu adinaren, BSQaren, EATaren, Blaren (EDI-2) eta GMIren artean. Nesketan, GMIren korrelazio positiboak aurkitu ditugu EATarekin ($r = ,089, p = ,049$), BSQarekin ($r = ,298, p < ,0001$) eta EDI-2ko gorputz-itxurerekiko asebetetze faltaren eskalarekin ($r = ,314, p < ,0001$). Korrelazio positiboak aurkitu ditugu adinaren eta BSQaren artean ($r = 3,23, p < ,0001$) eta adinaren eta Blaren artean (EDI-2) ($r = 2,80, p < ,0001$), hau da, zenbat eta handiagoa izan adina, orduan eta handiagoa da itxura fisiokoari buruzko kezka.

Mutiletan, GMIren korrelazio positiboak aurkitu ditugu BSQarekin ($r = ,141, p = ,001$), eta EDI-2ko gorputzarekiko asebetetze faltaren eskalarekin ($r = ,204, p < ,0001$), eta korrelazio negatiboa adinaren eta EATaren artean ($r = -0,94, p = ,030$). Halaber, zenbat eta txikiagoa izan adina, orduan eta elikadura-jokabide okerragoa atzeman da.

EJNen eskalen eta gorputz-itxurari buruzko eskalen arteko korrelazioak ikus daitezke 27. eta 28. tauletan.

27. taula. Adinaren, EATaren, BSQaren, Blaren (EDI-2) eta GMIren arteko korrelazioak nesketan ($n=497$).

	adina	EAT	BSQ	BI (EDI-2)
EAT	,042			
BSQ	,323**	,669**		
BI (EDI-2)	,280**	,231**	,469**	
GMI	,317**	,089*	,298**	,314**

GMI = Gorputz-masaren indizea; EAT = Eating Attitude Test; BSQ = Body Shape Questionnaire; BI (EDI-2) = Eating Disorders Inventory-ko gorputzarekiko asebetetze faltaren eskala.
 ** $p < ,001$; * $p < ,05$

28. taula. Adinaren, EATaren, BSQaren, Blaren (EDI-2) eta GMIn arteko korrelazioak mutiletan (n=535).

	edad	EAT	BSQ	InC (EDI-2)
EAT	-,094*			
BSQ	-,032	,615**		
InC (EDI-2)	,075	,216**	,388**	
IMC	,307**	-,047	,141**	,204**

IMC = Indice de Masa Corporal; EAT = Eating Attitude Test;
BSQ = Body Shape Questionnaire; InC (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory.
** $p < ,001$; * $p < ,005$

Adina eta GMI hainbat aldagairen araberakoak direla ikusitakoan, korrelazioak egin ditugu BSQaren, EATaren eta Blaren artean, adina eta GMI kontrolatuz. Hartara, korrelazio esanguratsuak aurkitu ditugu eskala guztietan, bi sexuetan. Ikus 29. eta 30. taulak.

29. taula. BSQaren, EATaren eta Blaren arteko korrelazioak nesketan, adina eta GMI kontrolatuz (n = 492).

	EAT	BSQ
BSQ	,695**	
BI (EDI-2)	,216**	,383**

GMI = Gorputz-masaren indizea; EAT = Eating Attitude Test;
BSQ = Body Shape Questionnaire; BI (EDI-2) = Eating Disorders Inventory-ko gorputzarekiko asebetetze faltaren eskala. ** $p < ,001$

30. taula. BSQaren, EATaren eta Blaren arteko korrelazioak mutiletan, adina eta GMI kontrolatuta (n = 531).

	EAT	BSQ
BSQ	,626**	
InC (EDI-2)	,232**	,373**

GMI = Gorputz Masaren Indizea; EAT = Eating Attitude Test.;
BSQ = Body Shape Questionnaire; BI (EDI-2) = Eating Disorders Inventory-ko gorputzarekiko asebetetze faltaren eskala. ** $p < ,001$

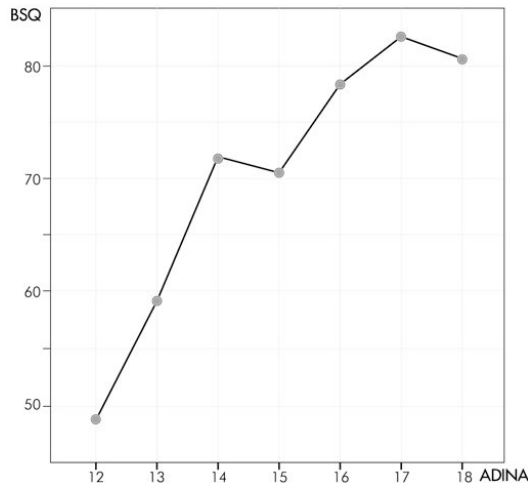
Adinen araberako alderaketa

Bariantzaren aldagai anitzeko azterketa (MANOVA) egin zen, adina EATko, BSQko, Blko RSEko eta TAS-20ko puntuazioei lotzen zitzaizen ikusteko. Adinaren aldagaia talde arteko faktoreen artean sartu zenean, adinaren efektu orokorra esanguratsua izan zen: neskentzat [Wilks-en lambda = ,697, $F(30, 1946) = 6,120$, $p < ,0001$], eta mutilentzat [Wilks-en lambda = ,905, $F(30, 2098) = 1,764$, $p = ,007$].

EATko, BSQko eta Blko (EDI-2) batezbestekoak adinen artean alderatuz gero, honako hauek lortzen dira, sexuak bereizita: EATan estatistikaren aldetik desberdintasun esanguratsuak daude taldeen artean, baina desagertu egiten dira Scheffé-ren post hoc proban. Aurkitu dugu nesketan estatistikaren aldetik esanguratsuak diren desberdintasunak daudela BSQan, $F(6, 496) = 11,176$, $p < ,0001$; Scheffé-ren post hoc proba egindakoan, ikusten da desberdintasun horiek 12 eta 14 urteen artean ($p = ,007$), 15 ($p = ,018$), 16 ($p < ,0001$) 17 ($p < ,0001$) eta 18 urteen artean ($p < ,0001$) gertatzen direla, bai eta 13 eta 17 urteen artean ($p = ,001$) eta 13 eta 18 urteen artean ere ($p = ,039$).

Nesken artean, zenbat eta handiagoa izan adina, orduan eta ardurua handiagoa sortzen du itxurak. Batezbestekoek gora egiten dute 14 urtetatik aurrera, eta normaltasuna gainditzen dute 17 eta 18 urte bitartean. (Ikus 19. grafikoa).

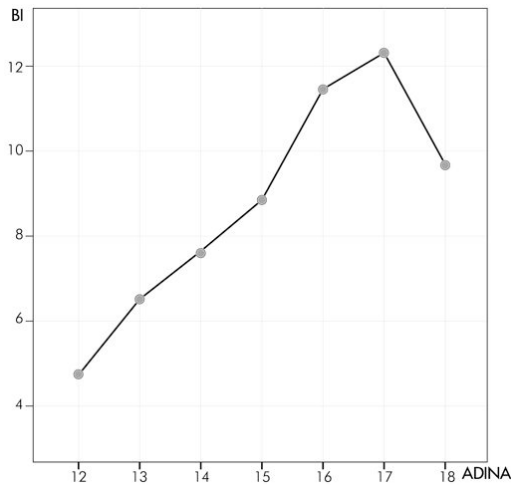
19. grafikoa. Body Shape Questionnaire-ko (BSQ) emaitzak, nesken adinaren arabera.



BI eskalan (EDI-2), estatistikaren aldetik esanguratsuak diren aldeak ere aurki daitezke $F(6, 496) = 9,344$, $p < ,0001$. Scheffé-ren post hoc proba egindakoa, 12 eta 16 urte bitartean ($p < ,0001$), 12 eta 17 bitartean ($p < ,0001$) eta 12 eta 18 urte bitartean ($p = ,042$) aurkitzen dira aldeak. Mutilen artean, 13 eta 16 ($p = ,026$), eta 13 eta 17 urte bitartean ($p = ,002$); bai eta 14 eta 17 ($p = ,026$) urte bitartean ere.

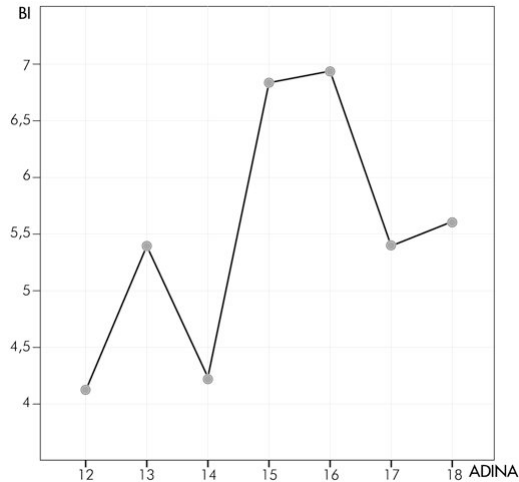
Nesken kasuan, zenbat eta handiagoa izan adina, orduan eta gehiago arduratzen ditu itxurak, bereziki 16 eta 17 urte bitartean; hain zuzen, adin horietan batezbestekoek normaltasuna gainditzen dute. (Ikus 20. grafikoa).

20. grafikoa. EDI-2-ko (BI) gorputzarekiko asebetetze faltaren eskalako emaitzak, nesken adinen arabera.



Mutiletan, estatistikaren aldetik alde esanguratsuak daude Blan (EDI-2) $F(6, 534) = 2,170$, $p = ,044$, baina, Scheffé-ren post hoc proba egindakoan, ez dugu alde esanguratsurik aurkitzen. 4. grafikoa ikusten da gorputz-irudiarekiko asebetetze falta handiagoa dela 15-16 urte bitartean, eta txikiagoa dela gero. Batezbestekoak normaltasunaren barruan daude. Ikus 21. grafikoa.

21. grafikoa. EDI-2-ko (BI) gorputzarekiko asebetetze faltaren eskalako emaitzak, mutilen adinen arabera.



Alderaketa, ikastegi-motaren arabera: publikoa/pribatua

Ikastegi publikoetako eta pribatuetako janariarekiko eta gorputz-itxurarekiko jarreraren probak alderatzean, ez da aurkitu estatistikaren aldetik esanguratsua den desberdintasunik EATan eta BSQan, bi sexuetarako. EDI-2ko Blan honako hauek aurkitu ditugu: nesketan, $\chi^2 = 21,817$, g.l. 3, $p < ,0001$. Mutiletan, $\chi^2 = 30,818$, g.l. 3, $p < ,0001$. Bi kasuetan, ikastegi pribatuetan kasu patologikoen ehunekoa txikiagoa da.

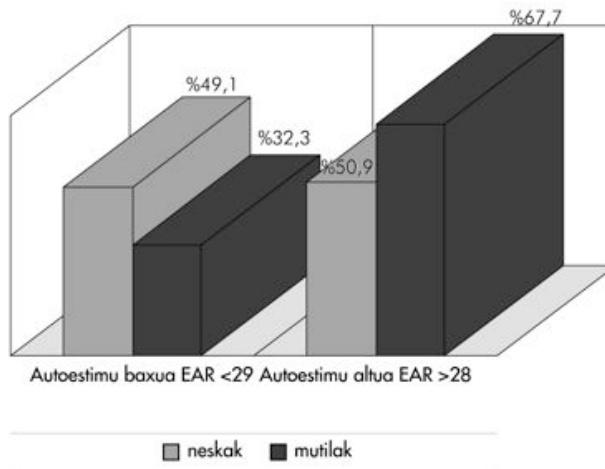
GMIri dagokionez, hau aurkitu dugu: nesketan, $\chi^2 = 25,930$, g.l. 3, $p < ,0001$. Mutiletan, $\chi^2 = 16,598$, g.l. 3, $p = ,001$. Bi kasuetan, ikastegi pribatuetan pisu baxuaren eta behar baino pisu baxuagoaren ehunekoa handiagoa da, eta ikastegi publikoetan, berriz, pisu normalaren eta gehiegizko pisuaren ehunekoa da handiagoa.

Ikastegi publikoen eta pribatuen artean EATko, BSQko eta BIko (EDI-2) batezbestekoak alderatzean, ez dago estatistikaren aldetik esanguratsua den desberdintasunik EATan. Nesketan: BSQ ($t = 2,977$, g.l., 495, $p = ,003$), eta BI (EDI-2) ($t = 5,391$, g.l., 490,449, $p < ,0001$). Mutiletan: BI (EDI-2) ($t = 5,684$, g.l., 412,070, $p < ,0001$). Asebetetze faltarik handiena ikastegi publikoetan gertatzen da, agian, ikastegi publikoetan pisu normalaren eta gehiegizko pisuaren ehunekoa handiagoa delako.

3. Autoestimuairen gaineko emaitzak

28ko ebakitze-puntua erabilita, ikusten da 244 neskak (% 49,1) eta 173 mutilek (% 32,3) autoestimu baxua dutela. Ikus 22. grafikoa.

22. grafikoa. Autoestimu altuko eta baxuko ehunekoak, Rosenbergen autoestimu-eskalarekin (EAR).



Alderaketak, generoaren arabera

Sexuen artean autoestimu altua/baxua alderatzen baditugu, ikusten dugu autoestimu baxuaren ehunekoa handiagoa dela nesken artean: $\chi^2 = 30,029$, g.l. 1, $p < ,0001$.

Autoestimuairen eskalako batezbestekoak alderatzean, ikusten da nesken batezbestekoak txikiagoak direla ($t = -5,119$, g.l. 1030, $p < ,0001$). Ikus 31. taula.

31. taula. RSEen sexu arteko alderakea.

		N	Btz. bestekoa	D. t.	t	g.l.	Sig.
RSE	neska	497	29,38	4,721			
	mutila	535	30,82	4,302	-5,119	1030	,000

Alderaketa, adinaren arabera

Adinen artean sexuak bereizita autoestimua eskalako batezbestekoak alderatuta: nesketan $F(6, 496) = 9,433, p < ,0001$ ikusten da; Scheffé-ren post hoc proba eginda ikusten da 12 urtetik 17ra ($p = ,012$); 13 urtetik 17ra ($p = ,021$); 14 urtetik 15era ($p = ,012$), 16ra ($p = ,0001$) eta 17ra ($p = ,0001$); eta 15 urtetik 17ra ($p = ,001$) eta 18ra ($p = ,021$) daudela alderik nabarmenenak. Autoestimuak behera egiten du adinean aurrera egin ahala.

Mutiletan ez dago estatistikaren aldetik esanguratsua den alderik adinean eta autoestimuan.

Alderaketa, ikastegi-motaren arabera: publikoa/pribatua

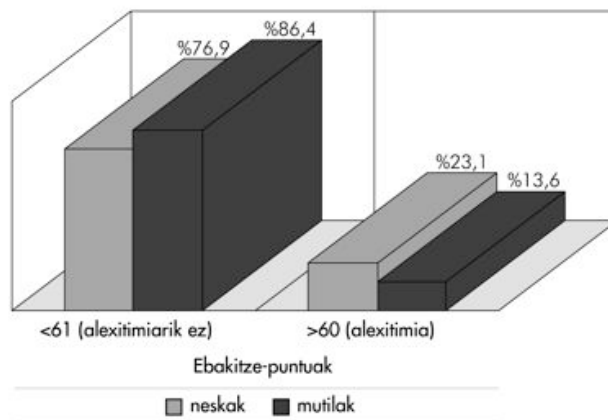
Autoestimua eskalan hau ikusten da: nesketan, khi karratua = 40,763, *g.l.* 1, $p < ,0001$. Mutiletan, khi karratua = 28,154, *g.l.* 1, $p < ,0001$. Bi kasuetan, ikastegi pribatuetan txikiagoa da autoestimu baxuko kasuen ehunekoa.

Autoestimua eskalako batezbestekoak alderatzean, ikusten da ikastegi publikoetako nesken batezbestekoak txikiagoak direla ($t = -5,788, g.l. 457,133, p < ,0001$). Mutiletan, emaitzak antzekoak dira ($t = -3,129, g.l. 533, p = ,002$).

4. Alexitimiari buruzko emaitzak

Alexitimian, TAS-20 eskala eta 60ko ebakitze-puntua erabiliz (Taylor eta beste batzuk, 1996), ikusten dugu 115 neskak (% 23,1) eta 73 mutilek (% 13,6) alexitimia dutela. Ikus 23. grafikoa.

23. grafikoa. Alexitimia-kasuak (TAS-20).



Alderaketa, generoaren arabera

Alexitimia/alexitimiarik ez aukeran generoak alderatuz gero, alexitimia-portzentaje handiagoa dago nesken artean: $\chi^2 = 15,588$, g.l. 1, $p < ,0001$.

TAS-20 eskalako batezbestekoak eta faktoreak aztertzean, $t = 3,254$, g.l. 1003,856; $p = ,001$ dela ikusten dugu. F1en, $t = 7,420$, g.l. 1002,272; $p < ,0001$. F2n, $t = 4,127$, g.l. 1004,824; $p < ,0001$. F3n, $t = -6,115$, g.l. 1030; $p < ,0001$. Nesken batezbestekoak altuagoak dira TAS-20 eskalan, F1en eta F2n. Mutilenak, aldiz, F3n (kanporanzko pentsamendua). Ikus 32. taula.

32. taula. Mutilen eta nesken arteko alderaketa TAS-20 eskalan.

	Sexua	N	Btz. bestekoa	D.t.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
TAS-20	neska	497	51,75	11,259			
	mutila	535	49,56	10,309	3,254	1003,856	,001
F1	neska	497	17,69	6,175			
	mutila	535	14,96	5,626	7,420	1002,272	,000
F2	neska	497	13,71	4,656			
	mutila	535	12,56	4,277	4,127	1004,824	,000
F3	neska	497	20,35	4,499			
	mutila	535	22,05	4,400	-6,115	1030	,000

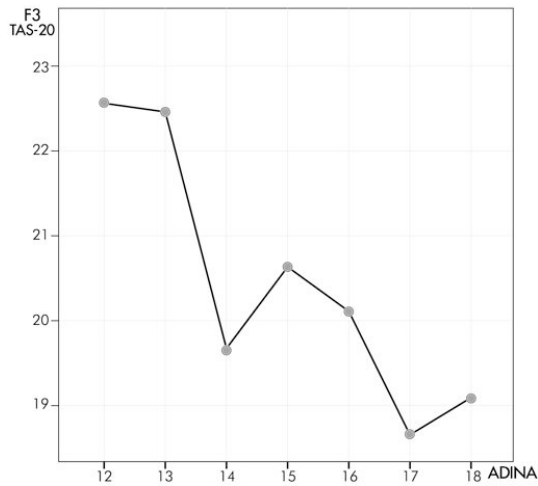
TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale; F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea.

Alderaketa, adinaren arabera

TAS-20 eskalako batezbestekoak adinen arabera alderatuz eta sexuka bereiziz, ikus daiteke nesketan adin batetik bestera ez dagoela estatistikaren aldetik aparteko garrantzia duen alderik TAS-20 eskalan. F2n: $F(6, 496) = 3,075$, $p = ,006$; Schefféren post hoc proba egitean, desberdintasunak desagertu egiten dira.

F3n: $F(6, 496) = 9,497$, $p < 0,000$; Schefféren post hoc proba egitean, ikusten dugu 12 eta 14 urtekoen artean $p < ,025$ dela; 12 eta 17 urtekoen artean $p < ,0001$; 12 eta 18 urtekoen artean $p = 0,001$; 13 eta 14 urtekoen artean $p = ,049$, 13 eta 17 urtekoen artean $p < ,0001$; eta 13 eta 18 urtekoen artean $p = ,03$. Zenbat eta adin txikiagoa izan, orduan eta handiagoa izango da kanporanzko pentsamendua. Ikus 24. grafikoa.

24. grafikoa. TAS-20 eskalako 3. faktorea eta nesken adina.

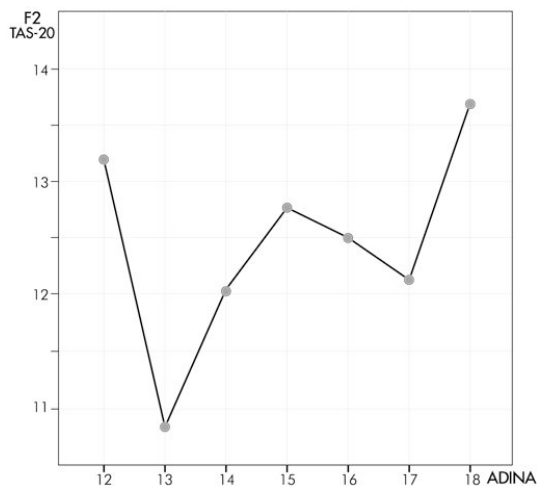


Mutiletan, TAS-20 eskalan ez dago estatistikaren aldetik garrantzia duen alderik adinen artean. F1en: $F(6, 534) = 3,039$, $p = ,006$; Schefféren post hoc proba egitean, desberdintasunak desagertu egiten dira.

F2n: $F(6, 534) = 3,868$, $p = ,001$; Schefféren post hoc proba egitean, ikusten da alderik handiena 13 eta 18 urtekoen artean dagoela ($p = ,003$), eta sentimenduak deskribatzeko zailtasuna handiagoa dela 18 urtekoen artean.

F3n: $F(6, 534) = 2,468$, $p = 0,023$; Schefféren post hoc proba egitean, desberdintasunak desagertu egiten dira. Ikus 25. grafikoa.

25. grafikoa. TAS-20 eskalako 2. faktorea eta mutilen adina.



Alderaketa, eskola-motaren arabera: publikoa-pribatua

TAS-20 eskalan ikusten dugu: nesketan, khi karratua = 6,056, *g.l.* 1, $p = ,014$; alexitimia duten nesken portzentaje altuagoa eskola publikoan. Mutiletan, aldeak ez du aparteko garrantzirik estatistikari dagokionez.

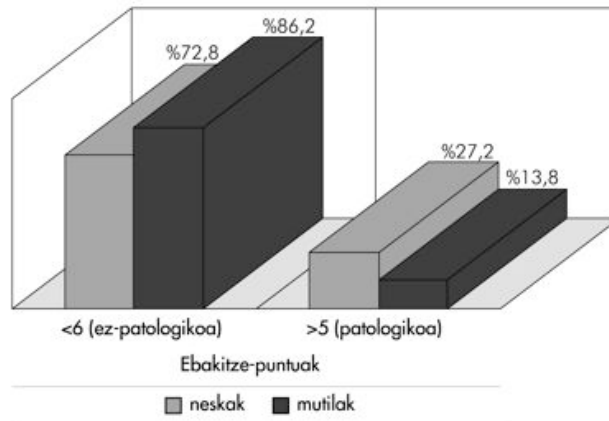
TAS-20 eskalako batezbestekoak eta faktoreak alderatzen, nesketan hau ikusten dugu: 1. faktorean, $t = 3,685$, *g.l.* 495, $p < ,0001$; 2. faktorean, $t = 3,748$, *g.l.* 495, $p < ,0001$; 3. faktorean, $t = -4,425$, *g.l.* 495, $p < ,0001$. Eskola publikoko neskei zailagoa gertatzen zaie emozioak bereiztea eta adieraztea, baina kanporanzko pentsamendua txikiagoa da haiengan.

Mutiletan, hauek dira emaitzak: TAS-20 eskalan, $t = 2,626$, *g.l.* 533, $p = ,009$. F1en, $t = 2,550$, *g.l.* 533, $p = ,011$. F2n, $t = 3,144$, *g.l.* 533, $p = 0,002$. Eskola pribatuko mutilen batezbestekoak baxuagoak dira.

5. Osasun mentalarri buruzko emaitzak (morbiditate psikiatrikoa)

General Health Questionnaire-ren (GSQ-28) puntuazioetan 5etik gora zeuden (patologikoa): 135 neska (% 27,2) eta 74 mutil (% 13,8). Ikus 26. grafikoa.

26. grafikoa. Kasu patologikoak General Health Questionnaire (GHQ-28).



Alderaketa, generoaren arabera

GHQn patologikoa/ez-patologikoa aukeran generoak alderatuz gero, kasu patologikoen portzentaje handiagoa dago nesken artean: $\chi^2 = 28,352$, g.l. 1, $p < ,0001$.

GHQko batezbestekoak alderatzean, ikusten dugu $t = 6,557$, g.l. 803,046, $p < ,0001$ dela. A faktorean (sintoma somatikoak), $t = 6,817$, g.l. 838,233; $p < ,0001$ da. B faktorean (antsietatea eta insomnia), $t = 6,739$, g.l. 851,564; $p < ,0001$ da. C faktorean (disfuntzio soziala), $t = 3,889$, g.l., 873 $p < ,0001$ da. D faktorean (depresio larria), $t = 4,032$, g.l., 902,350 $p < ,0001$ da. Nesken batezbestekoak altuagoak dira orokorrean eta faktoreetan. (Ikus 33. taula).

33. taula. Generoen alderaketa General Health Questionnaireko (GHQ-28) faktoreetako batezbestekoetan.

	Sexua	N	Btz. Bestekoa	D.t.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GHQ-A	neska	497	1,18	1,726			
	mutila	535	,55	1,115	6,817	838,233	,000
GHQ-B	neska	497	1,14	1,648			
	mutila	535	,55	1,092	6,739	851,564	,000
GHQ-C	neska	497	,80	1,430			
	mutila	535	,50	,987	3,889	873,000	,000
GHQ-D	neska	497	1,00	1,809			
	mutila	535	,60	1,319	4,032	902,350	,000
GHQ	neska	497	4,11	5,620			
	mutila	535	2,19	3,392	6,557	803,046	,000

Alderaketa, adinaren arabera

Alderatu GHQko batezbestekoak adinen artean, sexuak bereiziz. Nesketan, GHQa guztira kontuan hartuta, hauek dira emaitzak: $F(6, 496) = 7,567$, $p = ,006$; Schefféren post hoc proba egitean, ikusten dugu 12 eta 17 urtekoen artean $p < ,0001$ dela; 12 eta 18 urtekoen artean $p = ,002$; 13 eta 17 urtekoen artean $p = ,003$; eta 13 eta 18 urtekoen artean $p = ,032$. Zenbat eta handiagoa izan adina, orduan eta eskasagoa da osasun mentala.

A faktorean: $F(6, 496) = 5,556$, $p = ,0001$; Schefféren post hoc proba egitean, ikusten da 12 eta 17 urtekoen arteko aldea $p = ,002$ dela, eta 13 eta 17 urtekoen arteko aldea $p = ,001$.

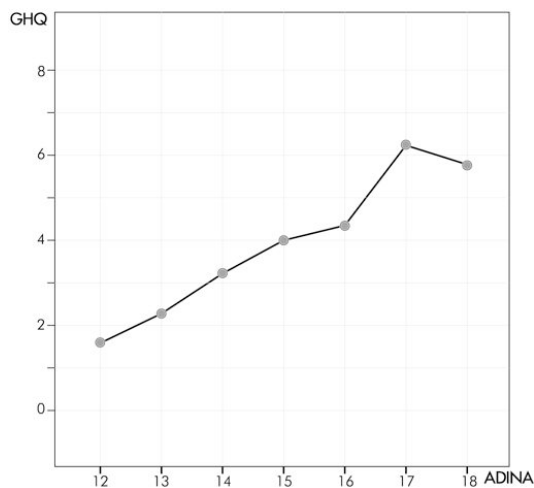
B faktorean: $F(6, 496) = 8,516$, $p < ,0001$; Schefféren post hoc proba egitean, ikusten dugu 12 eta 17 urtekoen artean $p < ,0001$ dela; 12 eta 18 urtekoen artean $p = ,001$; 13 eta 17 urtekoen artean $p = ,001$; 13 eta 18 urtekoen artean $p = ,015$; eta 14 eta 17 urtekoen artean $p = ,035$.

C faktorean: $F(6, 496) = 5,085$, $p = ,0001$; Schefféren post hoc proba egitean, ikusten da 12 eta 17 urtekoen arteko aldea $p = ,002$ dela.

D faktorean: $F(6, 496) = 4,188$, $p < ,0001$; Schefféren post hoc proba egitean, ikusten da 12 eta 17 urtekoen arteko aldea $p = ,017$ dela, eta 12 eta 18 urtekoen arteko aldea $p = 0,032$.

Mutiletan ez dago alde nabarmenik GHQan eta faktoreetan, adinaren arabera.

27. grafikoa. General Health Questionnaire (GHQ) eta adina nesketan.



Alderaketa, eskola-motaren arabera: publikoa-pribatua

Nesketan, B faktoreak (antsietatea eta insomnioa), C faktoreak (disfuntzio soziala), D faktoreak (depresio larria) eta GHQ osoak puntuazio baxuagoak eta osasun mental hobea erakusten dituzte eskola pribatuetan. Ikus 38. taula.

38. taula. Eskola publikoen eta pribatuen arteko alderaketa General Health Questionnaire (GHQ), eta faktoreak nesketan.

	Eskola-mota	N	Btz. bestekoa	Dt	t	gl	Sig.
B	E. publikoa	270	1,31	1,810			
	E. pribatua	227	,93	1,408	2,585	492,118	,010
C	E. publikoa	270	,95	1,591			
	E. pribatua	227	,62	1,189	2,652	488,506	,008
D	E. publikoa	270	1,29	2,048			
	E. pribatua	227	,65	1,401	4,148	476,264	,000
GHQ	E. publikoa	270	4,80	6,364			
	E. pribatua	227	3,28	4,455	3,132	479,911	,002

GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; B = B faktorea; C = C faktorea; D = D faktorea.

Mutiletan, A faktoreek (sintoma somatikoak) eta B faktoreek (antsietatea eta insomnioa) puntuazio baxuagoak dituzte, eta eskola publikoetako mutilen osasun mentala hobea da. Ikus 39. taula.

39. taula. Eskola publikoen eta pribatuen arteko alderaketa General Health Questionnaire (GHQ), eta faktoreak mutiletan.

	Eskola-mota	N	Btz. bestekoa	Dt	t	gl	Sig.
A	E. publikoa	231	,43	1,018			
	E. pribatua	304	,65	1,176	-2,308	523,964	,021
B	E. publikoa	231	,43	,934			
	E. pribatua	304	,63	1,192	-2,244	532,490	,025

A = A faktorea; b = B faktorea; GHQ = General Health Questionnaire.

6. Osasun mentalaren egoeraren eta beste zenbait aldagaien arteko alderaketa

GHQan 5etik gorako puntuazioa dutenak eta EATan, BSQan, Blan, autoestimuan, TAS-20 eskalan eta faktoreetan ótik beherakoa lortu dutenak alderatuz gero, estatistikaren aldetik garrantzia duten aldeak ikusten ditugu bi generoetan eskala guztietan, TAS-20 eskalako 3. faktorean izan ezik. Bi generoetan, batezbestekoak altuagoak dira kasu patologikoetan GHQan: EATan, BSQan, Blan, TAS eskalan eta faktoreetan, autoestimua baxuagoa da. (Ikus 40. eta 41. taulak).

40. taula. GSQ-28ko patologikoa/ez-patologikoa taldeen arteko alderaketa EATan, BSQan, Blan, RSEan eta TAS-20 eskalan, eta faktoreak nesketan.

	GHQ	N	Btz. bestekoa	D.T.	t	gl	Sig.
EAT	<6	362	10,31	7,043			
	>5	135	20,45	17,343	-6,592	150,777	,000
BSQ	<6	362	60,66	26,079			
	>5	135	100,59	40,642	-10,626	176,763	,000
BI	<6	362	8,23	7,853			
	>5	135	11,36	8,058	-3,923	495	,000
RSE	<6	362	30,1160	4,55898			
	>5	135	27,4222	4,60445	-3,877	234,812	,000
F1	<6	362	15,99	5,523			
	>5	135	22,27	5,474	-11,316	495	,000
F2	<6	362	12,86	4,373			
	>5	135	15,99	4,641	-6,976	495	,000
F3	<6	362	20,36	4,455			
	>5	135	20,32	4,631	,102	495	,919
TAS	<6	362	49,21	10,366			
	>5	135	58,58	10,741	-8,733	232,822	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20;
 F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea;
 GHQ-28 = General Health Questionnaire; BSQ= Body Shape Questionnaire;
 BI = Body Insatisfaction (EDI-2); RSE= Rosenberg self-esteem scale.

41. taula. GSQ-28ko patologikoa/ez-patologikoa taldeen arteko alderaketa EATan, BSQan, Blan, RSEan eta TAS-20 eskalan, eta faktoreak mutiletan.

	GHQ	N	Btz. Bestekoa	D.T.	t	gl	Sig.
EAT	<6	461	9,88	6,739			
	>5	74	19,18	16,448	-4,797	76,979	,000
BSQ	<6	461	46,79	19,540			
	>5	74	75,47	39,528	-6,124	78,820	,000
BI	<6	461	5,13	6,369			
	>5	74	7,97	7,110	-3,233	92,777	,002
RSE	<6	461	31,2191	4,13965			
	>5	74	28,3514	4,50094	5,464	533	,000
F1	<6	461	14,23	5,257			
	>5	74	19,50	5,756	-7,899	533	,000
F2	<6	461	12,20	4,200			
	>5	74	14,74	4,122	-4,840	533	,000
F3	<6	461	22,01	4,334			
	>5	74	22,28	4,819	-,499	533	,618
TAS	<6	461	48,44	9,873			
	>5	74	56,53	10,301	-6,499	533	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea; GHQ-28 = General Health Questionnaire; BSQ= Body Shape Questionnaire; BI = Body Insatisfaction (EDI-2); RSE= Rosemberg self-steem scale.

7. EAT talde patologikoen eta ez-patologikoen arteko alderaketak

EATan puntuazio patologikoak dituzten nesketan, gainerako eskaletako batezbestekoak eta faktoreak estatistikoki handiagoak dira (ikus 42. taula).

42. taula. EATko patologikoa/ez-patologikoa taldeen arteko alderaketa BSQan, Blan, RSEan, TAS-20 eskalan eta GSQ-28an, eta faktoreak nesketan.

	EAT	N	Btz. bestekoa	D.t.	t	gl	Sig.
BSQ	<31	461	65,89	29,247			
	>30	36	143,42	28,981	-15,327	495	,000
BI	<31	461	8,58	7,834			
	>30	36	15,47	7,762	-5,089	495	,000
RSA	<31	461	29,6052	4,54259			
	>30	36	26,5556	5,98782	-5,635	37,210	,000
F1	<31	461	17,11	5,854			
	>30	36	25,11	5,392	-7,936	495	,000
F2	<31	461	13,44	4,530			
	>30	36	17,06	5,008	-4,570	495	,000
F3	<31	461	20,22	4,437			
	>30	36	22,00	5,009	-2,292	495	,022
TAS	<31	461	50,78	10,754			
	>30	36	64,17	10,286	-7,213	495	,000
GHQ-A	<31	461	,98	1,516			
	>30	36	3,67	2,268	-6,986	37,481	,000
GHQ-B	<31	461	,96	1,480			
	>30	36	3,39	2,018	-7,071	37,995	,000
GHQ-C	<31	461	,66	1,275			
	>30	36	2,58	2,020	-5,635	37,210	,000
GHQ-D	<31	461	,75	1,474			
	>30	36	4,14	2,620	-7,660	36,750	,000
GHQ	<31	461	3,35	4,720			
	>30	36	13,78	7,152	-8,602	37,418	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea; GHQ-28 = General Health Questionnaire; GHQA = sintoma somatikoak; GHQB = antsietatea eta insomnia; GHQC = disfunzio soziala; GHQD = depresio larria; BSQ= Body Shape Questionnaire; BI; RSE= Rosenberg self-esteem scale.

Mutilen emaitzak 43. taulan daude.

43. taula. EATko patologikoa/ez-patologikoa taldeen arteko alderaketa BSQan, Blan, RSEan, TAS-20 eskalan eta GSQ-28an, eta faktoreak mutiletan.

	EAT	N	Btz. Bestekoa.	D.T.	t	gl	Sig.
BSQ	<31	522	48,93	21,294			
	>30	13	124,08	53,450	-5,059	12,095	,000
BI	<31	522	5,30	6,357			
	>30	13	14,54	7,795	-5,145	533	,000
RSA	<31	522	30,8927	4,28943			
	>30	13	28,0000	4,02078	2,405	533	,017
F1	<31	522	14,91	5,637			
	>30	13	16,92	4,974	-1,275	533	,203
F2	<31	522	12,52	4,267			
	>30	13	14,08	4,573	-1,300	533	,194
F3	<31	522	22,00	4,412			
	>30	13	23,77	3,655	-1,430	533	,153
TAS	<31	522	49,43	10,278			
	>30	13	54,77	10,631	-1,848	533	,065
GHQ-A	<31	522	,52	1,065			
	>30	13	2,08	1,891	-2,965	12,190	,012
GHQ-B	<31	522	,52	1,057			
	>30	13	1,77	1,691	-2,661	12,235	,020
GHQ-C	<31	522	,48	,962			
	>30	13	1,15	1,625	-1,487	12,210	,162
GHQ-D	<31	522	,56	1,269			
	>30	13	2,15	2,193	-2,611	12,201	,022
GHQ	<31	522	2,07	3,210			
	>30	13	7,15	6,108	-2,990	12,166	,011

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = sintoma somatikoak; GHQB = antsietatea eta insomnioa; GHQC = disfunzio soziala; GHQD = depresio larria; BSQ= Body Shape Questionnaire, BI; RSE= Rosemberg self-steem scale.

8. Alexitimia duten/ez duten taldeen arteko alderaketa

Alexitimia dutenen eta ez dutenen arteko kasuak alderatzean, 44. eta 45. tauletan ikus dezakegu batezbestekoak kaxkarragoak direla bi generoetako alexitimikoetan eskala eta faktore guztietan, eta hori garrantzitsua da.

44. taula. Alexitimia dutenen/ez dutenen arteko alderaketa EATan, BSQan, Blan, autoestimuan eta GSQ-28an, eta faktoreak nesketan.

	TAS-20	N	Btz. Bestekoa	D.T.	t	gl	Sig.
BSQ	< 61	382	64,80	30,466			
	> 60	115	93,79	41,426	-6,960	152,934	,000
BI	< 61	382	8,58	8,021			
	> 60	115	10,73	7,840	-2,535	495	,012
RSE	< 61	382	30,0236	4,73796			
	> 60	115	27,2609	4,00676	6,203	218,588	,000
GHQ-A	< 61	382	,94	1,549			
	> 60	115	1,95	2,038	-4,882	155,700	,000
GHQ-B	< 61	382	,80	1,370			
	> 60	115	2,25	1,977	-7,357	148,395	,000
GHQ-C	< 61	382	,49	1,057			
	> 60	115	1,81	1,955	-6,923	134,622	,000
GHQ-D	< 61	382	,57	1,259			
	> 60	115	2,41	2,516	-7,543	131,593	,000
GHQ	< 61	382	2,81	4,331			
	> 60	115	8,42	7,096	-8,037	140,477	,000
EAT	< 61	382	11,21	8,902			
	> 60	115	19,25	16,859	-4,915	133,659	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = sintoma somatikoak; GHQB = antsietatea eta insomnioa; GHQC = disfuntzio soziala; GHQD = depresio larria; BSQ= Body Shape Questionnaire, BI; RSE= Rosenberg self-esteem scale.

45. taula. Alexitimia dutenen/ez dutenen arteko alderaketa EATan, BSQan, Blan, RSEan eta GSQ-28an, eta faktoreak mutiletan.

	TAS-20	N	Btz. Bestekoa	D.T.	t	gl	Sig.
BSQ	< 61	462	48,85	22,836			
	> 60	73	62,79	35,255	-6,960	152,934	,000
BI	< 61	462	5,23	6,424			
	> 60	73	7,40	7,019	-2,535	495	,012
Autoestimua	< 61	462	31,2143	4,20148			
	> 60	73	28,3425	4,13057	5,671	495	,000
GHQ-A	< 61	462	,50	1,041			
	> 60	73	,89	1,468	-4,882	155,700	,000
GHQ-B	< 61	462	,46	1,023			
	> 60	73	1,07	1,347	-7,357	148,395	,000
GHQ-C	< 61	462	,43	,885			
	> 60	73	,95	1,403	-6,923	134,622	,000
GHQ-D	< 61	462	,47	1,111			
	> 60	73	1,44	2,041	-7,543	131,593	,000
GHQ	< 61	462	1,85	3,001			
	> 60	73	4,34	4,718	-8,037	140,477	,000
EAT	< 61	462	10,78	8,403			
	> 60	73	13,62	13,484	-4,915	133,659	,000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = sintoma somatikoak; GHQB = antsietatea eta insomnia; GHQC = disfuntzio soziala; GHQD = depresio larria; BSQ= Body Shape Questionnaire, BI, RSE=Rosemberg self-esteem scale.

9. Gaixotasun fisikoa duten/ez duten taldeen arteko alderaketa

46. taulan ikus dezakegu gaixotasun fisikoa dutenen eta ez dutenen arteko kasuak alderatzean batezbestekoak eskasagoak direla nesketan, eta estatistikoki garrantzia duela horrek, EATan, GHQan eta faktoreetan gaixotasun fisikoa dutenetan.

46. taula. Gaixotasun fisikoa dutenen/ez dutenen arteko alderaketa nesketan.

	Gaixotasun fskoa.	N	Btz. Bestekoa.	D.T	t	Gl	Sig.
EAT	ez	421	12,61	11,244			
	bai	76	15,63	13,965	-2,076	495	,038
BSQ	ez	421	70,35	34,520			
	bai	76	77,92	39,900	-1,717	495	,087
BI	ez	421	9,14	7,997			
	bai	76	8,75	8,216	,385	495	,700
RSE	ez	421	29,4846	4,73416			
	bai	76	28,8289	4,64295	1,114	495	,266
GHQ-A	ez	421	1,06	1,627			
	bai	76	1,82	2,096	-2,988	92,008	,004
GHQ-B	ez	421	1,04	1,597			
	bai	76	1,68	1,820	-2,900	96,969	,005
GHQ-C	ez	421	,73	1,357			
	bai	76	1,18	1,741	-2,174	92,152	,032
GHQ-D	ez	421	,89	1,752			
	bai	76	1,59	2,008	-2,855	96,704	,005
GHQ	ez	421	3,71	5,393			
	bai	76	6,28	6,355	-3,703	495	,000
F1	ez	421	17,58	6,180			
	bai	76	18,34	6,153	-,994	495	,321
F2	ez	421	13,66	4,641			
	bai	76	13,97	4,761	-,544	495	,587
F3	ez	421	20,34	4,452			
	bai	76	20,39	4,781	-,090	495	,929
TAS	ez	421	51,58	11,313			
	bai	76	52,71	10,983	-,806	495	,421

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = sintoma somatikoak; GHQB = antsietatea eta insomnia; GHQC = disfuntzio soziala; GHQD = depresio larria; BSQ= Body Shape Questionnaire, BI; RSE=Rosemberg self-steem scale.

47. taulan ikus daiteke mutilek beren gorputzirudiarekiko duten asegabetasuna handiagoa dela, baita gaixotasun fisikoren bat dutenek sentimenduak identifikatzeko duten zailtasuna ere.

47. taula. Gaixotasun fisikoa dutenen/ez dutenen arteko alderaketa mutiletan.

	Gaixotasun fskoa.	N	Btz. Bestekoa.	D.T	t	GI	Sig.
EAT	ez	454	10,94	9,559			
	bai	81	12,41	7,592	-1,305	533	,192
BSQ	ez	454	49,97	25,358			
	bai	81	55,17	24,752	-1,708	533	,088
BI	ez	454	5,29	6,500			
	bai	81	6,86	6,667	-2,002	533	,046
RSE	ez	454	30,7401	4,25908			
	bai	81	31,2840	4,53937	-1,048	533	,295
GHQ-A	ez	454	,54	1,107			
	bai	81	,65	1,164	-,885	533	,377
GHQ-B	ez	454	,55	1,098			
	bai	81	,54	1,061	,023	533	,982
GHQ-C	ez	454	,50	1,005			
	bai	81	,49	,882	,033	533	,973
GHQ-D	ez	454	,57	1,274			
	bai	81	,78	1,541	-1,167	100,442	,246
GHQ	ez	454	2,15	3,379			
	bai	81	2,47	3,472	-,791	533	,429
F1	ez	454	14,74	5,532			
	bai	81	16,17	6,018	-2,115	533	,035
F2	ez	454	12,49	4,286			
	bai	81	12,91	4,231	-,819	533	,413
F3	ez	454	22,02	4,368			
	bai	81	22,22	4,602	-,389	533	,697
TAS	ez	454	49,25	10,252			
	bai	81	51,31	10,516	-1,659	533	,098

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = 1. faktorea; F2 = 2. faktorea; F3 = 3. faktorea; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = sintoma somatikoa; GHQB = antsietatea eta insomnioa; GHQC = disfuntzio soziala; GHQD = depresio larria; BSQ= Body Shape Questionnaire, BI; RSE= Rosenberg self-esteem scale.

10. Hazkuntza-arauei buruzko emaitzak

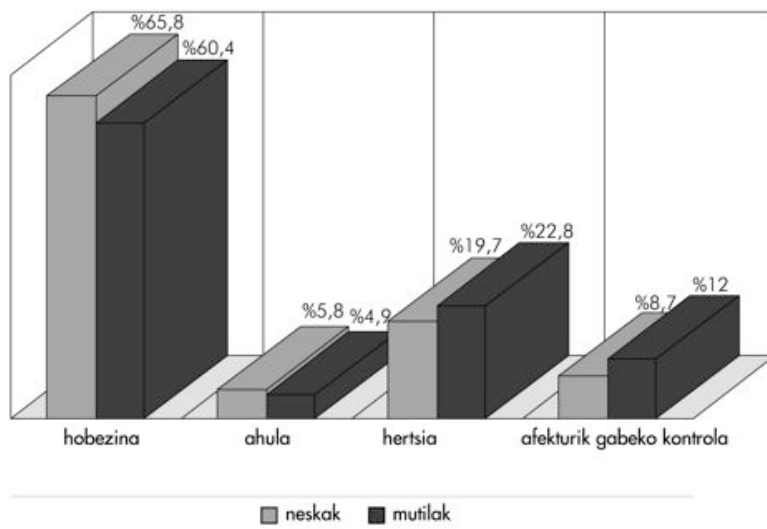
Hauek dira nesken batezbestekoak: amaren zaintzan: 28,02 (d.t. 5,25); aitaren zaintzan: 26,86(d.t. 6,08); amaren gainbabesean: 15,33 (d.t. 5,29); aitaren gainbabesean: 15,12 (d.t. 5,03). Mutiletan: amaren zaintzan: 27,70 (d.t. 5,25); aitaren zaintzan: 26,51(d.t. 5,96); amaren gainbabesean: 15,30 (d.t. 5,26); aitaren gainbabesean: 14,60 (d.t. 5,96).

Neskek dituzten lotura-moten ehunekoak 48. eta 49. tauletak eta 28-31 grafikoetan ikus daitezke.

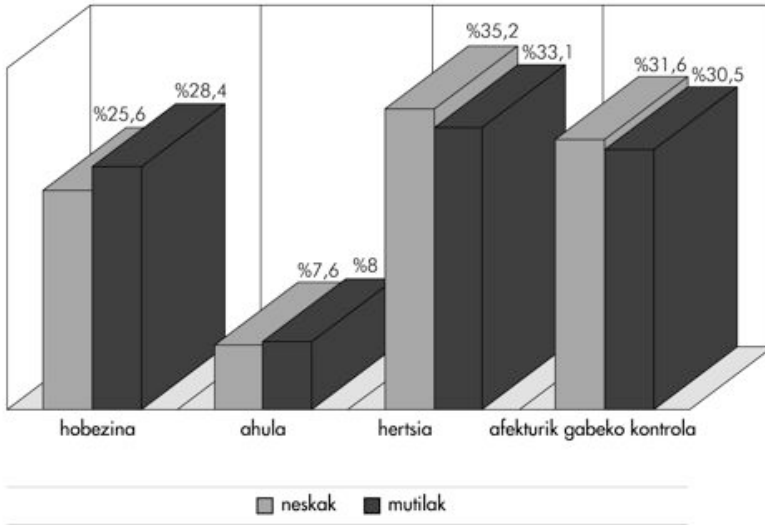
48. taula. Nesken loturak ebakitze-puntuetan -Espina eta beste zenbait (1996) eta Parker (1979).

	Lotura amarekin	Lotura ama- rekin	Lotura aitarekin	Lotura aitare- kin
	Espina eta beste zenbait 1996	Parker 1979	Espina eta beste zenbait 1996	Parker 1979
	Maiztsna. (%)	Maiztsna. (%)	Maiztsna. (%)	Maiztsna. (%)
hobezina	327 (65,8)	127 (25,6)	261 (52,5)	130 (26,2)
ahula	29 (5,8)	38 (7,6)	15 (3,0)	7 (1,4)
hertsia	98 (19,7)	175 (35,2)	183 (36,8)	243 (48,9)
afekturik gabeko kontrola	43 (8,7)	157 (31,6)	38 (7,6)	117 (23,5)
Guztira	497 (100)	497 (100)	497 (100)	497 (100)

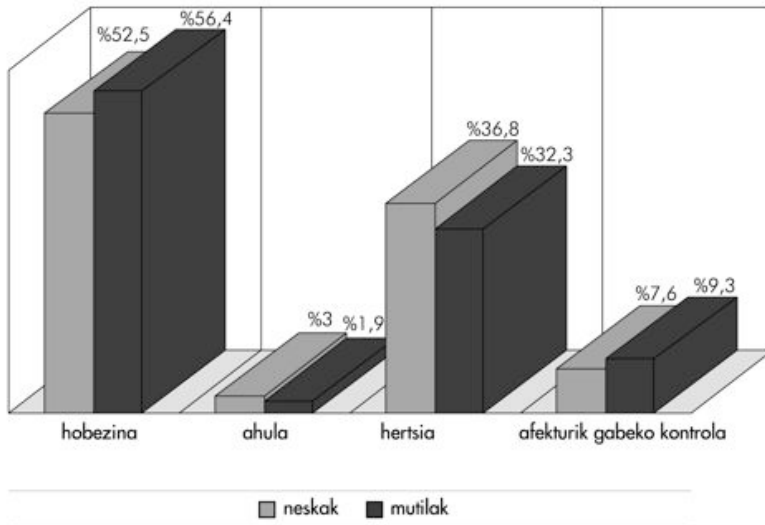
28. grafikoa. Amarekiko loturaren ehunekoak (Espina eta beste zenbait - 1996).



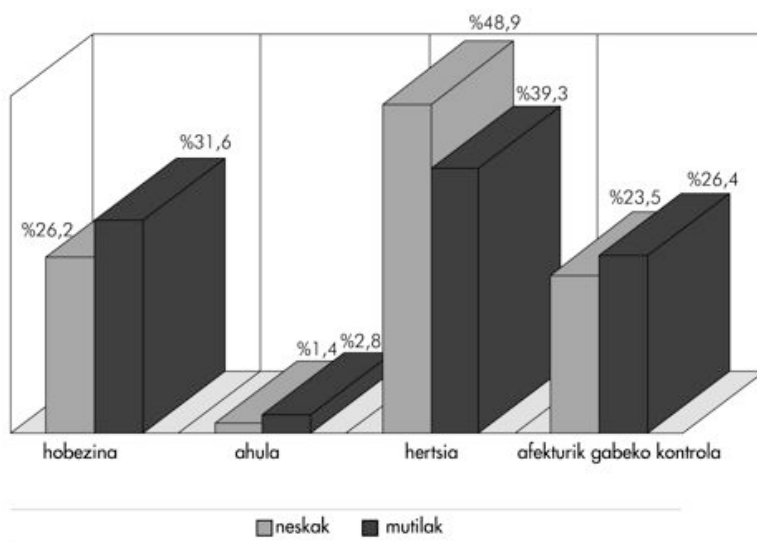
29. grafikoa. Amarekiko loturaren ehunekoa (Parker, 1979).



30. grafikoa. Aitarekiko loturaren ehunekoak (Espina eta beste zenbait - 1996).



31. grafikoa. Aitarekiko loturen ehunekoak (Parker, 1979).



49. taula. Mutilen loturak ebakitze-puntuetan -Espina eta beste zenbait (1996) eta Parker (1979)-.

	Lotura amarekin	Lotura amarekin	Lotura aitarekin	Lotura aitarekin
	Espina eta beste zenbait 1996	Parker 1979	Espina eta beste zenbait 1996	Parker 1979
	Maiztsna. (%)	Maiztsna. (%)	Maiztsna. (%)	Maiztsna. (%)
hobezina	323 (60,4)	152 (28,4)	302 (56,4)	169 (31,6)
ahula	26 (4,9)	43 (8,0)	10 (1,9)	15 (2,8)
hertsia	122 (22,8)	177 (33,1)	173 (32,3)	210 (39,3)
afekturik gabeko kontrola	64 (12,0)	163 (30,5)	50 (9,3)	141 (26,4)
Guztira	535 (100,0)	535 (100,0)	535 (100,0)	535 (100,0)

Alderaketak PBIan, generoaren arabera

PBIko zaintza eta gainbabesa azpieskaletan generoak alderatzean, ez dago alde esanguratsurik.

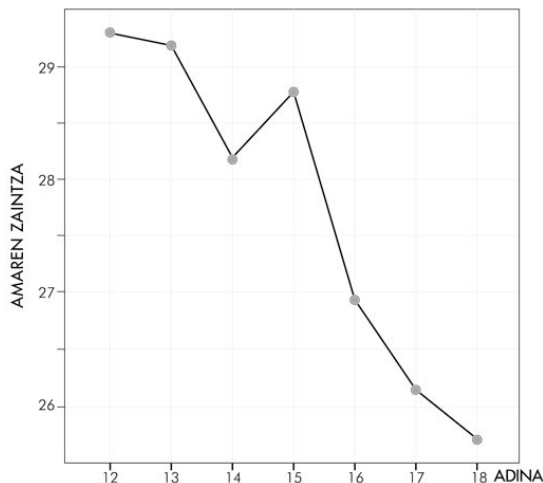
Lotura-motetan generoak alderatuz gero, ikusten dugu estatistikari dagokionez alde esanguratsua dagoela aitarekiko loturaren eta Parkerren ebakitze-puntuaren artean. Khi karratuta = 11,249, *g.l.* 3, $p = ,010$. Nesketan, lotura hobezinaren, afekturik gabeko kontrol-loturaren eta lotura ahularen ehuneko txikiagoa da, eta lotura hertsia handiagoa.

Alderaketak PBIan, adinaren arabera

PBIko zaintza eta gainbabesa azpieskaletako batezbestekoak alderatuta adinen artean, generoak bereizten baditugu: Estatistikari dagokionez, nesketan talde batetik bestera ia ez dagoela alderik ikusten dugu.

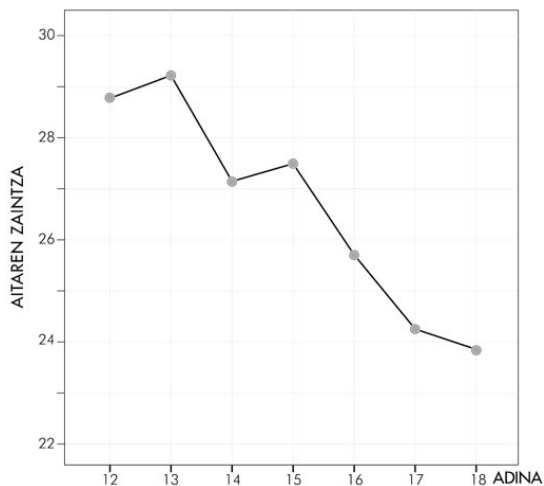
Mutiletan, aldea nabarmena da amaren zaintza jaso duten taldeetan: $F(6, 534) = 6,358$, $p < ,0001$. Schefféren post hoc proba egitean, ikusten dugu 12 eta 17 urtekoen arteko aldea $p = ,45$ dela; 12 eta 18 urtekoen artekoa $p = ,004$; 13 eta 18 urtekoen artekoa $p = ,010$; eta 15 eta 18 urtekoen artekoa $p = ,024$. Umea zenbat eta txikiagoa izan, orduan eta handiagoa da zaintza. Ikus 32. grafikoa.

32. grafikoa. Amaren zaintza eta mutilen adina.



Aitaren zaintzari dagokionez ere aipagarria da taldeen arteko aldea: $F(6, 534) = 10,546$, $p < ,0001$. Schefféren post hoc proba egitean, ikusten dugu 12 eta 17 urtekoen arteko aldea $p = ,003$ dela; 12 eta 18 urtekoen artekoa $p = ,0001$; 13 eta 16 urtekoen artekoa $p = ,036$; eta 15 eta 18 urtekoen artekoa $p = ,005$. Ikus 33. grafikoa.

33. grafikoa. Aitaren zaintza eta mutilen adina.



Hasierako urteetako batezbestekoak altuagoak dira; hau da, adin horretan aita eta ama beroago eta enpatikoago hautematen dituzte. Zaintzaren pertzepzioa murriztu egiten da adinaren aurrera egin ahala.

Alderaketa PBIan, eskola-motaren arabera: publikoa-pribatua

PBIko faktoreen batezbestekoak alderatzean, 50. taulan ikus dezakegu eskola pribatuetako nesketan zaintza handiagoa ematen dela bi gurasoen aldetik, eta gainbabes txikiagoa aitaren aldetik.

50. taula. Eskola publikoaren eta pribatuaren arteko alderaketa nesketan, bi gurasoen aldetik jasotako gainbabesean eta zaintzan (PIB).

	Eskola-mota	N	Btz. Bestekoa.	D. T.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GABAM	E. publikoa	270	15,66	5,424			
	E. publikoa	227	14,93	5,109	1,534	495	,126
ZAIAM	E. publikoa	270	26,91	5,327			
	E. publikoa	227	29,34	4,854	-5,288	495	,000
GABAI	E. publikoa	270	15,64	5,258			
	E. publikoa	227	14,51	4,682	2,526	495	,012
ZAIAI	E. publikoa	270	25,56	6,326			
	E. publikoa	227	28,40	5,413	-5,403	494,840	,000
GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa; ZAIAM = amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza.							

Mutiletan, PBIko lotura-moten batezbestekoak alderatzean, 51. taulan ikusten dugu eskola pribatuetan altuagoa dela bi gurasoengandik jasotako zaintza.

51. taula. Eskola publikoaren eta pribatuaren arteko alderaketa mutiletan, gurasoen aldetik jasotako gainbabesean eta zaintzan (PIB).

	Eskola-mota	N	Btz. Bestekoa.	D. T.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GABAM	E. publikoa	231	15,50	5,124			
	E. publikoa	304	15,15	5,368	,756	533	,450
ZAIAM	E. publikoa	231	26,97	5,089			
	E. publikoa	304	28,26	5,322	-2,814	533	,005
GABAI	E. publikoa	231	14,91	5,428			
	E. publikoa	304	14,37	5,102	1,198	533	,232
ZAIAI	E. publikoa	231	25,23	6,160			
	E. publikoa	304	27,49	5,628	-4,426	533	,000
GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa; ZAIAM = amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza.							

PBIan lotura-motak alderatzean, hau ikusten dugu: nesketan, amarekin, gure ebakitze-puntua erabilita (Espina eta beste zenbait, 1996), khi karratua = 13,092, *g.l.* 3, $p = ,004$; eta, Parkerrena erabilita (1979), khi karratua = 11,111, *g.l.* 3, $p = ,011$. Lotura hobezinean eta hertsian espero baino handiagoak dira ehunekoak eskola pribatuetan; aldiz, eskola publikoan handiagoak dira lotura ahularen eta afekturik gabeko kontrolaren ehunekoak.

Aitarekin, gure ebakitze-puntua erabilita (Espina eta beste zenbait, 1996), khi karratua = 5,117, *g.l.* 3, $p = 0,002$; eta, Parkerrena erabilita (1979), khi karratua = 32,403, *g.l.* 3, $p = 0,0001$. Lotura hertsian espero baino handiagoa da ehunekoak eskola pribatuetan; aldiz, eskola publikoan handiagoa da afekturik gabeko kontrolaren ehunekoak.

Mutiletan, ez dago alde nabarmenik eskola publikoen/pribatuen eta gurasoekiko loturaren artean.

Alderaketak PBIan, osasun mentalaren egoeraren arabera

GHQan 5etik gorako puntuazioa dutenak eta PIBean 6tik beherakoa dutenak alderatuz gero, alde esanguratsua dago bi generoetan; gainbabesa handiagoa da patologikoetan, eta ez-patologikoetan, berriz, zaintza da handiagoa (ikus 52. eta 53. taulak).

52. taula. GHQ-28an patologikoa/ez-patologikoa alderaketa nesketan PBIko faktoreetan.

	GHQ	N	Btz. Bestekoa.	D.t.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GABAM	<6	362	14,78	5,126			
	>5	135	16,78	5,464	-3,786	495	,000
ZAIAM	<6	362	28,56	5,180			
	>5	135	26,58	5,195	3,788	495	,000
GABAI	<6	362	14,52	4,834			
	>5	135	16,76	5,200	-4,499	495	,000
ZAIAI	<6	362	27,56	5,931			
	>5	135	24,96	6,124	4,305	495	,000

GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa;
ZAIAM = amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza

53. taula. GHQ-28ko patologikoa/ez-patologikoa alderaketa gero mutiletan PBIko faktoreetan.

	GHQ	N	Btz. Bestekoa.	D. t.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GABAM	<6	461	14,93	5,064			
	>5	74	17,62	5,886	-4,142	533	,000
ZAIAM	<6	461	27,99	5,090			
	>5	74	25,93	5,932	3,147	533	,002
GABAI	<6	461	14,30	5,239			
	>5	74	16,49	4,928	-3,360	533	,001
ZAIAI	<6	461	26,86	5,907			
	>5	74	24,34	5,902	3,412	533	,001

GABAM = amaren gainbabea; GABAI = aitaren gainbabea;
ZAIAM = amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza

GHQ-28an PBIko lotura-motetan banako patologikoak/ez-patologikoak alderatzean, nesketan alde esanguratsua dago gure ebakitze-puntuari dagokionez (Espina eta beste zenbait, 1996); amarekiko loturan: khi karratua = 11,437, *g.l.* 3, $p = ,010$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 21,591, *g.l.* 3, $p < ,0001$; bigarren horretan, kasu patologikoetan, lotura hobezinareneko txikiagoa da, eta afekturik gabeko kontrol-loturarena handiagoa. Aitarekiko loturan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): khi karratua = 10,867, *g.l.* 3, $p = ,012$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 12,350, *g.l.* 3, $p = ,006$; kasu patologikoetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan.

Mutiletan, emaitzak antzekoak dira gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996); amarekiko loturan: khi karratua = 22,599, *g.l.* 3, $p < ,0001$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 91,108, *g.l.* 3, $p = ,028$; kasu patologikoetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan. Aitarekiko loturan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): khi karratua = 13,111, *g.l.* 3, $p = ,004$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 14,813, *g.l.* 3, $p = ,002$; kasu patologikoetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan.

Alderaketak PBIan, EATko talde patologikoen eta ez-patologikoen artean.

EATan PIBko lotura-motetan banako patologikoak eta ez-patologikoak alderatzean, ez dago alde nabarmenik nesken artean. Mutiletan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996), amarekiko loturan: khi karratua = 9,528, *g.l.* 3, $p = ,023$; aitarekiko loturan: khi karratua = 8,503, *g.l.* 3, $p = ,037$; ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan.

EATan PIBeko eskaletan banako patologikoak eta ez-patologikoak alderatzean, ez dago alde nabarmenik nesken artean. Mutiletan, ikusten da gainbabesa gehiagotan jasotzen dela aitaren aldetik ($t = -2,157$, *g.l.* 533, $p = ,031$).

BSQko taldeen arteko alderaketa PIBan

Nesketan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996), amarekiko loturan: khi karratua = 19,499, *g.l.* 9, $p = ,021$; gorputz-irudiak kezkatzen ez dituen nesketan, lotura hobezinaren ehuneko handiagoa da, eta afekturik gabeko kontrolarena txikiagoa. Itxurak neurritz kezkatzen dituenetan, lotura ahula eta afekturik gabeko kontrol-lotura areagotu egiten dira. Itxurak asko kezkatzen dituenetan, afekturik gabeko kontrol-lotura areagotzen da.

Blko taldeen arteko alderaketa PIBan

Nesketan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996), amarekiko loturan: khi karratua = 18,032, *g.l.* 9, $p = ,035$; beren gorputz-irudiarekin gustura dauden nesketan, lotura hobezinaren ehuneko handiagoa da. Gustura ez daudenetan, afekturik gabeko kontrol-lotura areagotzen da.

Alexitimia duten/ez duten taldeen arteko alderaketa PBIan

Alexitimia dutenen eta ez dutenen arteko kasuak alderatzean, 54. taulan ikus dezakegu alexitimia duten nesken batezbestekoak altuagoak direla amarengandik nahiz aitarengandik jasotako gainbabesean, eta baxuagoak amaren zaintzan.

54. taula. Alexitimia duten eta ez duten nesken arteko alderaketa PBIko faktoreetan.

	TAS	N	Batezbestekoa	D. T,	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GABAM	< 61	382	14,93	5,196			
	> 60	115	16,63	5,410	-3,052	495	,002
ZAIAM	< 61	382	28,39	5,129			
	> 60	115	26,79	5,496	2,777	177,951	,006
GABAI	< 61	382	14,86	4,996			
	> 60	115	16,01	5,065	-2,157	495	,031
ZAIAI	< 61	382	27,09	6,072			
	> 60	115	26,08	6,106	1,563	495	,119

GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa;
ZAIAM = amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza

Alexitimia duten mutilen batezbestekoak altuagoak dira amarengandik eta aitarengandik jasotako gainbabesean, eta baxuagoak amaren eta aitaren zaintzan. Ikus 55. taula.

55. taula. Alexitimia duten eta ez duten mutilen arteko alderaketa PBIko faktoreetan.

	TAS	N	Batezbestekoa	D. T.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GABAM	< 61	462	14,92	5,176			
	> 60	73	17,77	5,165	-4,375	533	,000
ZAIAM	< 61	462	27,91	5,133			
	> 60	73	26,37	5,839	2,341	533	,020
GABAI	< 61	462	14,30	5,276			
	> 60	73	16,49	4,664	-3,345	533	,001
ZAI AI	< 61	462	26,77	5,901			
	> 60	73	24,89	6,150	2,512	533	,012

GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa;
ZAIAM = amaren zaintza; ZAI AI = aitaren zaintza

PBIko lotura-motetan *alexitimia duten/ez duten* neskek alderatzean, amarekiko loturan alde nabarmena dago gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): khi karratua = 14,094, *g.l.* 3, $p = ,003$; alexitimia dutenetan, lotura hobezinareneko ehunekoa txikiagoa da, eta afekturik gabeko kontrol-loturarena tea lotura hertsia handiagoa; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 13,039, *g.l.* 3, $p = ,005$; alexitimia dutenetan, afekturik gabeko kontrol-loturaren ehunekoa handiagoa da. Aitarekiko loturan, ez dago alde esanguratsurik.

Mutiletan, desberdintasunak esanguratsua dira amarekiko loturan gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): khi karratua = 24,763, *g.l.* 3, $p < ,0001$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 29,298, *g.l.* 3, $p = ,028$; alexitimia dutenetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan eta lotura hertsian. Aitarekiko loturan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): khi karratua = 13,986, *g.l.* 3, $p = ,003$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 14,822, *g.l.* 3, $p = ,002$; alexitimia dutenetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa lotura hertsian.

Autoestimu baxua/altua duten taldeen arteko alderaketa PBIan

Nesketan, 56. taulan ikus dezakegu autoestimu altua dutenek batezbesteko altuagoak dituztela bi gurasoen zaintzan, eta baxuagoak aitarengandik jasotako gainbabesean.

56. taula. Autoestimu altua/baxua duten nesken arteko alderaketa zaintzan eta gainbabesean (PBI).

	RSE	N	Batezbestekoa	D. T.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GABAM	<29	244	15,79	5,316			
	>28	253	14,88	5,236	1,930	495	,054
ZAIAM	<29	244	27,34	5,115			
	>28	253	28,68	5,311	-2,871	495	,004
GABAI	<29	244	15,68	5,016			
	>28	253	14,59	4,996	2,412	495	,016
ZAIAI	<29	244	25,97	6,174			
	>28	253	27,71	5,891	-3,223	495	,001
GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa; ZAIAM = amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza							

Autoestimu altua duten mutilek batezbesteko altuagoak dituzte zaintzan eta baxuagoak bi gurasoengandik jasotako gehiegizko zaintzan. Ikus 57. taula.

57. taula. Autoestimu altua/baxua duten mutilen arteko alderaketa zaintzan eta gainbabesean (PBI).

	RSE	N	Batezbestekoa	Desbid. tip.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GABAM	<29	173	16,60	5,407			
	>28	362	14,69	5,084	3,976	533	,000
ZAIAM	<29	173	26,07	5,956			
	>28	362	28,48	4,699	-4,680	277,832	,000
GABAI	<29	173	16,17	5,114			
	>28	362	13,85	5,149	4,891	533	,000
ZAIAI	<29	173	24,32	6,370			
	>28	362	27,56	5,466	-5,759	296,845	,000
GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa; ZAIAM = amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza							

Loturei dagokienez, autoestimua baxua duten nesketan aitarekiko lotura hobezinarean ehuneko txikiagoa ikusten dugu, eta afekturik gabeko kontrol-loturaren eta lotura hertsia- ren ehuneko handiagoa (Parkerren ebakitze-puntuak): khi karratua = 14,511, g.l. 3, $p = ,002$.

Mutiletan, desberdintasunak esanguratsuak dira amarekiko loturan gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): khi karratua = 22,559, g.l. 3, $p < ,0001$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 18,073, g.l. 3, $p < ,0001$; autoestimua baxua dutenetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan. Aitarekiko loturan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): khi karratua = 24,158, g.l. 3, $p < ,0001$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 37,786, g.l. 3, $p < ,0001$; autoestimua baxua dutenetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan.

Gaixotasun fisikoa duten/ez duten taldeen arteko alderaketa PBlan

Gaixotasun fisikoren bat dutenen eta ez dutenen kasuak alderatzean, ez dago alde nabarmenik PBlko faktoreetan, nesketan. Mutiletan alde esanguratsua dago aitaren zaintzan ($t = -2,654$, g.l. 533, $p = ,008$), eta batezbestekoak altuagoak dira gaixotasun fisikoren bat dutenenak baino.

Gaixotasun fisikoren bat duten eta ez duten neskek PBlko lotura-motetan alderatzean, ez dago alderik amarekiko eta aitarekiko loturetan. Mutiletan, desberdintasunak esanguratsuak dira aitarekiko loturan gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): khi karratua = 7,947, g.l. 3, $p = 0,047$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: khi karratua = 8,561, g.l. 3, $p = ,036$; gaixotasun fisikoren bat dutenetan, ehunekoa handiagoa da lotura hertsian, eta txikiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan.

11. Alkohol- eta droga-kontsumoari buruzko oharrak

58. taulan ikus dezakegu alkohola edo drogak hartzen dituzten nesken batezbestekoak altuagoak direla A, B eta D faktoreetan eta GHQ osoan, eta haien osasun mentala kaxkarragoa dela. Batezbesteko altuagoak dituzte EATan eta Blan ere, eta zailtasun handiagoak dituzte sentimenduak bereizteko eta kanporanzko pentsamendurako. Autoestimua kaxkarragoa dute, eta zaintza gutxiago jaso dituzte bi gurasoengandik.

Mutiletan elikadura-jarrera hobek ikusten dira kontsumitzen dutenen artean, eta esanguratsua da mutil horiek aitarengandik eta amarengandik jasotako babesa maila altuan ikusten dutela eta zaintza maila baxuan. Ikus 59. taula.

58. taula. Alkohola/droga kontsumitzen duten eta ez duten nesken arteko alderaketa.

	Drogak-alkohola	N	Btzbstkoa	D.t.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GHQA	ez	327	,95	1,544			
	bai	170	1,61	1,965	-3,780	279,949	,000
GHQB	ez	327	1,00	1,593			
	bai	170	1,41	1,722	-2,576	319,986	,010
GHQC	ez	327	,72	1,385			
	bai	170	,94	1,506	-1,626	495	,105
GHQD	ez	327	,86	1,763			
	bai	170	1,26	1,873	-2,284	324,814	,023
GHQ	ez	327	3,53	5,329			
	bai	170	5,21	6,005	-3,072	308,861	,002
EAT	ez	327	12,76	10,528			
	bai	170	13,65	13,780	-2,840	306,262	,005
BSQ	ez	327	66,67	33,051			
	bai	170	80,81	38,081	-,736	274,048	,462
BI	ez	327	8,46	7,913			
	bai	170	10,26	8,125	-2,380	495	,018
RSE	ez	327	29,7370	4,75646			
	bai	170	28,7059	4,59179	2,320	495	,021
F1	ez	327	17,15	6,185			
	bai	170	18,75	6,037	-2,759	495	,006
F2	ez	327	13,51	4,558			
	bai	170	14,08	4,831	-1,299	495	,194
F3	ez	327	20,88	4,369			
	bai	170	19,33	4,580	3,700	495	,000
TAS	ez	327	51,54	10,864			
	bai	170	52,16	12,007	-,580	495	,562
GABAM	ez	327	15,25	4,678			
	bai	170	15,46	6,315	-,421	495	,674
ZAIAM	ez	327	28,67	5,158			
	bai	170	26,78	5,226	3,858	495	,000
GABAI	ez	327	14,93	4,535			
	bai	170	15,51	5,863	-1,125	276,618	,262
ZAIAI	ez	327	27,83	5,846			
	bai	170	24,99	6,127	5,049	495	,000

Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; BI = Body Insatisfaction (EDI-2); RSE = Rosenberg self-esteem scale; ZAIAM : amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza; GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa.
 ** p < ,001; * p < ,005.

59. taula. Alkohola/droga kontsumitzen duten eta ez duten mutilen arteko alderaketa.

	Drogak-alkohola	N	Btzbstkkoa.	D.t.	t	gl	Sig. (aldebikoa)
GHQA	ez	327	,54	1,106			
	bai	207	,57	1,134	-,259	532	,796
GHQB	ez	327	,47	1,041			
	bai	207	,65	1,138	-1,883	409,399	,060
GHQC	ez	327	,46	,968			
	bai	207	,55	1,013	-,961	532	,337
GHQD	ez	327	,55	1,323			
	bai	207	,68	1,313	-,961	532	,337
GHQ	ez	327	2,02	3,416			
	bai	207	2,44	3,336	-,961	532	,337
EAT	ez	327	11,78	9,565			
	bai	207	10,14	8,763	1,989	532	,047
BSQ	ez	327	51,66	26,964			
	bai	207	49,30	22,511	1,091	493,102	,276
BI	ez	327	5,51	6,577			
	bai	207	5,51	6,495	,011	532	,991
RSE	ez	327	31,0336	4,34714			
	bai	207	30,5072	4,22414	1,378	532	,169
F1	ez	327	14,66	5,566			
	bai	207	15,40	5,702	-1,468	532	,143
F2	ez	327	12,36	4,279			
	bai	207	12,86	4,274	-1,318	532	,188
F3	ez	327	22,38	4,479			
	bai	207	21,50	4,230	2,272	532	,023
TAS	ez	327	49,41	10,448			
	bai	207	49,76	10,116	-,380	532	,704
GABAM	ez	327	14,71	5,046			
	bai	207	16,21	5,471	-3,238	532	,001
ZAIAM	ez	327	28,54	4,942			
	bai	207	26,38	5,485	4,717	532	,000
GABAI	ez	327	13,99	4,947			
	bai	207	15,53	5,567	-3,332	532	,001
ZAIAI	ez	327	27,71	5,248			
	bai	207	24,60	6,530	5,765	369,847	,000

Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; BI = Body Insatisfaction (EDI-2); RSE = Rosenberg self-esteem scale; ZAIAM : amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza; GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa.
 ** p < ,001; * p < ,005.

Alkohola eta/edo drogak hartzen dituztenen eta ez dituztenen arteko lotura-motak aztertuz gero, hau da emaitza: Nesketan, alde nabarmena dago amarekiko loturan, gure ebakitze-puntuaren arabera (Espina eta beste zenbait, 1996): *khi karratua* = 8,196, *g.l.* 3, $p = ,042$; afekturik gabeko kontrol-loturaren ehunekoa handiagoa da kontsumitzen duten nesketan. Parkerren ebakitze-puntuarekin: *khi karratua* = 12,755, *g.l.* 3, $p = ,005$; ehunekoa handiagoa da lotura hertsian alkoholik eta drogarik kontsumitzen ez dutenetan, eta, kontsumitzen dutenetan, handiagoa da afekturik gabeko kontrol-loturan. Aitarekiko loturan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): *khi karratua* = 15,785, *g.l.* 3, $p = ,001$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: *khi karratua* = 14,917, *g.l.* 3, $p = ,002$; kontsumitzen dutenetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan.

Mutiletan, alde nabarmena dago amarekiko loturan, gure ebakitze-puntuaren arabera (Espina eta beste zenbait, 1996): *khi karratua* = 16,899, *g.l.* 3, $p = ,001$; lotura hobezinarenean ehunekoa handiagoa da kontsumitzen ez dutenetan, eta afekturik gabeko kontrol-loturarena kontsumitzen dutenetan. Parkerren ebakitze-puntuarekin: *khi karratua* = 31,058, *g.l.* 3, $p < ,0001$; ehunekoa handiagoa da lotura hobezinean eta hertsian alkoholik eta drogarik kontsumitzen ez dutenetan, eta, kontsumitzen dutenetan, handiagoa da afekturik gabeko kontrol-loturan. Aitarekiko loturan, gure ebakitze-puntuarekin (Espina eta beste zenbait, 1996): *khi karratua* = 17,450, *g.l.* 3, $p = ,001$; Parkerren ebakitze-puntuarekin: *khi karratua* = 26,691, *g.l.* 3, $p < ,0001$; kontsumitzen dutenetan, ehunekoa txikiagoa da lotura hobezinean, eta handiagoa afekturik gabeko kontrol-loturan.

12. Korrelazioak

60. eta 61. tauletan ikus daiteke osasun mentalak (GHQ-28) korrelazio positiboa duela bi generoetan patologia neurtzen duten eskala guztiekin (EATa, BSQa, Bla, TAS-20 eskala 1. eta 2. faktoreak) eta bi gurasoengandik jasotako gainbabesarekin. Aldiz, korrelazioa negatiboa da autoestimarekin eta bi gurasoengandik jasotako zaintzarekin.

EATaren korrelazioa positiboa da nesketan patologia neurtzen duten eskalekiko, eta negatiboa autoestimarekiko; ez dago inongo loturarik hazkuntza-arauekiko. Mutiletan gauza bera gertatzen da, F2n eta F3n izan ezik, baina baita bi gurasoengandik jasotako gainbabesarekin ere.

BSQan, loturak EATkoen antzekoak dira, baina nesketan korrelazio positiboak daude gainbabesarekin eta negatiboak zaintzarekin; mutiletan, berriz, korrelazio positiboak daude gainbabesarekin.

RSEan ikusten da autoestimu baxuak bi generoetan korrelazio positiboa duela patologia-
eskala guztiekin eta gainbabesarekin, eta negatiboa zaintzarekin.

TAS-20 eskalak korrelazio positiboa du patologia-
eskala guztiekin eta gainbabesarekin, eta negatiboa autoestimarekin eta zaintzarekin. Estatistikaren aldetik esanahia ematen duten faktoreak F1 eta F2 dira.

60. taula. EATaren, BSQaren, Blaren, RSEaren, TASaren eta PBiko faktoreen arteko korrelazioa nesketan (n = 497).

	GHQ	EAT	BSQ	BI	RSE	TAS-20	GABAM	ZAIAM	GABAI
EAT	,516**								
BSQ	,597**	,669**							
BI	,241**	,231**	,469**						
RSE	-,292**	-,155**	-,359**	-,423**					
TAS-20	,446**	,343**	,428**	,189**	-,365**				
GABAM	,149**	,085	,147**	,048	-,130**	,198**			
ZAIAM	-,190**	-,044	-,117**	-,111*	,183**	-,218**	-,410**		
GABAI	,192**	,073	,097*	,089*	-,169**	,176**	,764**	-,351**	
ZAIAM	-,187**	-,060	-,119**	-,142**	,215**	-,135**	-,265**	,697**	-,432**

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; BI = Body Insatisfaction (EDI-2); RSE = Rosemberg self-esteem scale; ZAIAM : amaren zaintza; ZAIAM = aitaren zaintza; GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa.
 ** p < ,001; * p < ,005.

61. taula. EATaren, BSQaren, Blaren, RSEaren, TASaren eta PBiko faktoreen arteko korrelazioa mutiletan (n = 535).

	GHQ	EAT	BSQ	BI	RSE	TAS-20	GABAM	ZAIAM	GABAI
EAT	,372**								
BSQ	,407**	,615**							
BI	,119**	,216**	,388**						
RSE	-,246**	-,108*	-,245**	-,293**					
TAS-20	,294**	,116**	,232**	,164**	-,315**				
GABAM	,165**	,124**	,124**	,016	-,213**	,178**			
ZAIAM	-,127**	-,071	-,030	-,071	,311**	-,201**	-,445**		
GABAI	,135**	,154**	,126**	,034	-,231**	,200**	,725**	-,437**	
ZAIAM	-,114**	-,041	-,026	-,082	,335**	-,213**	-,327**	,714**	-,525**

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; BI = Body Insatisfaction (EDI-2); RSE = Rosemberg self-esteem scale; ZAIAM : amaren zaintza; ZAIAM = aitaren zaintza; GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa.
 ** p < ,001; * p < ,005.

Adinak eta gorputz-masaren indizeak zenbait aldagairekin korrelazioa zutenez, korrelazio-analisiak berriz egin ditugu adina eta gorputz-masaren indizea kontrolatuz, eta emaitzetan ikusten da esanahiak bere horretan jarraitzen duela, nesketan izan ezik; haietan desagertu egin da BSQak eta Blak bi gurasoengandik jasotako zaintzarekin eta aitak emandako gain-babesarekin duten lotura. Mutiletan korrelazio negatiboa dago amaren zainketan eta EATaren artean. (Ikus 62. eta 63. taulak).

62. taula. Aldagaien arteko korrelazioak, adina eta gorputz-masaren indizea kontrolatuz. Nesketan ($n = 497$).

	GHQ	EAT	BSQ	BI	RSE	TAS	GABAM	ZAIAM	GABAI
EAT	,524 **								
BSQ	,561 **	,695 **							
BI	,170 **	,216 **	,383 **						
RSE	-,249 **	-,142 **	-,305 **	-,379 **					
TAS	,458 **	,344 **	,455 **	,196 **	-,369 **				
GABAM	,142 **	,081	,138 **	,031	-,122 **	,198 **			
ZAIAM	-,138 **	-,037	-,056	-,060	,150 **	-,217 **	-,413 **		
GABAI	,185 **	,068	,079	,071	-,159 **	,176 **	,763 **	-,351 **	
ZAIAM	-,130 **	-,049	-,043	-,078	,176 **	-,132 **	-,262 **	,683 **	-,433 **

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; BI = Body Insatisfaction (EDI-2); RSE = Rosemberg self-esteem scale; ZAIAM : amaren zaintza; ZAIAM = aitaren zaintza; GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa.

** $p < ,001$; * $p < ,005$.

63. taula. Aldagaien arteko korrelazioak, adina eta gorputz-masaren indizea kontrolatuz. Mutiletan ($n = 535$).

	GHQ	EAT	BSQ	BI	RSE	TAS	GABAM	ZAIAM	GABAI
EAT	,375 **								
BSQ	,410 **	,626 **							
BI	,117 **	,232 **	,373 **						
RSE	-,246 **	-,116 **	-,226 **	-,269 **					
TAS	,294 **	,118 **	,219 **	,150 **	-,305 **				
GABAM	,164 **	,134 **	,115 **	-,006	-,201 **	,173 **			
ZAIAM	-,128 **	-,100 *	-,023	-,036	,303 **	-,201 **	-,437 **		
GABAI	,134 **	,165 **	,125 **	,021	-,227 **	,199 **	,723 **	-,429 **	
ZAIAI	-,117 **	-,076	-,030	-,053	,341 **	-,224 **	-,319 **	,691 **	-,525 **

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; BI = Body Insatisfaction (EDI-2); RSE = Rosemberg self-esteem scale; ZAIAM : amaren zaintza; ZAIAI = aitaren zaintza; GABAM = amaren gainbabesa; GABAI = aitaren gainbabesa. ** $p < ,001$; * $p < ,005$.

13. Erregresioak

Aldagaien alexitimian, EATan eta autoestimuan duten eragina aztertzeko, zenbait erregresio lineal anizkoitz egin ziren, urratsez urrats.

EATa mendeko aldagai gisa hartuta eta TAS-20 eskala, GSQ-28 eskala eta haren faktoreak, RSEa eta PBiko faktoreak aldagai aske gisa hartuta, nesketan lortutako emaitzetan ikusi zen EATan eragina zutela GHQ-28 eskalako D eta A faktoreek eta TAS-20 eskalak, eta amaren zaintza $R^2 = ,321$ zela. GHQ-28 eskalako D faktorearentzat: $Beta = ,374$, $t(492) = 8,089$, $p < 0,0001$; GHQ-28 eskalako A faktorearentzat: $Beta = 0,200$, $t(492) = 4,610$, $p < 0,0001$; TAS-20 eskalarentzat: $Beta = 1,33$, $t(492) = 3,150$, $p < 0,002$; amaren zaintzarentzat: $Beta = ,080$, $t(491) = 2,087$, $p = 0,037$. EATan eragina dute depresioak, sintoma somatikoek, alexitimiak eta amaren zaintzak.

Mutiletan, EATan eragina zuten GHQ-28 osoak, GHQ eskalako B eta C faktoreek, aitarengandik jasotako gainbabesak eta adinak: [$R^2 = ,171$; GHQ eskalarentzat: $Beta = 0,633$, $t(530) = 7,386$, $p < 0,0001$; GHQ-28 eskalako C faktorearentzat: $Beta = 0,203$, $t(530) = -3,226$, $p < 0,001$; aitarengandik jasotako gainbabesarentzat: $Beta = 0,111$, $t(530) = 2,796$, $p < 0,006$; GHQ-28 eskalako B faktorearentzat: $Beta = -,155$, $t(530) = -2,425$, $p = 0,016$]. EATan eragina dute osasun mental orokorrak, antsietateak eta insomnioak, eta disfunzio sozialak.

TAS-20 eskala mendeko aldagai gisa hartuta eta EATa, BSQa, Bla, GSQ-28 eskala eta haren faktoreak, RSEa eta PBIko faktoreak aldagai aske gisa hartuta, nesketan lortutako emaitzetan ikusi zen TAS-20 eskalan eragina zutela RSEak, BSQak, amaren zaintzak eta GHQ eskalako D faktoreak: $R^2 = ,297$. RSEarentzat: $Beta = -,194$, $t(492) = -4,704$, $p < 0,0001$; BSQarentzat: $Beta = 205$, $t(492) = 4,393$; $p < 0,0001$; amaren zaintzarentzat: $Beta = -,113$, $t(492) = -2,900$, $p = 0,004$; GHQ eskalako D faktorearentzat: $Beta = ,255$, $t(492) = 5,532$, $p < 0,0001$]. Alexitimian eragina dute autoestimua, gorputz-irudiak, amaren zaintzak eta depresioak.

Mutiletan, TAS-20 eskalan eragina zuten RSEak, GHQ-28 eskalak eta aitarengandik jasotako gainbabesak, [$R^2 = ,162$; RSEarentzat: $Beta = -,234$, $t(531) = -5,577$, $p < 0,0001$; GHQ-28 eskalarentzat: $Beta = 0,221$, $t(531) = 5,381$, $p < 0,0001$; aitarengandik jasotako gainbabesarentzat: $Beta = ,116$, $t(531) = 2,837$, $p = 0,005$]. Alexitimian eragina dute osasun mentalak, autoestimua eta aitarengandik jasotako gainbabesean.

RSEa mendeko aldagai gisa hartuta eta EATa, BSQa, Bla, TAS-20 eskala, GSQ-28 eskala eta haren faktoreak eta PBIko faktoreak aldagai aske gisa hartuta, nesketan lortutako emaitzetan ikusi zen RSEan eragina zutela Blak, TAS-20 eskalak, aitaren zaintzak eta GHQ-28 eskalako D faktoreak: $R^2 = ,285$. Blarentzat: $Beta = 0,338$, $t(492) = -8,538$, $p < 0,0001$; TAS-20 eskalarentzat: $Beta = -,244$, $t(492) = -5,688$, $p < 0,0001$; aitaren zaintzarentzat: $Beta = ,119$, $t(492) = 3,057$, $p = 0,002$; D faktorearentzat (GHQ): $Beta = -0,091$, $t(492) = -2,103$, $p = 0,036$]. Autoestimuan eragina dute gorputzarekiko asegabetasunak, alexitimiak, aitaren zaintzak eta depresioak.

Mutiletan, RSEan eragina zuten aitaren zaintzak, Blak, TAS-20 eskalak, D faktoreak (GHQ) eta aitarengandik jasotako gainbabesak; [$R^2 = ,254$; aitaren zaintzarentzat: $Beta = 0,236$, $t(529) = 5,839$, $p < 0,0001$; Blarentzat: $Beta = 0,226$, $t(529) = -5,899$, $p < 0,0001$; TAS-20 eskalarentzat: $Beta = -,175$, $t(529) = -4,336$, $p < 0,0001$; D faktorearentzat (GHQ): $Beta = 0,142$, $t(529) = -3,594$, $p < 0,0001$; aitarengandik jasotako gainbabesarentzat: $Beta = -0,081$, $t(529) = -2,007$, $p = 0,045$]. Autoestimuan eragina dute aitaren zaintzak, gorputzarekiko asegabetasunak, alexitimiak, depresioak eta aitarengandik jasotako gainbabesak.

E. EZTABAIDA

1. Elikadura-jarrerei eta gorputz-irudiari buruz

Lortzen den eskala beste zenbait azterketetan lortzen direnen antzekoa da, eta haren fidagarritasunak eta baliozkotasunak adierazten dute tresna egokiak direla kulturen arteko azterketak egiteko, nahiz eta ebakitze-puntuaren arteko desberdintasunak zaildu egiten duen haiek alderatzea.

EATan aurkitu ditugun batezbestekoak (13,07, dt. 11,73) nesketan eta 11,06 (dt. = 8,85) mutiletan beste azterketa batzuetan lortutakoak baino baxuagoak dira (Garner eta Garfinkel, 1979; Leichner, Arnett, Rallo, Srikameswaran eta Vulcano, 1986; Raich eta beste zenbait, 1991b; Carbajo eta beste zenbait, 1995; Santonastaso eta beste zenbait, 1996; Pérez-Gaspar eta beste zenbait, 2000). Baina altuagoak dira Grossek eta beste zenbaitek (1986) aurkitutakoa baino, haien batezbestekoa 11,5 (dt. = 7,5) baitzen nesketan. Tororen eta beste zenbaiten azterketan (1989), nesketan lortutako batezbestekoa (16,1) gure azterketan lortutako baino altuagoa da, baina mutiletan lortutakoa gurearen antzekoa da (11,4). Tororen eta beste zenbaiten (1989) eta Leichnerren eta beste zenbaiten (1986) azterketa-adinak gure laginean hartutako antzekoak dira; horregatik, desberdintasunak kultura-faktoreen arabera izan daitezke.

EJN bat izateko arrisku-kasuen ehunekoa ($EAT > 30$) nesketan (% 7,2) altuagoa da Raichek eta beste zenbaitek aurkitu zutena baino (1992), eta baxuagoa beste zenbait egilek aurkitu zutena baino (Carbajo eta beste zenbait, 1995; Pérez-Gaspar eta beste zenbait, 2000; Santonastaso eta beste zenbait (1996) (% 11) Toro eta beste zenbait (1989) (% 9,8)). Mutiletan, aurkitutako % 2,4a (% 4,5 27ko ebakitze-puntuarekin) altuagoa da beste azterketa batzuetan aurkitutakoa baino (Toro eta beste zenbait, 1989; Raich eta beste zenbait, 1992).

EJNen sintomak maizago agertzen dira nesketan, Espainian egindako beste zenbait azterketatan (Toro eta beste zenbait, 1989; Raich eta beste zenbait, 1991b; Carbajo eta beste zenbait, 1995; Toledo eta beste zenbait 1999) eta beste herrialde batzuetan egindakoetan ikusi den bezala (Rosen, Silberg eta Gross, 1988; Ledoux, Choquet eta Flament, 1991; Raich eta beste zenbait, 1992; Wood, Waler, Miller eta Slade, 1992; Buddeberg-Fisher, Bernet, Sieber, Schmid eta Buddeberg, 1996). Era berean, gure azterketako batez besteko puntuazioak EATan altuagoak dira nesketan mutiletan baino.

EATan irizpide gisa erabili diren itemetan generoak alderatzean, ez zen ia alderik ikusten tripakadei eta oka egiteari dagozkien itemetan; baina, pisuak eragindako kezka, gorputz-irudiaren eta laxanteak erabiltzearen inguruko itemetan, neskek puntuazio altuagoak zituzten.

Nesketan, puntuazioa mutiletan baino nabarmen altuagoa da EATan pisuaren eta gorpuzkeraren inguruko kezka dagozkion itemetan, eta horrek eragina du elikadura-jarrerara desego-

kietan. Emaizta horiek Raichek eta beste zenbaitek lortutakoen antzekoak dira (1991b), baina autore horiek alde nabarmena ikusten dute sexuen artean "irizpide-item" guztietan, 28.ean izan ezik (laxanteen erabilera).

Emaizta horiek interpretatzean, kontuan hartu behar dugu EJNak aztertzeo tresnarik erabiliena EATa den arren positibo eta negatibo faltsuak ager daitezkeela (Williams, Hand eta Tarnopolsky, 1982), eta gerta litekeela galdeketari erantzutean egia osoa ez esatea. Dena den, EJNren bat izateko arrisku-kasuen prebalentzia esanguratsua da, beste autonomia-erki-dego batzuetan egindako azterketen aurkikuntzak baieztatzen ditu eta patologia horiei arre-ta berezia eskaintzeko beharra dagoela adierazten du.

Erregresioek erakusten zuten EATan nesketan eragin positiboa zutela depresioak, sintoma somatikoeak eta alexitimiak, eta horrek baieztatu egiten ditu lehendik egindako azterketak. Amaren zaintzak ere eragin positiboa izatea lotuta egon daiteke amarekin lotura estua izatearekin; lotura estu horrek alderdi onak baditu, baina autonomia zaildu egin dezakete, Bruchek, Selvinik eta beste zenbaitek adierazi duten moduan. Dena den, datu hori ez zaigu oso zehatza iruditzen gisa horretako hipotesi baten alde egiteko. Mutiletan eragin positiboa zuten osasun mental orokorrak eta aitarengandik jasotako gainbabesak, eta horrek baieztatu egiten ditu lehen aipatutako azterketak.

Gure emaitzek pentsarazten digute EATan neurtutako elikadura-jarreraren arazoak bi sexuetan ez daudela adinaren, hezkuntza-motaren eta gorputz-masaren indizearen eraginpean; osasun mental kaxkarragoak badu eraginik, ordea, eta horrek pentsarazten du elikadura-jarreraren arazoek arazo psikologikoak eragin ditzaketela, eta alderantziz.

BSQan, gure batezbestekoak (71,51; d.t. = 35,457) nesketan baxuagoak dira Cooperren eta beste zenbaiten azterketetan baino (1987) (batezbestekoa = 81,5; dt. = 28,4) eta Bunnellen, Cooperren, Herten eta Shenkerrenetan baino (1992) (batezbestekoa = 91,8; d.t. = 36,2), eta Munforden, Withehouseren eta Plattsen azterketako (1991) batezbestekoaren (batezbestekoa = 73,3; d.t. = 34,2) eta kaukasikoen antzekoak (batezbestekoa = 70,5; d.t. 31,6); Raichen eta beste zenbaiten (1991a) emaitzekin egindako alderaketa ez da fidagarria, haiek item gutxiago erabiltzen dituztelako, baina baliteke alborapen hori izanda ere gure batezbestekoak baxuagoak izatea. Blari dagokionez (EDI-2), gure batezbestekoak Garnerrek (1998) gazte espainiarretan aurkitutakoen antzekoak dira.

Itxura fisikoaren gaineko kezka (BSQ > 80) nesken % 29,8n agertzen da, eta mutilen % 11,2n; nabarmena edo muturrekoa da nesken % 15,7n eta mutilen % 4,7n. Ehuneko hori Cashek eta Henryk (1995) aurkitu zutena baino baxuagoa da; haien azterketan, emakumeen % 48k negatibotzat hartzen zuten beren itxura orokorra, % 46 ez zeuden gustura edo pisuagatik kezkatuta zeuden, eta % 51 gorputz-formarekin kezkatuta zeuden. De Graciak eta beste zenbaitek (1999) ikusi zuten neska nerabeen % 53,8 beren gorputz-irudiarekin kezkatuta zeudela. Beste zenbait laginekin alderatuz gero, aipagarria da kezka hori arinagoa dela Gipuzkoako gazteen artean; hala ere, emaitza horiekin ezin da esan kulturen artean alde

nabarmenik dagoenik, adinaren aldagaia ez baita berdina lagin guztietan, eta, zenbaitetan, ebakitze-puntua aldatu egiten da azterketa batetik bestera.

Neskak mutilak baino kezkatuago eta asegabeago daude gorputz-itxuraren inguruan, eta horrek baieztatzen du gorputz argal baten eredia bultzatzen duen gizarte-presioak indar gehiagoz eragiten duela nesketan, eta gure herrialdean lotura positiboa dagoela publizitatearen, argaltasuna ardatz duen emakumearen eredu estetikoaren eta gorputz-irudiarekiko gogobetetzetik ezaren artean (Toro eta beste zenbait, 1989; De gracia eta beste zenbait, 1999).

Bi sexuetan ikusi dugu zenbat eta handiagoa izan pisua orduan eta handiagoa dela gorputz-irudiarekiko gogobetetzetik eza. Nesketan, asegabetasunik handiena gehiegizko pisuarekin agertzen da, eta gogobetetzetik handiena normala baino baxuagoa den pisuarekin. Mutiletan aldea ikusi dugu pisu normalaren eta pisu txikiaren artean, eta asegabetasuna handiagoa da pisu normalean; hala ere, batezbestekoak normalak dira gorputz-masaren indizeko kategoria guztietan. Emaizta horiek kulturak ezarritako argaltasun-ereduaren ondoriozkoak izan daitezke, eta horrek adierazten du arrisku-faktorea dela gorputz-irudiarekiko asegabetasunean, eta elikadura-jarreraren nahasteren bat eragin lezakeela.

BSQan eta EDI-2ko gorputz-irudiarekiko asegabetasun-eskalan batez besteko puntuazioek urteetan barrena nesketan gora egiteak eta 16-18 urtera iritsitakoan altuagoak izateak adieraz dezake itxura fisikoaren gaineko gizarte-presioa nesketan areagotu egiten dela urteek aurrera egin ahala; emaitza horiek bat datoz nesketan Tororen eta beste zenbaiten (1989) emaitzekin eta lehenago egindako beste azterketa batzuetakoekin (Crisp, 1984; Davies eta Furhan, 1986). Mutiletan, berriz, ez dugu loturarik ikusten adinaren eta itxuragatik kezkatzearen inguruan. Hala ere, kezka hori 15-16 urterekin iristen da mailarik gorenera, eta gero behera egiten du; baliteke behera egite hori pubertaroko aldaketa fisikoekin batera gertatzea. Mutiletan gerta liteke muskuluen garapenak eta kirolari ematen zaion garrantziak itxura fisikoari eta janariak eragindako kezka garrantzia kentzea. Alde horiek argi uzten dute mutiletan adin txikiagoetan egin behar dela azterketa nesketan baino, prebentzio-programak prestatu ahal izateko.

Zenbait autorek adierazi dute gorputz-irudiaren inguruko kezka EJNak agertzearen ezaugarri aurremorbido bat izan daitekeela, elikadura-jarrera anomaloak bultzatzen baititu kezka horrek (Striegel-Moore, Silberstein eta Rodin, 1986). Bestalde, Cooperrek eta beste zenbaitek (1987) baieztatu zuten BSQa ez zela erabili behar EJN kasuak hautemateko neurri gisa, elikadura-patologiaren alderdi bat ebaluatzeko baizik. Gure azterketan, BSQa, BIa eta EATa erabiltzean, ikus dezakegu nesketan lehenbizi itxuraren inguruko kezka areagotzen dela, eta gero elikadura-jarrera anomaloek egiten dute gora, agian, gogobetetzen ez dituen itxura fisiko hori aldatzeko; dena den, kontuz ibili behar dugu hori horrela interpretatzean, ez baitugu loturarik aurkitu adinaren eta EATaren artean. Mutiletan elikadura-jarrera anomaloak adin txikiagoetan agertzen direla ikusten dugu, eta itxuraren inguruko kezka ez duela loturarik adinarekin.

Eskola publikoetan eta pribatuetan elikagaien aurreko jarreraren eta gorputz-irudiaren inguruko probak alderatzean, ez dugu aurkitu alde esanguratsurik EATan eta BSQan bi generoetan eskola-mota bakoitzean.

EDI-2ko Blan aurkitu dugu bi generoetan kasu patologikoen ehunekoa txikiagoa dela eskola pribatuetan. EATko, BSQko eta Blko (EDI-2) batezbestekoak alderatzean eskola publikoetan eta pribatuetan, alde esanguratsua dago nesketan BSQan eta Blan (EDI-2). Mutiletan, Blan (EDI-2). Asegabetasunik handiena eskola publikoko ikasleen artean ikusten da; horrekin lotura du eskola pribatuan pisu txikiko ikasle gehiago egoteak eta eskola publikoan pisu normala edo gehiegizko pisua duten ikasle gehiago egoteak. Horrek argaltasunaren kulturak duen eraginera garamatza berriz, zeinak eragin zuzena baitu gorputz-irudiaren inguruko gogobetetasunean.

Nerabegarora iristen ari direnek eta nerabeek dituzten elikadura-jarrerak eta gorputz-irudiarekiko jarrera sistematikoki aztertzearen garrantzia berresten dute gure emaitzek, hori ezinbestekoa baita gure gizartean prebalentzia handia duten zenbait patologiarri aurrea hartzeko.

2. Autoestimuari buruz

Batezbesteko hauek aurkitu ziren: 29,38 nesketan eta 30,82 mutiletan; klinikarik gabeko biztanleetan egindako zenbait azterketaren emaitzen antzekoak dira: 30,4 (Shapurian, Hojatr eta Neyerahmadi, 1987), 30,4 (Baños eta Guillén, 2000), beste batzuk baino txikiagoak: 38,7 (Pullmann eta Allik, 2000), eta klinika dutenen artean aurkitutakoa baino handiagoa: 25,8 (Salaberría eta Echeburua, 1995), 25,6 (Baños eta Guillén, 2000), 25,7 (Vázquez, Jiménez eta Vázquez, 2004).

Autoestimu baxuko pertsonen ehunekoa esanguratsua da nesketan (% 49,1) eta mutiletan (% 32,3). Berriz ere ikusi dugu nesken egoera kaxkarragoa dela. Nesketan, autoestimu-arazorik handienak adinean aurrera egin ahala agertzen dira; hala, batezbestekorik txikiak 16-17 urterekin agertzen dira, eta handienak 12-14 urterekin. Autoestimua eskola pribatuetan bi generoetan altuagoa izateak pentsarazten du kultura-faktoreak garrantzitsuak izan daitezkeela autoestimua bilakaeran.

Berriz azpimarratu nahi dugu arazo hori sakon aztertzearen garrantzia, uste baitugu funtsezkoa dela gure nerabeek adinean aurrera egin ahala beren burua gutxiago maitatzea eragiten duten faktoreak zein diren hautematea lehenbizi, eta egoera hori hobetzeko prebentzio-programak ezartzea ondoren.

Mutiletan ez genuen alderik aurkitu adin bakoitzeko autoestimuan; beraz, badirudi gizarteko nahiz barneko presioak ez diela eragiten adinean aurrera egin ahala.

Erregresioek erakutsi zuten nesken autoestimu baxuagoan eragina zutela gorputzarekiko asegabetasunak, depresioak, alexitimiak eta aitaren zaintza urriagoak; horrek baieztatu egiten ditu depresioaren klinika eta alexitimiaren eta depresioaren inguruko azterketak (Hendryx, Havilland eta Shaw, 1991). Aitaren zaintza urriagoak autoestimuan eragina izateak erakusten du zer garrantzi duen aitaren irudiak nesketan autoestimua bilakaeran.

Mutiletan, aurkitu genuen autoestimua baxuaren eragile zirela aitaren zaintza urria, gorputzarako asegabetasuna, alexitimia, depresioa eta aitarengandik jasotako gainbabesa. Mutilentzat beren independentzia erraztuko dien balioetsiak senti daitezten eta, ondorioz, beren burua balioetsi dezaten- aita bat izatearen garrantzia izan liteke beste arrazoiez gain aitarengandik jasotako gainbabesak ere eragina izatearen arrazoia.

EJN bat jasateko arriskua duten pertsonen autoestimua baxuagoa dela adierazten duen emaitza Vázquezek eta beste zenbaitek (2004) EJNak zituzten pazienteetan aurkitako emaitzen antzekoa da, eta horrek berretsi egiten du EJNen eta autoestimua baxuaren arteko lotura.

3. Alexitimiari buruz

Alexitimiari dagokionez, TAS-20 eskalan nesketan aurkitutako batezbestekoa (51,75) altuagoa da EAEko, Mexikoko, Murtziako eta Argentinako emakumeetan egindako kulturen arteko azterketa batean aurkitutakoa baino (Páez eta beste zenbait, 1999), Murtziako unibertsitate-ikasleena baino (Martínez-Sánchez, 1996) eta EJNak dituzten emakumeetan geuk aurkitutakoa baino (Espina eta beste zenbait, 2001). Mutiletan, TAS-20 eskalako batezbestekoa (49,56) ere altuagoa da aipatutako kulturen arteko azterketakoa baino, eta Martínez-Sánchezen azterketan (1996) lortutakoaren antzekoa. Alde horiek guztiek lotura izan dezakete gure adin-lagina aipatutako azterketakoa baino txikiagoa izatearekin eta emozioen mundua ulertzeko eta adierazteko gaitasuna txikiagoa izatearekin.

Alexitimia-kasuen ehunekoa (% 23,1 nesketan, eta % 13,6 mutiletan) handiagoa da nesketan (% 15-22) Parkerrek eta beste zenbaitek (1989) Kanadako eta AEBko ikasle helduagoetan aurkitutakoa baino, eta gerora Alemaniako, Amerikako eta Kanadako laginekin egindako azterketa batean lortutakoaren antzekoa (Parker eta beste zenbait, 1993).

Nesketan batezbestekoak mutiletan baino altuagoak dira TAS-20 eskalan, eta mutilei baino zailagoa gertatzen zaie sentimenduak bereiztea eta deskribatzea; mutilek puntuazio altua dute F3n, hots, kanporanzko pentsamenduan. Emaitza horiek ez datoz bat gure kulturaren emakumeek emozioen munduarekin lotura estuagoa duten ustarekin. Baliteke mutilek, kanporanzko pentsamendu horrekin, beren buruari gutxiagotan galdetzea zer gertatzen den beren emozio-munduan, eta horregatik ematea erantzun normalizatuagoak; neskak, berriz, lotuagoak daude emozio aldakorrekin, eta askotan nahasita egoten dira nerabezaroaren beraren inguruan ere.

Neska gazteagoetan, pentsamenduak kanporanzko orientazio nabarmenagoa zuen; baliteke heldutasunak barne-munduarekiko kontaktua errazteko duen joera izatea horren arrazoia.

AEBko, Kanadako, EAEko eta Argentinako laginekin, ikusi zen emakumeek gizonek baino puntuazio altuagoa zutela F1en, eta baxuagoa F2n eta F3n. Murtziako eta Mexikoko laginen emaitzak, berriz, gurean antzekoak dira: emakumeek puntuazio altuagoa dute F1en eta

F2n, eta gizonen F3n. Alemanian gizonen puntuazio altuagoa zuten hiru faktoreetan, eta batezbesteko altuagoak dituzte aipatutako lagin guztietako TAS-20 osoan, Murtziakoan eta Mexikokoan izan ezik (Páez eta Casullo, 2000).

Alexitimia maila sozioekonomikoari eta kulturalari lotu izan diote zenbait egilek (Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson eta Salonen, 1993); beste zenbaiten arabera, berriz, (Taylor eta beste zenbait, 1985; Parker eta beste zenbait, 1989) aldagai horiek ez dute inon eraginik alexitimian. Gure emaitzetan, eskola pribatuetara joaten diren neskek eta mutilek TAS-20 eskalan, F1en eta F2n puntuazio baxuagoa izateak adieraz dezake faktore sozioekonomikoek eta kulturelek badutela nolabaiteko eragina alexitimian.

Erregresio-analisiak erakusten zuten nesketan alexitimia eragile zirela autoestimua baxua, gorputz-irudi eskasa, amaren zaintza urria eta depresioa. Mutiletan, berriz, osasun mental eskasa, autoestimua baxua eta aitarengandik jasotako gainbabesa izan daitezke eragileak. Lehen esandakoa adierazten du horrek guztiak, eta nabarmentzen du zaintza babes-faktorea dela gainbabesa faktore negatiboa.

Alexitimia gaixotasun mentalen batek, gorputz-irudi eskasak edo autoestimua baxuak eragin izana bat dator lehendik egindako zenbait azterketetako emaitzekin (Bagby, Taylor eta Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson eta Hodges, 1993; Corcos eta beste zenbait, 2000; Haviland eta beste zenbait, 1988; Hendryx, Haviland eta Shaw, 1991; Schiattino eta beste zenbait, 1998). Adina txikiagoa izatearen arrazoia izan liteke emozioen prozesatze kognitiboak garapena behar duela, eta gazteenek ez dutela erabilera hori hain erraz menderatuko.

Nesketan zaintza urriak eta mutiletan gainbabesak alexitimian eragina izateak pentsarazten du gurasoen hazkuntza-funtzioen urritasunari buruzko teoriak eragina izan dezaketela alexitimia agertzean (Emde, 1988; Stern, 1984; Taylor, 1987, 1991; Edgcombe, 1984; Osofsky eta Eberhart, 1988; Espina, 1998).

4. Osasun mentalari buruz

General Health Questionnaire (GHQ-28) aurkitutako fidagarritasunari dagokionez, $\alpha = ,924$ nesketan eta $\alpha = ,856$ mutiletan, biztanleria osoarekin egindako beste azterketa batzuetan baino handiagoa da nesketan, eta antzekoa mutiletan.

Gure azterketan aurkitutako batezbestekoak hauek dira: 4,11 (d.t. 5,62) nesketan eta 2,19 (d.t. 3,39) mutiletan; Gilik, Ferrerrek, Rocak eta Bernardok (2000) lortutako antzekoak dira; patologiarik gabeko banakoetan: 3,14; patologia psikiatrikoa dutenetan: 7,44; patologia medikoa dutenetan: 5,04.

Morbilitate psikiatrikoari dagokionez (% 27,2 nesketan eta % 13,8 mutiletan), Zaragozako 15-19 urte arteko gazteetan egindako azterketa batekoa eta biztanleria orokorrekin Katalunian kontrol-talde batean egindako azterketa batekoa baino altuagoa da; Zaragozako

azterketa hartan, GHQ-28 eskalan puntuazio patologikoak zituzten nesken % 20,5ek eta mutilen % 8,1ek (Seva, Merino, Magallón, Sarasola eta Magallón, 1990); Kataluniakoan, % 15ekoa zen emakumeetan eta % 3koa gizonetan (Prieto et al. 1997). Mateosek (1987), GHQ-60 eskala erabiliz, % 26 topatu zuen 16-20 urte arteko biztanleria orokorrean. Bergek (1986), Suedian, arazo psikikoak zituztenen ehunekoa % 15-25 zela aurkitu zuen 15-20 urte arteko gazteetan. Generoen arteko desberdintasunak tarteko adinetan ikusi ohi dira, eta ez dira hain maiz agertzen gazteetan (Koves, 1985; Mateos, 1987; Seva, 1984); baina, Sevaren eta beste zenbaiten azterketan, (1990) generoaren arteko desberdintasunak gure azterketakoen antzekoak dira antzeko adin-tarte batean.

Elikadura-jarrerari, gorputz-irudiari, autoestimuari eta alexitimiarri buruzko eskaletan morbiditate psikiatrikoa duten banakoen puntuazioa altuagoa izateak adieraz dezakete aldagai horiek guztiak multzo bat osatzen dutela, eta multzo horrek ondoez psikologikoa sortzen duela zenbait esparrutan; hori kontuan hartu behar litzateke abordatze psikologikoetan.

Nesken osasun orokorra eskasagoa da, eta GHQ-28ko 4 faktoreetako puntuazioak altuagoak: A: sintoma somatikoak; B: antsietatea eta insomnioa; C: disfunzio soziala; eta D: depresio larria; nesketan adinak aurrera egin ahala osasun mentalak okerrera egitea gizarte-presioak eragin dezake, hezkuntzan egiten zaizkion eskakizunen, ezarritako gorputz-ereduaren eta beste zenbait faktoreren ondorioz. Eragile izan daitezkeen arrazoen inguruko azterketak behar dituzte emaitza horiek, eta kontuan hartu behar lirateke prebentzio-programetan.

Nesketan, eskola pribatuetan antsietatea eta insomnioa, disfunzio soziala eta depresio larria gutxiagotan agertzen direla ikusten dugu, eta eskola publikoetan osasun mental orokorra hobea dela. Era berean, eskola publikoetako mutilek sintoma somatiko, antsietate eta insomnio gutxiago dituzte, puntuazio txikiagoak dituzte eta osasun mental hobea dute. Gerora ere azterketak egitearen garrantzia azpimarratu nahi dugu berriz, alde horiekin lotura izan dezaketen faktoreak aztertzeko.

5. Alkohol- eta droga-kontsumoari buruz

Alkohola eta/edo droga kontsumitzen zuten nesketan, osasun mental eskasagoa, sentimenduak bereizteko zailtasuna, kanporanzko pentsamendua, autoestimua baxuagoa, EATa, Bla eta bi gurasoen zaintza urriagoa nabarmentzen ziren. Emaitza horien harira proposatzen dugun hipotesi bat da sufrimendu psikiko handiagoa izatean eta sentimenduak bereizteko zailtasuna izatean pentsamenduak kanporantz jotzen duela, eta alkohola eta droga bilatzen direla sufrimendu hori arintzeko. Gurasoen hazkuntza-arauak eta osasun mentalak lotura zuzena dutela ikusten dugu berriz. Zaintza handia eskaintzen duten gurasoen alabek gutxiago kontsumitzen dute. Ezin dugu baieztatu zer den lehen eta zer orain, baina argi dago hazkuntza-arau egoki batzuk osasun hobeari lotzen zaizkiola, eta zaintzarik eza osasun mental kaxkarragoarekin, autoestimua baxuagoarekin eta alkohol- eta droga-kontsumo handiagoarekin.

Mutiletan elikadura-jarrera hobeak ikusten genituen kontsumitzen zutenen artean, eta esanguratsua zen mutil horiek aitarengandik eta amarengandik jasotako babes maila altuan ikusten zutela eta zaintza maila baxuan. Gurasoekiko loturak lehen mailako adierazle gisa agertzen dira alkohola eta drogak kontsumitzeari dagokionez, eta afekturik gabeko kontrolaren lotura da kaltegarriena, lehenago aipatutako zenbait azterketak eta droga-mendekotasunaren esparruan Schweitzerrek eta Lawtonek (1989) eta gure herrialdean Espinak eta beste zenbaitek erakutsi duten bezala. Bi generoetan, amarekiko lotura hobezina eta hertsia (Parkerren ebakitze-puntua) ez kontsumitzearekin lotzen ziren, eta hobezina bi gurasoetan.

Laburbilduz, emozio-goxotasuna, semea/alaba ondo egon dadin kezka, hura modu positiboan balioestea eta ez bazterzea ezaugarri duten gurasoak ez kontsumitzearekin lotzen dira; aldiz, kontrola, gainbabesa, intrusioa, neurritz kanpoko kontaktua, haur gisa tratatzea eta independente izaten ez uztea ezaugarri duten gurasoak maizago ikusten dira kontsumitzaileetan.

6. Gurasoen hazkuntza-arauei buruz

PBIan eta azpieskaletan aurkitutako Cronbachen alfa koefizientea altua da bi generoetan, eta Parkerrek (1983) aurkitutakoak baino altuagoa. *Zaintzan eta gainbabesean aurkitutako batezbestekoak altuagoak dira Parkerrenak baino. Patologiarik gabeko EAEko helduen lagin batekin alderatuz gero (Espina eta beste zenbait, 1996), gure batezbestekoak pixka bat baxuagoak dira amaren zaintzan, eta altuagoak aitaren zaintzan eta bi gurasoengandik jasotako gainbabesean.*

Nesketan, aitarekiko loturari zegokionez, ehuneko handiagoa zen lotura hertsian, eta txikiagoa lotura hobezinean, afekturik gabeko kontrol-loturan eta ahulean; horrek adierazten du aita alabengatik kezkatzen direla, eta haien independentzia zailtzen dutela. Baliteke lotura-mota hori maizago agertzea aitaren aldetik neskekin, kanpoko arriskuen beldur direlako eta neskek arrisku gehiago izan dezaketela hautematen dutelako.

Lotura hertsia ezaugarria da zaintza-maila altua: emozio-goxotasuna, semea/alaba ondo egoteko kezka eta hura modu positiboan balioestea, eta *gainbabes* altua (GAB): kontrola, gainbabesa, intrusioa, neurritz kanpoko kontaktua, haur gisa tratatzea, independente izaten ez uztea.

Mutiletan, Hasierako urteetako batezbestekoak altuagoak dira *zaintzan*; hau da, adin horretan aita eta ama beroago eta enpatikoago hautematen dituzte. Zaintzaren pertzepzioa murriztu egiten da adinean aurrera egin ahala. Horrek lotura izan dezake afektuzko urruntzearekin, adinean aurrera egin ahala.

Eskola publikoaren eta pribatuaren arteko alderaketan, eskola pribatuko nesken artean nabarmentzekoa da amarekiko lotura hobezina eta hertsia direla nagusi, eta eskola publikoan, berriz, lotura ahula eta afekturik gabeko kontrol-lotura.

Aitarekiko, lotura hertsia nagusitzen zen eskola pribatuan, eta afekturik gabeko kontrol-lotura eskola publikoan. Batezbestekoak alderatzean, zaintza handiagoa ikusten zen eskola pribatu-tuetako ikasleetan, eta gainbabesa handiago zen eskola publikoko ikasleetan. Mutilekin, bi gurasoengandik jasotako zaintza handiagoa zen eskola pribatuan zebiltzanetan.

Hau da, eskola publikoan, gurasoekiko lotura-motek neskekin kalitate kaxkarragoa dute; seme-alaben garapenerako lotura-motarik txarrena afekturik gabeko kontrolarena da (Parker, 1979, 1981; Zweig-Frank eta Paris, 1991; Truant eta beste zenbait, 1987; Apperson eta beste zenbait, 1975; Schweitzer eta Lawton, 1989; Espina eta beste zenbait, 1996; Espina, Fernández eta Pumar, 2000; Pole, Waller, Stewart eta Parkin-Feigenbaum, 1988; Rhodes eta Coger, 1992; Russel eta beste zenbait, 1992; Vandereycken, 1994).

Alexitimia duten nesken batezbestekoak altuagoak dira amarengandik eta aitarengandik jasotako gainbabesean, eta baxuagoak amaren zaintzan. Nesketan maizago ikusten da afekturik gabeko kontrol-lotura amarekiko.

Alexitimia duten mutiletan batezbesteko altuagoak ikusi genituen gainbabesean, eta baxuagoak bi gurasoen zaintzan. Amarekiko afekturik gabeko kontrol-lotura eta lotura hertsia nagusitzen ziren, eta aitarekiko lotura hertsia. Bi kasuetan, lotura hobezinaren ehunekoa txikiagoa zen. Horrek guztiak pentsarazten du hazkuntza-arauak garrantzitsuak direla emozioak prozesatzeko gaitasun kognitiboa gara dadin; hau da, gurasoak goxoak, enpatikoak eta autonomia lortzen laguntzen dutenak badira, egokiagoak dira alexitimiari aurrea hartzeko. Gaixotasun fisikoren bat duten mutilek aitaren zaintza handiagoa jasotzeak, lotura hertsia handiagoa izateak eta afekturik gabeko kontrol-lotura txikiagoa izateak adierazten du aitek gehiago parte hartzen dutela gaixorik dauden semeen zaintzan.

Gorputz-irudiari dagokionez, beren gorputz-irudiak kezkatzen ez dituen nesketan handiagoa da lotura hobezinaren ehunekoa, eta txikiagoa afekturik gabeko kontrolarena; irudiak neurritz kezkatzen dituenetan, gehiagotan agertzen dira lotura ahula eta afekturik gabeko kontrol-lotura; asko kezkatzen dituenetan, berriz, afekturik gabeko kontrol-loturak pentsarazten du gurasoekiko loturak gorputz-irudiarekin.

Autoestimu altua zuten mutilek batezbesteko altuagoak zituzten zaintzan eta baxuagoak bi gurasoengandik jasotako gehiegizko zaintzan. Autoestimu baxua zutenek ehuneko txikiagoa zuten lotura hobezinean, eta handia afekturik gabeko kontrol-loturan. Emaiza hauek lerro berean daude, kontuan hartuta autoestimua ondo garatzeak hazkuntza-arau egoki batzuekin duen lotura, eta afekturik gabeko kontrol-lotura dela seme-alaben garapenerako lotura-motarik txarrena, lehenago adierazi dugun moduan.

Osasun mentalak lotura estua du gurasoen hazkuntza-arauekin. Zaintza nagusitzen da osasuntsu daudenetan, eta gainbabesa morbiditate psikiatrikoa dutenean; lehen adierazitako azterketak berresten ditu horrek. Lotura daudela, eta hori, era berean, ni-aren garapenarekin. Hau da, hazkuntza-arau egoki batzuk pertsonaren bilakaerarekin eta hark bere gorputz-irudia onartzearekin lotuko lirake.

Autoestimuan, ikusi genuen autoestimu altua duten neskek batezbesteko altuagoak zituztela bi gurasoen zaintzan, eta baxuagoak aitarengandik jasotako gainbabesean. Era berean, autoestimu baxua zuten neskek aitarekiko lotura hobezin txikiagoa zuten, eta afekturik gabeko kontrolotura eta lotura hertsia handiagoa.

7. Eskalen arteko korrelazioak

Elikadura-jarreraren eta TAS-20 eskalaren eta haren faktoreen arteko korrelazio positiboak berretsi egiten ditu aurreko azterketak (Taylor, 2000; Espina eta beste zenbait, 2001), zeinek alexitimiaren eta elikadura-jarreraren nahasteen arteko lotura estua nabarmentzen baitute. Gauza bera esan dezakegu alexitimiaren eta sintoma somatikoen, antsietatearen, disfuntzio sozialaren eta depresioaren arteko loturaz (Bagby, Taylor eta Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson eta Hodges, 1993; Corcos eta beste zenbait, 2000; Espina, 1998; Hendryx, Havilland eta Shaw, 1991; Taylor, 2000).

Autoestimuak lotura estua du osasun mentarekin, bakoitzaren gorputz-irudiarekin, elikadura-jarrera osasungarriekin eta emozioen prozesatze kognitiboekin, eta horrek aurreko azterketak berresten ditu. Bi gurasoengandik jasotako zaintzaren eta gainbabesaren korrelazio negatiboek PBlaren konstruktaren baliozkotasuna adierazten dute.

Hazkuntza-arauak dagokienez, aipagarria da gainbabesak lotura zuzena duela patologia-eskalekin: GHQ-28 eskalarekin, BSQarekin, Blarekin eta TAS-20 eskalarekin (mutiletan, EATak ere bai gainbabesarekin), eta zaintzak korrelazio positiboa duela autoestimuekin. Horrek agerian uzten du zeinen garrantzitsuak diren seme-alaben osasunerako familia-harmanak, batez ere, emozio-goxotasuna ezaugarri duten hazkuntza-arau osasungarriak, semea/alaba ondo egiteko kezka, eta hura modu positiboan balioestea baztertu beharrean. Beste muturrean daude kontrola eta neurritz kanpoko kontaktua, gainbabesa, intrusioa, haur gisa tratatzea eta independente izaten ez uztea.

Autoestimu altuagoa, beren itxurari buruzko irudi hobea, emozioak erabiltzeko gaitasun handiagoa eta osasun mental hobea dituzten seme-alabekin lotzen dira hazkuntza-arau osasungarriak. Mutiletan, gainera, gainbabesik ez gertatzea elikagaiekiko jarrera hobea izatearekin lotzen da. Badirudi horrek berretsi egiten dituela seme-alaben garapen psikologikoak eta emozionalak hazkuntzarekin lotura zuzena dutela dioten iritziak, betiere beste faktore batzuen eragina baztertu gabe. Nerabeen garapena hobetzeko programetan gurasoen parte-hartzea bultzatzeko beharra nabarmentzera garamatzate emaitza horiek.

Alexitimiak, morbiditate psikiatrikoak, autoestimuak, gorputz-irudiarekiko asegabetasunak eta elikadura-jarrera disfuntzionalek lotura estua dute gure lagineko gazteetan, eta kasu patologikoen ehuneko handia hartzen dute; kasu horiek gazteen osasunaren alderdi horiei arreta berezia eskaintzeko beharra adierazten dute, lehen eta bigarren mailako prebentzioari begira.

F. ONDORIOAK

a. Adierazitako hipotesiei dagokienez

.: 1. Elikadura-asaldurak adierazten dituzten jarrerren prebalentzia-tasa Gipuzkoan % 7,2 da nesketan, % 2,4 mutiletan. *Emaitza horiek* Espainian eta beste zenbait herrialdeetan egindako azterketetan aurkitutakoen antzekoak dira.

.: 2. EATko (elikagaienganako jarrera) puntuazioek korrelazio positiboa dute TAS-20 eskalarekin (alexitimia), eta negatiboa autoestimuaeren eskalarekin.

.: 3. EJNren bat izateko arriskua duten mutiletan, gurasoekiko loturen kalitatea kaxkarragoa da patologiarik ez duten banakoetan baino, lotura hobezinaren ehunekoa txikiagoa da, afekturik gabeko kontrol-loturarena handiagoa, eta aitarengandik jasotako gainbabesa ere handiagoa da. Nesketan, aldeak ez du aparteko garrantzirik estatistikari dagokionez.

.: 4. Gorputz-irudiak kezkatzen ez dituen nesketan, ehuneko handiagoa du lotura hobezinak, eta txikiagoa afekturik gabeko kontrol-loturak. Itxurak neurritz kezkatzen dituenetan, lotura ahula eta afekturik gabeko kontrol-lotura areagotu egiten dira. Itxurak asko kezkatzen dituenetan, afekturik gabeko kontrol-lotura areagotzen da. Mutiletan, aldeak ez du aparteko garrantzirik estatistikari dagokionez.

.: 5. Patologia neurtzen duten eskalek (EATa, BSQa, Bla, TAS-20 eskala, GHQa) lotura positiboa duten beren artean, eta negatiboa autoestimuaerekin (RSE).

.: 6. Patologia psikiatrikoa zaintza gutxiko eta gainbabeseko hazkuntza-arauekin lotuta egongo da.

.: 7. Autoestimu baxua eta gorputz-irudi eskasa zaintza gutxiko eta gainbabeseko hazkuntza-arauekin lotuta egongo dira.

.: 8. Gorputz-irudiarekiko asegabetasuna handiagoa da nesketan mutiletan baino.

b. Emaitzen ondorio soziosanitarioak

Azterketa honetako emaitzek berretsi egiten dute gazteen osasunean elikadura-arazoen duten garrantzia, eta, zentzu zabalagoan, osasun mentalean eta autoestimuan eragin ditzaizketen arazo larriak eta emozioen prozesatze kognitiborako zailtasuna (alexitimia). Elikadura-arazoak ez dira modak eragindako gorputz-irudiaren arazoak soilik; arazoa

larriagoa da, eta pertsonen alderdi zabalagoak hartzen ditu, elikadura-arazoak dituzten banakoetan ikusi izan den moduan. Urritasun horiek guztiak eremu ezin hobea dira argaltasunaren modan erortzeko, bai eta beste asaldura psikiatriko batzuk izateko ere. Berriz nabarmendu behar dugu neskak egoera kalteberagoan daudela, eta hori areagotu egiten da adinarekin.

Bestalde, hazkuntza-arauak seme-alaben osasunean duten garrantziak pisua hartu du azterketa honen emaitzetan. Seme-alaben osasun mentalak lotura zuzena du gurasoek haiekiko duten lotura-motan.

Gurasoak *zaintzaren* aldekoak badira: emozio-goxotasuna, semea/alaba ondo egoteko kezka eta hura modu positiboan balioestea, baztertu beharrean.

Seme-alabek aukera gehiago dituzte osasuntsuak izateko. *Gehiegi babestearen* aldekoak badira, berriz: kontrola, gainbabesa, intrusioa, neurritz kanpoko kontaktua, haur gisa tratatzea, independente izaten ez uztea, independentzia bultzatu beharrean. Asaldura mentalak gertatzeko aukera gehiago izango dira.

Familia, beste faktore biologiko eta sozial zabalagoak baztertu gabe, funtsezko atala da seme-alaben garapenerako. Hori jakina da, eta esandakoa baieztatzeko eta Gipuzkoako gazteen egoera larriaren berri emateko datu enpirikoak baino ez dituzte ematen azterketa honen emaitzek.

Beharrezkoak ez diren alarmismoak alde batera utzita, prebentzio-kanpainak egiteko beharra azpimarratu behar dugu; baina zuzenean parte hartzeko kanpainak egin behar dira, ez liburuxkak eta hitzaldiak soilik, adierazitako alderdiak kontuan hartuz eta gurasoei seme-alabekin nola jokatu ikasten lagunduz.

Atxikimenduaren eta familiako terapia sistemikoaren teoritik, familia-harremanak ulertzeko ereduak eta jarrera-arauak eskaintzen dira; horiek guztiak oso erabilgarriak izan daitezke prebentzio-kanpainetan. Eredu horiek erabiliz familiak elikadura-asalduretan parte hartzearen eraginkortasuna argi geratu da gure ingurunean, Euskal Herriko Unibertsitateak finantzatutako azterketa batean (Espina, Ortego eta Ochoa de Alda (2000, 2001b, 2001c, 2003). Azterketa horretan, elikadura-jarrerak eta gorputz-irudia hobetzea eta alexitimia eta psikopatologia orokorra murriztea lortu zen, bai pazienteetan, bai gurasoetan.

Azterketa honetan deskribatu diren alderdiei buruz (EJNak, gorputz-irudia, autoestimua, alexitimia, hazkuntza-arauak...) informazioa emateko eta talde txikitik zailtasunak lantzeko atxikimenduaren teoriaren eta familia-harremanen modelo sistemikoaren ekarpenak erabiliz gurasoekin eta seme-alabekin taldeka egindako parte-hartzeen efikazia eta eraginkortasuna aztertzea erabilgarria litzateke, gure emaitzen harira. Azterketa horren emaitzek parte hartzeko programa zabalagoak garatzea erraztuko lukete, eta programa horiek erabilgarriak izan litezke gure gazteen osasun mentala hobetzeko.

BIBLIOGRAFIA

- AKISKAL H.S., HIRSCHFELD R.M., ETA YERAVANIAN B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 801-10.
- AINSWORTH, M.D., BLEHAR, M.C., WATERS, E., ETA WALL, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum.
- AINSWORTH, M.D. ETA EICHBERG, C. (1991). Effects on infant-mother attachment figure, of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other trauma experience, in C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde eta P. Marris (arg.) *Attachment across the life cycle*. Tavistock Publications, London.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington.
- ASH, J.B., PIAZZA, P. (1995). Changing symptomatology in eating disorder. *Int J of Eating Disorders*, 18, 23-38.
- AYUSO, J.L., PONCE DE LEÓN, C., ETA GUAL, P. (2000). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Psicomedia.
- BAGBY, R.M; TAYLOR, G.J., ETA ATKINSON, L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.
- BAGBY, R.M; PARKER, J.D. A., ETA TAYLOR G.J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- BAGBY, R.M; TAYLOR, G.J., ETA PARKER, J.D.A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- BLISS, E.L., BRANC, C.H. (1960). *Anorexia Nervosa: its psychology and biology*. Hoeberg, New York.
- BOURKE, M.P., TAYLOR, G.J., PARKER, J., ETA BAGBY R.M. (1992). Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- BRUCH, H. (1962). Perceptual and conceptual disorders in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- BRUCH, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia and the person within*. New York. Basic Books.
- BRUCH, H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *Am J Psychoanal* 40, 169-72.
- CASH, T.F. (1994). Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1168-1170.
- CASH, T.F. ETA BROWN, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa y bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- CASH, T.F. ETA SZYMANSKI, M.L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 65, 466-477.
- CASH, T.F. ETA HENRY, P.E. (1995). Women's body images. The results of a national survey in the U.S.A. *Sex roles*, 33, 19-28.
- CASH, T.F. ETA DEAGLE, E.A. (1997). The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125
- CASTRO, J., TORO, J., SALAMERO, M., ETA GUIMERÁ, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7(2), 175-190.

- COCHRANE, C.E., BREWERTON, T.D., WILSON, D.B., ETA HODGES, E.I. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- COOPER, P. J., TAYLOR, M. J., COOPER, Z. ETA FAIRBURN, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6, 485-494.
- COOPER, P. J. ETA TAYLOR, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 32-36.
- COOPERSMITH, S. (1967): *The antecedents of self-esteem*. Freeman and Company, San Francisco.
- CORCOS, M., GUILBAUD, O., SPERANZA, M., PATERNITI, S., LOAS, G., STEPHAN, P., & JEAMMET, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266.
- COTRUFO, P., BARRETTA, V., MONTELEONE, P. (1998): Un estudio epidemiológico sobre los trastornos de la conducta alimentaria en dos institutos de segunda enseñanza en Nápoles. *Eur Psychiatr ed. Esp.*, 5, 86-89.
- CRISP, A.H, BURNS T., ETA BHAT, A.V (1986). Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis. *Br J Med Psychol*. 59, 123-32.
- DALLY P. (1969). *Anorexia nervosa*. Grune and Straton, New York.
- DE GRACIA, M., MARCÓ, M., FERNÁNDEZ, M.J. ETA JUAN, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- DE GROOT, J. M., RODIN, G., ETA OLMSTED, M. P. (1995). Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53-60
- DREWNOWSKI, A., HOPKINS, S.A., KESSLER, R.A. (1988): The Prevalence of Bulimia Nervosa in the College Student Population. *Am J Public Health*, 78, 1322-1325.
- DWYER, J.T., FELMDMAN, J.J., SELTZER, C.C, MAYER, J. (1969). Body image in adolescents: attitudes toward their weight and perception of appearance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 20, 1045-1056.
- EAGLES, J.M., JOHNSTON, M.I., HUNTER, D., LOBBAN, M., MILLAR, H.R., (1995): Increasing Incidence of Anorexia Nervosa in the Female Population of Northeast Scotland. *Am J Psychiatr*, 152, 1266-1271.
- EDGCUMBE, R.M(1984). Modes of communication: the differentiation of somatic and verbal expression. *Psychoanal Study Child*, 39,137-154.
- EISLER, I., SZMUKLER, G.I., ETA DARE, C. (1985). Family models of eating disorders. in SZMUKLER, G., DARE, C., TREASURE, J. (arg.) *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. John Wiley & Sons Ltd.
- EMDE, R.N. (1988). Development terminable and interminable, I: Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal* 69, 23-42
- ESPINA, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. in A. ESPINA ETA B. PUMAR (arg.) *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Fundamentos, Madrid.
- ESPINA, A. (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. In J. GARCÍA, M. GARRIDO ETA L. RODRÍGUEZ (arg.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Fundamentos, Madrid.
- ESPINA, A. (2003a). Eating disorders and MMPI profiles in a Spanish sample. *European Journal of Psychiatry*, 17(4), 201-211.
- ESPINA, A. (2003b). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 553-560.

- ESPINA, A., AYERBE, A. ETA PUMAR, B. (1996) La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos. *Adicciones*, 8 (2), 203-217.
- ESPINA, A. ETA PUMAR, B. (1999). Correlación entre la emoción expresada por padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 19, (71), 393-406.
- ESPINA, A., FERNÁNDEZ, E. ETA PUMAR, B. (2000). Los vínculos parentales en niños con trastornos del habla y del lenguaje. *Boletín de Psicología*, 68, 61-73.
- ESPINA, A., ORTEGO, A. ETA OCHOA DE ALDA I. (2000). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de psiquiatría*, 16, (6), 322-336.
- ESPINA, A., ORTEGO, A. (2000). Terapia multifamiliar en los trastornos alimentarios. *Sistémica*, 8, 61-74.
- ESPINA, A., ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I. ETA ALEMÁN, A. (2001a). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
- ESPINA, A., ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I. (2001b). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Cambios en alexitimia*. *Anales de Psiquiatría*, 17 (2), 64-72.
- ESPINA, A., ORTEGO, A. ETA OCHOA DE ALDA, I. (2001c). Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 58/59, 29-40.
- ESPINA, A. ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I., (2001d). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psycothema*, 13(4), 532-537.
- ESPINA, A., ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I., (2001e). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
- ESPINA, A. ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I., (2001f). Body Shape and eating disorders in a sample of students in the Basque country: a pilot study. *Psychology in Spain*, 6(1), 3-11.
- ESPINA, A., ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I., ALEMÁN A., ETA JUÁNIZ, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país vasco. Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 12(2), 217-235.
- ESPINA, A., ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I., YENES, F. ETA ALEMÁN, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psycothema*, 13(4), 533-538.
- ESPINA, A., ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I. (2003). Trastornos Alimentarios, intervenciones familiares y cambios en los perfiles del MMPI. Un estudio exploratorio. *Estudios de Psicología*, 24(3), 359-375.
- ESPINA, A., ORTEGO, A., OCHOA DE ALDA, I. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 321-331.
- FAIRBURN C (1985). The management of bulimia nervosa. *J Psy Res.* 19 (2/3), 465-72.
- FERNÁNDEZ, C., ESPINA, A., ETA ARESTI, A. (1996). Uno studio sull'Alexitimia nelle condotte tossicomane. *Personalità / Dipendenze*, 2, 235-241.
- FOREYT, J.P., WALKER, S., POSTON, C., ETA GOODRICK, G.K. (1996). Future directions in obesity and eating disorders. *Addictive Behavior*, 21, 767-778.
- GANDARILLAS, A., ZORRILLA, B., ETA SEPÚLVEDA, A. (2003). Trastorno del comportamiento alimentaria. Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescente de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública, Madrid.
- GARFINKEL, P.E., ETA GARNER, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional Perspective*. Brunner/Mazel, New York.

- GARFINKEL, P.E., LIN, E., GOERING, P., SPEGG, C., GOLDBLOOM, D.S., KENNEDY, S., ETA BESTE ZENBAIT (1995). Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *Am J Psychiatr*, 152; 1052-1058.
- GARDNER, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.
- GARNER, D.M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. TEA, Madril.
- GARNER, D.M. ETA GARFINKEL, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 17.
- GARNER, D.M. ETA GARFINKEL, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 2 (11), 263-284
- GARNER, D.M. ETA GARFINKEL, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 2 (11), 263-284.
- GOETZ P.L., SUCCOP R.A., REINHART J.B., ETA MILLER A. (1977). Anorexia nervosa in children: A follow-up study. *Am J Orthopsychiat*, 47, 597-603.
- GOLDBERG, D., ETA HILLIER, V.F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- GÓMEZ, J. (1984). Learning to drink : the influence of impairs psychosexual development. *J Psychosom Res*, 28, 403-410.
- GUILBAUD, O., CORCOS, M., CHAMBRY, J., PATERNITI, S., FLAMENT, M., ETA JEAMMET, P. (1999). Psychosomatic vulnerability and eating disorders. *Annales Medico Psychologiques*, 157(6), 390-401.
- HALMI, K.A. (1974). Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosom Med*. 36, 18-26.
- HUMPHREY, L.L., ETA STERN, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: a theoretical integration. *Journal of Marital and Family therapy*, 14; (4), 337-350.
- HAVILAND M.G., SHAW D.G., CUMMINGS M.A., ETA MACMURRAY J.P. (1988). Alexithymia: Subscales and Relationship to Depression. *Psychother Psychosom* 50,164-170, 1988
- HENDRYX, M.S., HAVILAND, M.G., ETA SHAW, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.
- HERZOG, D.B., SACKS, N.R., KELLER, M.B., LAVORI, P.W., VON RANSON, K.B., GRAY, H.M. (1993). Patterns and predicts of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 32, 835-842.
- HOEK, H. (1991). Epidemiological findings in the Nederland. *Psychological Medicine*, 21, 455-460.
- HSU, L.K. (1990). *Eating disorders*. Guildford Press, New York.
- HUTCHINSON, M.G. (1982). Transforming body-image: Your body, friend or foe?. *Women and Therapy*, 1, 59-67.
- JACOBI, L. ETA CASH, T.F. (1994). In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self and ideal precepts of multiple physical attributes. *Journal of Applied Social Psychology*, 4, 379-396.
- JOHNSON-SABINE, E. WOOD, K., PATTON, G., MANN, A., ETA WAKELING, A. (1988): A normal eating attitude in London school girls -a prospective epidemiological study: factors associated with a normal response on screening questionnaires. *Psychol Med*, 18, 615-622.

- KATZ, J.L. (1992). Eating disorders and substance abuse disorders. in A. TASMAN ETA M. RIBA (arg.) Review of psychiatry. American Psychiatry Press, Washington.
- KAY, D.W.K., ETA LEIGH D. (1954). The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *J Ment Sci*, 100, 411-39.
- KAZARIAN, S.S., BAKER, B., ETA HELMES, E. (1987). The Parental Bonding Instrument: factorial structure. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 231-232.
- KENDLER, K.S. (1996). Parenting: A genetic-epidemiologic perspective. *Am J Psychiatr*, 153, 11-20.
- KEYS, A., BROZEK, J. HENSCHEL, A. ETA BESTE ZENBAIT (1950). The biology of human starvation. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- KILLEN, J.D., TAYLOR, C.B., HAYWARD, C., WILSON, D.M., ETA BESTE ZENBAIT (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorders symptoms in a community sample of adolescent's girl: a three year prospective analysis. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20; (3), 113-135.
- KING, A. (1963). Primary and secondary anorexia nervosa syndromes. *Br J Psychiatr*, 109, 470-79.
- KING, M. (1989). Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med Suplem.*, 1, 1-34.
- KRYSTAL H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 33,17-31
- KRYSTAL H. (1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psychother* 9, 353-378.
- LEWINSOHN, P., STRIEGEL-MOORE, R., ETA SEELEY, J. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorder in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 39, 1284-1292.
- LOBO, A., PÉREZ-ECHEVERRÍA, M.J., ETA ARTAL, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- LUCAS, A.R., BEARD, C.M., O'FALLON, W.M., ETA KURLAND, L.T. (1991). 50-Years Trend in the Incident of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study. *Am J Psychiatr*; 148, 917-922.
- MACKINNON, A.J., HENDERSON, A.S., ETA ANDREWS, G. (1991). The parental Bonding Instrument: a measure of perceived or actual parental behavior? *Acta Psychiatr Scand*, 83, 153-159.
- MAGANTO, C., ETA CRUZ, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimentarios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-48.
- MAHLER M. (1968). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. Basic Books, New York.
- MAHLER M. (1975). The psychological birth of the human infant. Basic Books, New York.
- MAIN, M. ETA HESS, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. in M. GREENBERG, D. CICCHETTI ETA M. CUMMINGS (arg), Attachment in the preschool years, University of Chicago press. 161-182, Chicago.
- MAIN, M. ETA SALOMON, J. (1986). Discovery of a new, insecure- disorganized-disoriented attachment pattern. in T.B. BRAZELTON ETA M. YOGMAN (arg.), Affective development in infancy, *Ablex*. 95-124, Norwood, NJ.
- MAIN, M. ETA SOLOMON, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. in M. T. GREENBERG, D. CICCHETTI ETA E. M. CUMMINGS (arg.), Attachment in the preschool years, University of Chicago press, 121-160, Chicago.

- MAIN, M. ETA WESTON, D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- MARRAZI, M.A. ETA LUBY, D.E. (1986). An auto-addiction opioid model of chronic anorexia nervosa. *Int. J. of Eating Disorders*, 5, 191-208.
- MARTÍNEZ, E., TORO, J., SALAMERO, M. ETA BLECUA, M. J. (1993). Influencias sociales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista psiquiátrica de la facultad de Barcelona*, 20, 55-65.
- MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, F., SÁNCHEZ, J. A., CASTILLO J. C., GORDILLO DEL VALLE, E. Y ORTIZ, B. (1996). Rasgos alexitiímicos en pacientes de atención primaria. *Psiquis*, 17(1), 46-52.
- MARTY P. (1980). Les mouvements individuels de vie et de mort. *L'ordre psychosomatique*, Vol. 2, Payot, Paris.
- MARTY P, DE M'UZAN M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse* 27(suppl): 1345-1356.
- MCDOUGALL J. (1974). The Psychosoma and Psychoanalytical process. *Int. Rev Psychoanal*, 1, 437-59.
- MCDOUGALL J. (1985). *Theaters of the Mind: Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage*. Basic Books, New York.
- MORA, M. ETA RAICH, R. M. (1993). Adaptació del bulimia test i BSQ en una mostra universitària. "VIII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica" jardunaldietan aurkeztutako lana. Bartzelona.
- MORAL DE LA RUBIA, J. ETA RETAMALES, R. (1999). Los sueños una nueva aproximación a la alexitimia. *Psiquis*, 20(2), 55-61.
- MORANDÉ, G. (1995). Un peligro llamado anorexia. *Temas de Hoy*, Madrid.
- MORANDÉ, G. ETA CASAS, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2(3), 243-260.
- MORANDÉ, G., CELADA, J., ETA CASAS, JJ. (1999): Prevalence of eating disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health*, 24, 212-219.
- NEMIAH J.C., (1977). Alexithymia: theoretical considerations. *Psychoter Psychosom* 28, 199-206.
- ONNIS, L. ETA DI GENARO, A. (1987). Alexitimia. Una revisión crítica. *Medicina Psicopatológica*, 32, 45-64.
- OSOFSKY, J.D. (1988). EDERHART-WRIGHT A: Affective exchanges between high risk mother and infants. *Int J Psychoanal* 69, 221-231.
- PÁEZ, D., MARTÍNEZ, F., VELASCO, C., MAYORDOMO, S., FERNÁNDEZ, I. ETA BLANCO, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- PÁEZ, D., ETA CASULLO, M. M. (2000). Cultura y alexitimia. *Paidós*, Bartzelona.
- PATTON, G.C. (1998). Mortality in eating disorders. *Psychol Med*, 18, 947-951.
- PARKER, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
- PARKER, G. (1981). Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 33-36.

- PARKER, G. (1982). Re searching the schizophrenogenic mother. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(8), 452-462.
- PARKER, G. (1984). The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Social Psychiatry*, 19, 75-81.
- PAKER, G.; MATER, R. (1986). Predicting schizophrenic relapse: a comparison of two measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 82-86.
- PARKER J.D.A., TAYLOR G.J., ETA BAGBY R.M. (1993). The alexithymia construct: relationship with socio-demographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 30, 434-441.
- PARKER, J.D.A., BAGBY, R.M., TAYLOR G.J., ENDLER N.S. ETA SCHMITZ, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*. 7, 221-232.
- PARKER, G., TUPLING, H. ETA BROWN, L.D. (1979). A parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- PATTON, G.C., COFFEY, C., POSTERINO, M., CARLIN, J.B., ETA WOLFE, R. (2001): Parental "affectionless control" in adolescent depressive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 475-480.
- PÉREZ, H., CORTÉS, J., ORTIZ, S., PEÑA, J., RUIZ, J. ETA DÍAZ-MARTÍNEZ, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20 (3), 30-34.
- PÉREZ-GASPAR, M., GUAL, P., DE IRALA-ESTÉVEZ, J. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A., LAHORTIGA, F., ETA CERVERA, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.
- PERPIÑÁ, C. (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. *Rev psiquiatr Fac Med Barc*, 6, 303-312.
- PETIT, M.J., DE LA CORTE, J., ETA ASTRAL, J. (2002). Programas de detección precoz y prevención de trastornos alimentación (anorexia y bulimia) con adolescentes de 12-14 años escolarizados en IES públicos de Getafe (Madrid). *Psikiatriako 3. kongresu virtualean aurkeztutako artikulua*. Interpsiquis, psiquiatria.com.
- PIRKE, KM, VANDEREYCKEN, W. ETA PLOOG, D. (1988). *The psychobiology of bulimia*. Springer Verlag.
- PLOOG, D., PIRKE, K.M. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 17, 843-859.
- POLE, R., WALLER, D., STEWART, S., PARKIN. ETA FEIGENBAUM, L. (1988). Parental caring versus overprotection in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (5), 601-606.
- RAICH, R. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosa: trastornos alimentarios*. Pirámide, Madrid.
- RAICH, R. M., DEUS, J., MUÑOZ, M.J., PÉREZ, O. ETA REQUENA, A. (1991a). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 210-220.
- RAICH, R. M., DEUS, J., MUÑOZ, M. J., PÉREZ, O. ETA REQUENA, A. (1991b). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18(7), 305-315.
- RAICH, R.M., MORA, M., SOLER, A., AVILA, C., CLOS, I., ETA ZAPATER, L. (1994). Revisión de la evaluación y tratamiento de trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. *Psicogemas*, 8, 81-99.
- RASTAM, M., GILBERT, C.H., ETA GARTON, M. (1989). Anorexia Nervosa in a Swedish urban region: A population-based study. *Br J Psychiatr*; 155, 642-626.

- RÁSTAM, M. ETA GILLBERG, C.H. (1991). The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *J. Am. Acad. Child Adolescent. Psychiatry*, 30(2), 134-142.
- RATHNER, G., ETA MESSNER, K. (1993). Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychol Med*, 23, 175-184.
- RHODES, B. ETA KROGER, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263.
- RAICH, R.M., ROSEN, J.C., DEUS, J., PÉREZ, O., REQUENA, A. ETA GROSS, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 63-72.
- RODIN, J., SILBERSTEIN, L.R. ETA STRIEGEL-MOORE, R.H. (1985). Women and weight: A normative discontent. in T. B. SONDEREGGER (arg.). *Nebraska symposium on motivation: psychology and gender* (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- RODRÍGUEZ, M.C. (1997). Distorsión de la imagen corporal como factor de riesgo para la anorexia nerviosa: un estudio comparativo. *Anales de Psiquiatría*, 13 (8), 327-331.
- ROSENBERG, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- ROSENBERG, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Wesleyan University Press, Middletown, CT.
- ROSEN, J.C., TACY, B., ETA HOWELL, D. (1990). Life stress, psychological symptoms and weight reducing behaviour in adolescent girls: a prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 17-26.
- ROSEN, J.C. (1993). Body image disorder: Definition, development and contribution to eating disorders. in J.H. CROWTHER, S.E., HOBFOLL, M.A.P. STEPHENS, ETA D.L. TENNEBAUM (arg). *The etiology of bulimia*. Hemisphere Publishers, Washinton, DC.
- RUÍZ LÁZARO, P.M. (1998). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España. *Anual Español de Pediatría*, 49, 435-436.
- RUÍZ, P.M., ALONSO, J.P., VELLILA, J.M., LOBO, A., MARTÍN, A., PAUMARD, C., ETA BESTE ZENBAIT (1998): Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*, 3, 148-162.
- RUIZ-LÁZARO, P. M. (1998). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales Españoles de Pediatría*, 152, 1052-1058.
- RUSSELL, J., KOPEC-SCHRADER E, REY, E. ETA BEUMONT, P. (1992). Parental bonding instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatryca Scandinavica*, 86, 236-239.
- SAGGIN, A. (1993). *Quale educazione nutrizionale nel disturbi del comportamento alimentare*. "Latini Dives" III. Kongresuan aurkeztutako lana. Toulouse.
- SÁIZ, P.A., GONZÁLEZ, M.P. BASCARÁN, M.T., FERNÁNDEZ, J.M., BOUSOÑO, M., ETA BOBES, J. (1999). Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (6), 367-374.
- SANTOANASTASO, P., ZANETTI, T., SALA., FAVARETTO, G., VIDOTTO, G. ETA FAVARO, A. (1996). Prevalence of eating disorders in Italy: A survey on a sample of 16-year-old female students. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 158-162.
- SCHIATTINO, I., SANFUENTES, M. T., LAGARRIBEL, M., JARA, S., LOLAS, F., ETA LIBERMAN, C. (1998). Influencia de la restricción alimentaria sobre la diada madre-hija. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26 (5), 303-308.

- SCHILDER, P. (1958). *The image and appearance of the human body*. International universities press, New York.
- SCHMIDT, U, JIWANY, A, ETA TREASURE, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- SCHWARTZ D.M., THOMPSON M.G. ETA JOHNSON, C.L. (1985). Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. in SW EMMETT (arg.) *Anorexia nervosa and bulimia*. Brunner/Mazel, New York.
- SHISLAK, K., ETA GRAGO, M. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 660-667.
- SPIEKER, S.J. ETA BOOTH, C.L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. in J. BELSKY ETA T. NEZWORSKY (arg.). *Clinical implications of attachment*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- STERN D.N.(1984). *Affect attunement*, in *Frontiers in Infant Psychiatry*, vol 2. Edited by Call JD, Galenson E, Tyson RL. Basic Books, New York.
- STEINHAUSEN, H.C., RAUSS, C., ETA SEIDEL, R. (1991). Follow-up studies of Anorexia Nervosa: A review of four decades of outcomes research. *Psychol Med.*; 21, 447-454
- STRAUMAN, T.J. ETA GLENBERG, A.M. (1994). Self-concept and body image disturbance: Which self-beliefs predict body size overestimation? *Cognitive research and Therapy*, 18, 105-125.
- SULLIVAN, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- TANNENHAUS, N. (1995). *Anorexia y bulimia*. Plaza y Janés, Barcelona.
- TAYLOR G.J. (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. International Universities Press, Madison, CT.
- TAYLOR, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M., ETA PARKER, J.D.A. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale Some Reliability, Validity and Normative Data. *Psychother Psychosom* 57, 34-41.
- TAYLOR, G.J, DOODYK, NEWMAN A (1981). Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Can J Psychiatry* 26, 470-474
- TAYLOR, G.J., PARKER, J. D. A., BAGBY, R. M. ETA BOURKE, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- THENADER, S. (1970). A psychiatric investigation of 94 females cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214 (supl), 1-19.
- TOLEDO, M., FERRERO, J. CAPOTE, J., ROGER, L., SÁNCHEZ, M., DONET, E. ETA TORMO, E. (1999). Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la comunidad valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 51/52, 38-48.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Ariel Ciencia, Barcelona.
- TORO, J. (2000). La epidemiología de los trastornos alimentarios de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114, 543-544.
- TORO, J., CASTRO, J., GARCÍA, M., PÉREZ, P. ETA CUESTA, L. (1989). Eating attitudes sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- TURNER, B.S. (1984). *The body and society: explorations in social theory*. Oxford.

- TURÓN, V.J., FERNÁNDEZ ARANDA, F. (1998). *Trastornos de la Alimentación*. Masson, Bartzelona.
- VANDEREYCKEN, W. (1994). Parental rearing behaviour and eating disorders. in PERRIS, C., ARRINDELL, W.A, ETA EISEMANN, M. (arg.), *Parenting and Psychopathology*, John Wiley & Sons, New York.
- VELASCO, C., ETA PÁEZ, D. (1996). Alexitimia, comunicación emocional y problemas psicosomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.
- WESTENHOEFER, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997.
- WHITAKER, A., JONHSON, J., SHAFFER, D., RAPOPORT, J., KALIKOW, K., WALSH, B., ETA BESTE ZENBAIT (1999). Uncommon troubles in young peoples: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Arch Gen Psychiatr*, 47, 4887-496.
- WILLI, J. (1990). Update on the Epidemiology of Anorexia Nervosa in a Defined Region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1514-1517.
- WILLI, J., ETA GROSSMANN, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a Defined Region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140, 564-567.
- WOODSIDE, D.B. (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. Brunner/Mazel, New York.
- WOODSIDE, D., GARFINKEL, P., LIN, E., GOERING, P., KAPLAN, A., GOLDBLOOM, D., ETA BESTE ZENBAIT (2001): Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatr*, 158, 570-574.
- WOOLEY, J.C., ETA KEARNEY-COOKE, A. (1986). Intensive treatment of bulimia and body image disturbances. in: BROWNELL K., FOREYT, J. *Handbook of Eating Disorders: Physiology, psychology and the treatment of obesity, anorexia and bulimia*. Basic Books, New York.

