



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

**ANOREXIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN
ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA**

PRESENTADA POR
GIULIANA DEBBIE CABALLERO SALAZAR

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2014



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Universidad de San Martín de Porres

Escuela de posgrado



Anorexia y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima Metropolitana.

TESIS

Presentado por:

Giuliana Debbie Caballero Salazar

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO EN LA
MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA**

Lima - Perú
2014



Dedicatoria

A mi madre y mi abuelito
por la gran capacidad
de afecto y cariño
que me brindan día a día
convirtiéndose en el verdadero
motor de mi existencia.

Agradecimientos

A la Universidad de San Martín de Porres por brindarme la oportunidad de obtener el grado académico en la maestría de psicología.

A mis profesores de la maestría quienes durante los dos años de estudios nos brindaron información actualizada y experiencia profesional en las diversas materias tratadas.

A mis compañeros con quienes aprendí que la amistad se cultiva.

A mi asesor el Dr. Luis Alberto Díaz Hamada, por sus orientaciones y consejos pertinentes en el aspecto metodológico y estadístico.

Agradecimiento especial a la profesora Johanna Kohler Herrera por las instrucciones impartidas en la elaboración de este trabajo.

A todos aquellos que de una u otra forma participaron en la elaboración de la presente investigación.

Índice de contenidos

- **Dedicatoria**
- **Agradecimientos**
- **Índice de contenido**
- **Lista de Tablas**
- **Lista de figuras**
- **Resumen**
- **Abstract**
- **Presentación**

Introducción

- 1.1. Descripción de la realidad problemática
- 1.2. Formulación del problema
- 1.3. Objetivos de investigación
- 1.4. Justificación de la investigación
- 1.5. Limitaciones y variabilidad

Marco teórico

- 2.1. Antecedentes de la investigación
- 2.2. Bases teóricas

Método

- 3.1. Diseño metodológico
- 3.2. Población y muestra
- 3.3. Variables de investigación
- 3.4. Técnicas de recolección de datos
- 3.5. Técnicas de procesamiento de la información
- 3.6. Procedimiento
- 3.6. Aspectos éticos

Resultados

Análisis y discusión de los resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Referencias

Anexos

Lista de tablas

Tabla

- | | |
|-----|---|
| 01 | Logros esperados durante la adolescencia y consecuencias desadaptativas en el curso de los trastornos de alimentación. |
| 02 | Estadísticas de pacientes con diagnóstico de anorexia según sexo de Hospital Almenara. |
| 02a | Estadística de pacientes con diagnóstico de anorexia según edad del Hospital Almenara. |
| 03 | Distribución de la Población. |
| 04 | Distribución de la muestra. |
| 05 | Análisis de ítems y confiabilidad en el inventario de trastornos de la conducta alimentaria. |
| 06 | Análisis de ítems y confiabilidad en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés |
| 07 | Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio. |
| 08 | Descripción de los promedios en las dimensiones de trastornos alimenticios por grupos de estudio. |
| 09 | Descripción de los promedios en las dimensiones específicas de la escala de modos de afrontamiento al estrés por grupos de estudio. |
| 10 | Comparación de medias en anorexia y sus dimensiones según grupo. |
| 11 | Comparación de medias en afrontamiento y sus dimensiones específicas según grupo. |

Anorexia y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima Metropolitana

Giuliana Debbie Caballero Salazar
Universidad de San Martín de Porres
Resumen

El objetivo es comparar las estrategias de afrontamiento en un grupo de 127 adolescentes con anorexia nerviosa de un Centro Terapéutico con un grupo de 300 adolescentes del quinto de secundaria de una institución educativa estatal que no sufren trastornos alimenticios. Se aplicó la encuesta de comportamiento alimentario y de modos de afrontamiento del estrés. La metodología de tipo descriptiva comparativo correlacional y se concluye lo siguiente: Los instrumentos de recolección de datos: trastornos alimenticios y estilos de afrontamiento, indican que son válidos y confiables. Los promedios en el grupo con trastornos alimenticios son mucho mayores que los promedios del grupo sin trastornos alimenticios. En la escala de modos de afrontamiento al estrés el promedio del grupo con trastornos alimenticios, están por debajo de los promedios del grupo sin trastornos alimenticios. Existe una correlación negativa moderada muy significativa entre ambas variables. Existen diferencias muy significativas en todas las dimensiones y escala general de trastornos alimenticios a favor del grupo con trastornos. Existen diferencias muy significativas en modos de afrontamiento entre grupos, donde el grupo sin trastornos presentan mayores promedios que el grupo con trastornos.

Palabras claves: Anorexia, Estilo de Afrontamiento, Estrategias y Adolescentes.

Anorexia and coping styles in adolescents Lima Metropolitan
Giuliana Debbie Caballero Salazar
University of San Martin de Porres
Abstract

The objective is to compare the coping strategies in a group of 127 adolescents with anorexia a therapeutic center with a group of 300 adolescents fifth high school state school that does not suffer from eating disorders anorexia. The alimentary behavior and ways of coping with stress was applied. The methodology of comparative descriptive correlational and we conclude the following: The data collection instruments: eating disorders and coping styles, indicate that they are valid and reliable. Means in the group with eating disorders are much higher than the average of the group without eating disorders. On the scale of ways of coping with stress group average with eating disorders, are below the average of the group without eating disorders. Highly significant moderate negative correlation between the two variables. There are very significant differences in all dimensions and overall scale of eating disorders for the group with disorders. There are very significant differences in ways of coping among groups, where the group without disorders have higher averages than the group with disorders.

Keywords: Anorexia, Coping Style, Strategies and Adolescents.



Presentación

En la actualidad, se considera a la salud como un estado de bienestar general de la persona, y de ahí la importancia de llevar una vida sana, que les permita un desarrollo integral. Existen múltiples factores tales como sociales, familiares, culturales, etc. que condicionan la percepción que tienen las personas adultas respecto su estado de bienestar general. El problema es mayor, especialmente cuando la población a estudiar está conformada por adolescentes, caracterizados por muchos cambios, no sólo a nivel fisiológico sino también psicológico y social.

Los adolescentes se encuentran en una búsqueda incesante de su identidad, la confusión y los factores de riesgos que los rodean, los exponen a asumir una serie de pensamientos irracionales, creencias, y conductas obsesivas, que van a afectar la percepción de su salud orgánica y mental a corto o mediano plazo.

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar conflictos a nivel personal como interpersonal. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, el sentimiento de eficacia, la autoestima, o el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Día a día, la televisión y otros medios de comunicación, mediante el uso de propagandas de las industrias dedicadas a la venta de productos adelgazantes orientadas a para el público televidente sin distinción de raza, color o edad. Sin embargo, son los adolescentes las víctimas porque se encuentran en una etapa de transición en búsqueda de su identidad y autonomía, pero al mismo tiempo, aceptación social por su grupo de referencia. Adicionalmente, hay que agregarle que muchas veces estos adolescentes presentan problemas en su autoestima, donde se les refiere una serie de adjetivos: esta gorda, eres una chancha, regordeta, verbalizados y además por amigos y compañeros de clase y lo más triste es cuando estas verbalizaciones son emitidas por sus propios miembros de su familia, donde muchas veces pertenecen a una familia disfuncional, en donde las relaciones entre sus miembros son caóticas por la deficiente comunicación entre los adolescentes con sus padres y hermanos. En tal sentido, la anorexia es un trastorno de alimentación que afecta fundamentalmente a la población de adolescentes mujeres debido a la presión que ejerce la sociedad, donde enfatiza que la delgadez es una expresión social de éxito y belleza.

Respecto al afrontamiento en los adolescentes, se conforma por un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por diversos eventos. Por ello conocer cómo afrontan sus problemas, resulta importante, ya que permite una

adecuada comprensión e intervención de sus conductas. Así se contribuirá con la formación de jóvenes, que en un futuro próximo se podrán desenvolver en diferentes facetas de su vida de manera óptima.

El propósito del presente trabajo es dar a conocer cómo se presenta la Anorexia y Estilos de Afrontamiento en Adolescente de un Centro Terapéutico y en escolares de una Institución Educativa nacional del Distrito de Surco, Lima Metropolitana. Así mismo, establecer comparaciones y correlaciones entre las variables de estudio, en anoréxicos y no anoréxicos.

Este trabajo comienza con el punto I: introducción, donde se presenta la Descripción de la realidad problemática; Formulación del problema; Objetivos de investigación; Justificación de la investigación y Limitaciones. En el segundo capítulo se aborda el marco teórico donde se enfatiza, los antecedentes de la investigación; las Bases teóricas relacionados con las variables de estudio y la definición de marco conceptual (términos básicos). En el III capítulo, corresponde al Método, donde se establece el Diseño metodológico, tipo de investigación, la población y muestra; las variables de investigación y sus hipótesis; las técnicas de recolección de datos (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Cuestionario de modos en afrontamiento al Estrés); las técnicas de procesamiento de la información; el Procedimiento y los Aspectos éticos. En el capítulo IV se describen los Resultados, en tablas y figuras, poniendo énfasis a la contrastación de hipótesis. En el V capítulo se realiza el análisis y discusión de los resultados en función de las investigaciones y marco teórico descritos en el capítulo II. Se plantean las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se describen las referencias y en anexos están insertados los instrumentos de obtención de los datos.

Introducción

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los humanos en nuestro proceso de desarrollo pasamos etapas, las cuales están determinadas por cambios biológicos, psicológicos y sociales. En este trabajo estamos aludiendo a la etapa de la adolescencia, dado que la investigación está orientada a conocer como se presentan los trastornos alimenticios y los estilos de afrontamiento en esta etapa.

La adolescencia no es una etapa definida, sino es un tránsito de la niñez a la adultez, señala que toda persona menor de los 18 años es considerado niño. Pero por cuestiones, biológicas, científicas y didácticas, hemos determinado a la adolescencia como una etapa con características específicas en un rango de edad aproximado que va desde 12 a 18 años. Cabe señalar que en sí, propiamente dicho, todas las etapas del ser humano son transitorias puesto que el hombre nace y no detiene su desarrollo hasta fenecer.

En la adolescencia existe un importante riesgo de estrés, ya que durante dicha etapa del ciclo vital, se producen numerosos cambios que pueden valorarse como estresores, en tanto desestabilizan el equilibrio entre el joven y su entorno. Ahora bien, la resolución de estas “situaciones de estrés” dinamiza el proceso de crecimiento personal, generando recursos para afrontar adecuadamente los desafíos planteados. Es reconocido científicamente que no existen estrategias de afrontamientos mejores ni peores en sí mismas. Su eficacia debe evaluarse en función de las posibilidades de resultados en esa circunstancia y no en función de ideales sobre la salud, el bienestar psicológico o el ajuste emocional. Es una etapa muy particular que está asociada con la rebeldía, la inestabilidad emocional, cambios físicos y enfrentar nuevas responsabilidades sociales como características principales pero no genéricas.

En esta etapa de transito el adolescente busca de muchas maneras conseguir un estado de equilibrio emocional. Es aquí donde se vuelve muy vulnerable, por su estado emocional, y adopta conductas no saludables en pro de su “bienestar”, como las malas conductas alimenticias que conducen a los trastornos alimenticios. Estos se caracterizan por ser una alteración psicológica que tiende a distorsionar la percepción de la forma y peso corporal (APA, 2002; Raich, 2001).

A esta concepción, tenemos que añadir la interpretación errada que tenemos de la palabra “adolescente”, la cual creemos que deriva del vocablo latín “adolecer”, seguramente este error se debe al parecido fonético de ambas. Y consecuentemente, acudimos a esta “etimología” como recurso retórico al hablar, por ejemplo, de los “conflictos del adolescente”. Sin embargo, tenemos

que remarcar que estas palabras tienen raíces muy distintas. Las palabras, adolescente y adulto derivan del verbo latino “adolescere” que es crecer, desarrollarse.

Según la Universidad Femenina del Sagrado Corazón (2001) en el Perú existen cerca de 3.600.000 adolescentes que representa casi el 13% de la población. De ellos el 50 o 63% son hombres y el 49 o 43% mujeres. Si incluimos que el 74% y 39.8% de los jóvenes son pobres, en el campo y la ciudad, respectivamente, observamos que es una población de adolescentes en riesgo.

Cabe señalar que la anorexia, uno de los trastornos alimentarios, se ha convertido en un verdadero flagelo para la juventud en general. El culto a la imagen corporal y la moda de la delgadez femenina, típicas de nuestra cultura en las últimas décadas, parecen elementos determinantes en el surgimiento de estos problemas que afectan principalmente a mujeres jóvenes. No obstante, los factores que incide en su inicio y mantenimiento son múltiples; incluyendo, también aspectos biológicos, psicológicos y familiares. Es más, se ha convertido en un problema de salud pública por su alto nivel de prevalencia en personas cada vez más jóvenes (niños y adolescentes).

Se han propuesto diversos modelos explicativos para dar cuenta de la etiología, desarrollo y mantenimiento de la anorexia sin embargo no se ha encontrado una causa específica. La mayoría de los autores concluyen que estos trastornos alimenticios son multifactoriales.

La delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir; muchos de ellos motivados por modelos, artistas o por la publicidad. Sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se someten a privaciones con dietas difíciles de cumplir y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgados que, en algunos casos, da lugar a una enfermedad por dependencia. Se conoce que los trastornos alimenticios, como su nombre lo dice, giran alrededor de la alimentación, por eso es difícil combatirlos ya que comer, es el eje de nuestra cultura, comer es necesario para el organismo, pero desafortunadamente, se han creado muchos mitos alrededor de la comida.

La evaluación de los trastornos alimentarios constituye una de las tareas más importantes para el trabajo psicológico, ya que es una patología que va en cifras de ascenso y afecta al 8.3% de nuestra población (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi., 2002). Si bien es un trastorno que afecta principalmente a la población femenina, cabe añadir que en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de personas del sexo masculino

que los padecen (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi., 2002). Estos trastornos están relacionados muy íntimamente con el aspecto físico del adolescente debido a que se ha comprobado que durante la adolescencia la apariencia física es el elemento más destacado de la satisfacción personal en ambos géneros (Coleman, 2003).

Es así, que en esta búsqueda del ideal de apariencia física, los jóvenes tienden a mostrar ansiedad ante su peso y forma corporal. Para aliviar esta ansiedad, muchos recurren a conductas drásticas de control, desdibujando los límites entre la normalidad y patología, dando lugar así, a los trastornos alimentarios.

Esta decisión que un adolescente toma referente a su estilo de vida y conductas alimenticias está influenciado por el modo de percibir un problema y como enfrentarlo (Coleman, 2003), ya que las situaciones estresantes no son propias de una clase social o genera o edad. Es por ende que nuestro interés radica en identificar los tipos de estrategia de afrontamiento en adolescentes que padecen estrategia nerviosa y adolescentes que no, con el fin, a corto plazo, generar programas que nos ayuden a fomentar estrategias de afrontamiento adecuadas que permitan dotar de herramientas a la solución de un problema:

Por otra parte, otras investigaciones consideran el afrontamiento como un importante factor mediador entre el estrés producido por la enfermedad y la adaptación a la misma (Billing & Moss, 1981; Lazarus & Folkman, 1984). Así por ejemplo, en otras enfermedades crónicas como el cáncer, el VIH o el dolor crónico, las investigaciones han puesto de manifiesto cómo el uso de estrategias de afrontamiento activo se relacionan con una mejor adaptación en estos pacientes (Carrobes, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003). En el caso concreto de los Trastorno de la Conducta Alimentaria, la literatura señala que estas pacientes presentan un estilo de afrontamiento poco adaptativo, caracterizado por un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativa y un menor uso de estrategias centradas en el problema (Ball & Lee, 2002).

Es así que, los trabajos efectuados hasta el momento confirman que el afrontamiento debe ser considerado como una variable de especial interés en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, con el fin de poder identificar una mejor adaptación, ya que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas puede mantener y/o acentuar los síntomas en estos trastornos y dificultar su recuperación (Ball & Lee, 2002).

En función de lo descrito en párrafos previos se ha creído conveniente investigar en una muestra de adolescentes con trastornos alimenticios de un centro terapéutico y en adolescentes

“normales” de una institución educativa de Lima metropolitana los niveles de anorexia y los estilos de afrontamiento que presentan dichos adolescentes.

1.2 Formulación del problema

En base a lo mencionado se plantean las siguientes preguntas de investigación.

1. ¿Cuáles son los niveles de Anorexia y los estilos de afrontamiento en adolescentes anoréxicos de un centro terapéutico y adolescentes de una institución educativa del distrito de Surco de Lima Metropolitana?
2. ¿Cómo se comparan la anorexia y los estilos de afrontamiento en adolescentes anoréxicos de un centro terapéutico y adolescentes de una institución educativa del distrito de Surco de Lima Metropolitana función del grupo de estudio?

1.3 Objetivos de investigación

1.3.1 Objetivos generales

1. Determinar los perfiles de las dimensiones en Anorexia y los estilos de afrontamiento en adolescentes anoréxicos de un centro terapéutico y en adolescentes normales de una institución educativa estatal del distrito de Surco de Lima Metropolitana.
2. Establecer la comparación entre las dimensiones en anorexia y los estilos de afrontamiento en adolescentes anoréxicos de un centro terapéutico y adolescentes normales de una institución educativa estatal del distrito de Surco de Lima Metropolitana en función de los grupos de estudio.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Realizar la adecuación de las medidas psicométricas (validez de constructo y confiabilidad) de los instrumentos de obtención de los datos: Trastornos alimenticios y modos de afrontamiento al estrés.
2. Identificar y describir los perfiles en las dimensiones de los trastornos alimenticios en el grupo de adolescentes del centro terapéutico y en un grupo de adolescentes normales de una institución educativa estatal del distrito de Surco de Lima Metropolitana.
3. Identificar y describir los perfiles en las dimensiones específicas, dimensiones generales de los modos de afrontamiento al estrés en el grupo de adolescentes del centro terapéutico y

en un grupo de adolescentes normales de una institución educativa estatal del distrito de Surco de Lima Metropolitana.

4. Comparar los promedios de los trastornos alimenticios en un grupo de adolescentes del centro terapéutico y en un grupo de adolescentes normales de una institución educativa estatal del distrito de Surco de Lima Metropolitana, en función de los grupos de estudio.
5. Comparar los promedios en modos de afrontamiento al estrés en un grupo de adolescentes del centro terapéutico y en un grupo de adolescentes normales de una institución educativa estatal del distrito de Surco de Lima Metropolitana, en función de los grupos de estudio.

1.4 Variables

1.4.1 Variables de estudio

- Anorexia
- Modos de afrontamiento al estrés

1.4.2 Variable de comparación

- Grupos de estudios: 01 Con trastornos alimenticios 02 Sin trastornos alimenticios

1.4.3 Definición operacional de las variables

Para la variable anorexia fue evaluado a través de los puntajes directos de la escala de trastornos alimenticios.

Para la variable modos de afrontamiento al estrés fue evaluado a través de los puntajes directos de la escala de modos de afrontamiento al estrés.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis conceptual

En la medida de que la investigación es de tipo descriptiva comparativa correlacional no es necesario formular una hipótesis conceptual.

1.5.2 Hipótesis estadística

La investigación utilizó las técnicas de la estadística inferencial, para lo cual es necesario formular hipótesis estadísticas, las cuales deberán ser sometidas a contrastación estadística.

Para los objetivos específicos 02 y 03 no se formulan hipótesis estadísticas por ser objetivos descriptivos.

Hipótesis estadística 01: Objetivo específico 04

Ho: No existe diferencias en los promedios de los puntajes de las dimensiones de los trastornos alimenticios por grupo de estudio.

Hi: Existe diferencias significativas en los promedios de los puntajes de las dimensiones de los trastornos alimenticios por grupo de estudio.

Hipótesis estadística 01: Objetivo específico 05

Ho: No existe diferencias en los promedios de los puntajes de las dimensiones de los modos de afrontamiento al estrés por grupo de estudio.

Hi: Existe diferencias significativas en los promedios de los puntajes de las dimensiones de los modos de afrontamiento al por grupo de estudio.

1.6 Justificación de la investigación

Los trastornos de la conducta alimentaria vienen convirtiéndose en estos últimos años en un grave problema de salud pública llegando a constituir una epidemia de los tiempos modernos, debido al incremento alarmante de la mortalidad, incidencia y prevalencia preferentemente en la población adolescente. La carencia de investigaciones relacionadas con las variables de estudio en nuestro contexto. La carencia de instrumentos de medición que cuenten con validez y confiabilidad.

1.7 Limitaciones

El trabajo de investigación por ser netamente no experimental no se podrá generalizar a otros entornos o realidades. La dificultad de evaluar a los adolescentes que presentan trastornos alimenticios porque la evaluación tiene que hacerse en forma individual y no grupal como se realiza en adolescentes sin problemas alimenticios. Lo difícil de agrupar a los padres para obtener el consentimiento para que sus hijos formen parte de la investigación respondiendo a los dos instrumentos de obtención de los datos. Los instrumentos no están estandarizados a nuestra realidad. El hecho de los estudiantes encuestados que en el momento de ser evaluados responden por responder o simplemente a limitan a marcar sin leer los reactivos no porque ya no quieren participar en el llenado de la encuesta abandonando el aula donde se está siendo evaluado. La dificultad en la coordinación de las instituciones educativas quienes no quieren colaborar debido a que siempre son tomados como conejillos de indias y nunca emiten un informe respecto a lo que evaluaron.

Marco teórico

2.1 Antecedentes de investigaciones

2.1.1 Antecedentes nacionales

Aliaga-Deza, Cruz de la – Saldaña & Vega-Dienstmaier, (2010), investigaron sobre la “Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima” que tuvo como objetivo: Describir la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de 13 a 17 años de un colegio del distrito de Independencia (Lima, Perú). Se planificó aplicar el cuestionario EDI-2 (Eating Disorders Inventory - 2) a una muestra de 200 adolescentes. Sin embargo, luego del proceso de selección y llenado de encuestas, sólo se lograron incluir a 39 individuos. Los resultados indican que de los 39 participantes, 24(62%) fueron mujeres y 15 (38%) varones. La edad promedio fue de 14,6 años (DE= 1,23). El 17,9% tuvo puntajes elevados para la sub escala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal. Los puntajes de la sub escala de obsesión por la delgadez fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p=0,041$). El resto de sub escalas tuvieron valores similares en ambos sexos. Conclusiones: Los puntajes obtenidos para obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal fueron mayores a los descritos por otros autores. No se encontraron diferencias significativas entre géneros, excepto en la sub escala de obsesión por la delgadez.

Vallejo (2010), investigó el “Funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de secundaria de la ciudad de Oyón-Lima”. Se evaluó la relación entre funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de educación secundaria, para la cual se administraron las pruebas APGAR familiar y las escalas de afrontamiento para adolescentes a una muestra de 296 alumnos de la ciudad de Oyón, de ambos sexos, con edades que oscilan de 12 a 18 años. Los resultados, indican que el funcionamiento familiar se relaciona de manera significativa y positiva con las estrategias: Buscar apoyo social, resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar apoyo profesional, buscar diversiones relajantes y distracción física; Por otro lado, el funcionamiento familiar se relaciona de forma significativa y negativa con las estrategias, falta de afrontamiento, reducción de la tensión y auto inculparse; Así como también, se encuentran diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en relación al sexo.

Cassaretto (2009), analizó la relación de las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre universitarios de Lima Metropolitana (650 alumnos) Al analizar los resultados sobre estrategias de afrontamiento se encontraron que los adolescentes de la

muestra tiene una tendencia alta al estilo centrado en el problema siendo el más utilizado, seguido el estilo centrado en la emoción, mientras que los otros estilos fueron poco utilizados.

Llanos, Paredes, Parra, Peña & Pereyra (2009), investigaron la “Relación entre los comentarios acerca del peso corporal y la autopercepción morfológica en adolescentes de ciertos colegios de Lima: un estudio piloto”. Quienes reportan que dada la gran relación documentada entre la satisfacción corporal y los comportamientos relacionados a este (llámese bulimia, anorexia dentro de los más alarmantes) y la influencia que existe cuando recibimos algún comentario con respecto al peso; nos pareció importante examinar el efecto de los comentarios acerca del peso corporal y la prevalencia de una autopercepción equivocada en alumnos que cursen secundaria debido a ser un grupo etéreo susceptible, para ello encuestamos a 96 alumnos de la institución educativa "José María Arguedas", y los resultados fueron: 81.25 por ciento recibieron comentarios sobre su peso, el más frecuente fue estas gordo/a 33.33 por ciento y el lugar más frecuente donde recibieron estos comentarios fue en la escuela 38.09 por ciento, prevaleciendo los comentarios negativos 60 por ciento, y provenían principalmente de amigos/as 26.22 por ciento, concluyendo que la gran parte de los alumnos si recibieron comentarios sobre su imagen corporal. Al encuestarlos se observa que la mayoría de alumnos no están satisfechos con su imagen corporal (69 por ciento) y un porcentaje aún mayor (72 por ciento) tiene una autopercepción distorsionada de sí mismos. Esto podría indicar que la autopercepción morfológica en adolescentes si se encontraría afectada por los comentarios recibidos. Estudios más complejos y con mayor tamaño muestral son necesarios para poder definir una relación clara entre los comentarios recibidos por los adolescentes y su influencia en la autopercepción.

Mamani (2008), investigó la “Relación entre el Funcionamiento Familiar y Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama”, cuya muestra estuvo conformada por 130 pacientes, con edades que fluctuaban entre 30 y 83 años, dividida en dos grupos: el primero, conformada por 61 pacientes intervenidas en cirugía de conservación, y el segundo grupo por 69 pacientes que fueron intervenidas por cirugía radical, del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, donde se empleó la prueba de funcionamiento familiar (Faces III) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (Caepo). En dicha investigación, se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia según su grado de adaptabilidad – tipo de familia flexible – y el afrontamiento, mayoritariamente positivo, en el grupo de pacientes que fueron sometidas a una cirugía radical del seno.

Merino, Manrique, Angulo e Isla (2007 citado por Mamani 2008), realizaron un estudio sobre los “indicadores de estrategias de afrontamiento al estrés”, en una población seleccionada por conveniencia. Participando 162 estudiantes del primer ciclo de enfermería, siendo la edad promedio

de 22.8 años, que incluye adolescentes desde (15 años) hasta adultos maduros (53 años). Dicho estudio examinó las propiedades psicométricas del Indicador de estrategias de afrontamiento teniendo como resultados la orientación hacia los problemas y búsqueda de apoyo social.

Montenegro y López (2006), establecieron la diferencias que existe entre el bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en alumnos del nivel secundario de la I.E "Hans Heinrich Bruning"; en una muestra de 163 estudiantes de ambos sexos, empleándose la escala de bienestar psicológico de Casullo y las escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS). Llegándose a la conclusión, que existe diferencias significativas entre el bienestar psicológico y 16 de las 18 estrategias de afrontamiento; mientras que las otras dos "reducción de la tensión" e "ignorar el problema", no mantuvieron diferencias significativas.

Moreano (2006), relaciona los estilos de personalidad (a través del MIPS) con las estrategias de afrontamiento (con el ACS) en 145 estudiantes universitarios de ambos sexos (jóvenes de 15 y 22 años). Encontrando que en dicha muestra se encontraba asociación positiva entre el afrontamiento no productivo con las escalas, preservación, intuición, afectividad, innovación, vacilación, discrepancia, sometimiento e insatisfacción por un lado, y una asociación negativa con apertura, sensación y firmeza por otro lado.

Parinango (2005), realizó un estudio de niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares de un centro parroquial en el distrito de Villa El Salvador". Entre sus principales conclusiones a la que llegó fueron: en las conductas alimentarias de riesgo, el 54% presentan niveles de alto y mediano riesgo siendo mayores en las edades de 11 a 12 años (30%). Quizás esto por desconocimiento o falta de información. En cuanto a las conductas personales, el 59% presentó conductas de alto y mediano riesgo sobre experiencias estresantes; lo que aumenta la ansiedad, siendo el adolescente de por sí una persona con altos niveles de ansiedad por los cambios hormonales, fomentaría que busque conductas que alivie ese estado. El 60% presentó conductas psico emocionales de alto y mediano riesgo sobre imagen corporal, temores.

Galli (2005), identificó los distintos trastornos psicopatológicos en una población de 71 alumnos de psicología de una Universidad Privada de Lima. Se analizaron 3 factores: la auto percepción del trastorno, la demanda sentida y expresada. Para esto se aplicó la adaptación de la mini entrevista neuropsiquiatría Internacional (Versión CIE 10) en forma escrita, junto a una ficha de recolección de datos. Se encontró que la prevalencia actual de los trastornos psicopatológicos es alta en el primer año de estudios, mientras que a mayor año de estudios se presenta una menor prevalencia. Como trastorno aislado sobresalió el trastorno de ansiedad generalizada mientras los índices de auto percepción del trastorno (0.07), de la demanda sentida (0.07) y de la demanda

expresada (0.04) fueron bajos. El trastorno depresivo (0.08), fobia social (0.06), agorafobia (0.04) y trastorno de pánico (0.01). Las edades tomadas fueron de 17 a 27 años, población de 8 hombres y 60 mujeres, por lo que no se hizo la comparación entre géneros, los niveles socioeconómicos fueron de medio a medio alto.

Ángeles (2001), relacionó los modos de afrontamiento al estrés y el autocontrol en estudiantes universitarios, para lo cual administró la escala de autocontrol de Kendall y Wilcox, además de la escala de modos de afrontamiento de Carver a una muestra de 320 alumnos de tres diferentes facultades. Donde se halló que existe una relación significativa y positiva con el afrontamiento activo, planificación, postergación del afrontamiento, reinterpretación positiva y desarrollo personal. De la misma manera, el autocontrol, se relacionó de manera significativa y negativa con la escala focalizarse en las emociones y liberarlas, negación, renunciar al afrontamiento conductualmente y renunciar al afrontamiento mentalmente. Así mismo, se encontró que existen diferencias en ambas variables, según el sexo y la especialidad.

Albornoz y Matos (2001), evaluaron el “Perfil clínico: epidemiológico de la anorexia nerviosa: pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideoy Noguchi entre 1982 y 1998”. Tuvo como objetivo: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con anorexia nerviosa. Método: Se analizó retrospectivamente historias clínicas de 58 pacientes con anorexia nerviosa atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideoy Noguchi" (Lima-Perú), entre febrero de 1982 y julio de 1998. Los Resultados indican que: La edad promedio fue 18.43 \pm 6.64 años, siendo el 87.9 por ciento menor de 24 años. El 91.4 por ciento fue de sexo femenino. Los pacientes fueron encontrados en avanzado grado de la enfermedad (2 años en promedio), con severo compromiso del estado físico (peso promedio de 36.15 \pm 8.55 kg en índice de masa corporal promedio de 13.69 \pm 4.78 kg/m²). En la evaluación inicial, 29.3% de pacientes estaban hipotensos; 15.5%, bradicárdicos; y 21.1 por ciento, hipoglicémicos. El 61.3% de pacientes presentó vómitos auto inducido; 27.65%, usaron fármacos con el objeto de bajar de peso; 41.4%, requirió hospitalización en algún momento de la enfermedad; 42.1%, presentó alguna complicación médica severa; y 2 murieron. La tuberculosis estaba presente en algunos pacientes y familiares. El 83.3% acudió previamente a algún consultorio médico o establecimiento de salud sin obtener diagnóstico ni tratamiento. El abandono del tratamiento ocurrió en el 35.2% a los 3 meses, en el 55.4% al año y en el 87.1% a los 3 años. Conclusiones: Los pacientes anoréxicos estudiados tienen características demográficas similares a las descritas por la literatura exceptuando el estrato socioeconómico; acuden en avanzado estado de enfermedad con compromiso severo del estado físico, y tienen frecuentes hospitalizaciones y complicaciones médicas. Sus familias son disfuncionales y económicamente deprivadas; en ellas, el alcoholismo, el maltrato físico, el abuso sexual y la tuberculosis están presentes. Existe un

significativo retraso en el diagnóstico y tratamiento, así como, una alta tasa de abandono de este último.

Hartley (1999), realizó un estudio sobre los trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares, Entre sus principales conclusiones señala que: los trastornos alimentarios no son exclusiva de niveles socioeconómicos altos. El padecer alguna tipo de trastorno alimenticio está relacionado con su insatisfacción corporal (imagen corporal), estos trastornos alimenticios son inadvertidos por sus padres, además se invierten excesivas energías psíquicas en el tema del control de la alimentación y evitan comer alimentos con muchas calorías.

En el instituto de salud del adolescente (1994), se realizó una investigación sobre la incidencia de la anorexia y bulimia en la población de Arequipa, ciudad en donde se encontraron 28 casos comprobados, todos del sexo femenino y presentaban las siguientes particularidades: La edad de inicio del trastorno fluctuó de 12.0 a 19.5 años con una edad media de 14.3 años. La condición socioeconómica- cultural de las pacientes fue: media en el 25%, media-alta en el 68% y alta en el 7%. Los diagnósticos finales fueron: anorexia nerviosa en 16 casos (57%), bulimia en 6 casos (21%) y bulimia-anorexia en seis casos (21%). El 60% de pacientes fue tratado ambulatoriamente sin necesidad de hospitalización y el 40% restante requirió una o más hospitalizaciones. Veinte casos solo pudieron ser seguidos por corto tiempo porque abandonaron el tratamiento y los ocho restantes fueron seguidos por un periodo de dos a cuatro años. Entre estos, cuatro de ellos fueron considerados “curados” con re establecimiento del peso y de la menstruación y sin mayores problemas psicosociales y los cuatro restantes persistieron con dos o más de los siguientes problemas: delgadez, amenorrea, aislamiento social, síntomas depresivos.

2.1.2 Antecedentes internacionales

Gonçalves, Moreira, Trindade & Fiates (2013), quienes investigaron sobre “Trastornos alimenticios en la infancia y adolescencia y factores de riesgo”. Tuvo como objetivo: Discutir los trastornos alimentares en niños y adolescentes respecto a sus características y factores de riesgo. Respecto a las fuentes de datos, se realizó en las bases de datos PubMed y SciELO por la combinación de los términos "niños", "adolescentes", "comportamiento alimentar", "trastorno alimentar", "bulimia" y "anorexia", en los idiomas portugués e inglés. Se consideraron los artículos publicados entre 2007 y 2011, siendo seleccionados 49 que analizaron el desarrollo del comportamiento alimentar y de sus trastornos, la anorexia y la bulimia nerviosa y los trastornos alimentares no especificados. Los resultados indican que los trastornos alimentares, en especial los no especificados, se mostraron comunes en la infancia y en la adolescencia. Su presencia fue asignada principalmente al ambiente familiar y a la exposición a los medios de comunicación. Las comorbilidades psicológicas muchas veces acompañan el diagnóstico del trastorno. Se llegaron a

las siguientes conclusiones: Entre los factores de riesgo para los trastornos alimentares, se destacan los medios y los ambientes social y familiar. La influencia de los medios y del ambiente social fue asociada, principalmente, al culto a la delgadez. En el ámbito familiar, a su vez, el momento de la comida se mostró fundamental en la determinación del comportamiento alimentar y en el desarrollo de sus trastornos. Los trastornos alimentares se asociaron a problemas nutricionales (déficit en el crecimiento y ganancia de peso), a la salud oral (queilosis, erosión dental, periodontitis e hipertrofia de las glándulas salivares) y a los perjuicios sociales.

Benjet, Méndez, Borges & Medina-Mora (2012), investigaron sobre “Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes”. El presente trabajo tiene el objetivo de estimar la prevalencia de anorexia nervosa, bulimia nervosa y el trastorno por atracones en la población general de adolescentes del distrito federal. Así mismo, se pretende proporcionar una descripción de las características socio-demográficas y clínicas de los jóvenes que cumplen criterios diagnósticos según el DSM-IV para estos trastornos, la proporción de discapacidad, comorbilidad psiquiátrica y conducta suicida para cada trastorno y estimar la utilización de servicios. Los datos provienen de la encuesta mexicana de salud mental adolescente, una encuesta con diseño probabilístico y multietápico representativa de adolescentes entre los 12 y 17 años, residentes del distrito federal y área conurbada. Se entrevistó a 3005 adolescentes en sus hogares utilizando como instrumento diagnóstico la entrevista internacional diagnóstica compuesta (WMH-CIDI-A), aplicada cara a cara, por medio de una computadora portátil, por encuestadores capacitados. La tasa de respuesta fue de 71%. La prevalencia alguna vez de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave. Sin embargo, ni una cuarta parte con uno de estos trastornos ha recibido tratamiento a pesar de la discapacidad que generan. Hay mayor prevalencia de trastornos co mórbidos, conducta suicida y adversidades psicosociales en jóvenes con trastornos alimentarios que en aquellos sin ellos. Los hallazgos muestran una brecha entre las necesidades de atención y el tratamiento para estos trastornos en nuestra población adolescente. Señalan la importancia de programas para la prevención de conductas alimentarias riesgosas, la detección temprana con un enfoque en grupos vulnerables (por ejemplo quienes han sufrido alguna adversidad como abuso sexual), y la reducción de barreras para la búsqueda y utilización de servicios.

Campana, Tavares & García (2012), investigaron sobre “La insatisfacción y la preocupación con el cuerpo, el control y el comportamiento de evitación corporal en las personas con trastornos alimenticios”. El objetivo de este estudio fue investigar los aspectos de la imagen corporal en una muestra de personas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno

alimenticio no especificado. La muestra estuvo compuesta por catorce voluntarios, atendidos por la clínica de trastornos alimenticios de la universidad estadual de Campinas, Brasil. Se utilizó el Software de avaliação perceptiva para evaluar la insatisfacción corporal. Las variables preocupación con cuerpo, control y conducta de evitación fueron evaluadas con el body shape questionnaire, body checking questionnaire y body image avoidance questionnaire, en esta orden. El análisis descriptivo y las correlaciones mostraron altos niveles de insatisfacción, conducta de evitación y control, preocupación con el cuerpo, con asociaciones significativas. Estos resultados demuestran la importancia de los parámetros investigados en la dinámica de la enfermedad. Conocer estos componentes del imagen corporal podría aumentar las posibilidades de la comprensión de cómo la representación del cuerpo se organiza para estos pacientes y planificar cuidadosamente las intervenciones en el curso del tratamiento.

Leija, Saucedo & Ulloa (2011), evaluaron las “Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico”. Desde las primeras descripciones de los trastornos alimentarios, los investigadores han encontrado que las familias de las pacientes con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa presentan un alto nivel de disfunción familiar. Sin embargo, aún no se ha establecido qué síntomas se encuentran más relacionados con el grado de disfunción o con la calidad del ambiente familiar en este tipo de pacientes. Tuvo como objetivo: Describir la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, en una muestra de pacientes adolescentes hospitalizadas por diversos tipos de psicopatología; y establecer el tipo de relación existente entre el funcionamiento-calidad del ambiente familiar y la gravedad y características de la psicopatología alimentaria. El estudio incluyó a un grupo de 36 pacientes mujeres adolescentes hospitalizadas debido a cualquier tipo de psicopatología en el hospital psiquiátrico infantil dr. Juan N. Navarro. Se realizó la entrevista mini-kid para determinar las categorías diagnósticas presentes en la muestra (los trastornos de la conducta alimentaria no especificados fueron diagnosticados a través de una entrevista no estructurada basada en los criterios del DSM-IV). Además, se aplicó el eating disorder inventory, la sub escala de funcionamiento general de la familia, la escala del ambiente familiar global y la escala de figuras de niños. El 39% de la muestra presentó un trastorno alimentario (17% un trastorno específico y 22% un trastorno no especificado), el 42% presentaba únicamente insatisfacción corporal y sólo el 19% de la muestra se encontraba libre de psicopatología alimentaria. El grupo con disfunción familiar (puntuación en la sub escala de funcionamiento general de la familia ≥ 2.17) presentó una mayor tendencia a cursar con episodio depresivo mayor y fobia social en contraste con el grupo sin disfunción familiar, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). El grupo de pacientes con alta-moderada calidad del ambiente familiar (puntuación en la escala del ambiente familiar global ≥ 70) no mostró diferencias estadísticamente significativas con el grupo de baja

calidad del ambiente familiar en cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria y el resto de las categorías diagnósticas obtenidas por el mini-kid. se encontró una correlación positiva ($r=0.34$) entre la puntuación total del eating disorder inventory y la puntuación de la sub escala de funcionamiento general de la familia ($p<0.05$). La sub escala del eating disorder Inventory que tuvo mayor correlación fue la de sintomatología bulímica ($r=0.51$), seguida por la de ineffectividad y baja autoestima ($r=0.43$), ambas estadísticamente significativas ($p<0.01$). Los trastornos de la conducta alimentaria representan una importante causa de morbilidad en las poblaciones clínicas de mujeres adolescentes; asimismo, los trastornos de la conducta alimentaria no especificados superan en prevalencia a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La disfunción familiar es una variable que se relaciona con la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente los síntomas bulímicos y la baja autoestima. Este hallazgo resulta relevante ante el hecho de poder determinar qué grupo de síntomas podrían mejorar inicialmente con una intervención familiar encaminada a tratar un trastorno alimentario. Al parecer, la calidad del ambiente familiar medido de forma retrospectiva no tiene un impacto específico en la presencia de un trastorno alimentario, lo que puede quizá solamente propiciar la presencia de variables mediadoras que se relacionen con la generación de psicopatología.

Urzúa, Castro, Lillo & Leal (2011), investigaron sobre la “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile”. Tuvo como objetivo: Describir la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años. Se aplica la escala EDI-2 a una muestra intencionada estratificada de 1.429 participantes de la ciudad de Antofagasta pertenecientes a establecimientos educacionales municipalizados, subvencionados y particulares. Resultados: se encuentran diferencias significativas en las medias de las dimensiones evaluadas entre hombres y mujeres, entre grupos de edad y entre los distintos establecimientos educacionales. A nivel general, el 7,4% de los evaluados se encuentra en la categoría de riesgo, aumentando a un 8,9% en las mujeres. Conclusiones: la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios es mayor en las mujeres, en el grupo de 15 a 18 años y en los participantes de establecimientos educacionales municipalizados.

Behar (2010), realiza una compilación “Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria”. Existe un sustancial número de publicaciones sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la literatura extranjera; sin embargo, en nuestro país son escasas las investigaciones publicadas en revistas especializadas. Tuvo como objetivo: Resumir nuestros principales hallazgos publicados en la literatura nacional en mujeres con TCA. Se efectúa una revisión exhaustiva de artículos publicados durante 15 años de la autora y colaboradores en revistas especializadas nacionales sobre aspectos epidemiológicos, psicosociales y clínicos de los TCA. Resultados: Los grupos de riesgo (estudiantes, adolescentes con sobrepeso, embarazadas,

deportistas) (n = 2.171) para desarrollar TCA fluctuaron entre 15 por ciento y 41 por ciento. El perfil predominante de TCA exhibió alta motivación por la delgadez, perfeccionismo e insatisfacción corporal y baja conciencia interoceptiva ($p < 0,001$). La prevalencia de ansiedad social fue 40,7% ($p < 0,001$), particularmente en anoréxicas (66,6%) ($p < 0,001$); de depresión severa 18,5% ($p < 0,001$), especialmente en anoréxicas (66,6%) ($p < 0,001$); de trastorno obsesivo-compulsivo moderado y/o severo 26% ($p < 0,001$), mayor en anoréxicas (33,3%) ($p = 0,009$). La identificación con el estereotipo de rol de género femenino fue significativa en TCA (42,9%), principalmente en anorexia restrictiva, considerado factor de riesgo para su desarrollo. Mientras más conductas restrictivas y bulímicas, menor fue la asertividad (7,5 puntos), significativamente en conductas sumisas y dependientes (-0,6 puntos) ($p < 0,001$). La falta de asertividad mostró una capacidad predictiva significativa (53,2%) para el desarrollo de TCA. Nuestros hallazgos confirman la evidencia de la literatura internacional satisfaciendo las líneas de investigación en TCA propuestas por la asociación psiquiátrica americana.

Guadarrama y Mendoza (2011), analizan los factores de riesgo y sus diferencias en cuanto al sexo, encontrando un total (316 personas), el 8% (26 personas) mostró sintomatología de anorexia y 6% (19 personas) síntomas de bulimia; 3% (10 personas) rebasando los puntos de corte, ubicándose en la categoría de mixto. El 83% restante no manifestó síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. En cuanto al sexo, 14% de los hombres (141 personas) fueron propensos a padecer dichos trastornos, alcanzando un porcentaje similar tanto de anorexia (6%) como de bulimia (6%); 2% se ubicó dentro del tipo mixto y 86% no manifestó síntomas de dichos padecimientos. En la población femenina, integrada por 175 sujetos, se obtuvo que 6% presentó síntomas de bulimia, 10% de anorexia y 4% se ubicó dentro del grupo mixto; el porcentaje restante (80%) no manifestó síntomas de. Respecto a la comparación por sexos, se observó que, en lo referente a la anorexia total, no hubo diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, en los factores de motivación para adelgazar y presión social percibida, fueron las mujeres quienes manifestaron mayor sintomatología y con una dispersión mayor. En consecuencia, al parecer las mujeres se encuentran más propensas a ser influenciadas por las motivaciones para adelgazar así como la presión social por hacerlo.

Quiles y Terol (2008), investigaron sobre el “Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión”. Se describen las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes con TCA, y su relación con otras variables psicosociales, valorando sus efectos sobre la salud. Se revisaron los estudios empíricos sobre afrontamiento y variables psicosociales y clínicas en los TCA en los últimos 20 años, utilizando las bases de datos: psyclit, medline, psicodoc, IME e ISOC, combinando por pares el descriptor de afrontamiento con los seleccionados para la muestra de estudio. Los resultados sugieren que estas pacientes utilizan estrategias evitativas y centradas en

la emoción, y en menor medida estrategias aproximativas y centradas en el problema. Este tipo de afrontamiento también es característico de las mujeres con mayor riesgo para desarrollar el trastorno. Las estrategias evitativas y centradas en la emoción se relacionan en estas pacientes con una peor adaptación psicosocial, mientras que las aproximativas y centradas en el problema, lo hacen en sentido contrario.

Tinat (2008), al hacer una investigación de tipo cualitativa en un pueblo de México, Patamban; afirma que la aparición de la anorexia en ese medio rural se ha encontrado y plantea tres razones: La primera es que a la aplicación de su instrumento destacan dos chicas que, de las doce que aplico, obtuvieron elevados resultados que indicaban la susceptibilidad a padecer anorexia nerviosa. La segunda es que las entrevistas a profundidad revelaron que las mismas chicas, además de algunas otras, podían pensar en términos de calorías y de dieta y sabían identificar los alimentos “que engordan”, y, además, que cinco jóvenes soñaban con una delgadez corporal sinónima de belleza y éxito. La tercera razón tiene que ver con la perspectiva de género y el sesgo entre el discurso de las chicas y el de los chicos acerca de la vida en general. Observamos de manera evidente, de manera evidente, que las jóvenes aspiraban a romper con algunos valores tradicionales de la comunidad, un poco como si cierta emancipación femenina se anunciara para los años venideros. Al parecer esta manera de controlar la alimentación, en las mujeres, viene a ser una especie de rechazo a lo convencional e inclusive a órdenes jerárquicos o de dominancia masculina o rechazo a estereotipos sociales.

Losinno (2008), investigó la “Anorexia nerviosa: la representación padre y su influencia sobre las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo”. Este estudio está orientado a determinar si se pueden hallar características específicas en la representación padre operante en el aparato psíquico de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa y qué efecto ejercen dichas características sobre las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo. Con ese objetivo se aplicó el CCRT a los episodios de relación con el padre, narrados por 30 adolescentes que padecían anorexia nerviosa y por 30 adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria. Se compararon los resultados de ese trabajo con los obtenidos al aplicar el mismo método (CCRT) a los episodios de relación con el padre, con el médico clínico y con el psiquiatra, quienes aparecían en diario de una anoréxica, de Lori Gottlieb. También se analizaron las características de la representación padre y del posterior objeto de enamoramiento que se detectaron en Gradiva, de Wilhelm Jensen. Se halló que las adolescentes que padecían anorexia nerviosa habían forjado una representación padre muy distinta de la que se revelaba en las adolescentes del grupo de control. Partiendo de las características de la representación padre operante en el psiquismo de las primeras, se pudo establecer un nexo entre esas características y un sector de las manifestaciones clínicas que

involucran el cuerpo en la anorexia nerviosa: restricción alimentaria, hiperactividad, amenorrea, hipotermia y raptos de furia insensata que las impulsa a lastimarse.

Manrique, Barrera & Ospina (2006), investigaron sobre la “Prevalencia de la bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados”. En Boyacá los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) registran prevalencia de vida de 1,2 por ciento y se desconoce su desarrollo paulatino. Se determina la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y factores de riesgo probablemente asociados en adolescentes de 13 a 17 años que asisten a dos colegios de la ciudad de Tunja, Boyacá, mediante un estudio de prevalencia analítica de corte transversal y un instrumento compuesto por las pruebas BITE, EAT-26 y SCOFF, auto aplicado a 179 adolescentes de la ciudad de Tunja. Como principales factores de riesgo asociados, se encontraron las prácticas dietéticas, la práctica de ayuno independiente de la periodicidad. Los trastornos de la conducta alimentaria registran prevalencias relativamente altas en Tunja; la frecuencia de anorexia es menor y la de bulimia es mayor que las medias nacional y departamental correspondientes. Estos fenómenos se suman a la desnutrición existente, problema aparentemente no ligado con el grado de accesibilidad a los alimentos y/o la práctica de dietas balanceadas.

Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez,; Fleiz-Bautista & Medina-Mora (2006), estudiaron “Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del distrito federal: tendencias 1997-2003-México”. Su objetivo: Identificar las tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del distrito federal en el periodo 1997-2003 y su relación con el sexo, la edad y el nivel de escolaridad del jefe de familia. Se analizaron los datos de las encuestas sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en la población estudiantil del distrito federal 1997 (N = 9,755), 2000 (N = 3,286) y 2003 (N = 3,062). Se trata de muestras representativas de estudiantes de nivel secundaria, preparatoria y técnico en la ciudad de México, con una edad promedio de 14.5 años (DE = 1.9). La información acerca de conductas alimentarias de riesgo se obtuvo mediante un cuestionario breve desarrollado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se hicieron comparaciones por sexo, edad y escolaridad del jefe de familia acerca del tipo, cantidad y frecuencia de conductas alimentarias de riesgo. Los resultados mostraron un incremento general en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más conductas alimentarias de riesgo (hombres, 1.3% en 1997 a 3.8% en 2003; mujeres 3.4% en 1997 a 9.6% en 2003). Por grupos de edad, se observó incremento en la frecuencia de estas conductas en varones de todas las edades excepto los de 16 y 17 años, y en las mujeres de todas las edades, siendo los más importantes en los varones de 12-13 años y en las mujeres de 18-19 años. En cuanto a los tipos de conducta, se incrementaron la preocupación por engordar y el uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso, la sobrestimación del peso corporal disminuyó de

forma general en los varones, mientras que en las mujeres se incrementó junto con la práctica de atracones en la medición 2000, pero disminuyó en la medición 2003. La relación con la escolaridad del jefe de familia no mostró un patrón regular en los varones, pero en las mujeres se encontró una relación positiva entre estas variables. Se muestra un primer panorama acerca de la situación que guardan las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes escolarizados de la ciudad de México y los cambios observados en el periodo estudiado. Se observa un incremento de dichas conductas a lo largo del periodo de estudio, siendo los varones más jóvenes y las mujeres de mayor edad los más afectados, así como las mujeres cuyo jefe de familia refirió mayor nivel de escolaridad.

Berner, Piñero & Valente (2004), investigaron sobre los “Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos auto inducidos”. Las alteraciones de la conducta alimentaria suponen un problema socio sanitario de creciente impacto por su mayor incidencia en la población adolescente. El objetivo de este trabajo fue: 1) Evaluar signos clínicos observados en adolescentes que recurren al vómito como conducta compensatoria para controlar el aumento de peso. 2) Difundir manifestaciones clínicas que puedan contribuir al diagnóstico de pacientes con negación pertinaz de vómitos. Se incluyeron en este estudio 70 pacientes, 66 mujeres y 4 varones con edad promedio 17,3 más o menos 2 años que concurren para su atención al servicio de adolescencia del hospital general de agudos Cosme Argerich. Los pacientes fueron asistidos por un equipo interdisciplinario del servicio de adolescencia integrado por médicos clínicos, especialistas en nutrición, odontóloga, trabajadora social y psicólogos pertenecientes al Servicio de Psicopatología (Equipo de Adolescencia). Se evaluaron las siguientes variables: edad, tiempo de evolución de la enfermedad, signo de Russell, hipertrofia de glándulas salivales, erosión y caries dentales relacionadas con el diagnóstico psicopatológico del trastorno. Los datos se procesaron con un programa SPSS versión. El 60% de los pacientes revelaron episodios de vómitos auto inducidos mientras que el 40% restante manifestó conductas no purgativas; el tiempo de evolución de la enfermedad por interrogatorio de la primera consulta mostró un promedio de 30,8 más o menos 3,4 meses para el grupo de pacientes con conductas purgativas y 20,8 más o menos 1,9 para el grupo sin este tipo de conductas ($p < 0,05$). El signo de Russell se observó en el 4,76% de los pacientes con conductas purgativas y la hipertrofia parotídea, en el 9,52%.

Universidad de San Luis (2003), investigó sobre la asociación entre trastornos alimentarios con la insatisfacción de la imagen corporal. Se analiza una muestra de mujeres argentinas sin diagnóstico médico de trastornos alimentarios conformados por dos grupos: 12 a 14 años ($n=60$) y 18 a 20 años ($n=60$) siendo un total de $n=120$. Los instrumentos utilizados fueron el EDI-2 y BSQ. El análisis de los resultados mostró una correlación positiva entre la insatisfacción con la imagen

corporal y aspectos de los trastornos alimentarios, no encontrándose diferencias entre ambos grupos. Por lo tanto los resultados obtenidos indican el valor predictivo de la insatisfacción con la imagen corporal en relación a la presencia de alteraciones alimentarias.

El departamento de psicología básica y psico biología (2003), realizó un estudio en donde concluyen que el 48.5% de los jóvenes diagnosticados de anorexia o bulimia padece algún trastorno de personalidad. El estudio se llevó a cabo con 150 mujeres con una edad media de 24, las cuales fueron distribuidos en tres grupos: primer grupo formado por jóvenes diagnosticados de anorexia o bulimia de tipo purgativo; el segundo grupo formados por mujeres que sin estar diagnosticadas de algún trastorno de la alimentación presentaban algunas conductas de restricción alimentaria y un tercer grupo que sirvió de control. Los resultados mostraron que con el 50% de las jóvenes del primer grupo cumplían criterios diagnósticos para algún trastorno de la personalidad principalmente de tipo evitativa y autodestructivo. Las mujeres del segundo grupo, en comparación con el grupo control mostraban puntuaciones significativamente mayores tanto en aspectos relacionados con los trastornos alimentarios como de personalidad.

Riffo, Pérez, González & Aranda (2003), investigaron sobre la “Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos del hábito del comer en estudiantes de medicina”. Los trastornos de la conducta alimentaria - anorexia y bulimia - han adquirido importancia por su gravedad y prevalencia, particularmente en mujeres adolescentes, consideradas una población de alto riesgo. Este estudio describe la prevalencia de conductas de riesgo para trastornos del hábito de comer en mujeres estudiantes de medicina de la universidad de Chile, y explora su asociación con edad, nivel de la carrera, IMC y nivel socio-económico. El instrumento utilizado es EAT-26, encuesta Graffar y cuestionario sobre datos generales, el análisis estadístico se efectuó mediante software STATA. La encuesta se aplicó a 263 mujeres, de 1°, 3° y 5° años de la carrera. Un 15,59% fue catalogada de riesgo y de ese porcentaje, el 20,88% cursa primer año; un 15,73% tercero y un 9,64% quinto año de la carrera, con diferencias estadísticamente significativas entre primero y quinto año ($p=0,02$). La evaluación nutricional mostró: 25% de las alumnas como "enflaquecidas", 69,92% como "normopeso", y 5,08% como "sobrepeso-obesa". La encuesta Graffar mostró: 23,08% de las estudiantes con un nivel socioeconómico alto; 68,85% medio-alto, y 8,08% en los niveles restantes. No hubo diferencias significativas en el riesgo al relacionarlo con estas variables. La prevalencia de riesgo encontrada es similar a la de un estudio previo. La mayor prevalencia en primer año se explicaría porque las alumnas están más cercanas a la adolescencia, período más vulnerable a este tipo de patologías. Contrario a otros estudios, el estado nutricional y nivel socioeconómico no se asociaron a riesgo.

Quintero, Pérez, Montiel, Pirela, Acosta & Pineda (2003), investigaron sobre los “Trastornos de la conducta alimentaria: prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo: estado Zulia-Venezuela”. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y las características clínicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria en sujetos masculinos y femeninos en etapa de adolescencia. Para esto, se consideró como base los criterios diagnósticos descritos en el DSM-IV. Este estudio tomó 1.363 adolescentes de una población conformada por 23.831 estudiantes, los cuales seleccionados de manera aleatoria y estratificada, de acuerdo al tipo de institución (públicas o privadas) y los grados correspondientes a la tercera etapa de educación básica y ciclo diversificado. Para recolectar los datos se aplicó la lista de chequeo A.B.A., desarrollada por los autores, la cual fue creada para identificar la presencia de los síntomas que caracterizan a cada uno de los trastornos incluidos en este estudio, según los criterios propuestos en el DSM-IV. Los resultados obtenidos muestran una prevalencia del 0% en anorexia nerviosa, 1,58 % en bulimia nerviosa y 0,66% correspondiente al Trastorno por atracón. Las características clínicas asociadas a estos trastornos muestran singularidad que otorgan rasgos distintivos a los sujetos del estudio.

Barrón, Montoya, Casullo & Bernabéu (2002), investigaron la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género sobre estas variables. La muestra está formada por 417 adolescentes entre 15 y 18 años. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron con Las escalas de afrontamiento para adolescentes y el bienestar psicológico con el BIEPS. Demostrándose que existe una escasa relación de la edad con el afrontamiento y el bienestar psicológico. En cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones. El nivel de bienestar psicológico establece diferencias más claras respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas que la edad y el género.

Zamora, Martínez, Gazzo & Cordero, (2002), investigaron sobre los “Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria”. El presente trabajo tuvo por objetivo buscar antecedentes personales y familiares de pacientes con trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) de manera de conocer posibles factores de riesgo que permitan al médico pediatra estar alerta y realizar tareas de prevención para evitar el desarrollo de dichas enfermedades. Se analizaron 39 pacientes con trastornos alimentarios que consultaron en un centro especializado de atención de adolescentes entre el 26 de octubre de 1995 y el 23 de setiembre de 1999. Se compararon con un grupo control de 39 pacientes que también consultaron en la institución con otros diagnósticos psiquiátricos. Los resultados de ambas poblaciones fueron procesados estadísticamente con la prueba del Chi cuadrado. Se concluyó que la población de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria estuvo constituida casi exclusivamente por

mujeres entre 12 y 26 años de edad. Predominó el subtipo bulimia atracón purga, seguido por la anorexia restrictiva. Las tres cuartas partes presentaban comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y/o trastornos por ansiedad. Dichas pacientes presentaban significativamente mayor cantidad de antecedentes de desórdenes alimentarios y anomalías ponderales, tanto en el primer año de vida como en el resto de la infancia, que el grupo control. Las madres y padres presentaron mayores porcentajes de sobrepeso y preocupación por el físico que los del grupo control, aunque las diferencias no fueron significativas. Las madres presentaron mayor porcentaje de sobreprotección sobre sus hijos que las del grupo control, las diferencias no fueron significativas.

Morales, Ramírez, Ureña, Sevilla, Umaña, & Chaves (2002), investigaron sobre “Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes”. Tuvo como objetivo: Caracterizar la población de adolescentes con trastornos de la alimentación y presentar el modelo de intervención de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños. Pacientes: 22 adolescentes seleccionados con el diagnóstico de anorexia o bulimia. Resultados: Se encontraron los siguientes aspectos relevantes: dinámica familiar disfuncional donde sobresale conflictos a nivel del subsistema parental, adolescentes con rendimiento escolar alto previo a la enfermedad, síntomas ansiosos y enfermedad, síntomas ansiosos y preocupación por la imagen corporal desde la infancia, como antecedentes pre mórbidos. Se da una asociación significativa de la enfermedad con trastornos afectivos, trastornos ansiosos y con conductas de riesgo de los adolescentes. Los trastornos más frecuentemente encontrados a través de exámenes de laboratorio son: anemia, enfermedad eutiroidea, alteraciones del sodio y de las gonadotropinas hipofisarias. El modelo de intervención plantado enfatiza sobre el abordaje interdisciplinario y de la necesidad de complementar la intervención con opciones adecuadas para el internamiento.

Marín (2002), investigó los “Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes”. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en los últimos decenios en países occidentales industrializados, produciéndose la gran mayoría de las veces en mujeres, de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio entre 13 y 20 años. Dado que esta enfermedad compromete aspectos fundamentales del desarrollo psíquico propio de esta edad, como son la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves pero la salud física del adolescente, se deduce la importancia que tiene un apropiado conocimiento y manejo de estas patologías. Este artículo revisa la epidemiología, el cuadro clínico y el manejo, de las patologías señaladas en la clasificación diagnóstica del DSM-IV, que es la que habitualmente se usa en la clínica.

Vásquez, Ángel, Moreno, García, & Calvo (1998). Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. Objetivo: describir en un grupo de pacientes con anorexia nerviosa los factores predisponentes y precipitantes, las manifestaciones clínicas y la comorbilidad. Método: Se elaboró una historia clínica específica para este proyecto y se emplearon una serie de encuestas. Resultados: Se trataron nueve mujeres y un hombre, con un promedio de edad de 13.9 ± 1.4 años. Todos estudiantes entre 6o. y 11o grados; con antecedentes de obesidad; múltiples conflictos familiares; madres con trastorno de comportamiento alimentario y un estilo de crianza sobreprotectora. El factor precipitante común fue hacer dieta para bajar de peso. La duración de la enfermedad en promedio fue de 15 -17.6 meses. Los síntomas iniciales fueron fatigabilidad, reducción de la actividad social y pérdida del apetito sexual. El peso promedio del grupo fue de 40.6 Kg, la talla de 159.6 cm y el índice de masa corporal (IMC) de 15.47 ± 1.8. La comorbilidad más frecuente fue el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la depresión. Tres pacientes tenían rasgos obsesivos y/o evitadores del contacto social. Las encuestas realizadas fueron: La encuesta del comportamiento alimentario (ECA) que resultó positiva en todos los pacientes con un promedio de 39.4 ± 9 puntos; la escala de Zung de depresión que fue de 60.5 ± 10.7; la escala de Zung de ansiedad que fue de 51 ± 12.1; la escala de Funcionamiento Global (GAF) previo al comienzo del trastorno que fue de 71.6 ± 13 y al momento de la evaluación de 40 ± 9; el inventario de Síntomas Obsesivos de Leyton en la que se encontró que el grupo tenía un promedio de 19 ± 6, que representa el 44 por ciento; la escala de percepción de la imagen corporal de Stors que mostró que el 85 por ciento de los pacientes tenía una distorsión de su figura corporal; el puntaje promedio del listado de experiencias problemáticas en el grupo de pacientes fue de 27.8 ± 14.7 por ciento. Conclusiones: Se identificaron los siguientes factores de riesgo: Trastorno de conducta alimentaria (TCA) en la madre; dificultades en la comunicación con la madre; antecedentes de obesidad en la familia; crianza sobreprotectora y antecedentes de dificultades de alimentación previas al inicio del trastorno alimentario. Las complicaciones psiquiátricas más frecuentes fueron el trastorno obsesivo compulsivo y depresión.

Unikel, Villatoro, Medina, Fleiz, Alcántara, & Hernández (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos de población estudiantil del Distrito Federal. Para conocer la presencia de conductas alimentarias de riesgo propias de los trastornos de la conducta alimentaria en la población estudiantil de la ciudad de México, se utilizaron los datos recopilados por la encuesta sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en la población estudiantil del distrito federal de 1997 (N = 10,173). La muestra se conformó de hombres (47.9 por ciento), y mujeres (52.1 por ciento), con una media de edad de 14.5 años (DE = 1.8). Se investigaron diferencias por sexo y edad en dos categorías de ocurrencia (alguna vez y dos o más veces en una semana) de conductas alimentarias de riesgo. Se utilizó una escala de once reactivos con tres opciones de respuesta para indagar acerca de la presencia de dichas conductas en los últimos tres

meses. Se encontró una distribución normal del IMC-P, con mayor porcentaje de sobrepeso que de peso por abajo del normal. Las mujeres reportaron mayor proporción de conductas alimentarias de riesgo, con excepción de la práctica de ejercicio y de comer compulsivamente, así como porcentajes similares a los hombres en el uso de laxantes y enemas, supositorios y lavativas. Los análisis por edad mostraron diferencias significativas al interior del grupo de varones en comer compulsivamente, vómito auto inducido, pastillas y enemas, mientras que en las mujeres estas diferencias se presentaron en casi todas las conductas, siendo las adolescentes de 18 y 19 años las más afectadas.

Tapia, y Ornstein (1999). Trastornos de alimentación en estudiantes universitarios. La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por un extremo adelgazamiento, miedo fóbico a subir de peso, trastorno de la percepción de la imagen corporal y amenorrea. La bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de "atracones", con ingesta de grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo y conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso: vómitos auto inducidos, abuso de laxantes y diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo. La prevalencia de estos trastornos no se conoce en Chile. Se estima que entre el 1 y 4 por ciento de las mujeres adolescentes y jóvenes sufren de anorexia nerviosa y que ha habido un significativo aumento de estos trastornos de acuerdo a lo reportado en la literatura extranjera. La bulimia nerviosa sería más frecuente que la AN, pero no se conoce la real magnitud del problema. En la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, la consulta y hospitalización por trastornos de la alimentación se ha triplicado en la última década. En el presente estudio se evaluaron 284 alumnos universitarios, 86 hombres y 198 mujeres a través del Eating Attitudes Test (E.A.T) para detectar conductas asociadas a los trastornos de la alimentación. Se encontró un 9,86 por ciento de prevalencia de conductas asociadas a los trastornos de la alimentación, 12,6 por ciento para las mujeres y 3,49 por ciento para los hombres. Alrededor del 20 por ciento de las mujeres presentan alteraciones de la conducta alimentaria como realización de dietas, y selección de alimentos.

Ornstein, Tapia, & Mallouhi (1997). Perfil de personalidad al MMPI en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. El objetivo del presente estudio se relaciona con la controversia respecto de la existencia de un perfil de personalidad típico en los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y si existe un perfil diferencial entre ambos grupos. Se utilizó el MMPI (inventario multifásico de personalidad de Minnesota), para determinar las características de personalidad. La muestra estaba constituida por 60 pacientes mujeres, 30 anoréxicas y 30 bulímicas, con un rango de edad entre 16 y 37 años, diagnosticados de acuerdo a los criterios del DSM IV. Las pacientes con Anorexia Nerviosa obtuvieron un aumento en las escalas de depresión, desviación psicótica, paranoia y esquizofrenia. Las pacientes con bulimia nerviosa obtuvieron puntajes sobre el promedio en las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria, desviación

psicopática, paranoia, psicastenia y esquizofrenia. Los resultados obtenidos permitieron realizar un perfil de personalidad diferencial para cada grupo.

Behar, Fernández, Rumie, & Varela (1996). Trastornos del hábito de comer en un grupo de estudiantes universitarios: análisis exploratorio. Los adolescentes y los adultos jóvenes se encuentran entre poblaciones calificadas como de alto riesgo para desarrollar eventualmente un trastorno del hábito del comer, sea anoréxico y/o bulímico. Un subgrupo de éstas lo configuran los 239 estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Valparaíso (grupo M), los cuales se compararon con 37 pacientes con patologías alimentarias que satisficieron los criterios diagnósticos del DSM-III R; (grupo AB), mediante la administración del EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias). Un total de 14 estudiantes de medicina (grupo MP), que representa el 5,86 por ciento del grupo M y el 12,2 por ciento de las mujeres estudiantes de medicina obtuvo puntajes en el rango patológico del EAT-40. Al mismo tiempo, del análisis factorial del EAT-40 emerge una útil sub escala abreviada, el EAT-29. Se confrontan los hallazgos más relevantes de esta investigación con los de la literatura especializada nacional y extranjera y se sugieren factores de vulnerabilidad de la muestra estudiada.

Silber (1995). Anorexia nerviosa: un diagnóstico diferencial: morbilidad y mortalidad. La anorexia nerviosa cuyas manifestaciones centrales son la pérdida de peso progresiva, amenorrea primaria o secundaria, bradicardia, hipotensión e hipotermia, es vista en forma creciente por el médico pediatra. Esta actualización tiene como finalidad: 1) alertar al clínico acerca de otras entidades que pueden ser confundidas con la anorexia nerviosa y que, por ende, deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial. 2) Enfatizar aspectos médico-pediátricos de la enfermedad (que a menudo son descuidados por un enfoque exclusivamente psicológico) tales como la amplia gama de morbilidad y el riesgo relativamente alto de mortalidad.

Ángel, y Vásquez (1995). Trastornos del comportamiento alimentario. Características clínicas y evolución. Los pacientes atendidos en dos hospitales universitarios con trastorno de comportamiento alimentario, desde enero de 1989 hasta marzo de 1994, fueron evaluados utilizando los criterios de DSM-III-R. Ingresaron al estudio 35 pacientes, 33 mujeres y dos hombres, de 24 más o menos 14 años. La duración de la enfermedad fue de 58 más o menos 70 meses; en 50% de los casos comprometía seriamente el estado de salud, la autoimagen corporal y la vida de relación. Como factores de riesgo se encontraron antecedentes de obesidad familiar en 66%, alteración de la autoimagen en 43%, antecedente de depresión 40% y ruptura afectiva en 14%. Se diagnosticó anorexia en 23% de los casos, bulimia en 17% y trastorno no especificado en los otros. Las pacientes anoréxicas eran significativamente más jóvenes, su peso y talla eran muy inferiores, su estado general estaba más comprometido. El 50% de los pacientes rechazó cualquier

tipo de tratamiento. Se observó mejoría en 67% de los pacientes seguidos durante un año. Los trastornos del comportamiento alimentario son frecuentes en nuestro medio. Pueden producir serias alteraciones en la vida personal y de relación de las personas afectadas.

Morandé, Bajo, Carrera, & Rodríguez (1990). Anorexia nerviosa en adolescentes: una aproximación clínica y terapéutica. En 1974 W. W. Gull describe la anorexia nerviosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Propone el aislamiento del paciente como condición básica para su tratamiento. Un siglo después y tras haber atendido más de un centenar de casos, los autores redefinen el lugar de aislamiento en el marco terapéutico. Este cumple una función destacada en el establecimiento de una relación médico - paciente y con ello facilita la aplicación de técnicas comportamentales necesarias en el período de hospitalización. El paciente pasa progresivamente de lo psicosomático-conductual a lo cognitivo, y de ahí a la introspección y retrospección. Es un proceso lento que en algunos casos dura años. El aumento de consultas por anorexia nerviosa y cuadros afines en la década de los 80 ha significado un reto para los clínicos especializados en adolescencia. Ha sido necesario adecuar los servicios para atender por tiempos prolongados estas graves patologías. Se han diseñado protocolos de estudio, de hospitalización y de la cura ambulatoria que se extiende por 4 años. El mayor conocimiento de la enfermedad, la sistematización de los tratamientos y la mejor utilización de aproximaciones terapéuticas familiares han sido básicos para obtener resultados favorables en adolescentes.

Behar (1986). Trastornos del hábito del comer en la población riesgosa: un estudio preliminar. Se administró una versión traducida de Test de actitudes alimentarias (EAT-40) y del inventario de trastornos alimentarios (EDI) a 113 mujeres: 101 eran estudiantes adolescentes en las cuales los cambios psicobiológicos eran relevantes o mujeres jóvenes las cuales desarrollaban algunas actividades relacionadas con preocupación en torno a la delgadez y la imagen corporal. Esta muestra riesgosa fue comparada con 12 sujetos control que satisficieron el criterio diagnóstico de anorexia nerviosa y bulimia según el DSM-III. Un 15% de la población riesgosa obtuvo puntajes en el rango patológico, sugiriendo el desarrollo de una forma subclínica de trastornos del hábito del comer, siendo denominado grupo subclínico. Se efectuó una comparación entre los grupos. También se estableció la validación de ambos test y finalmente el EAT-26 surgió como un instrumento confiable, válido y económico como aproximación preliminar para detectar síndromes siempre alimentarios como ha sido señalado en la literatura extranjera.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Familia

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición exacta.

La familia es donde el individuo construye la identidad individual y social de las personas. La familia, constituye el eje central sobre el que gira el ciclo vital, de acuerdo con el cual transcurre nuestra existencia como individuos y asegura la continuidad de la sociedad de generación en generación.

Bajo el modelo sistémico, Minuchin y Fishman (1984), refieren que:

“La familia es grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia” (1984, p. 25).

En el 2009, Montalvo menciona que la familia es como un sistema en el que sus miembros se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar.

En el modelo de Atención Integral de Salud, se plantea que la familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2003).

En el 2007, Guibovich hace referencia que la familia es el conjunto de ascendientes, descendientes y colaterales de un linaje que viven en un determinado lugar, conformando una asociación de personas unidas por vínculos de parentesco que viven bajo un mismo techo y un vínculo económico colectivo.

2.2.1.1 Funciones familiares

Las funciones tradicionalmente atribuidas a la familia, eran la productiva, protectora, judicial, educativa, económica, religiosa, reproductiva, afectiva, sexual, recreativa y de control ha ido cambiando, con respecto al tiempo; actualmente las funciones que más fuerza tienen son:

- La función económica: Se caracteriza, por poner sus recursos en común, por su capacidad de ahorro, consumo, inversión y por su contribución fiscal es, en el momento actual, la

institución que está permitiendo soportar el coste social del desempleo de jóvenes y adultos. Es la mejor red de protección social.

- La función afectiva: Su capacidad para generar una arquitectura de relaciones basadas en el afecto y la expresión libre de los sentimientos.
- La función de apoyo social: Se ha vinculado, con el desarrollo de la personalidad, la confianza en las figuras de apego o el ajuste psicosocial.

Por lo tanto, las relaciones familiares determinan la posterior orientación social de sus miembros. En el caso de que esta orientación sea negativa, se reduce la capacidad del individuo para hacer frente a las distintas experiencias vitales por las que atraviesa, incrementando la posibilidad de un pobre ajuste psicosocial. Caso contrario, proporciona la posibilidad de un acceso enriquecedor a los recursos sociales que favorece el bienestar biopsicosocial.

2.2.1.2 Familia funcional y disfuncional

La familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad y los indicadores para medir funcionamiento familiar son los siguientes:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural - espiritual).
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.

A. La Familia funcional

Es aquella en donde los diferentes miembros encuentran un espacio para desarrollarse, madurar y crecer en todas sus dimensiones humanas, como individuos diferenciados y como parte de la colectividad (familia, grupo de amigos, etc.). Promoviendo el crecimiento de los subsistemas que lo conforman.

Según Vacca (1998) la familia funcional tiene las siguientes características:

- a. La familia evoluciona de manera constante; sus miembros movilizan sus recursos hacia un continuo crecimiento, enfrentando problemas y crisis que se presenta.
- b. Las conductas de cada uno de los miembros, influye en el comportamiento, sentimientos y pensamientos de los demás y viceversa, en base a la historia que les une y por el rol que le ha tocado desempeñar en el interior de la propia familia.
- c. La familia surge en un determinado momento histórico, brindando a sus miembros protección, seguridad, afecto y expectativas para su desarrollo.

- d. La comunidad donde el sistema familia se inserta, influye en su estructura, su sistema de creencias y su funcionabilidad; así como la familia influencia a su entorno.

B. Familia disfuncional

En estas familias, algunos de sus integrantes realizan conductas desadaptativas de manera permanente, como respuesta a la interrelación que existe entre ellos. En estas familias se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías.

- a. La interrelación entre los miembros es distorsionada, afectando de manera negativa a todos sus integrantes.
- b. Existe en algún momento incompatibilidad entre el grupo familiar y las características psicoculturales de su comunidad, que en algún momento contribuyeron al crecimiento familiar, pero debido a que la familia no evoluciona, se han tornado no saludables.
- c. El grupo familiar en un momento determinado, le otorga a sus integrantes elementos para su autorrealización, así como también complementan conductas inadecuadas, que de mantenerse indefinidamente en la relación entre los miembros causara perjuicios hacia la familia.
- d. La familia disfuncional desarrolla conductas como la sobreprotección, usurpación de roles, invasión de límites, abuso de autoridad entre otras, de esta manera impiden el entrenamiento de conductas precurrentes, que se van aprendiendo, cuando tiene que enfrentar la crisis en un determinado momento del ciclo vital y que le ayudara a enfrentar la crisis que se presentara en posteriores etapas de la vida de los miembros.

2.2.1.3 Teorías explicativas de familia

Existen diferentes teorías con fundamentación empírica que explican los fenómenos psicológicos en el contexto familiar, entre ellas figuran las siguientes.

a. La epistemología sistémica

Este modelo se fundamenta básicamente en el pensamiento sistémico; se traslada la unidad de diagnóstico y tratamiento del individuo hacia el sistema, donde los patrones de relación e interacción son el foco principal de atención.

En el enfoque, se incluye el concepto básico de sistema, según Bertalanffy (1976 De la Cruz 2003):

“El sistema es un conjunto de elementos en interacción e interdependencia dinámica” pág.

Desde el punto de vista funcional, se entiende por sistema familiar, un conjunto de miembros ligados entre sí, en el cual, ninguno de los miembros puede modificarse sin provocar una modificación en los demás miembros del sistema familiar.

Minuchin (1982) plantea que:

“La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo va elaborando pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca”. Pág 49.

El modelo sistémico familiar distingue entre sistema abierto y sistema cerrado:

- Un sistema abierto, es el sistema que intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica; se refiere al sistema familiar o cualquier sistema viviente. Esto también se puede observar entre un sistema respecto a otro subsistema y de este hacia el medio.
- El sistema cerrado son aquellos casos en los cuales el intercambio sería escaso o prácticamente nulo. Por ejemplo los componentes químicos.

b. La teoría cibernética

La teoría cibernética utiliza los siguientes conceptos:

- Homeostasis: Cannon (1952 por De la cruz 2003) hace referencia al equilibrio dinámico que caracteriza a los sistemas autorregulados o vivos, y que consiste en mantener una cierta estabilidad que garantice la conservación del sistema.
- Retroalimentación: Es el proceso por el cual el sistema regula sus respuestas a los estímulos que recibe del exterior; esta información del medio externo ayuda a adaptarse ya que procura mantener su equilibrio dinámico.

Maruyama (cit De La Cruz 2003) refiere que la supervivencia del sistema depende de dos procesos:

- Morfóstasis: es cuando en sistema se mantiene constante ante las contingencias ambientales, está determinada por la retroalimentación negativa.
- Morfogénesis: un sistema debe modificar su estructura básica, a través del cambio producido por la retroalimentación positiva, permitiendo que el sistema se adapte a condiciones adversas.

a. La teoría de la comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson)

Este enfoque se basa en los fundamentos de la teoría de la comunicación humana que posee propiedades de naturaleza axiomática, la escuela de Palo Alto. Watzlawick y colaboradores lo han desarrollado del siguiente modo:

- *Es imposible no comunicar:* En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
- *Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación:* Toda comunicación implica un compromiso y por ende, define una relación.
- *La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes:* la puntuación de una refuerza la puntuación de la otra de forma que resulta imposible decir quién es la "responsable" del problema interaccional.
- *Comunicación digital y analógica:* La comunicación digital son códigos lingüísticos o escritos que le corresponden una significación (todo lo verbal). Es el vehículo del contenido de la comunicación. La comunicación analógica es toda comunicación no verbal, incluyendo la postura, los gestos, las expresiones faciales, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras. Será el vehículo de la relación. En la comunicación patológica observaremos incongruencias entre lo digital y lo analógico.
- *Toda relación es simétrica o complementaria:* Según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica; cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos.

b. Conceptos evolutivos de Haley

La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo, matrimonio, procreación, adolescencia, maduración de los hijos, emancipación, vejez). Cada nueva fase, presenta una amenaza potencial para su organización. Cualquier cambio en su estatus actual es potencialmente una amenaza para el equilibrio familia. Mientras cada miembro de la familia necesita acostumbrarse a un nuevo rol, la familia en conjunto también entra en una nueva fase de su desarrollo. Esto requiere que se hagan muchos ajustes.

Tres o hasta cuatro generaciones diferentes se deben acomodar simultáneamente a las transiciones del ciclo vital, puesto que los acontecimientos que tienen lugar en un nivel inevitablemente tienen efectos en las relaciones en otros niveles. Mientras la familia atraviesa sus diferentes fases, también lo hacen las relaciones de todos los miembros con los padres, cónyuges, hermanos y otros. La crisis se produce en momentos de transición de una fase del ciclo vital familiar a otra y los síntomas aparecen cuando hay un bloqueo o interrupción en el ciclo que comienza.

c. Aportaciones de la teoría estructural

Su principal representante es Salvador Minuchin, que a fines de los años 60 emigro a los EE.UU., trabajando con familias de jóvenes delincuentes. Este enfoque busca otorgar a estas familias una jerarquía definida y unas reglas claras a la familia para dotarlas de la organización. El subsistema es un conjunto de elementos agrupados según las necesidades y funciones requeridas por el sistema. La familia está formada por subsistemas, que permiten su funcionamiento.

Minuchin (1982, citados por Gonzales, Montalvo y Soria 2004) los clasifica de la siguiente manera:

- *Subsistema individual*: Es el concepto de sí mismo dentro de su contexto; contiene así, los determinantes personales e históricos del individuo.
- *El subsistema Conyugal*: Está formado por dos adultos de diferente sexo, quienes aportan para la relación de pareja, valores y expectativas que servirán de base para la educación
- *El subsistema Fraternal*: Es la relación que se da entre hermanos, de manera que las pautas aprendidas en este subsistema se generalizan a otros sistemas (escuela, trabajo, círculo de amigos, etc.), tanto en la infancia como en la edad adulta.
- *El sistema Parentofilial*: Al interactuar la pareja con los hijos se forma el sistema parentofilial la condición para que los padres puedan proteger y guiar a los hijos y los preparen para interactuar en el colegio con sus profesores es la desigualdad en las jerarquías que existe es esta relación.

Las personas pueden pertenecer simultáneamente a varios subsistemas, así una persona puede ser hijo, padre, abuelo, tío, etc.

Jerarquías: el sistema se organiza a través de jerarquías que son los niveles de autoridad o poder que se reconoce a una persona dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento, etcétera la inversión de jerarquías de poder se considera a menudo la más destructora fuerza para la estructura de la familia.

Límites: es aquella región que separa un sistema de otro su función es filtrar la información que entre y sale del sistema.

Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, ya que no solo seleccionan la información, sino que también ayudan a diferenciar al sistema de su entorno y a delimitar al propio sistema, es decir sus subsistemas.

Las fronteras: Son los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. Para Minuchin, (1992), la presencia de límites difusos o rígidos indica la posibilidad de presencia de problemas psicológicos en algún o algunos de los miembros del sistema.

Minuchin (1992), refiere que las configuraciones relacionales, que se dan dentro del funcionamiento familiar son:

- Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro.
- Coalición: uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor. esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del cónyuge.
- La desviación de conflictos: que se produce cuando se define a un hijo como malo y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como enfermo y se unen para cuidarlo y protegerlo.

2.2.1.4 Cambios en la familia en el mundo actual

La Universidad Femenina del Sagrado Corazón [UNIFE], (2001), da a conocer que la familia es considerado como el lugar donde se establecen las relaciones más íntimas, siendo un vehículo transmisor de cultura, es decir aprendemos a comportarnos, a dar y recibir afecto, tener y resolver conflictos de la vida. Presentan características siguientes:

- ❖ Cambios en la economía global
 - Falta de estabilidad laboral, empleos que exigen más trabajos y entrenamiento constante.
 - Necesidad de variedad de vocaciones.
 - La mujer se inserta en el mundo laboral.
- ❖ Afectividad
 - Postergación de la responsabilidad.
 - Débil sentido de autoridad.
 - Traspaso de la formación de lo afectivo al colegio.
- ❖ Cambios tecnológicos
 - TV. A color, videojuegos, computadoras, internet, tarjetas de crédito, celulares.
- ❖ Tecnología medica
 - Se prolonga la vida de las personas.
 - Inseminación artificial.
- ❖ Cultura y pensamiento vigente
 - Cultura de lo descartable.
 - Poca tolerancia.

- No se posterga la gratificación.
- Bajo entrenamiento en relaciones interpersonales.
- Incapacidad de ponerse en el lugar del otro.
- ❖ Cambio en la estructura social
 - Diversidad (divorcios, re casamientos, mono maternal o mono paternal).

2.2.1.5 Familia y adolescencia

En el proceso de la adolescencia, el grupo de los pares cobra mucho poder. Es una cultura por sí misma, con sus propios valores sobre sexo, drogas, moda, política, estilo de vida y perspectiva de futuro. Así la familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competido; en este contexto Minuchin (1992), resalta la capacidad cada vez mayor del adolescente, que lo habilita más y más para demandar reacomodamiento de sus padres, en donde la autonomía y el control se tienen que renegociaren en todos los niveles.

En esta etapa de la adolescencia, el adolescente mantiene una estrecha vigilancia sobre el comportamiento de la generación anterior a esta crisis, desafía sus metas, juicios, decisiones y actos; es por ello que la autoridad y comprensión superior de los padres debe ser probada una y otra vez a los ojos de la juventud. Por otro lado, el camino que se puede observar de un adolescente que observa a su padre atemorizado, confundido y ciegamente desenfrenado; es incierto, ya que lo hace reaccionar con temor con tendencia a negar el peligro, llegar a ser intimidante con los más débiles, suprimir la libertad de expresión, propagar al contagio de la desconfianza, etc., esto según Ackerman en 1982.

En diversas investigaciones se determinó que los padres con autoridad instan a los adolescentes a mirar hacia ambos lados de los problemas, admiten que en ocasiones los hijos saben más que los padres y le dan la bienvenida a su participación en las decisiones familiares. Estos padres alcanzan un equilibrio entre hacer exigencias y ser sensibles. Sus hijos reciben elogios y privilegios por las buenas calificaciones y por evidenciar comportamientos adecuados; mientras que las malas calificaciones y las conductas inadecuadas reciben aliento y ayuda para superarlos (Papalia, 2005).

Por otro lado, ideas antagónicas a la anterior, mencionan que los padres y el público en general creen que los años adolescentes traen consigo conflicto y desacuerdo en el hogar, así como opiniones ampliamente divergentes en asuntos como el sexo, las drogas y la moralidad. Los investigadores, por otra parte, comunican buenas relaciones entre los padres y los adolescentes, con relativamente pocos datos de vacío intergeneracional (conflicto progenitor - adolescente) en actitudes hacia la educación y la moralidad (Coleman y Hendry, 2003). Sin embargo también hay

familias en las que existen relaciones con problemas entre los padres y los adolescentes, resaltando que si las dificultades son graves, es muy probable que haya habido serias dificultades durante la infancia.

En una investigación se comprobó, que los padres y los adolescentes compartían creencias sobre el trabajo, valores religiosos, moralidad, así como los atributos personales que son importantes para ellos. Además este estudio sostiene que hay mayores diferencias entre los propios jóvenes de diferente origen que entre una generación y otra. (Gecas y Seff, 1990; véase en Coleman y Hendry 2003)

2.2.2 Adolescencia

2.2.2.1 Definiciones

Etimológicamente, el término “adolescere” significa crecer hacia la adultez. Para la OMS (cit. por Florenzano y Váldez, 2005) la adolescencia se define como:

“La etapa que ocurre entre los diez y veinte años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico” (p.30)

Según Mckinney, Fitzgerald & Strommen (2000) la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás; un período de transición entre la niñez y la adultez. Sin embargo, si sólo se le define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por el otro, el concepto de adolescencia resulta confuso para el que estudia la adolescencia y para la propia población adolescente. Señalan que el término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad. Este período empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

La adolescencia ha sido considerada como un período intrínsecamente estresante, por el cambio que supone la entrada a la pubertad, tanto a nivel de apariencia física, como respecto a la aparición de caracteres sexuales, adaptación a un nuevo rol social que lleva consigo dificultades de adaptación, conflictos de identidad y de establecimiento de autonomía (Bermúdez, Teval & Buela-Casal 2009).

Así mismo, Papalia (2005) definen la adolescencia como:

“Una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales”. (p. 600)

Cabe resaltar que la adolescencia por sí sola no es un periodo estresante; sin embargo, unida a circunstancias negativas puede convertirse en un periodo estresante, desencadenando así en trastornos como, la anorexia y bulimia nerviosa (Bermúdez, Teval & Buela-Casal 2009).

Hurlock (1994), la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adoleceré* que significa “crecer” o “avanzar hacia la madurez”. Es un periodo de transición en el cual el individuo alcanza la madurez sexual y se extiende hasta la independización legal de la autoridad de los adultos, esta etapa va como promedio desde los 13 años a los 18 años.

Para Papalia (2005), la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o 20 años, sin embargo su base física ha comenzado mucho antes y sus ramificaciones psicológicas pueden perdurar hasta mucho después; esta definición concuerda con la de Freyre (1994) pero además enfatiza en que el éxito con que el adolescente trascorra por esta etapa dependerá en gran parte de la forma en que se le preparó para ello durante su niñez.

Por lo tanto, la adolescencia es una etapa de desarrollo y de la maduración propia del ser humano que se presenta antes de llegar al complejo ajuste fisiológico y psicológico. Esta etapa está acompañado de cambios físicos y psíquicos que a su vez constituyen el descubrimiento de valores y discriminación entre el yo y su mundo circundante.

Se puede decir entonces, que la adolescencia es un periodo importante y fundamental del desarrollo de todo ser humano; dónde los cambios más visibles y evidentes a la observación son los corporales. Sin embargo, otros atributos menos definidos como los modos de pensamiento, las conductas y las relaciones sociales también se ven alterados durante este periodo. Así mismo, es importante señalar que la velocidad de estos cambios varía de acuerdo a las características de cada individuo.

2.2.2.3 Aspectos Evolutivos de la Adolescencia

a. Desarrollo Físico y Biológico

La maduración se concreta cuando se da la transformación del organismo infantil en un organismo adulto. Ello incluye crecimiento de estatura, peso, maduración sexual, etc. (Celada, 2003).

Esta maduración de tipo orgánica se da en la fase de la pubertad (Celada, 2003):

- Mujeres: 11 años con la primera menstruación
- Hombres: 13 años con la primera emisión de esperma

Se describen que los cambios corporales que se producen durante la pubertad traen para la población adolescente, especialmente femenina, una imagen corporal negativa y distorsionada. Las conductas referidas a la dieta, a la insatisfacción corporal y las ideas referentes a un peso ideal por debajo del peso real son factores que prevalecen en la mayoría de las adolescentes (Celada, 2003).

b. Desarrollo Cognitivo

La población adolescente comienza a tomar decisiones personales relacionadas con su vida futura y elaborar un proyecto personal de vida. La lucha entre identidad y difusión o ambigüedad de identidad puede alcanzar proporciones de crisis en la población adolescente. Muchos sucesos que ocurren simultáneamente ahora constituyen un reto para su identidad anteriormente estable.

Algunos investigadores identifican la cognición con el conocimiento; sin embargo, es preferible identificar a la cognición como un proceso que incluye todas sus funciones. Al igual que en el aprendizaje, la diferencia entre conocimiento y memoria es muy sutil. Fuster explica que, fenomenológicamente, el conocimiento es la memoria de hechos y la relación entre estos hechos, los cuales al igual que la memoria se adquieren a través de la experiencia (Celada, 2003).

c. Desarrollo Afectivo

Según Mckinney et al. (2000), un tipo de asociación entre adolescentes, que tiene una importancia extraordinaria, es la amistad heterosexual. Partiendo del encuentro o cita casual, pasando por salir en serio, hasta llegar a la culminación más ordinaria de la amistad que es el enamoramiento y el matrimonio. Sin embargo, y de manera muy común, muchos adolescentes también prefieren tener citas, en donde no hay un componente emocional, sino más bien sexual, y en donde no existe ningún compromiso, siendo esto de acuerdo por ambas partes.

En esta etapa el afecto, por lo general, es pasajero y cambiante, es por eso que la población adolescente puede cambiar el gusto por una persona más rápidamente que los adultos; y así también, cambian de enamorados fácilmente (Mckinney, et al 2000).

d. Desarrollo Social

Según Mckinney et al. (2000), refieren que si apenas se puede exagerar lo importante que es tener amigos en cualquier etapa de la vida, o la importancia especial que tienen las amistades durante el período de la adolescencia. La conformidad, como lo veremos, tiende a aumentar al llegar la adolescencia. Esto suele estar relacionado con el deseo de ser querido y de no ser rechazado. Tal vez la conformidad durante la adolescencia sea también un intento por no parecer distinto de los demás, por ejemplo, se ha encontrado que el temor que en la niñez se tiene a los

objetos extraños, animales, ruidos intensos, etc., tiende a disminuir; mientras que su temor al fracaso o al rechazo, y al dar la impresión de ser distintos de los demás; aumenta con la edad.

Desde ahora deben quedar muy claras algunas de las funciones que desempeñan las amistades durante la adolescencia. Las amistades pueden ser una ayuda muy importante en el momento en que se tiene que establecer la propia identidad, lo cual es una cuestión de capital importancia; una persona de la misma edad tiene la misma tarea desarrollista por realizar y puede servir de apoyo en este proceso a seguir. Las amistades en este sentido son personas con quienes se puede hablar abiertamente de los temores sin el temor adicional de ser rechazado (Mckinney, et al 2000).

La adolescencia es un período de formación de la identidad y también de la autoestima. En esta etapa se da más importancia al grupo de iguales que a la familia, de ahí que sea muy importante para la población adolescente ser aceptada en su grupo. La apariencia física es en la actualidad una carta de presentación ante el otro, la mujer es mejor aceptada socialmente cuanto más delgada sea. De esta manera, nuestra sociedad nos proporciona una serie de modelos jóvenes, atractivas y delgadas, las cuáles difícilmente pasan desapercibidas para la adolescente que es mucho más vulnerable a las modas en su afán de ser aceptada y gustar al otro, convirtiéndose por ello en una población de alto riesgo para desarrollar la anorexia o bulimia (Mckinney, et al 2000).

2.2.2.4 Fases de la adolescencia

Es posible conceptualizar la adolescencia esquemáticamente en tres fases o sub etapas de desarrollo, tal como los plantean Zubarew, Romero & Poblito. (2003) que lo describimos a continuación:

a. Adolescencia temprana o pubertad

Es la primera etapa de la adolescencia (10 – 13 años). Es aquí en donde empiezan los cambios puberales y biológicos desencadenan una repercusión fundamental en el desarrollo psicosocial del adolescente.

“Es en esta etapa, donde se presenta la menarquía y la espermarquia como evidencia que el cuerpo ha dejado de ser de la niñez y debe enfrentarse a la realidad que está cambiando”.
(2003, p.39)

Estos cambios en el aspecto físico, pueden producir que el adolescente sienta desconcierto e inseguridad frente a la aparición de un cuerpo distinto, que genere una nueva apariencia física. Es el momento crucial para el desarrollo de la imagen corporal. En la interacción

con los propios pares, se acentúa la diferencia sexual entre niños y niñas, propiciado aún más por la propia cultura. Se conforman grupos más bien pequeños del mismo sexo y semejante desarrollo puberal.

Estos grupos le dan un respaldo al desarrollo de su identidad, ya que le permite ejercitar destrezas, aprender nuevos comportamientos y formarse una imagen de su propio valor personal. En esta etapa suelen aparecer las fantasías sexuales y la masturbación, como una conducta sexual frecuente en ambos sexos, aunque más frecuente en los niños que en las niñas. Se evidencia cierto interés por el sexo opuesto, se dan los primeros enamoramientos, que muchas veces son platónicos.

En el ámbito familiar, puede existir una ambivalencia afectiva; afecto y rechazo se intercambian. Existe por un lado el deseo de una mayor autonomía y por otro lado se sigue requiriendo la seguridad y protección infantil que proporcionan los padres. Se produce un distanciamiento del padre del mismo sexo; en esta etapa comienzan las peleas entre madre e hija y discusiones o lejanías entre el padre y el hijo. Pueden aparecer dificultades internas dentro de la familia, y es frecuente que exista una tendencia a la obstinación y a la rebeldía frente a figuras de mayor autoridad. Hay una tendencia al comportamiento impulsivo y los estados emocionales varían frecuentemente. El pensamiento, en esta etapa está referido a lo concreto, recién comienzan a esbozarse los pensamientos más abstractos.

b. Adolescencia Media

La etapa de la adolescencia media comprende el periodo de los 14 a 16 años. En esta etapa ya existe el desarrollo puberal. Al tiempo que el adolescente va adaptándose más a sus cambios corporales, se torna muy importante la apariencia física y el hacerse atractivo hacia los otros.

Esta intensa preocupación por la apariencia física, puede incluir horas frente al espejo, o vestimentas extravagantes para demostrar pertenencia a un cierto grupo, como parte del proceso de construcción de su propia identidad, distinta de los padres. Es en éste momento del desarrollo en que se acentúa el distanciamiento afectivo de la familia. El adolescente intenta romper con la dependencia familiar, para lo que trata de identificarse con otras personas. Es en esta etapa, en dónde el adolescente busca amistades de grupos mixtos con actividades sociales en común, como son las salidas, las fiestas. En forma gradual, comienza a buscar relaciones de a dos.

De manera progresiva se produce una mayor necesidad de independencia de la familia, y el grupo de amigos pasa a ser un referente muy importante. Estos grupos por lo general tienen efectos positivos al brindar pertenencia y actividad social: como los grupos de jóvenes de la iglesia,

de clubes deportivos y scouts. Pero esta necesidad de formar parte de grupos puede llevarlos a integrar pandillas juveniles con connotaciones serias para su salud y la sociedad, cuando fenómenos como la violencia, el robo, la delincuencia o el uso de drogas pasan a ser el eje que los convoca y organiza.

Los adolescentes, empiezan a ampliar su visión de conceptos para incluir al pensamiento operatorio formal, abstracto e hipotético deductivo. Comienzan a razonar sobre su propia persona y sobre los demás; cuestionan y son muy críticos de las normas familiares y de la sociedad. Esta capacidad de pensar ampliada les permite hacer abstracciones que antes no podían, con una tendencia a sobreestimar sus propias capacidades que le otorga un sentimiento de omnipotencia e invulnerabilidad, con el consiguiente aumento de conductas de riesgo. Existe una reflexión intensa, acompañada por el desarrollo cognitivo, sobre sí mismo y sobre la sociedad, y las consiguientes búsquedas y explicaciones filosóficas, religiosas y morales. Se comienza a preguntar “¿Quién soy?”; “¿Qué quiero hacer?”. Preguntas que se irán respondiendo y reformulando según las posibilidades de cada adolescente.

Es definitivamente una etapa muy importante en el camino hacia la búsqueda de su propia identidad. Al tiempo se necesita el distanciamiento de la familia; para poder lograr posteriormente una autonomía plena, la familia, y sobre todo los adultos, deben estar presentes en este periodo, para poner límites y para acompañar el proceso. Varios estudios demuestran que la relación entre disfunción familiar y conductas de riesgo de distintos tipos es muy alta, a la vez que se reconoce a la familia como factor protector muy importante.

c. Adolescencia Tardía

Comprende el periodo entre los 17 y 19 años. En esta etapa normalmente se ha alcanzado la maduración biológica del adolescente. Los estadios finales del desarrollo de la mama, del pene y del vello pubiano se observan en la mayoría (95%) de los adolescentes entre los 17 y 18 años. Hay una mayor aceptación y apropiación de los cambios corporales de la pubertad y se comienza a consolidar la identidad.

Las conductas exploratorias de las etapas anteriores continúan, pero ahora el adolescente necesita definirse frente a sí mismo y a la sociedad. Se acentúan sus preguntas centrales ¿Quién soy? y ¿Qué voy hacer con mi vida? Preguntas complejas que preocupan al adolescente y que se traducen en la necesidad de definir la vocación y la elección de pareja.

Es en este momento que muchos adolescentes deben tomar decisión de trabajar o estudiar, decisión que va a estar condicionada por su personalidad, su situación familiar y educacional, como

también por el contexto social en que vive. Esta necesidad interna y externa de definirse puede ser una experiencia muy agobiante para algunos adolescentes, y la posibilidad que un adulto los ayude a transitar este momento puede ser muy útil para su futuro. Esta ayuda puede disminuir la ansiedad, señalándoles distintas alternativas vocacionales, como también la posibilidad de posponer la decisión hasta sentirse más preparado.

Hacia finales de la adolescencia y si las experiencias familiares y escolares han sido adecuadas, la mayoría de los adolescentes alcanzan un nivel de pensamiento operatorio formal. Este nivel de madurez cognitiva le permite comprender mejor la realidad y poder tomar decisiones más satisfactorias. El grupo de pares comienza entonces a tener menos relevancia en la vida psicológica y social del adolescente; se desarrolla la capacidad de intimar y las relaciones de pareja se tornan más estables. La identidad sexual se ha ido estructurando y existe una mayor estabilidad afectiva. Continúa la separación de la familia, pero a medida que el adolescente se siente seguro de su identidad, las relaciones con los padres se tornan más cercanas. Hay reconocimiento de los valores de sus padres y de los propios, e incluso coincidencias como también tolerancia de las discrepancias.

2.2.2.5 Aspectos del entorno en la adolescencia

a. Nivel Familiar

El estilo autoritario-democrático caracterizado por un control firme, pero con cariño, límites y atención a las habilidades sociales y cognitivas; tiende a producir en la población adolescente la confianza en sí mismo, el autocontrol y las habilidades para enfrentar la vida.

La salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes, así como los programas y servicios que contribuyan a alcanzar un óptimo nivel de salud y bienestar deben concebirse, entonces, como una herramienta básica para el desarrollo de los países (Hartley 1999).

Llama la atención, sin embargo, que a pesar del reconocimiento de la trascendencia estratégica de este grupo etario, no se han desarrollado políticas, planes ni programas de atención integral del adolescente y joven concordantes en cobertura y calidad con dicha importancia en los distintos países, tanto de América como de otras partes del mundo.

Al adquirir relevancia el concepto de salud integral, que agrega la consideración de los componentes psicosociales, se hacen evidentes otras necesidades y exigencias, probablemente más críticas en este grupo etario, haciendo muy importante su cumplimiento para que adolescentes y jóvenes sean saludables y puedan ejercer su rol de contribución al desarrollo y al bienestar social (Hartley 1999).

Pues la adolescencia y la juventud son etapas turbulentas per se y que, idealmente, deberían darse en un contexto ambiental de estabilidad familiar y social. Sin embargo, en las últimas décadas, la familia y la sociedad también han estado sufriendo cambios más o menos turbulentos que han dificultado el logro de las expectativas de bienestar y calidad de vida de las comunidades (Hartley 1999).

b. Nivel Educativo

Es la variable que más influye en la mayoría de los resultados ya sean positivos y negativos, en la salud, etc. Estudiantes adolescentes que tienen una buena relación de apego con sus profesores, padres y ambiente escolar, tienen menos probabilidades de presentar anorexia y bulimia, así como también problemas psicológicos en general.

La disciplina sigue siendo tan importante en la educación de un adolescente como durante el resto de la infancia. La diferencia es que conforme se van haciendo cada vez mayores, los adolescentes cuestionan cada vez más las normas y límites que sus padres les imponen.

Sin embargo la disciplina es una herramienta básica en la formación de una persona responsable y estable, así que es muy importante tener unas normas y límites bien definidos y exigir que todos los respeten.

c. Nivel Social y Cultural

Las reglas que se formulan en la comunidad, pueden ayudar a la población adolescente, con tal de que le dejen cierta libertad de participar en la formulación o en el cambio de dichas reglas; pero pueden también resultar un verdadero impedimento para el desarrollo si dejan muy poca libertad de elección y si se promulgan en una forma autocrítica y autoritaria (Mckinney et al., 2000).

En un período de cambio como es la adolescencia, y la presión social publicitaria hacia un cuerpo delgado, como símbolo de mayor atractivo físico, podría explicar en líneas generales la preocupación que existe entre la población general y en especial en las mujeres adolescentes, por la importancia que se da durante la adolescencia al hecho de sentirse atractiva para el otro (Mckinney et al., 2000).

2.2.2.6 Factores de riesgo en la adolescencia

Una de las características comunes en la adolescencia es la búsqueda de experiencias nuevas y la exposición a riesgos. Según Zubarew et al (2003)

Los factores considerados de riesgos son:

“(…) aquellos aspectos biológicos, psicológicos y sociales que están asociados a una mayor probabilidad de morbi – mortalidad futura, dándose a distintos niveles como son el individual, familiar, social y macrosocial e interactuar entre sí (...) (p64)

Es decir, son conductas que involucran peligro para la persona y traen consecuencias negativas para la salud.

Según, Zubarew et al (2003) se presentan los siguientes niveles:

a. A nivel individual

- Se incluyen características de la personalidad de los adolescentes tales como: la timidez, inseguridad, impulsividad.
- Dificultad en la interacción social o baja tolerancia a la frustración.
- Rasgos genéticos y factores biológicos,
- Separación familiar, duelo, periodos de crisis.
- Promedios y notas bajas en la escuela.
- Escaso desarrollo de las habilidades interpersonales.
- Dificultad para resistir presiones de grupos de pares, conductas antisociales violentas.
- Inicio sexual temprano
- Depresión, intentos de suicidio.
- Presencia de consumo de alcohol y drogas en la pre pubertad.

b. A nivel familiar, social y comunitario

- La desintegración y falta de comunicación en la familia.
- Estilos parentales muy permisivos o autoritarios.
- Dificultad para resolver conflictos familiares y mantener los límites o la disciplina.
- Bajo nivel socioeconómico de la familia.
- Presencia de la agresividad, violencia y delincuencia en las escuelas y la comunidad.

c. A nivel macro social

- Se deben considerar las influencias socioeconómicas, políticas y legales.
- Zonas de alta densidad poblacional, dónde impera la delincuencia.
- Los modelos sociales que se difunden en los medios de comunicación masiva.

- Excesivo énfasis en lo externo (consumo), penetra en lo más profundo de la apreciación de la realidad y las necesidades, generando a las nuevas conductas adaptativas para lograr lo deseado (jornadas laborales extensas, competitividad e individualismo, etc.).

Las conductas más frecuentes que tienen como consecuencia la morbi- mortalidad juvenil son:

- Consumo de alcohol y drogas ilícitas, las que están en un gran aumento y se encuentran en la etapa prepuberal. Este consumo genera una serie de consecuencias tanto físicas como psicológicas, que afectan a nivel individual, familiar y social.
- Conducta sexual temprana, la que se asocia con embarazos precoces y mayor morbi- mortalidad materna. Además debido a esta actividad precoz se producen la deserción escolar, pérdida de oportunidades laborales y disfunción familiar.
- Conductas impulsivas y violentas, muy frecuentes a esta edad. El pandillaje, la depresión, los suicidios y también pueden ser víctimas de violencia familiar.

Cómo podemos observar existen muchos factores de riesgo en la adolescencia, los cuales se tienen que enfrentar y combatir promocionando los factores de protección sobre todo durante esta edad.

2.2.2.7 Factores de protección en la adolescencia

Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en ellas. Son factores que mitigan el impacto del riesgo de la conducta del individuo y que lo motivan al logro de las tareas propias de esta etapa del desarrollo.

Los factores protectores pueden considerarse según Zubarew et al (2003) como:

“(...) recursos, rasgos, habilidades, competencias, medios, tanto de los individuos, de la familia y de la comunidad. (p.66)

Es decir, los procesos protectores tienen que ver con la manera con que se enfrentan las situaciones y cambios en la vida, modificando la exposición al riesgo, la participación en el mismo o reduciendo la probabilidad de la reacción negativa.

a. A nivel individual

- La inteligencia que le permite tener conciencia y comprensión de los requerimientos.

- Buena autoestima.
- Buen manejo de sus habilidades sociales.
- Menor tendencia al fatalismo en situaciones difíciles.
- Conocimientos y habilidades adquiridas con la educación.
- Rasgos de personalidad tales como la espontaneidad y el humor.
- La sensación de control sobre su propia vida.

b. A nivel familiar, social y comunitario

- Ambiente familiar cálido.
- Cohesión y flexibilidad familiar.
- Relación emocional estable, incluyendo aspectos como confianza, aprecio, soporte emocional y respeto por la individualidad.
- La habilidad de la comunicación en la familia, para coordinar las demandas internas y externas del grupo.
- Padres competentes y estimuladores.
- Adaptabilidad familiar.
- Estructura familiar sin disfunciones.
- Apoyo social (emocional, material, informativo, entrega de valores).
- Clima educacional y/o laboral positivo, abierto y guiado por normas.

c. A nivel macro social

- Modelos sociales que fortalezcan y estimulen un enfrentamiento constructivo del individuo.
- Poseer redes sociales.
- Leyes y gobierno preocupado por la adolescencia que no sólo imparta leyes sino que las ejecuten a favor de la adolescencia.

Es importante reconocer que todos estos factores contribuyen a proteger a los adolescentes y por lo tanto a mejorar su calidad de vida.

2.2.2.8 Imagen Corporal

No cabe duda que la palabra de autoimagen es una palabra casi cotidiana en nuestro vocabulario y sobretodo relevante en esta etapa de desarrollo por la cual atraviesan los adolescentes.

La imagen que cada cual tiene sobre sí mismo no es la representación mental de un simple cuerpo, a eso se le llama esquema corporal por lo tanto para el autor imagen corporal es una

percepción subjetiva que cada persona tiene de sí misma, está llena de efectos y de sentimientos en relación a los demás y para los adolescentes adquiere un valor inusitado de carácter psicológico debido al exceso de la valoración social que se hace de ello.

Autoimagen es la representación que un sujeto tiene de sí mismo. Normalmente asociada un juicio de valor positivo o negativo. El desarrollo de esta imagen y la noción del propio cuerpo van unidos al desarrollo biológico del individuo y empieza a formarse desde los primeros meses de vida.

El concepto de imagen corporal se refiere a lo que una persona piensa, siente, concibe, percibe, sabe y cree que es su cuerpo dicha imagen está relacionado con la apariencia física; asimismo, se va moldeando desde la infancia a través de la historia personal y de las influencias de su vida cotidiana.

Por eso es en la adolescencia en donde importa más, el atractivo físico y la imagen corporal sobre todo en relación a lo que los demás (pares) sienten, piensan y aceptan. Y al no cumplir con estas expectativas que la sociedad impone y al recibir críticas de otras personas, pueden producir distorsiones en su conducta conllevándoles a sufrir anorexia y/o bulimia.

2.2.2.9 La adolescencia: una encrucijada

Janin (2008), analiza la problemática actual de los adolescentes tomando en cuenta la crisis de valores que se da a nivel social. La adolescencia es una encrucijada en la que se abren nuevos caminos pero también es una situación de crisis y riesgo. Y los adolescentes dependen, para sublimar sus pulsiones y sostener el narcisismo, de los aportes del mundo externo. Así, gran parte de la patología que vemos en los adolescentes de hoy (deserción escolar, intentos de suicidio, uso de alcohol y drogas, fugas reiteradas, anorexia y bulimia) debe ser pensada en un contexto de falla en la constitución del Ideal del yo cultural.

2.2.3 Anorexia Nerviosa

2.2.3.1 Antecedentes Históricos

Este trastorno era ya conocido en épocas antiguas, la palabra anorexia deriva del griego y significa falta de apetito y por lo tanto se tenían indicios de la existencia de la anorexia nerviosa desde el siglo XVII, cuando se describieron casos del entonces llamado “Ayuno milagroso”. Se trataba de mujeres adolescentes que eran exhibidas en público por su delgadez extrema y de las que se decían que no comían ni bebían durante años gracias a una protección divina (Rausch, 2000).

Asimismo Bell (1985; citado en Gómez, 1996) comprobó que la mayoría de las santas medievales eran anoréxicas y afirmaban alimentarse solo de las hostias consagradas, fenómeno que él bautizó con el nombre de “Anorexia Santa”.

Skrabanek (1983; véase en Gómez, 1996) describe la fase denominada secularización de la anorexia, el cual se prolongó por los siglos XVI, XVII y XVIII en donde las mujeres rechazan el alimento con la única finalidad de afirmar su independencia debido a que ellas no pertenecían a conventos tuvieron que crearse un “convento en la mente” según Von (1992; revítese en Gómez, 1996).

La primera descripción clínica de la anorexia nerviosa se le atribuye a Morton (1694; citado en Rausch, 2000) quién describió el caso de una joven anoréxica al que él denominó “Consución Nerviosa”.

Los primeros estudios formales y científicos de la enfermedad estuvieron a cargo de Gull en Inglaterra y de Lasegue en Francia, a fines del siglo XIX. Fue Gull (1874; en Aguilar, 2003) él que acuñó la denominación de anorexia nerviosa a la enfermedad y el cual persiste hasta la actualidad. Lasegue (1873; véase en Aguilar, 2003) por su parte la llamó Anorexia Histórica al sospechar su origen psicológico (distorsiones cognitivas, negación y trastornos de la imagen corporal).

En el período entre los años 1914 y 1940 se produce la Era pituitaria de la anorexia nerviosa debido a que Simmond (1914; citado en Rausch, 2000) describió hallazgos de autopsia en pacientes anoréxicas caracterizados por infartos de la hipófisis anterior, lo cual creó una gran confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y anorexia nerviosa.

En el año 1940 surgieron teorías Psicológicas influenciadas por conceptos psicoanalíticos, en donde aseguraban que la anorexia nerviosa simbolizaba el repudio a la sexualidad con predominancia del embarazo oral (Rausch 2003).

Entre 1961 y 1981 se dan las eras psicosocial y neuroendocrinas de la anorexia nerviosa. En este sentido destaca los escritos de Bruch (1973, léase en Rausch, 2000) quién enfatiza en la descripción de los disturbios perceptuales y conceptuales de las pacientes.

Bruch (1973 en Bruch 2002) describió tres alteraciones básicas en la anorexia nerviosa:

- a. Trastorno de la imagen corporal.
- b. Incapacidad para interpretar estímulos corporales.
- c. Sensación paralizante de ineficacia.

Por lo tanto Bruch (2002) sostiene que la falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a llegar alcanzar expectativas que sus padres proponen fueron descritas como un “Gorrión en una jaula de oro”, libro del quién ella es autora y considerada como una de las más destacadas autoridades de esta enfermedad.

Pocos después siguieron estos principios básicos contribuyendo a afianzar la idea de que la anorexia nerviosa es de origen psicosocial.

Durante la década de los 70, al descubrirse una serie de alteraciones funcionales hipotalámicas y pituitarias sobresalió la idea de que esa era el origen de la enfermedad y así Katz y Wiener (1975; citado en Freyre, 1994) plantearon la hipótesis de una inmadurez hipotalámica como causa primaria de la anorexia nerviosa.

Lucas (1981; revítese Freyre, 1994) a partir de ese año se desarrolla el criterio multifactorial de la enfermedad, el cual ha seguido perfeccionándose hasta la actualidad. De acuerdo a este modelo biopsicosocial de Lucas (1981) se demuestra como la predisposición biológico, los problemas familiares y sociales unidos a conflictos intrapsíquicos se combinan en un clima determinado para originar la conducta dietética típica de los anoréxicos.

2.2.3.2 Trastornos de Conducta Alimentaria

Para Mejía (1998) la conducta alimentaria, es un proceso de múltiples fenómenos en el que intervienen componentes: biológicos, conductuales y sociales; cuya combinación dará como resultado un estilo de comportamiento alimentario en cada individuo, por lo tanto dependerá de ello que se convierta o no en un trastorno alimentario.

En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazo hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida obteniendo la madre un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo por lo tanto se debe centrar en ella la entrega de contenidos educativos preventivos que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas.

2.2.3.3 Componentes de la Conducta Alimentaria:

➤ Componente Biológico

El Sistema Biológico Central dirige directamente la regulación de la conducta alimentaria quiere decir que asegura las funciones de nutrición cualitativamente y cuantitativamente.

En la regulación del comportamiento es el hipotálamo el que cumple un papel esencial debido a que actúa como transmisor de estímulos sensoriales y metabólicos. Es en el hipotálamo en donde se encuentran los centros reguladores del hambre, lugar en donde se reciben numerosos tipos de estímulos periféricos (informaciones):

- a. **Estímulos metabólicos:** informan en todo momento del estado nutricional del organismo.
- b. **Estímulos psico sensoriales:** sabor, gusto, olor de los alimentos, etc.
- c. **Estímulos interoceptivos:** indican las necesidades nutritivas de los tejidos y transmiten información sobre la representación de la imagen del cuerpo.

Dicha conducta encuentra su motivación consciente en la necesidad orgánica percibida bajo la forma de sensaciones tales como: hambre, sed y saciedad.

➤ **Componente Psicológico**

La conducta alimentaria consiste en una respuesta motora ante estímulos externos y propioceptivos, regulada por respuestas cognitivas y emocionales.

La ingesta alimentaria individual está influida por la percepción y valoración sobre el estado físico, relaciones sociales, estado emocional entre otros.

Las personas que presentan trastornos alimentarios los sentimientos que predominan son negativos, tales como sentimientos de tristeza y llantos frecuentes.

Así pues, Pope y Hudson (1985; véase en Raich, 1994) al observar que la depresión era tan frecuente en la bulimia sugirieron que era simplemente una variante del trastorno afectivo y otros estudios han concluido que es más una consecuencia que una causa.

Garkinkel y Garner (1982; citado en Raich, 1994) consideran que las personas que sufren trastornos alimentarios, suelen identificar su autoestima en relación con su propio cuerpo quiere decir: “Si no me considero atractiva es que no sirvo para nada”. Los estudios demuestran que el grado de satisfacción corporal o autoestima física está asociado con la autoestima en general.

Asimismo la poca profundidad de sueño y despertares frecuentes durante la noche suelen ser característico de la ansiedad y por lo tanto el solo hecho de hacer dieta influye de manera directa en la profundidad del sueño.

➤ **Componente Social**

Los factores culturales influyen sobre el comportamiento alimentario de los seres humanos específicamente en la elección del tipo de alimentos que se consumen.

Generalmente los alimentos están ligados a situaciones de interacción social, desde las celebraciones familiares hasta las reuniones de negocio.

Entonces al producirse alteración en nuestra conducta alimentaria, seguido de comportamientos desadaptativos y alteraciones psicológicas nos conlleva a los trastornos de conducta alimentaria. Y estos se definen de la siguiente manera:

Trastornos de Conducta Alimentaria, son condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo, factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales. En donde personas con trastornos de conducta alimentaria utilizan el control de la comida como un intento en compensar los sentimientos y emociones que de otra manera son vistos como insoportables.

La dieta, el atracón y la purgación pueden comenzar como una forma de lidiar con las emociones dolorosas y para sentirse en control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan la salud física y emocional, autoestima y la sensación de competitividad y control de la persona.

Raich (1994), el término trastorno alimentario se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta, es decir el fundamento de estos trastornos se encuentran en una alteración psicológica. Se entiende que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica (elevado nivel de insatisfacción personal como de auto exigencias, miedo a madurar, ideas distorsionadas sobre el peso o la comida). Estos son trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres y sobre todo en mujeres jóvenes y en sociedades desarrolladas donde hay sobreabundancia de comida y en donde la cultura que predomina enfatiza la delgadez, así mismo suele asociarse con psicopatología grave e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, trabajo y estudio.

Sandoval (2004), considera al trastorno de la alimentación como una enfermedad que está muy relacionada con una alteración grave de la conducta alimentaria, provocada por la ansiedad y una preocupación excesiva por el peso corporal y por el aspecto físico convirtiéndose la comida para la persona que lo padece en el centro de atención y sobre la que gira toda su vida.

2.2.3.4 Clasificación de los trastornos de la Conducta Alimentaria

- **Trastorno de la Ingestión Alimentaria en la Infancia o Niñez:** el inicio de este trastorno es entre dos o tres años; tanto en niñas como en niños, se caracteriza por la incapacidad persistente por comer adecuadamente originando una deficiencia significativa para subir o perder peso durante 1 mes.

Este trastorno ocasiona retraso en el desarrollo y malnutrición.

- **Pica:** según el DSM IV (2002) se da en niños pequeños y en adolescentes. En los niños pequeños se manifiesta por comer pintura, yeso, cuerda, cabello mientras que en los adolescentes estos consumen excrementos de animales, arena, insectos, hojas.

La ingestión de estas sustancias están vinculadas a otros trastornos mentales como e.g: retraso mental y trastornos generalizados del desarrollo. No sean encontrados anomalías biológicas específicas. Pero este trastorno tiene su origen desde la infancia y puede prolongarse durante meses o años, en algunos casos hasta la adultez.

- **Rumiación:** este trastorno presenta conductas en la regurgitación continua de la comida, la cual puede ser masticada, escupida y redeglutida. Suelen manifestarse en niños pequeños a partir de 3 a 12 meses y en sujetos de mayor edad que tengan retraso mental. Los niños con este trastorno presentan conductas como estirar, arquear la espalda, colgar la cabeza hacia atrás, hacer movimientos de succión con la lengua y dan la impresión de demostrar satisfacción con tal funcionamiento.

Entre los factores predisponentes para dicho trastorno tenemos: falta de estimulación, aislamiento, situaciones de estrés y problemas en las relaciones padre - niño.

Se conoce que la anorexia y bulimia provocan una detención del proceso de crecimiento y desarrollo biológico y psicosocial, y retrasa o impide el cumplimiento satisfactorio de las tareas del desarrollo esperadas en esta etapa.

En la tabla 1 resume los logros esperados al final de la adolescencia y las consecuencias desadaptativas observadas en adolescentes portadores de estos trastornos de alimentación (Martínez, Urrejola & Zubarew, 2003 en Cervera 2005).

Tabla 1

Logros esperados durante la adolescencia y consecuencias desadaptativas en el curso de los trastornos de alimentación.

Logros de la Adolescencia	Trastornos de la Alimentación
Físico:	
Máximo potencial de crecimiento	Detención del crecimiento
Desarrollo puberal completo	Detención del desarrollo puberal
Capacidad reproductora	Alteraciones menstruales, infertilidad
Psicológico:	
Identidad personal	Alteración del desarrollo de la identidad
Desarrollo cognitivo	Alteración de los procesos cognitivos
Desarrollo de la autoimagen y autoestima	Deterioro de la autoestima Alteración del desarrollo emocional
Social:	
Independencia familiar	Mayor dependencia familiar
Socialización	Dificultad en relaciones interpersonales
Relación de pareja estable	Dificultad en relación de pareja

Fuente: Martínez, Urrejola & Zubarew (2003, citado por Cervera 2005)

Es una enfermedad donde la persona se niega a mantener su cuerpo con su peso situado dentro de los límites de la normalidad, lo quiere inferior. Tiene un inmenso temor a ganar peso y esta exageradamente preocupada por su silueta. La valoración que hace de sí misma como persona está determinada por lo que opina de su cuerpo (Cervera, 2005).

2.2.3.5 Definición y Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa es un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes pero también pre púberes, mujeres mayores y en menor medida a hombres caracterizado por una pérdida de peso auto inducida por medios de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física, miedo a la gordura y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón, refiere Rausch. Esta definición concuerda con la de Raich (1994) quién descarta la presencia de alguna enfermedad médica en dicho trastorno.

Para Rivera (2007), la anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que lejos de remitir cada año se incrementan los casos hasta llegar a calificarse de epidemia. En realidad la persona anoréxica es alguien con carencia afectiva, con necesidades emotivas que centra toda su tragedia psicológica en el tema de la alimentación como una salida a su problemática.

Por otro lado Tallo (1994; en Jiménez, 1997) define la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por una negativa a alimentarse o un miedo desproporcionado a engordar acompañado de un pensamiento obsesivo acerca de la comida, las calorías, el cuerpo y todo lo que tenga relación con ello. Pero esta negativa a alimentarse no es porque estas personas no sienten hambre sino al contrario las anoréxicas si sienten hambre lo que ocurre es que dejan de comer porque algo en su interior las empuja a querer adelgazar más y más independientemente de cual sea su peso ideal señala (Gómez 1996).

Según Bruch (2002), define a la anorexia nerviosa como una enfermedad concreta con una característica común: la persecución sin límites de la delgadez excesiva en donde tres áreas del funcionamiento psicológico se ven alteradas: primero la percepción del propio cuerpo, la manera en que se miran; segundo, la interpretación de estímulos externos e internos, siendo el fundamental la experiencia del hambre; y el tercero, la propia aptitud, tiene una sensación paralizante de incapacidad, la convicción de ser incapaces de resolver o cambiar nada en sus vidas, asimismo (Freyre, ob. cit.) sostiene que este trastorno presenta una serie de alteraciones fisiológicas y orgánicas entre las que destaca la amenorrea y afecta predominantemente a mujeres adolescentes.

Para Acosta, Delgado, & Peña (2000), la anorexia es una enfermedad psicológica caracterizada por una pérdida marcada de peso, intenso temor por ganarlo a pesar de que el paciente se encuentra con bajo peso, una imagen cuerpo distorsionada y amenorrea. Afecta primeramente a chicas adolescentes y ocurre en aproximadamente el 0.2 al 1.3 por ciento de la población general. Sus complicaciones son numerosas e involucran a casi todos los sistemas, pudiendo revertirse en gran mayoría cuando se restablece un estado nutricional saludable. El tratamiento puede administrarse en el paciente hospitalizado o ambulatorio e involucra rehabilitación nutricional y psicológica.

2.2.3.6 Criterios Diagnósticos según el DSM IV:

De acuerdo a la Cuarta Versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM IV (2002) las características esenciales de la anorexia nerviosa son:

- a.** Rechazo a mantener un peso corporal mínimo inferior al 85% del peso considerado normal para la edad y talla de acuerdo a las tablas periódicas de crecimiento o de la Metropolitan Life Insurance o un Índice de Masa Corporal igual o inferior a 17.5Kg/m.
- b.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso/a.
- c.** Alteraciones significativas de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, especialmente una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales

enfaticando en el abdomen, nalgas y muslos percibiéndolos como demasiado gordos.

- d. En las mujeres pos púber, presencia de amenorrea (por ej. ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos). Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales (p. ej. administración de estrógenos).

Asimismo hace una distinción entre 2 formas de presentarse la alteración:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no suele regularmente tener atracones de comida o conductas purgativas, tales como vómitos auto provocados, utilización de laxantes, diuréticos o enemas
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa la persona tiene regularmente atracones de comidas o conductas purgativas.

2.2.3.7 Criterios Diagnóstico según CIE-10 (1992)

La Organización Mundial de Salud, establece cinco puntos para el diagnóstico del trastorno y recuerden que para su diagnóstico deben estar presentes todos ellos:

- a. Pérdida significativa de peso reflejada en un Índice de Quetelet de menos de 17,5. El Índice de Quetelet se halla $I. Q = \text{peso (K.gr)} / \text{altura al cuadrado (m)}$. Con referencia a los prepúberes la no ganancia de peso es propia al periodo del crecimiento.
- b. La pérdida de peso esta originada por el paciente a través de la evitación del consumo de alimentos que engordan y por uno de los siguientes síntomas: vómitos auto provocados, purgas intestinales auto provocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c. Distorsión de la imagen corporal caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales de modo que el enfermo/a se impone a si mismo/a permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

- e. Por último si la edad de inicio es anterior a la pubertad, se retrasan la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Como se observa la diferencia fundamental entre los dos sistemas de clasificación es que el CIE-10 considera la posibilidad de anorexia nerviosa en los varones, el cual lo hace referencia a través del punto 4 relativo al trastorno endocrino, en donde se manifiesta en el hombre la pérdida de interés sexual el cual equivaldría a la amenorrea en las mujeres.

2.2.3.8 Características Clínicas de Pacientes Anoréxicas

Para Bravo, Pérez & Plana (2000), quienes realizaron una revisión clínica del síndrome anorexia nerviosa, con énfasis en su concepto, desarrollo y cuadro clínico, donde se tiene en cuenta que es un trastorno que se presenta habitualmente en adolescentes sin obesidad acusada, sólo con un discreto sobrepeso. Estudios realizados muestran significativa relación entre los síntomas y el funcionamiento interpersonal de los adolescentes anoréxicos, pues estos tienden al aislamiento o buscan la compañía de muchachos más jóvenes. También son característicos de este cuadro los trastornos obsesivos-compulsivos que se relacionan o no con la comida. La restricción dietética conlleva a cambios biológicos y físicos importantes, y se destaca la alteración del sistema hipotalámico y endocrino, que da lugar a la aparición de signos y síntomas como la amenorrea, intolerancia al frío e hipotensión, entre otros. Los cambios neuroquímicos presentes en la anorexia nerviosa también se han atribuido a la desnutrición, y es probable que puedan perpetuar las alteraciones conductuales.

Según Jiménez (1997) en las personas anoréxicas se pueden observar las siguientes características:

a. Trastorno de Ansiedad:

- Fobias: miedo desproporcionado a engordar y la aversión a determinados alimentos.
- Obsesiones: pensamiento intrusivo y persistente acerca de la comida, calorías, cuerpo y todo lo que tenga relación con ello.
- Crisis de ansiedad: en oportunidades aparecen momentos de una fuerte sensación de ansiedad, la cual les hace tener cambios de humor importante.

b. Trastorno del estado de ánimo:

- Síntomas depresivos: trastorno de sueño, baja autoestima, llanto frecuente, sentimiento de soledad, retraimiento social, pérdida de la libido, anhedonia.

Según Garden (1993; citado en Celada, 2003) los afectos y sentimientos están poblados de emociones difusas y contradictorias, ocupa una posición relevante las autoacusaciones y la sensación de ineficacia.

- Autoestima: es baja, hay autocríticas y tiene la sensación de no rendir bien, sus sistemas de auto evaluación se hallan perturbados, existen creencias negativas de sí misma y su sistema de confianza en sí se basa en referencias externas y perfeccionistas. Duda de sus propios criterios, excepto en lo que respecta a la rigidez de sus alimentos, talla de ropa y peso corporal según refiere Mc Cabe (2003; citado en Celada, 2003).

c. Alteraciones de la imagen corporal:

La percepción como la vivencia de su cuerpo se produce de una manera distorsionada y disociada. Hay obsesión y miedo ante la posibilidad de ser obesas y se encierran en patrones comportamentales rígidas, los cuales suelen mantenerlos en forma dogmáticas, esta característica concuerda con Moser (2003; léase en Celada, 2003).

d. Alteraciones del Comportamiento:

- Hiperactividad: es característico de las anoréxicas que conforme más peso van perdiendo, mayor actividad física desarrollan.
- Compulsiones: los episodios bulímicos o atracones descontrolados aparecen con frecuencia después del auto provocación de vómitos que les reduce momentáneamente la ansiedad generada. Muchas veces comía en sitios insospechados, desmenuzan en el plato o coleccionan recetas de diversos platos de forma compulsiva.

e. Alteraciones Escolares:

Su preocupación por la comida no les deja concentrarse en los estudios conllevando esto en muchos casos al fracaso escolar así mismo suelen ser una persona perfeccionista que se siente incapaz de seguir enfrentándose a los estudios por lo que con frecuencia deciden dejarlos.

f. Alteraciones Somáticas, se presentan las siguientes alteraciones:

- Amenorrea: desaparición de la menstruación es una característica necesaria para el diagnóstico de la anorexia.
- Alteraciones de la piel: la piel está seca, áspera y fría. Las palmas de las manos y de los pies suelen ponerse amarillentas.
- Hipotermia: la temperatura del cuerpo suele estar en 35°.

- Alteraciones del ritmo cardiaco: frecuentemente las arritmias y/o bradicardias.
- Alteraciones del deseo sexual: dicho deseo suelen estar inhibidos.

También se encuentran otras manifestaciones orgánicas tales como: retardo del crecimiento estatural, pérdida del pelo, dientes con erosión de esmalte producto de los vómitos, erosiones faringeadas si se ha usado objetos para introducir el vómito, debilidad muscular por desnutrición o hipopotasemia por vómitos o abuso de laxantes, uñas delgadas e hipotròficas con signos de deficiencias vitamínicas y de minerales, estreñimientos, hipotensión o tensión arterial muy bajas que dan lugar a frecuentes mareos y lipotimias, dolores abdominales (Gómez, 1996).

Así mismo, se deben considerar las Alteraciones Cognitivas debido a que se presentan de manera constante en los pacientes con trastornos alimentarios (Sherman y Thompon, 1999).

- Pensamiento Dicotómico: todo o nada. “Si no consigo controlar totalmente mi ingesta no podré controlar absolutamente nada de ella”.
- Generalizaciones excesivas: “Cuando comía carne estaba gorda, por tanto no puedo comerla en absoluto”.
- Pensamiento de auto referencia: “Todos me miran cuando como, me observan porque estoy gorda”.
- Magnificación de las consecuencias negativas: “El solo hecho de coger un kilo hará que no paré de coger peso”.
- Abstracciones Selectivas: “Si como un helado, no cesaré hasta comerme cinco”.
- Pensamientos mágicos: “Mi estreñimiento significa que soy como un saco que todo lo que come lo retiene para engordar”.

Finalmente, los estudios clínicos psicométricos y familiares realizados coinciden en considerar la personalidad de la anorexia nerviosa como obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida. Se caracterizan por presentar sentimientos de incompetencia, por su necesidad de controlar el entorno, por su poca espontaneidad social y por su escasa iniciativa. De forma opuesta a las anoréxicas de tipo restrictivo, las anoréxicas de tipo compulsivo/ purgativo suelen presentar trastornos relacionados con un mal control de impulsos, como el abuso de alcohol o de drogas o la tendencia a una promiscuidad sexual y con una mayor labilidad emocional.

2.2.3.9 Factores Predisponentes, Precipitante y Mantenedores

a. Factores Predisponentes

Se refieren a factores biológicos, individuales, familiares y socioculturales que ponen en riesgo de desarrollar la anorexia nerviosa.

- **Factores Biológicos**

Se postulan 2 hipótesis, en la primera podría haber una alteración hipotalámica para el sistema hormonal y de los neurotransmisores que regularían el comportamiento de comer Cloninger (1999; citado Celada, 2003) sugiere la presencia de altos niveles de noradrenalina.

La segunda, supone que las alteraciones hormonales y de los neurotransmisores ocurrían como consecuencia de la reducción temporal de las calorías. Tiene mucha importancia la hipótesis de que la mayoría de los problemas biológicos ocurrirían como consecuencia de la experiencia del hambre.

- **Factores Individuales**

- Edad: es la etapa de la adolescencia que se ve afectada mayormente por esta enfermedad, Según Raich, la edad afectada comprende de 13 a 20 años no obstante para Freyre, la edad media de comienzo es de 13.7 años y la fluctuación abarca de los 10 a los 25 años en la mayoría de los casos.
- Sexo: el sexo femenino es el que está más sujeto a esta enfermedad debido a la tensión de la estética de la imagen que nos trasmite los medios de comunicación, pero no aislamos los casos de anorexia masculina.
- Déficit del funcionamiento autónomo: los pacientes se perciben así mismo como habiendo perdido el control de su propia conducta, necesidades e impulsos. Según Bruch lo denomina ineficacia personal.
- Baja autoestima: es un rasgo importante ya que se presenta con mucha frecuencia en dichos trastornos, Gonzáles sostiene que la persona anoréxica se centra en su aspecto físico, en realidad le desagrada su ser interno y por tanto tiende a denigrarse a ella misma así como a mantener discursos negativos para explicar lo que sucede en su vida.
- Distorsión de la imagen corporal: la imagen corporal, es una percepción subjetiva de sí misma siendo para el adolescente esta imagen parte de su identidad personal y tiene una gran importancia, razón por la cual muchos adolescentes padecen de dicho trastorno.
- Personalidad: los tipos de personalidad del anoréxico son variables pero destacan algunos rasgos: necesidad de aprobación externa, perfeccionismo, son individuos con expectativas personales muy altas y con gran necesidad de complacer y acomodarse a los

deseos de los demás, tendencia a la obtención de logros y éxitos rápidos, ansia de destacar vehementemente de figurar notoriamente, rasgos obsesivos (Rausch, op. cit.).

Cabe resaltar que se encuentran en situación de riesgo aquellos adolescentes que se dedican a actividades físicas de gran notoriedad, como las bailarinas de ballet, gimnasias atletas, modelos, etc. o los varones dedicados al acondicionamiento físico, como los físicos culturistas, luchadores o los corredores de gran distancia.

- **Factores familiares**

La familia es la unidad que más influencia ejerce en la vida de un individuo, por lo tanto puede contribuir al desarrollo de dichos trastornos al proporcionar valores, actitudes y comportamientos modelados y reforzados dentro de esa unidad social. Generalmente son las madres que tienen gran influencia sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, pero también los padres y hermanos con su actitud crítica pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de la anorexia en las niñas.

Uno de los factores comunes que se encuentran en la mayoría de las familias es una comunicación deficiente o destructiva en donde rara vez se alienta una expresión emocional de forma directa y abierta debido a que los padres nunca aprendieron a expresar sus propios sentimientos siendo muchas veces la única salida para los hijos recurrir a la comida como una forma de enfrentar a esos sentimientos displacenteros. También la sobreprotección deja poca iniciativa a los individuos por temor a que no sufra o no sea capaz de enfrentarse a los obstáculos, de manera que no se educa a los hijos a saber elegir y decidir correctamente.

Estas pacientes provienen de padres ambiciosos, perfeccionistas que se traducen en una alta exigencia en la productividad y frecuente insatisfacción con el rendimiento de los hijos así como falta de capacidad para la resolución de conflictos.

Según Raich (op. cit.), las anoréxicas provienen de familias que presentan problemas afectivos esto quiere decir que algún miembro de la familia de 1er grado (madre, padre, hermano) presenta trastorno emocional o consume alguna sustancia adictiva.

- **Factores Socioculturales**

La presión social a la esbeltez y estigmatización de la obesidad, serían los causantes de una verdadera insatisfacción corporal que llevaría a la 1era adopción de medida para cambiar la silueta: la dieta (Raich, ob. cit.).

Asimismo son los medios de comunicación los que diariamente bombardean a los adolescentes a través de sus propagandas el concepto de delgadez idealizado e innumerables recomendaciones sobre dietas de adelgazamiento, así como sobre las ventajas del entrenamiento físico y el estado atléticos, y sobre la moda en el vestido para ese tipo de complexión física, todo esto se contraponen, en cierta medida a la tendencia fisiológica normal de la mujer que en la pubertad incrementa sus medidas corporales, desarrollando sus glándulas mamarias y ensancha su pelvis; lo cual establece un cierto contrasentido entre hechos fisiológicos y los que difunde y propicia diariamente. Razón por la cual son los adolescentes un mercado potencial para las empresas debido a que es más fácil dirigirse a manipular aquellos individuos que se encuentran en proceso de maduración de su personalidad (González, ob. cit.).

Y por último los valores imperantes de la sociedad son expuestos y transmitidos por nuestros medios de comunicación los cuales en muchas ocasiones presionan y condicionan parte de la personalidad de los adolescentes.

b. Factores Precipitantes

Son aquellos factores que en algún momento determinado el individuo no puede adaptarse a las demandas que le exige un acontecimiento.

Acontecimientos vitales potencialmente estresante: son circunstancias que aparecen en la vida de una persona y por lo tanto demanda de una capacidad de respuesta de la que muchas veces no dispone y se crea un nivel de tensión el cual puede producir el inicio de algún trastorno alimentario. Para Rausch un acontecimiento puede ser separación o pérdida, desequilibrio familiar, enfermedad física o nuevas demandas del contexto.

Generalmente en los adolescentes los acontecimientos más frecuentes son separación, muerte o enfermedad de algún miembro familiar, cambio de casa o escuela, las primeras relaciones con personas del sexo opuesto, rendimiento académico o presión de grupos sociales. Así mismo se debe tener en cuenta que las consecuencias de estrés no son las mismas para todas las personas ya que existen mecanismos moderadores (entre ellos tenemos buen contacto social, habilidad de resolución de problemas, confianza en sí mismo ayudarán a superar situaciones difíciles).

c. Factores de Mantenimientos:

Se refiere a aquellos factores que intervienen positivamente manteniéndolo, una vez que se ha instaurado el trastorno. Según (Raich, ob. cit.):

- Síndrome de Inanición: los efectos más serios de la inanición son aquellos vinculados con el funcionamiento social e interpersonal. El aislamiento social y la marcada reducción en los intereses, si persisten con el tiempo producen serios déficit en la autoestima, siendo abordados por el anoréxico a través de los intentos de autocontrol por medio de las dietas.
- Los vómitos: es la representación de una “solución” al problema porque permite comer en exceso y al mismo tiempo mantenerse delgado.
- Fisiología gastrointestinal: existe un vaciamiento gástrico retardado y una constipación crónica que dan una sensación de saciedad lo cual facilita a la anorexia a reducir la cantidad o frecuencia de sus comidas.
- Percepciones corporales: son factores perpetuantes significativos debido a que las anoréxicas/os no reconocen su mecanismo interno que ayuda a regular las cantidades de carbohidratos ingeridos.
- Nivel Cognitivo: el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico.

Para los anoréxicos el punto central coincide en que la delgadez deviene fundamentalmente para su sensación de bienestar y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso.

Una vez llegado a la decisión de que es absolutamente necesario que haga régimen para adelgazar esta conducta queda reforzada por un procedimiento denominado reforzamiento negativo, es decir al hacer régimen o al provocarse el vómito, abusar de ejercicios, laxantes huye de una cosa que le causa pavor: la posibilidad de engordar (Raich, op. cit.).

- Afecto negativo: Polivy y Herman (1993; citado en Raich, 1994) los episodios de sobreingesta se ven mantenidas por dos razones la primera sería la persona cuando los inicia se distrae de otras preocupaciones a las que no se ve capaz de atender y la segunda sería la satisfacción que le produce la comida es agradable.
- Actitudes familiares y amigos: la atención social (aunque sea negativa) es un poderoso reforzador de las conductas y por lo tanto contribuye a que se mantenga.

La preocupación que se genera en el seno de una familia que tiene a una persona anoréxica da lugar a varias conductas: muchas veces se premian comportamientos desadaptativos y en otras generan desacuerdos y culpabilizaciones entre los padres.

2.2.3.10 Enfoque teóricos

a. Teoría Psicoanalítica

En la primera etapa los síntomas de la anorexia nerviosa estaban relacionados con la histeria y por lo tanto consideraban a la anorexia como síntoma de conversión histérica y el rechazo del alimento estaría relacionado con un simbolismo oral primitivo.

Abraham (1974; véase en Jiménez, 1997) interpreta la existencia de la anorexia nerviosa como rechazo a la feminidad. Señala que el hecho de comer para la chica simbolizaría inconscientemente quedar embarazada, lo que hacía que rechazará la alimentación como síntoma secundario al rechazo psicológico del embarazo, por lo tanto la inanición sería una defensa inconsciente de sus fantasías del embarazo.

Para Mahler (1975; citado en Zusman, 1990) vincula el nacimiento psicológico con los procesos de separación-individuación y con la capacidad del niño para establecer una relación con su realidad.

En la primera etapa de la vida cuando el niño satisface sus necesidades corporales y va tomando conciencia de sus recursos básicos como de su propio cuerpo prevalece en su mente la relación madre-comida, conforme va creciendo se separa e independiza y adquiere la noción de individualidad modificándose así la relación establecida. Ahora el niño se muestra independiente frente al proceso de alimentación y es ahí en donde puede pasar por dificultades que suelen dejar huellas para una afección neurótica del estómago y del apetito en la vida adulta especialmente si el niño creció en una relación simbiótica con su madre. Asimismo Moshatt (1982; véase en Zusman, 1990) señala que la anorexia nerviosa se presenta debido a un defecto en el desarrollo del Ego lo cual origina dificultad para resolver el problema de la separación-individuación y de la identidad afectiva.

Según Bruch (1982; en Rausch, 2000) las pacientes anoréxicas se sienten víctimas, presas de satisfacer los deseos de los demás y carecer de un espacio propio por lo tanto mantienen una disciplina férrea respecto de la comida y esto las hace sentirse eficaces. El trastorno de autopercepción hace que duden o confundan sus propios sentimientos y sensaciones. Las anoréxicas tienen la sensación de que algo les falta y que no merecen el respeto de las demás personas, su sentido autónomo es deficitario y le es difícil la toma de decisiones.

Bruch (1982; en Rausch, ob.cit.) considera que estas pacientes operan con un pensamiento egocéntrico concreto y además asegura que es deficiente o se encuentra ausente el pensamiento abstracto y operaciones formales que caracteriza a la adolescencia. Con referente al nivel familiar, el defecto se encuentra en las interacciones íntimas de la relación temprana entre el niño y sus padres específicamente en el déficit de la decodificación de las señales que emite el niño debido a que los padres toman en consideración sus necesidades y no los deseos del menor.

Así mismo, la anorexia nerviosa se inicia en la 1era infancia de la etapa del desarrollo del “yo” básicamente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre con la hija. Por lo tanto en estas situaciones la madre habría tenido una actitud educativa inadecuada (negligente o sobreprotectora) que evitaría que la niña llegase a discriminar correctamente las sensaciones de hambre o de saciedad, privándola del badaje necesario para adquirir su propia identidad corporal.

Por lo tanto al llegar a la adolescencia, etapa reconocida como de necesidad de independencia y abstracción, la chica que ha ido evolucionando en ese ambiente especial esta predispuesta a padecer de un trastorno como la anorexia nerviosa.

b. Enfoque Conductual – Cognitivo

El paradigma de evitación, condicionamiento operante y el aprendizaje vicario, son las formas que nos plantea el modelo conductual y a través del cual se ha explicado la anorexia nerviosa.

El paradigma de evitación indica que la probabilidad de que una conducta se incremente o mantenga se debe al refuerzo negativo que se obtiene del alivio de un estímulo aversivo. Es de esta forma que se explican muchas de las conductas de la anoréxicas tales como: dieta, vómitos, ejercicios, laxantes, etc y es a través de estas conductas que las chicas evitan la situación temida que no sería otra que estar gorda o la eliminación de las características asociadas a la madurez psico-sexual (Crisp, 1980; en Jiménez, 1997).

También se pensaba que la conducta de rechazar el alimento debía estar sometida a un reforzamiento positivo, es decir a un condicionamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que le seguían. Dicha hipótesis fue verificada a través de una chica de 21 años, ingresada al hospital cuando tenía un peso de 21 kilos y la intervención se realizó en función de las contingencias asociados a los comportamientos de comer y no comer. Dicha paciente fue situada en una habitación desprovista de estímulos y se le

gratificaba (televisión, visitas) cuando comía, posteriormente estas gratificaciones ampliaron el incremento de peso.

El aprendizaje vicario a través del modelado social es un factor importante en el inicio del trastorno. Se refiere al papel cultural de la mujer desbordaba por mensajes publicitarios asociados a la delgadez, belleza, éxito y competencia social.

Ahora bien, es preciso señalar que el enfoque conductual por si solo resulta también insuficiente para dar cuenta de toda la complejidad que entrañan estos trastornos por lo tanto el modelo cognitivo brinda sus aportaciones al conductismo en donde propone que entre las variables estímulo - respuesta se encuentra un mediador relevante: pensamiento del sujeto. Entonces los sujetos con trastornos alimentarios tienen conductas que son de alguna manera consecuencia de las cogniciones distorsionadas, creencias irracionales y de las alteraciones de la imagen corporal.

El modelo cognitivo y sus aportaciones al conductismo clásico tienen gran relevancia en las cogniciones distorsionadas y en las creencias irracionales que presentan las anoréxicas.

Algunas de estas distorsiones cognitivas sería el razonamiento dicotómico (todo o nada), la sobre generalización (e. g: cuando comía estaba gorda) o la magnificación de posibles consecuencias negativas (e. g: si aumento unos gramos no podré resistirlo)

Entonces las sensaciones corporales tales como hambre o la sensación de plenitud serían mal interpretadas así como las emociones.

c. Enfoque Sistémico

Este enfoque entiende que para explicar la Anorexia Nerviosa hay que estudiar el contexto natural en el que se produce.

Según Minuchin (1984; en Jiménez, 1997) la familia de la anorexia se caracteriza dentro de una familia “psicosomática”. La define como familias sin límites claros entre sus miembros, la forma de relacionarse es demasiado próxima e intensa entre ellos. Así mismo las actitudes de sobreprotección y de rigidez en el funcionamiento de los padres hacia los hijos llevan a un retraso en el desarrollo y autonomía de estos.

Generalmente son familias que no solucionan los conflictos que van surgiendo, esto se da a veces porque niegan una aparente bondad de las relaciones o porque las discusiones

cambian continuamente de tema sin llegar a una solución. La hija tendría cierta vulnerabilidad fisiológica y al caer enferma juega un papel importante en las interacciones familiares reforzando así la evitación de conflictos y centrando toda la atención en los síntomas psicosomáticos.

Para Selvini (1990; citado en Jiménez, 1997) el síntoma anoréxico surge como consecuencia de factores culturales y familiares. Con respecto a los factores familiares, se cree que la actitud de la anoréxica es el resultado de un proceso en la historia de la organización relacional de la familia que denomina “juego interactivo”. En dicho juego los padres continuamente se provocan uno al otro sin obtener nada a cambio y utilizan argumentos como la responsabilidad o el deber para con los hijos. Es frecuente el silencio del padre aguantando a una mujer irritante y el papel de una joven en donde asume el punto de vista de uno de los dos padres. Finalmente al llegar a la adolescencia etapa en que se cambia los equilibrios se utilizará la dieta como arma para diferenciarse de ellos y también se utilizará los síntomas como poder en las interacciones familiares.

Bruch señala que las pacientes anoréxicas serían muchachas que proceden de padres que se encuentran en constante competición, a ver quién sacrifica más por su hija.

Estos padres plantean continuamente a la niña exigencias muy elevadas incluso muchas veces inalcanzables relacionados al aspecto físico, al comportamiento en general y al rendimiento tanto social como académico.

d. Modelo Biopsicosocial

Este modelo considera este tipo de trastorno como fenómeno heterogéneo y multifactorial, el cual surge de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos.

Asimismo las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración y de la vulnerabilidad psicológica para iniciar el desarrollo de síntomas. De esta manera aparecen los 1eros modelos biopsicosociales para dar cuenta de este tipo de trastorno. El primer modelo conocido que trata de poner en evidencia todo este conjunto de factores es el modelo multifactorial de la anorexia nerviosa propuesto por Lucas en 1981, quién propone la existencia de una predisposición biológica sobre la cual ciertas características individuales de la personalidad y familia establecen el inicio de la enfermedad y en las cuales actuarán las influencias sociales.

Los rasgos psicológicos que predisponen a dicha enfermedad son: tendencia a la obtención de logros, ansia de destacar y ser perfeccionista, sentimientos de baja autoestima, dudas sobre la identidad personal, rasgos obsesivos, antecedentes de abuso físico y sexual. También pueden existir diferentes patrones de dinámica familiar que contribuyen al desarrollo de la anorexia nerviosa tales como: familias en donde se evitan el conflicto y se percibe una aparente calma, no existe un verdadero diálogo, son los padres los que toman las decisiones, se da una mayor importancia a la apariencia física e intelectual y son generalmente familias intrusivas, sobreprotectoras, rígidas e incapaces de resolver conflictos. Además se suma el factor de influencia social en donde los adolescentes y en especial las mujeres, son bombardeados diariamente a través de los medios de comunicación y de propagandas el concepto de delgadez e innumerables recomendaciones sobre dietas de adelgazamiento.

Estos tres factores expuestos (biológico, psicológico y social) influyen de manera diferente en las personas debido a que mientras en algunos casos la dinámica familiar es adecuada se percibe claramente la influencia biológica, en otros se reaccionan frente a los conflictos familiares y reacciones psicopatológicas entre padres e hijos y por último otros responderán adversamente a las influencias y demandas del medio social.

Cualquiera que sea el factor predominante siempre con cierta influencia de los otros, se inicia la restricción dietética, la pérdida de peso, malnutrición, cambios fisiológicos y psicológicos y se establece la enfermedad creándose así un verdadero círculo vicioso lo cual hace que perpetúe el problema. En algunos casos se interrumpe este círculo y se produce la recuperación, pero en otros continúa de manera incontrolable pudiendo conllevar a la muerte por inanición (Freyre, ob. cit.).

En esta misma línea, Toro y Vilardell (1987) consideran el trastorno anoréxico como una patología multidimensional (dimensión biológica, psicológica y social) y que obedece al modelo multicausal de la enfermedad esto quiere decir que para que aparezca el trastorno anoréxico es necesario que varios factores interactúen entre sí.

e. Modelo Evolutivo

Este modelo trata de dar cuenta de la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en las mujeres. Fue elaborado por Striegel-Moore (1993; citado en Raich, 1994) quién señala que las niñas muy tempranamente se identifican con su género y por lo tanto este se encuentra ligado a su rol sexual.

Striegel-Moore (1993, ob. cit.) define a la feminidad como el grado en que la persona posee las características asociadas con el estereotipo de su rol sexual. Y estas se caracterizan por:

- Las mujeres están más orientadas interpersonalmente que los hombres.
- El aspecto central de la feminidad es la belleza.

Con respecto al primer punto las mujeres consideran más importante preocuparse por los sentimientos y bienestar de los demás, así como por obtener la aprobación social y dar una impresión de ser sociable. En cuanto al segundo punto, si ser delgada es una condición central de la belleza femenina entonces las mujeres dan gran importancia a su apariencia y peso ya que de esta forma lograrán obtener éxito social.

Definitivamente si consideramos estos dos puntos en el desarrollo de la adolescencia se puede concluir que las jóvenes se encuentran en un verdadero conflicto puesto que ellos al enfrentarse a los cambios corporales por el cual atraviesan las sitúan en el polo opuesto del modelo social. Pero además es la etapa en donde suelen producirse las primeras citas siendo una situación muy estresante y para complicar el panorama el mito de la super woman en donde la mujer es perfectamente capaz de desempeñar papeles de atractivo y cuidado de la casa, trabajo profesional, son los factores que contribuyen eficazmente a que se presenten trastornos alimentarios.

2.2.3.11 Epidemiología

A través de estos estudios nos permite apreciar como estos trastornos se encuentran en forma creciente a nivel mundial y se han constituido en un verdadero problema de salud pública.

- **Sexo:** los estudios epidemiológicos coinciden al señalar una prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres, señalando alrededor del 90 a 95% de los pacientes que padecen de este trastorno son de sexo femenino (Pacheco, 2003). A pesar de no encontrar pruebas de que la anorexia esté vinculado con el sexo biológico. Esta prevalencia en las mujeres se debe al contexto sociocultural en donde se desenvuelve y sobre todo al papel sexual que la mujer tiene en la sociedad.
- **Edad:** el periodo de la adolescencia es el de mayor riesgo para el desarrollo de la enfermedad. De acuerdo al DSM IV la edad promedio de inicio es de 13 -15 años. Para Giesecker (2003; véase en Pacheco, 2003) la edad comprendida entre los 15 a 19 años son los momentos de mayor riesgo.
- **Nivel Socioeconómico:** la anorexia tiene un mayor predominio en los niveles más elevados debido a que los estereotipos sociales ejercen una mayor presión.

Pero cabe resaltar que actualmente no se encuentran diferencias significativas en la condición socioeconómica, habiéndosele declarado como un problema global, siendo más frecuentes en las zonas urbanas, donde se difunden lo relativo a comida y delgadez, que en las zonas rurales.

- **Educación:** las pacientes con este trastorno generalmente presentan un buen rendimiento y tienen un coeficiente intelectual normal o normal alto.
- **Curso y Pronóstico:** la anorexia tiene un curso más prolongado y es de peor pronóstico. En la anorexia nerviosa empeoran el pronóstico: el inicio precoz, una evolución de más de seis años, trastornos psicológicos severos y la combinación con la diabetes tipo 1. El índice de mortalidad para este trastorno es tan alto desde el 15% al 22 % en algunos estudios, pero la causa de muerte más frecuente es el suicidio.
- **Comorbilidad:** según Lengua (2003) refiere que los trastornos que acompañan a la anorexia son:
 - El 75% de casos están acompañados de algún tipo de desorden afectivo.
 - El 63% de los casos tiene depresión mayor.
 - Hay trastornos de ansiedad de cualquier tipo en el 36%.
 - El 17% tiene fobia social.
 - El 12% presenta trastorno de ansiedad generalizada.

Según OMS indica, la anorexia está llegando a niveles epidémicos en algunos países del mundo occidental. En los Estados Unidos hay cerca de 1 millón de personas que la padecen, detectándose que un 5% son universitarias que padecen de anorexia.

Pacheco (2003), menciona que Argentina es el segundo país después de los Estados Unidos en índice de patología alimentaria. Una de cada tres mujeres que cursan la secundaria tiene graves desórdenes alimentarios. El 8% de los varones en edad escolar que cursan la secundaria padecen Anorexia o Bulimia.

De acuerdo al estudio epidemiológico realizado por Albornoz y Matos (2001) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, sobre pacientes anoréxicos atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental del Hospital “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” entre 1982 y 1998 el aumento de la anorexia entre los jóvenes peruanos es grave.

Para ello se evaluó a 58 pacientes con anorexia nerviosa, cuyas edades iban entre los 18 y 64, de los cuales el 84.9% eran menores de 25 años. Los investigadores establecieron claramente que la mayoría de los casos correspondían a pacientes de sexo femenino entre los 15 y los 19 años de edad, en su totalidad solteras al momento de presentar la enfermedad.

En el Perú (2002) según la estadística del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, se han registrado 102 casos de pacientes con anorexia, siendo su distribución la siguiente, según las tablas 2 – 2ª.

Tabla 2

Estadísticas de pacientes con diagnóstico de anorexia según sexo de Hospital Almenara.

Sexo	Pacientes	Porcentajes
Hombres	9	9%
Mujeres	93	91%
Total	102	100%

Nota: tomado de Salcedo (2003)

Tabla 2a

Estadística de pacientes con diagnóstico de anorexia según edad del Hospital Almenara.

Edad	Hombres	Mujeres	Porcentajes
< De 20 años	9	63	70.59%
De 21 a 30 años	0	17	16.67%
De 31 a 40 años	0	10	9.80%
De 41 a 50 años	0	3	2.94%
Total	9	93	100.00%

Nota: tomado de Salcedo (2003)

Cabe señalar que se registraron 13 pacientes con edades de 14 años y 4 pacientes de 13 años (dentro del rango de menores de 20 años).

2.2.3.12 Anorexia en la adolescencia.

Actualmente la anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por una reducción progresiva de la alimentación, hasta llegar al punto de rechazar totalmente la ingesta de comida (Nardone, 2004; Cervera, 2005).

Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2002), propone los siguientes criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa:

- a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

- d. En las mujeres pos-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Es importante recalcar, que el Criterio D ha sido propuesto para población exclusivamente femenina, ya que la prevalencia de la anorexia nerviosa sigue siendo mayor en mujeres. Sin embargo, Langley (2006), propone que a pesar de que en varones no existe un indicador tal como amenorrea, sí podemos hablar de una identificación y hasta retroceso en el crecimiento físico de la talla y de los músculos. Independientemente de estos indicadores, queda claro que los síntomas y por lo tanto los criterios diagnósticos para los trastornos alimentarios, son los mismos, tanto en hombres, como en mujeres. Se puede decir entonces, que la persona que padece de anorexia nerviosa, presenta un peso inferior al que sería de esperar para su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi el 50 por ciento de las personas que lo padecen, usan también el vómito auto inducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso. En el caso de los hombres, es más frecuente encontrar conductas relacionadas al ejercicio intenso, ya que a simple vista puede pasar desapercibida, como una conducta poco saludable (Raich, 2001).

A nivel mental, las personas que sufren de anorexia padecen de una negación total o parcial de la enfermedad, ya que niegan constantemente la fatiga, hambre y sed. Además, aparecen otras manifestaciones físicas, como el crecimiento del vello corporal delgado y rizado, y en el caso de los hombres en particular, la poca posibilidad de desarrollar músculos. Asimismo, la temperatura basal disminuye por lo que éstas personas suelen sentir frío; hay intolerancia a las subidas de temperatura ambiental y rápido aumento de la temperatura corporal debido a la alteración de la termorregulación por disfunción hipotalámica y pérdida de los depósitos de grasa; desórdenes endocrinos como desinterés sexual; mal funcionamiento de los riñones; molestia digestiva, dolor estomacal y estreñimiento; y finalmente, afecta al cerebro por deterioro de la masa cerebral y predominio de la sustancia blanca (Celada, 2003).

Los individuos que padecen de anorexia tienen una imagen corporal distorsionada; aunque están a dieta constantemente y casi no comen nada, piensan que están demasiado gordos. Hay una obsesión y miedo ante la posibilidad de ser obesos y se presentan patrones comportamentales rígidos. Con frecuencia, son buenos estudiantes y sus padres los definen como “modelos a seguir”. Suelen ser autocríticos y tienen la sensación de no rendir bien aunque en sus actividades cotidianas, los resultados sean buenos (Celada, 2003). Pueden ser retraídos, dependientes o depresivos y se entregan a un comportamiento perfeccionista y repetitivo (Graber, Seeley, Brooks-Gunn &

Lewinsohn 2004). La anorexia se inicia en la adolescencia entre los 13 y 18 años y en cuanto a la prevalencia de estas dolencias, se sabe que el 0.1% de los 7 adolescentes presenta este trastorno; de ellos entre el 5 y 10% de los casos son varones (Weltzin et al., 2005; Celada, 2003, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2002).

Parinango (2005) encontró un alto índice de conductas de riesgo psico emocionales y socioculturales (60 % y 40%, respectivamente) en escolares mujeres. Siendo los factores psico emocionales (auto-aceptación, inseguridad y actitudes irritables) las que influyen hacia una tendencia de presentar este tipo de trastorno alimenticio.

Rivera (2007), estudió la relación de influencia que existe entre el conocimiento de las conductas de riesgo de anorexia en un colegio estatal de comas, teniendo como resultados que a mayor conocimientos sobre las conductas de riesgos menor la cantidad de conductas riesgosas (aspecto alimentario) y a menor conocimiento de éstas aumentarían las conductas de riesgo. Otro dato importante de este estudio es la percepción distorsionada de sí mismos, siendo una de las dimensiones psicoemocionales el percibirse gorda. Influenciado por la dimensión de preferir leer revistas y programas de televisión que hablen de dietas. En la dimensión familiar encontramos conductas de alto y mediano riesgo relacionadas a la sobreprotección y involucración en la vida del adolescente por parte de los padres, la poca autonomía en las decisiones de la adolescente y los problemas en el hogar. Los estudios mencionados fueron realizados en poblaciones femeninas por ser el género más expuesto y con mayor cantidad de caso con respecto a este tipo de trastornos alimenticios, siendo, el desconocimiento de las conductas de riesgos de la anorexia nerviosa, como las dimensiones psicoemocionales, familiares y socioculturales las que determinan que una adolescente presente este tipo de trastorno.

Herrera (2008), realiza un estudio con población masculina descubriendo que este género se está viendo afectado por este tipo de trastorno alimentario, no en las mismas proporciones a su par femenino, pero si con cierto grado de crecimiento, esto debido al afán de aceptación, buscan modelos ideales a seguir de manera rigurosa y estricta.

Por último añadiremos una investigación extranjera realizada por Guadarrama y Mendoza (2011) en una escuela preparatoria del distrito Federal de México, con 316 alumnos de ambos sexos. Teniendo como resultados que el 17% de la muestra estudiada mostró síntomas de trastornos alimenticios, siendo la de mayor predominancia la anorexia nerviosa manifestándose en mayor cantidad en el género femenino. Lo que enfatiza lo encontrado por las investigaciones nacionales, que el grupo más vulnerable a sufrir este tipo de trastornos son las mujeres adolescentes.

Quintana, A. C. (2005), pretende reflexionar acerca de una enfermedad llamada anorexia nerviosa que está causando alarma social en occidente por su gran expansión en la juventud. La reflexión parte de un punto de vista social desde la post modernidad donde se señala que se han perdido todos los referentes sociales que permitan al sujeto un “otro” con quien identificarse y diferenciarse.

Finalmente, es en el ámbito de la psiquiatría o la psicología en la consulta ambulatoria, pública o privada, donde creemos que puede ser de más ayuda esta visión complementaria, ya que en las unidades hospitalarias, la práctica diaria y la visión más integrada interdepartamental, de las Unidades de Endocrinología y Psiquiatría, desarrollan una intervención en paralelo de forma natural. Todo ello nos hace insistir y recordar que, como siempre, no hablamos de sustituir la intervención psicoterapéutica en sus distintas modalidades cognitivo conductuales, fundamentalmente, sino complementar el abordaje de manera multidisciplinaria.

2.2.4 Estrategias de afrontamiento.

El término de afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz. El afrontamiento por tanto debe separarse de los resultados, no existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos; ello dependerá de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de encuentro entre la persona y el estresor.

Para que puedan existir estrategias o estilos de afrontamiento en el ser humano y en especial en el adolescente, primero tiene que existir un grado de estrés. Éste viene a ser la interacción de exigencia del ambiente al organismo, siendo evaluado de manera cognitiva por el sujeto para dar una respuesta de acuerdo a los recursos del mismo y las exigencias del medio, buscando el equilibrio orgánico u homeostasis.

Este grado de estrés genera un cambio o respuestas a nivel fisiológico, endocrino e inmunológico, siendo el estrés o eustrés un estado que potencia las capacidades del organismo ante una situación de emergencia. Hay que considerar que el estrés es de naturaleza pasajera y los niveles de estrés dependen de la evaluación cognitiva del sujeto. Los problemas de salud (como dolencias crónicas somatizadas) responden a niveles de estrés permanentes originando el distres emocional o estrés crónico. (Reynoso, 2005; Rodríguez- Marín, 1995).

Fierro (1996) explica que este proceso (de respuesta al medio) está determinado por una evaluación primaria, donde se percibe un estímulo del ambiente como positiva o irrelevante, que no tiene mayor efecto sobre la vida y finalmente un estímulo estresante que exige movilización de

recursos para restablecer el equilibrio. A su vez puede ser valorada como una amenaza, un daño/pérdida o un desafío.

Asimismo, existe una evaluación secundaria, relacionada a la valoración de los recursos personales, ambientales y sociales disponibles para afrontar la situación (la salud física, la capacidad intelectual, el grado de autoestima, el nivel de autonomía, las habilidades sociales, el grado de apoyo social percibido, el nivel de ingresos, etc.).

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos en curso cognitivo y conductual, para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona.

Estos autores tipificaron dos grupos de estrategias posibles: las que se centran en el problema (el esfuerzo se dirige a modificar la situación y a disminuir la cognición de amenaza) y las que se centran en la emoción (el esfuerzo se dirige a reducir la perturbación interna provocada por el estrés).

Además consideran el afrontamiento como un proceso, lo que implica asumir los siguientes principios:

- ❖ El afrontamiento depende del contexto y por lo tanto puede cambiar durante una situación determinada.
- ❖ Los pensamientos y las acciones del afrontamiento se definen por el esfuerzo y no por el éxito.
- ❖ La teoría del afrontamiento como un proceso enfatiza que existen al menos dos funciones principales, una orientada al problema y otra orientada a la emoción, cuya utilización depende del grado de control que se tenga sobre la situación.
- ❖ Algunas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes en situaciones estresantes que otras.
- ❖ El afrontamiento es capaz de medir el resultado emocional, modificando el estado emocional del inicio al fin en un encuentro estresante.

El desarrollo teórico y metodológico del afrontamiento ha llevado a éste, que sea concebido desde diferentes enfoques, los cuales pueden ser agrupados, principalmente en dos aproximaciones distintas. Una de ellas denominada disposicional, asume que el afrontamiento es un estilo personal de afrontar el estrés, mientras que la otra, conocida como afrontamiento situacional, entiende el afrontamiento como un proceso, como una reacción al estrés de carácter dinámico y específico para la situación.

En el 2000, López menciona que las estrategias de afrontamiento directas o indirectas pueden ser clasificadas de distintas maneras, señalando que los estilos más frecuentes, son:

- ❖ La búsqueda de apoyo social, estima, valoración y cuidado, son necesidades básicas que ayuda a sobrellevar en nuestra vida personal las circunstancias difíciles y generadoras de estrés.
- ❖ Enfrentamiento activo del problema, solución interactiva, se acude al mecanismo en los que nuestra acción sobre la situación estresante apunta a modificarse, cambiar o solucionar el problema mediante acciones interactivas.
- ❖ Evitar la fuente generadora del estrés evitación, es cuando se rechaza el elemento agresor, siendo esta la técnica o estrategia más habitual.

Un elemento sumamente importante es la llamada red social, que la conforman el conjunto de amigos, familiares o relaciones que, al formar parte de nuestro entorno más cercano, resulta continente de nuestra necesidad. Cualquier grupo humano del que participemos (club, asociaciones, círculo de amigos) forma parte de esa red. Con ello y de acuerdo con nuestra capacidad de comunicación y extraversión, podemos encontrar el apoyo y el aliento necesario en momentos de dificultad y problemas.

Cuando se dice que alguien tiene determinado estilo, es que se quiere significar que tiene tendencia a usar, por lo general, el mismo de estilo de afrontamiento, por lo menos en primera instancia, dejando los otros para aquellas situaciones en que lo crea conveniente.

Sánchez 1991 (véase en Montenegro y López, 2006) define las estrategias de afrontamiento como acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentar una situación problemática. El mismo autor refiere que esta definición esta en concordancia con el planteamiento de Frydemberg y Lewis, los cuales enumeran 18 estrategias de afrontamiento que lo desarrollaron empíricamente mediante análisis factorial.

Sin embargo para González (2004) el concepto de afrontamiento, no se refiere a un rasgo o estilo de respuesta personal, sino que se refiere y se centra en el proceso, en la actividad cambiante que el sujeto pone en funcionamiento en cada situación que ha sido evaluada como estresante. Entiende que el afrontamiento es distinto de la conducta adaptativa automatizada, a pesar de que es frecuente entender que un buen afrontamiento conlleva un éxito adaptativo.

En el 2000, Lazarus refiere que el afronte se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que son estresantes. En cierto grado podría decirse que el estrés y el manejo son recíprocos; cuando el manejo es inefectivo el nivel de estrés es alto; sin embargo, cuando el manejo es efectivo, el nivel de estrés puede ser bajo.

Menciona que existen tres modos de considerar el manejo desde la perspectiva del estilo:

La primera consiste en describir meramente los Patrones de manejo que parecen habituales en el individuo, es decir, que presentan cierto grado de estabilidad correlacionando pensamientos y acciones de manejo en las mismas personas a lo largo del tiempo y en diversas condiciones.

El segundo enfoque, consiste en derivar de la teoría las disposiciones de personalidad o rasgo que podrían influir sobre los patrones de manejo estables. En efecto tal disposiciones (objetivos o creencias) conducen a la formación de un estilo estable de manejo a lo largo del tiempo y en diferentes transacciones.

El tercer enfoque resulta el más sofisticado y prometedor para el autor, algunas veces se le identifica como un enfoque de rasgo condicional. Desde esta perspectiva se dice que ciertas condiciones ambientales se convierten en funcionalmente equivalentes, mediante un rasgo, como el compromiso de un objetivo o creencia.

2.2.4.1 Evasión como afrontamiento

Alguna vez hemos estado tentados en momentos de la vida a evitar afrentarnos a los retos. La evasión significa no hacer el esfuerzo para afrontar una situación cuando se requiere. En vez de abordar la fuente de los problema, los ignoramos y esperamos que se solucionen por si solos; desafortunadamente, la mayoría de los desafíos en la vida no desaparecen automáticamente, y aunque evadir pueda reducir la ansiedad del momento, por lo general provoca un mayor estrés a la larga, porque nunca sabremos cuándo otros problemas se aunarán a los que ya tenemos.

Evadir puede ser una estrategia útil de afrontamiento ante problemas que no tienen consecuencias duraderas. Generalmente nos adaptamos mejor cuando dejamos pasar pequeñas molestias y no nos detenemos en ellas: No tiene sentido sufrir estrés por problemas que se resolverán solos. Por otro lado, la evasión es una estrategia inefectiva de afrontamiento ante situaciones que sí requieren de nuestra participación

La desventaja de la evasión como estrategia de afrontamiento es que nos priva del uso constructivo del feed – back o retroalimentación personal. Es inevitable recibir tanto las reacciones positivas como las negativas de las personas que nos rodean. Aquellas que evitan la retroalimentación negativas, son los que no están preparados para utilizar esa información para cambiar efectivamente sus formas de pensar o de actuar. También las personas evasivas se privan de las ventajas de los feed – backs positivos. Como están acostumbradas a actuar pretendiendo que no ha pasado nada, no pueden distinguir cuando otros las reconocen abiertamente (Kleinke, 2001).

2.2.4.2 Evaluación del Afrontamiento en la Adolescencia.

Frydenberg (1996) considera que en los últimos tiempos los problemas relacionados con el estrés en la adolescencia se han incrementado, debido a que los adolescentes atraviesan una etapa en la que tienen que convivir con los particulares cambios internos de este momento del desarrollo, con las expectativas de sus padres, con las presiones del grupo de pares, con las exigencias académicas y de la sociedad.

En ese sentido, el identificar cuáles son las preocupaciones más resaltantes de los jóvenes así como el modo de afrontarlas permite tener un mejor conocimiento de esta población, en base a ello: Frydenberg y Lewis (1997) definen el afrontamiento como el conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surgen en reacción a una preocupación en particular e intentan restaurar o restablecer el equilibrio.

A partir de dicho modelo el Adolescent Coping Scale (ACS) (1997), aplica un instrumento consistente para estudiar el afrontamiento en esta población. La prueba identifica las estrategias más comunes empleadas por los adolescentes en 18 escalas. Dichas estrategias se agrupan a su vez en tres estilos de afrontamiento diferentes que se explican a continuación Frydenberg y Lewis (1997):

Resolver el Problema: se refiere a los esfuerzos por resolver el problema manteniendo una actitud optimista y socialmente conectada; comprende:

- Concentrarse en resolver el problema (Rp): consiste en analizar el problema, y las diferencias alternativas de solución.
- Fijarse en lo positivo (Po): tendencia a tener una visión optimista del problema.
- Distracción física (Fi): realización de deporte y esfuerzo físico.
- Buscar diversiones relajantes (Dr): recurrir a actividades de ocio y relajantes.
- Esforzarse y tener éxito (Es): realizar conductas de compromiso, ambición y dedicación.

Referencia a los Otros: se refiere a los esfuerzos por resolver el problema a través del apoyo brindado por los demás; se ubica:

- Buscar apoyo social (As): tendencia a compartir el problema con los demás y buscar apoyo.
- Invertir en amigos íntimos (Ai): búsqueda de relaciones personales íntimas y esfuerzo por comprometerse en alguna.
- Buscar pertenencia (Pe): interés por las relaciones con los otros y por lo que piensan.
- Buscar apoyo espiritual (Ae): realización de acciones como rezar y aferrarse a la religión.
- Buscar ayuda profesional (Ap): búsqueda de ayuda de profesionales para tratar de solucionar el problema.
- Acción social (So): realización de peticiones y organización de actividades para conseguir ayuda.

Finalmente el No Productivo: se refiere al empleo de estrategias evitativas

- Preocuparse (Pr): la tendencia a experimentar miedo, preocupación por el futuro o por la felicidad futura.
- Hacerse ilusiones (Hi): tendencia a esperar que todo se solucionará de manera positiva.
- Falta de Afrontamiento (Na): incapacidad de afrontar y desarrollo de síntomas psicósomáticos.
- Reducción de la tensión (Rt): intento de sentirse mejor y de relajar la tensión.
- Ignorar el problema (Ip): negación del problema.
- Auto inculparse (Cu): sentirse responsable del problema o de las preocupaciones que se tiene.
- Reservarlo para sí (Re): huida de los demás para que no conozcan los problemas.

Los dos primeros estilos se componen de estrategias productivas, por tanto se ubicarían como estilos funcionales pues el problema es definido, se identifican soluciones y se realizan acciones para la resolución con o sin referencia hacia otros. El tercer estilo es más bien un estilo disfuncional, ya que está referido al manejo y expresión de sentimientos y la incapacidad para enfrentar los problemas directamente, por ello las estrategias son improductivas (Frydenberg, 1996).

En grupo de adolescentes preuniversitarios, Cassaretto (2009) analizó las posibles relaciones entre la personalidad y el afrontamiento de adolescentes. Respecto al afrontamiento, encontramos que el estilo centrado en el problema fue el utilizado en mayor frecuencia por participantes, seguidos por el estilo centrado en la emoción, siendo los otros estilos de afrontamiento los menos usados. Las estrategias de mayor uso en la muestra son reinterpretación positiva y crecimiento, búsqueda de soporte social por motivos instrumentales y planificación y las estrategias menos usadas en la muestra fueron desentendimiento conductual, negación a la religión. En estas investigaciones nacionales a diferencias claras en la estrategia de afrontamiento por parte de un grupo participante que en la muestra de pacientes se refleja, la negación al problema o estado de salud que presentan a diferencia de la muestra de preuniversitarios donde su estrategia de afrontamiento se centra en el problema mismo.

Podemos deducir las personas que sufren este tipo de trastornos alimenticios (Anorexia, Bulimia, Obesidad) tienden a hacer un cuadro de resistencia y poca adhesividad a las recomendaciones medicas puesto que no son conscientes de su estado desfavorable de salud.

2.2.4.3 Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico.

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, la

timidez, la ansiedad, el sentimiento de eficacia, la autoestima (Frydenberg & Lewis, 1997), o el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Frydenberg 1996). El afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante.

En el modelo de Afrontamiento transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984) lo definió como los esfuerzos cognitivos-conductuales continuamente cambiantes que realiza el sujeto para manejar las demandas internas y/o externas, que son evaluadas como que agotan o exceden los recursos personales. El afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción (Frydenberg, 1996).

Folkman y Lazarus, en 1985 propusieron dos estilos de afrontamiento: el focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) y en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional). A partir de este modelo se han desarrollado instrumentos para evaluar el afrontamiento en adolescentes (Frydenberg, 1997).

Las estrategias consideradas tienen un denominador común, al evaluar los dos estilos propuestos por Folkman y Lazarus y un tercer estilo, el Improductivo, propuesto por Frydenberg y Lewis (1996a), permitiendo relacionar los resultados proporcionados. En el adolescente las estrategias de afrontamiento parecen ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas, que constituyen un estilo estable de afrontamiento, que determina las estrategias situacionales (Frydenberg, 1997).

Los resultados de investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento en función de la edad y el género en adolescentes son contradictorios (Mullis & Chapman, 2000). En cuanto a la edad, los adolescentes más jóvenes utilizan con mayor frecuencia el estilo focalizado en la emoción, mientras que los mayores, el focalizado en el problema. Otros estudios señalan lo opuesto, que con la edad los adolescentes utilizan con más frecuencia el estilo focalizado en la emoción, así como el estilo improductivo (Frydenberg & Lewis, 1993) y con menor frecuencia estrategias focalizadas en el problema. Parece haber acuerdo en que la utilización de ambos estilos (focalizado en el problema y en la emoción) se incrementa con la edad, y que los adolescentes de mayor edad poseen un repertorio de respuestas de afrontamiento más amplio (Griffith, Dubow & Ippolito 2000).

Las estrategias de afrontamiento pueden repercutir, como se ha señalado, sobre el bienestar psicológico (Parsons et al., 1996). El Bienestar Psicológico es considerado un constructo que no tiene un marco teórico claro, relacionándolo con el grado que un individuo juzga su vida «como un

todo» en términos favorables y satisfactorios (Veenhoven, 1991; Diener, 1994), y asociándolo con estados de humor positivos, alta autoestima y baja sintomatología depresiva (Eronen & Nurmi, 1999). Dentro de este marco se sitúa el modelo multidimensional de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) con seis dimensiones (autoaceptación, dominio del ambiente, sentimiento de realización en la vida, compromiso vital, autonomía y vínculos), que constituyen la referencia teórica a este constructo (Ryff & Keyes, 1995). Respecto a la estabilidad del bienestar en el tiempo no existe acuerdo, considerándolo no estable a largo plazo (Veenhoven, 1991) o estable aunque con variaciones en función de las experiencias (Griffith, et al., 2000).

El bienestar psicológico se ha relacionado con variables como la personalidad y con síntomas clínicos (Casullo y Castro, 2000). Se ha estudiado el bienestar a través de la ansiedad, el humor depresivo y los problemas de sueño, observándose que la expresión de sentimientos negativos estaba asociada con menor bienestar para las mujeres, en los varones, sólo la ansiedad se relacionaba con bajo bienestar (Plancherel y Bolognini, 1995); a través de la satisfacción en la vida (Atienza, Pons y García-Merita, 2000); con el autoconcepto positivo, que se relaciona con el estilo focalizado en el problema en las mujeres y con el focalizado en la emoción en los varones (Ficková, 1998); y con el ajuste al estresor y bajos niveles de ansiedad, relacionándolo positivamente con el afrontamiento de aproximación (citados por Griffith, et al., 2000).

Los estudios que relacionan afrontamiento y bienestar psicológico han sido realizados con algunas dimensiones del constructo de bienestar. No se han encontrado estudios que relacionen un índice general de bienestar con estilos y estrategias de afrontamiento. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo estudiar la incidencia de la edad, el género y el nivel de bienestar sobre los estilos y estrategias de afrontamiento, así como la relación entre el constructo de bienestar y afrontamiento (Casullo M, & Castro 2000).

Como conclusión, las investigaciones consultadas muestran que el adolescente utiliza una jerarquía de estrategias para enfrentarse a los problemas específicos y que con la edad aumenta su repertorio. Se señala la existencia de diferencias de género, en el estilo focalizado en la emoción que estaría asociado a las mujeres, relacionándose con un mayor bienestar psicológico en los varones. El estilo focalizado en el problema parece estar asociado a un mayor bienestar en ambos sexos.

Método

3.1 Diseño

Estudio no experimental de tipo cuantitativo. Lo que haremos es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señalan Kerlinger (2004) "En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participante o los tratamientos". De hecho, no hay condiciones o estímulos planeados que se administren a los participantes del estudio. Según Hernández, Fernández y Baptista (2007) son "estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos".

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población estuvo conformada por 500 adolescentes divididos en dos grupos, siendo el primer grupo de 150 adolescentes entre 13 a 18 años, de sexo femenino, que presentan trastornos alimenticios y que asisten en calidad de pacientes a un Centro Terapéutico ubicado en el distrito de Surco. Las pacientes que acuden a este centro, sus familias cuentan con un ingreso familiar mensual sobre los 7000 soles aproximadamente. Se internan un año, el equipo de profesionales está compuesto por especialistas en patología alimentaría. A este grupo se les denomina grupo 01.

El segundo grupo consta de 350 alumnas del quinto de secundaria de un colegio estatal, matriculadas en el año académico 2013 y que provienen del distrito de Surco, al cual se le denominará grupo 02.

En la tabla 03 se reporta en frecuencia y porcentaje la distribución de la población, encontrándose que el mayor porcentaje pertenecen a las escolares de la institución educativa de Surco.

Tabla 03

Distribución de la Población

Grupo	Población	Frecuencia	Porcentaje
01	Pacientes del centro terapéutico	150	30%
02	Escolares del 5to de secundaria	350	70%
Total		500	100%

3.2.2 Muestra

En un inicio se quiso trabajar con una muestra representativa y determinada siguiendo los siguientes pasos estadísticos en función de la fórmula para poblaciones finitas menores a 100,000 para tener en cuenta la cantidad a seleccionar:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Valores estadísticos para determinar la muestra

$N = 500$; $P = 0,50$; $q = 0,50$; $d = 0,05$; $z = 1,96$

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p q}{d^2}$$

Sustituyendo los valores

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,05)^2} \quad n = 384,16$$

Cálculo de la muestra

$$nf = \frac{N}{1 + \frac{N}{n}}$$
$$nf = \frac{500}{1 + \frac{500}{384,16}} \quad N = 217$$

En tal sentido, la muestra según la fórmula estadística debería estar constituida por un grupo de 217 (65 adolescentes del centro terapéutico y 152 escolares de la institución educativa). El uso de la fórmula se realizó con el objetivo de calcular cual es el mínimo de sujetos a los que se tienen que encuestar.

Sin embargo, para efectos de la investigación se tuvieron que evaluar a toda la población de adolescentes. El criterio de evaluar a toda la población se debió a que las autoridades de ambas instituciones solicitaron que se hiciera la evaluación a todos los que conformaban la población.

Durante el proceso se eliminaron 23 pruebas (18 escalas por tener más del 30% de ítems sin responder y a 5 por el hecho de que no quisieron participar de la evaluación). En el caso de los escolares del 5to., año de media, de los 350 estudiantes que conformaban la población, 15 adolescentes no quisieron participar de la evaluación, se eliminaron 13 escalas por que la

alternativa de respuesta fueron marcadas fue la misma y se eliminaron 12 escalas porque las encuestadas no respondieron en más del 25% de los ítems de las escalas evaluadas.

Después de la depuración la muestra quedó conformada por 427 encuestas y que representó el 85.4% de la población en estudio, tal como se reporta en la tabla 04.

Tabla 04

Distribución de la muestra

Grupo	Población	Frecuencia	Porcentaje
01	Pacientes del centro terapéutico	127	29.7%
02	Escolares del 5to de secundaria	300	70.3%
Total		427	100%

3.3 Técnicas e instrumentos de obtención de los datos

3.3.1 Técnica

La técnica de obtención de los datos, es la denominada tipo Encuesta.

3.3.2 Instrumentos de obtención de los datos

Para la realización de este estudio fueron necesarios los siguientes instrumentos: uno para medir la tendencia del Trastorno de Anorexia y el otro para medir Estilos de Afrontamiento.

3.3.2.1 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria: EDI 2

Su nombre original es EDI-2, Eating disorder Inventory – 2, es un valioso instrumento de desarrollado por Garner David M en 1990, siendo su procedencia PAR psychological assessment resources, Inc., Odessa, Florida. La adaptación española estuvo a cargo de Corral Sara, Gonzales Marina.,Pereña Jaime y Seisdedos Nicolás (TEA Ediciones S.A.). Su aplicación es individual y colectiva, teniendo un tiempo de aplicación de 20 minutos aproximadamente y se aplica a partir de los 11 años de edad, muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, Es un instrumento de tipo auto informe, de fácil aplicación, que ofrece puntuación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. El instrumento original, que data de 1983, incluía tres escalas que evaluaban actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) y otras cinco más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son

clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Ineficacia, Perfeccionamiento, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva y Miedo a la madurez). La versión revisada del EDI mantiene los 64 elementos originales y añade otros 27 que dan lugar a tres nuevas escalas adicionales: Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social. Una vez más podemos decir que el EDI se ha construido sobre la premisa, compartida por un creciente número de clínicos e investigadores, de que los trastornos de la alimentación son multidimensional y tienen causas múltiples. Según Garner (1998), en la validación original del EDI se hicieron diversos esfuerzos para garantizar la validez de contenido mediante la elaboración de un conjunto de 146 elementos encargados a clínicos que reunían la doble condición de ser expertos en la literatura científica sobre los trastornos de la conducta alimentaria y dedicarse a la práctica clínica. Una forma importante de confirmar la validez de criterio es estudiar la capacidad de los elementos para discriminar adecuadamente entre muestras de pacientes y no pacientes, algo que todos los elementos del EDI consiguieron en el primer estudio de validación. Si este requisito se cumple en cada elemento, no es de extrañar que con mucha razón ocurra lo mismo al nivel de cada escala. En el caso de las escalas adicionales, no todos los elementos cumplen estos requisitos tan estrictos. En estas escalas adicionales también se analizaron las diferencias de medias entre los grupos de pacientes y de control y los correspondientes valores *t*, con el fin de mantener solo los elementos que discriminasen entre ambos grupos. Casi todos los elementos cumplen estas exigencias pero se mantuvieron que no lo hacen porque evalúan aspectos que tienen relevancia clínica en ciertos subgrupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, aunque su peso relativo en muestras heterogéneas sea débil. La baja frecuencia relativa de ciertos síntomas da lugar a medias bajas en ciertos síntomas da lugar a medias bajas en ciertos elementos, pero las distribuciones de frecuencia halladas indican que pueden identificar a grupos de pacientes que presentan perturbaciones que se relacionan con un mal pronóstico.

3.3.2.2 Cuestionario de modos en afrontamiento al Estrés. (COPE)

El cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE) fueron desarrollados por Carver, Scheier & Weintraub en el año 1989. Siendo su procedencia Estados Unidos. Posee 03 estilos: Enfocado en el problema, en la emoción y en otros estilos de afrontamiento. Fue adaptado por Casuso (1996). Su traducción al español lo realizó Salazar C. Víctor en 1993 en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El tipo de aplicación puede ser Individual y/o colectiva. Consta de un total de ítems: 52 distribuidos en 13 áreas. Su calificación: de 1 a 4 puntos por cada respuesta, teniendo una Validez: 0.42 aceptable y una Confiabilidad: 0.55 aceptable. El objetivo del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) es conocer cómo las personas reaccionan o responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito, Carver y Colaboradores han construido un cuestionario de 52 ítems, que comprenden 13 modos de responder al estrés; los ítems alternativos de cada modo vienen a indicar qué cosas hace o siente

con más frecuencia el sujeto, cuando se encuentra en tal situación. Este instrumento trata de determinar cuáles son las alternativas QUE MAS USA. Las respuestas están organizadas en una Escala de 13 posibilidades, o formas de afrontamiento. Cada una de ellas consta de 4 alternativas o formas de afrontar las cargas de estrés. Los puntajes más altos en la escala indican que la estrategia de afrontamiento de dicha escala es la más frecuentemente empleada.

Áreas de evaluación: El instrumento incorporara 3 tipos de estilos cada una con estrategias de afronte.

Estilos de afrontamiento enfocados en el problema: Afrontamiento activo: 1, 14, 27, 40; Planificación: 2, 15, 28, 41; La supresión de otras actividades: 3, 16, 29, 42; La postergación del afrontamiento. 4, 17, 30, 43 y La búsqueda de apoyo social: 5, 18, 31, 44

Estilos de afrontamiento enfocado en la emoción: La búsqueda de soporte emocional: 6, 19, 32, 45; Reinterpretación positiva y desarrollo personal: 7, 20, 33, 46; La aceptación: 8, 21, 34, 47; Acudir a la religión: 9, 22, 35, 48 y Análisis de las emociones: 10, 23, 36, 49

Otros estilos adicionales de afrontamiento son: Negación. 11, 24, 37, 50; Conductas inadecuadas: 12, 25, 38, 51 y Distracción: 13, 26, 39, 52

La calificación se suman los puntajes obtenidos encada una de las 13 áreas. Al puntaje obtenido multiplíquelo por la constante 0.25. Posteriormente ubique el puntaje hallado en el Perfil considerando que dicho perfil está presentado en % multiplique el puntaje obtenido por 10.

Niveles de validez y confiabilidad: En nuestro medio Salazar y Sánchez (1992) realizaron la validación ítem-test, para lo cual primero emplearon el método llamado criterio de jueces. Para establecer la consistencia interna de las escala del instrumento se empleó el coeficiente de Cronbach, los valores obtenidos fueron altos; con solo una excepción de relación moderada, correspondiente al ítem de renunciar al afronte a través del uso del alcohol o drogas (-0.01) los puntajes de “r” entre las escalas de la prueba no se correlacionan significativamente, lo que indican su independencia. Para probar la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba estadística Alfa de Cronbach, encontrando que la prueba es homogénea.

Frecuencia de afrontamiento: Para determinar la frecuencia de empleo del mecanismo de afrontamiento, debe considerarse que aquellas en la cual tuviera mayor puntajes, estarían indicando que son las formas más comunes de afrontar las cargas de estrés, por parte del sujeto.

Este indicador se hace en función a la siguiente tabla:

0 - 25 Puntos: muy pocas veces emplea ésta forma.

50-75 Puntos: Depende de la circunstancias.

100 Puntos: Forma frecuente de afrontar el estrés

Carver (1989) menciona que el estrés es un fenómeno multivariable que resulta de la relación entre la persona y los eventos de su medio, los mismos que son evaluados como desmesurados o amenazantes para sus recursos y que ponen en riesgo su bienestar. Los modos de afrontamiento al estrés serían las diferentes respuestas conductuales, cognitivas y emocionales empleadas para manejar y tolerar al mismo, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio.

3.4 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de los datos se empleará las técnicas estadísticas a través del paquete estadístico SPSS. Se utilizará estas técnicas estadísticas en dos etapas:

Ira. Estadística descriptiva:

Con la cual se obtendrá los datos de frecuencia y porcentajes estableciéndose la distribución de la muestra según sus características (género, edad, tipo de institución educativa a la que pertenecen, estado civil, etc.), los niveles de relaciones humanas y niveles de clima laboral. Medidas de tendencia central (media aritmética) y medida de dispersión (desviación estándar), que son datos fundamentales para el establecimiento de las inferencias estadísticas.

2da. Estadística inferencial:

El Alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad de las escalas de obtención de datos.

La prueba no paramétrica de la correlación de Spearman (Rho), para establecer el análisis de ítems. La finalidad de la correlación es comprobar si los resultados de una variable están relacionados con los resultados de la otra variable (Greene J. & D'Oliveira M. 2006), teniendo en cuenta los siguientes criterios de aceptación o rechazo de la Ho de acuerdo con Ávila (1998): **rho = 0.00 (no hay correlación estadística: se acepta la Ho); 0 < rho < 0.20 (Existe correlación no significativa se acepta la Ho); 0.21 < rho < 0.40 (Existe correlación baja: se rechaza la Ho); 0.41 < rho < 0.60 (Existe correlación moderada: se rechaza la Ho); 0.61 < rho < 0.80 (Existe correlación alta: se rechaza la Ho); 0.81 < rho < 1.00 (Existe correlación muy alta :se rechaza la Ho).**

La técnica de U Mann Whitney: Está técnica ha sido diseñada exclusivamente para establecer comparaciones entre dos condiciones (Greene J. & D'Oliveira M. 2006), permite conocer si la media de dos grupos difieren de modo significativo entre sí con un nivel de significación estadística: $p < 0.01$ para rechazar la Ho (grupos).

3.7 Procedimiento

Se solicitó autorización verbal a las autoridades respectivas, coordinándose con el personal jerárquico para la aplicación de los instrumentos. Se corrigieron los instrumentos aplicados, se depuraron aquellas escalas por estar incompletas, se codificaron y digitaron los datos de acuerdo a la base de datos elaborado en el programa estadístico SPSS. Se utilizaron la Estadística descriptiva para análisis de ítems por frecuencia y porcentajes; Medidas de tendencia central (media aritmética) y medidas de dispersión (desviación estándar), puntaje mínimo y puntaje máximo, rango, etc. Se aplicó las técnicas de Estadística inferencial: para la comprobación de las hipótesis formuladas en el presente trabajo. Se analizaron y discutieron los resultados obtenidos teniendo en cuenta las investigaciones reportadas en los antecedentes. Se establecieron las conclusiones y recomendaciones correspondientes.



Resultado

Los resultados obtenidos en la presente investigación se describen y muestran en tablas estadísticas, las cuales registran los datos correspondientes a los análisis de las variables, tanto de manera general así como de modo específico.

4.1 Propiedades psicométricas del inventario de trastornos de la conducta alimentarias (objetivo específico 01)

4.1.1 Validez de constructo y Confiabilidad

Como se puede observar en la Tabla 05, todos los Coeficientes de Correlación de Spearman (ρ) son muy significativas ($p < 0.01$). En conclusión, estos valores confirman que la escala presenta validez de constructo dado que existe una fuerte correspondencia entre cada dimensión o sub escala con el valor del constructo (Escala). Además se presenta las estimaciones de la consistencia interna mediante los índices del Alpha de Cronbach para el inventario. El coeficiente Alpha son moderados, en conclusión cabe indicar el inventario es confiable

Tabla 05

Análisis de ítems y confiabilidad d el inventario de trastornos de la conducta alimentaria

Nº	Dimensión	Ítems	ρ	nse	Alpha	Nº de Ítems
1	Obsesión por la delgadez				0.661	07
		1	0.668	0.000		
		7	0.575	0.000		
		11	0.590	0.000		
		16	0.615	0.000		
		25	0.561	0.000		
		32	0.506	0.000		
2	Bulimia	49	0.588	0.000	0.625	07
		4	0.581	0.000		
		5	0.370	0.000		
		28	0.218	0.000		
		38	0.300	0.000		
		46	0.471	0.000		
		53	0.543	0.000		
3	Insatisfacción corporal	61	0.746	0.000	0.599	09
		2	0.568	0.000		
		9	0.581	0.000		
		12	0.550	0.000		
		19	0.489	0.000		
		31	0.404	0.000		
		45	0.429	0.000		
		55	0.331	0.000		
4	Ineficacia	59	0.197	0.000	0.650	10
		62	0.502	0.000		
		10	0.634	0.000		

		18	0.628	0.000		
		20	0.503	0.000		
		24	0.451	0.000		
		27	0.480	0.000		
		37	0.411	0.000		
		41	0.359	0.000		
		42	0.356	0.000		
		50	0.240	0.000		
		56	0.577	0.000		
5	Perfeccionismo				0.414	06
		13	0.513	0.000		
		29	0.493	0.000		
		36	0.407	0.000		
		43	0.505	0.000		
		52	0.450	0.000		
		63	0.695	0.000		
6	Desconfianza interpersonal				0.664	07
		15	0.622	0.000		
		17	0.507	0.000		
		23	0.541	0.000		
		30	0.476	0.000		
		34	0.477	0.000		
		54	0.589	0.000		
		57	0.614	0.000		
7	Miedo a la madurez				0.715	08
		3	0.581	0.000		
		6	0.658	0.000		
		14	0.040	0.404		
		22	0.669	0.000		
		35	0.655	0.000		
		39	0.536	0.000		
		48	0.541	0.000		
		58	0.715	0.000		
8	Conciencia interoceptiva				0.749	10
		8	0.666	0.000		
		21	0.633	0.000		
		26	0.456	0.000		
		33	0.631	0.000		
		40	0.364	0.000		
		44	0.324	0.000		
		47	0.659	0.000		
		51	0.320	0.000		
		60	0.437	0.000		
		64	0.640	0.000		
9	Ascetismo				0.674	08
		66	0.655	0.000		
		68	0.455	0.000		
		71	0.445	0.000		
		75	0.483	0.000		
		78	0.515	0.000		
		82	0.570	0.000		
		86	0.348	0.000		
		88	0.641	0.000		
10	Impulsividad				0.737	11
		65	0.576	0.000		

		67	0.229	0.000		
		70	0.633	0.000		
		72	0.546	0.000		
		74	0.531	0.000		
		77	0.453	0.000		
		79	0.468	0.000		
		81	0.365	0.000		
		83	0.397	0.000		
		85	0.558	0.000		
		90	0.649	0.000		
11	Inseguridad social				0.721	08
		69	0.598	0.000		
		73	0.659	0.000		
		76	0.569	0.000		
		80	0.487	0.000		
		84	0.413	0.000		
		87	0.489	0.000		
		89	0.625	0.000		
		91	0.394	0.000		
	Inventario de trastornos alimenticios				0.849	92

4.2 Propiedades psicométricas del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (objetivo específico 01)

4.2.1 Validez de constructo y Confiabilidad

Como se observa en la Tabla 06, los Coeficientes de Correlación de Spearman (ρ) son significativos, lo cual implica que cada uno de las Dimensiones contribuye a la explicación del concepto de modos de afrontamiento al estrés; por lo tanto, se confirma que el cuestionario presenta validez de constructo. Así mismo, se presenta las estimaciones de consistencia interna. Los índices del Alpha de Cronbach estimado para el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés son moderados. En general, el instrumento presenta buena confiabilidad en términos de consistencia interna.

Tabla 06

Análisis de ítems y confiabilidad del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés

N°	Sub Dimensión	Ítems	ρ	nse	Alpha	N° de Ítems
1	Afrontamiento activo				0.97	04
		1	0.669	0.000		
		14	0.557	0.000		
		27	0.354	0.000		
		40	0.559	0.000		

2	Planificación			0.120	04
		2	0.377	0.000	
		15	0.622	0.000	
		28	0.264	0.000	
		41	0.721	0.000	
3	Supresión de otras actividades			0.457	04
		5	0.447	0.000	
		16	0.313	0.000	
		29	0.334	0.000	
		42	0.606	0.000	
4	Postergación del afrontamiento			0.106	04
		4	0.241	0.000	
		17	0.327	0.000	
		30	0.588	0.000	
		43	0.674	0.000	
5	Búsqueda de apoyo social			0.193	04
		5	0.722	0.000	
		18	0.568	0.000	
		31	0.263	0.000	
		44	0.592	0.000	
6	Búsqueda de soporte emocional			0.064	04
		6	0.669	0.000	
		19	0.616	0.000	
		32	0.288	0.000	
		45	0.292	0.000	
7	Reinterpretación positiva			0.543	04
		7	0.704	0.000	
		20	0.661	0.000	
		33	-0.009	0.848	
		46	0.332	0.000	
8	Aceptación			0.524	04
		8	0.678	0.000	
		21	0.639	0.000	
		34	-0.003	0.946	
		47	0.403	0.000	
9	Acudir a la religión			0.055	04
		9	0.674	0.000	

		22	0.674	0.000		
		35	0.373	0.000		
		48	0.235	0.000		
10	Análisis de las emociones				0.184	04
		10	0.719	0.000		
		23	0.642	0.000		
		36	0.342	0.000		
		49	0.389	0.000		
11	Negación				0.112	04
		11	0.517	0.000		
		24	0.492	0.000		
		37	0.654	0.000		
		50	0.383	0.000		
12	Conductas inadecuadas				0.244	04
		12	0.503	0.000		
		25	0.494	0.000		
		38	0.662	0.000		
		51	0.508	0.000		
13	Distracción				0.092	04
		13	0.266	0.000		
		26	0.330	0.000		
		39	0.614	0.000		
		52	0.643	0.000		
	Estilos de afrontamiento enfocado en el problema				0.154	20
	Estilos de afrontamiento enfocado en las emociones				0.741	20
	Otros estilos de afrontamiento				0.717	12
	Cuestionario de modos de afrontamiento del estrés				0.563	52

4.3 Análisis exploratorio de las variables de estudio

En la Tabla 07, se presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), donde las variables no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) no es significativo ($p < 0.05$) para las variables, en consecuencia es pertinente emplear pruebas no paramétricas en los análisis de datos.

Tabla 07*Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio*

Variabes	Nse	K - S
Trastornos alimenticios	0.000	7.018 ns
Modos de afrontamiento del estrés	0.000	2.598 ns

Ns : No es significativo (p<0.05)

4.4 Análisis descriptivo de las variables

En la tabla 08 se describen los promedios de las dimensiones de trastornos alimenticios por grupos de estudio. Como se podrá observar, los promedios en el grupo 01 (con trastornos alimenticios) son mayores que los promedios del grupo 02 (sin trastornos alimenticios). Sin embargo, existen dimensiones donde la diferencia de más de 10 puntos en los promedios son bastantes significativos, tales como: insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva e impulsividad. Con un rango de entre 8 a 9 puntos de diferencias las dimensiones desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, inseguridad social, ascetismo y obsesión por la delgadez.

Tabla 08*Descripción de los promedios en las dimensiones de trastornos alimenticios por grupos de estudio*

N°	Dimensiones del inventario de trastornos alimenticios	Grupo 01	Grupo 02
1	Obsesión por la delgadez	13.92	5.28
2	Bulimia	11.71	4.16
3	Insatisfacción corporal	16.43	6.94
4	Ineficiencia	18.73	7.34
5	Perfeccionismo	10.66	4.51
6	Desconfianza interpersonal	13.78	4.93
7	Conciencia introceptiva	14.83	5.67
8	Miedo a la madurez	17.04	6.79
9	Ascetismo	13.85	5.76
10	Impulsividad	19.43	7.78
11	Inseguridad social	14.43	5.40

En la tabla 09, los promedios en las dimensiones específicas de la escala de modos de afrontamiento al estrés por grupos de estudio, reportándose que las dimensiones específicas

afrontamiento directo, planificación de actividades, supresión de actividades competitivas, búsqueda de soporte social y emocional, retorno a la religión y análisis de emociones sus promedios en el grupo 01, están por debajo de los promedios del grupo 02. En las dimensiones donde presentan mayores promedios el grupo 01, son el las dimensiones retracción del afrontamiento y negación. Así mismo, las dimensiones generales afrontamiento basado en el problema y el afrontamiento basado en las emaciaciones los promedios en el grupo 01, están por debajo de los promedios del grupo 02. En la dimensión afrontamiento evitativo presenta mayor promedio el grupo 01 que el grupo 02.

Tabla 09

Descripción de los promedios en las dimensiones específicas del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés por grupos de estudio.

N°	Dimensiones del cuestionario de modos de afrontamiento	Grupo 01	Grupo 02
1	Afrontamiento activo	1.62	3.20
2	Planificación de actividades	1.97	3.21
3	Suspensión de otras actividades	1.95	2.04
4	Postergación del afrontamiento	1.98	0.78
5	Búsqueda de apoyo social	1.79	3.28
6	Búsqueda de soporte emocional	2.08	3.24
7	Reinterpretación positiva	1.98	3.08
8	Aceptación	1.93	3.06
9	Acudir a la religión	1.95	3.16
10	Análisis de las emociones	1.74	3.28
11	Negación	2.17	0.76
12	Conductas inadecuadas	2.32	0.78
13	Distracción	1.99	0.84
01	Afrontamiento basado en el problema	9.35	13.52
02	Afrontamiento basado en las emociones	9.77	15.52
03	Afrontamiento evitativo	6.49	2.38

4.4 Análisis comparativo (objetivo específico 4 y 5)

4.4.1 Análisis comparativo entre el promedio de anorexia y en cada una de sus dimensiones según grupo.

En la Tabla 10, se realiza en análisis descriptivo teniendo en cuenta el promedio por grupos en la escala general de anorexia y en cada una de sus dimensiones. Se puede reportar que

los promedios del grupo sin tratamiento presentan menores promedios que el grupo con tratamiento. Así mismo, se establece la Contrastación de hipótesis a través del estadístico inferencial no paramétrico U de Mann Whitney donde se observa que existen diferencias muy significativas en todas las dimensiones y escala general a favor del grupo con trastornos. Por lo tanto se rechaza la Ho (No existen diferencias muy significativas entre ambos grupos), aceptándose la Hi (Existen diferencias muy significativas entre ambos grupos). El grupo sin trastornos presentan menor promedio en anorexia que el grupo con trastornos).

Tabla 10

Comparación de medias en anorexia y sus dimensiones según grupo

Nº	Dimensiones del inventario de trastornos	Grupo 01	Rango promedio	Z	nse
1	Obsesión por la delgadez	Grupo 01	361.09	-16.100	0.000
		Grupo 02	151.73		
2	Bulimia	Grupo 01	358.24	-15.800	0.000
		Grupo 02	152.94		
3	Insatisfacción corporal	Grupo 01	361.78	-16.164	0.000
		Grupo 02	151.44		
4	Ineficiencia	Grupo 01	363.95	-16.393	0.000
		Grupo 02	150.52		
5	Perfeccionismo	Grupo 01	356.65	-15.641	0.000
		Grupo 02	153.61		
6	Desconfianza interpersonal	Grupo 01	363.48	-16.393	0.000
		Grupo 02	150.72		
7	Conciencia introceptiva	Grupo 01	363.29	-16.334	0.000
		Grupo 02	150.80		
8	Miedo a la madurez	Grupo 01	362.56	-16.260	0.000
		Grupo 02	151.11		
9	Ascetismo	Grupo 01	354.35	-15.340	0.000
		Grupo 02	154.68		
10	Impulsividad	Grupo 01	356.35	-15.602	0.000
		Grupo 02	153.74		
11	Inseguridad social	Grupo 01	357.27	-15.682	0.000
		Grupo 02	153.35		

Decisión: se rechaza la Ho (no existen diferencias entre ambos grupos)

4.5.2 Análisis comparativo entre el promedio de afrontamiento y en cada una de sus dimensiones específicas según grupo.

En la Tabla 11, se realiza en análisis descriptivo teniendo en cuenta el promedio por grupos en la escala general de afrontamiento y en cada una de sus dimensiones específicas. Se puede reportar que los promedios del grupo sin tratamiento presentan menores promedios que el grupo con tratamiento. Así mismo, se establece la Contrastación de hipótesis a través del estadístico inferencial no paramétrico U Mann Whitney, donde se observa que existen diferencias muy significativas en todas las dimensiones a favor del grupo sin trastornos. Por lo tanto se rechaza la H_0 (No existen diferencias muy significativas entre ambos grupos), aceptándose la H_1 (Existen diferencias muy significativas entre ambos grupos). El grupo sin trastornos presentan mayores promedios en afrontamiento que el grupo con trastornos). Solo en las dimensiones Retracción del afrontamiento, negación, conductas inadecuadas y distracción existen diferencias a favor del grupo con trastornos (grupo 01) sobre el grupo sin trastornos (grupo 02)

Tabla 11

Comparación de medias en afrontamiento y sus dimensiones específicas según grupo

Nº	Dimensiones del inventario de trastornos	Grupo 01	Rango promedio	Z	nse
1	Afrontamiento directo	Grupo 01	112.54	-11.568	0.000
		Grupo 02	256.95		
2	Planificación de actividades	Grupo 01	124.02	-10.342	0.000
		Grupo 02	252.09		
3	Supresión de actividades	Grupo 01	133.12	-9.148	0.000
		Grupo 02	248.24		
4	Retracción del afrontamiento	Grupo 01	305.06	-10.366	0.000
		Grupo 02	175.45		
5	Búsqueda de soporte social	Grupo 01	107.25	-12.132	0.000
		Grupo 02	259.19		
6	Búsqueda de soporte emocional	Grupo 01	130.05	-9.606	0.000
		Grupo 02	249.54		
7	Reinterpretación positiva	Grupo 01	129.36	-9.625	0.000
		Grupo 02	249.83		
8	Aceptación	Grupo 01	132.50	-9.306	0.000
		Grupo 02	248.50		
9	Retorno a la religión	Grupo 01	123.48	-10.290	0.000
		Grupo 02	252.32		
10	Análisis de las emociones	Grupo 01	105.17	-12.361	0.000
		Grupo 02	260.07		

11	Negación	Grupo 01	313.78	-11.335	0.000
		Grupo 02	171.77		
12	Conductas inadecuadas	Grupo 01	327.03	-12.814	0.000
		Grupo 02	166.15		
13	Distracción	Grupo 01	301.38	-9.981	0.000
		Grupo 02	177.01		

Decisión: se rechaza la Ho (no existen diferencias entre ambos grupos)



Discusión

Respecto a las propiedades psicométricas del inventario de trastornos de la conducta alimentarias (objetivo específico 01), tomando en consideración lo recomendado por Cortada de Kohan (1999) de que “...las dos cualidades de un instrumento psicométrico en las cuales el investigador debe interesarse especialmente son la confiabilidad y la validez” (p. 35), y en vista de que no existen datos de validez y confiabilidad del instrumento reportados para la población de nuestro medio, dado que las propiedades psicométricas de la versión original del instrumento pertenecen a la población española, entonces, se ha creído conveniente estimar nuevamente las propiedades psicométricas del inventario. Las estimaciones de la consistencia interna mediante los índices del Alpha de Cronbach para el inventario, establece que el coeficiente Alpha, es elevado porque supera el valor del punto de corte de 0.70, generalmente aceptado como adecuado para los instrumentos psicológicos. En conclusión cabe indicar el inventario es muy confiable.

Para el análisis de los resultados se utilizó la validez de constructo por el método de análisis factorial. Este método tiene por objetivo estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez del instrumento al cual pertenece. De este modo se verifica que el instrumento mida lo que dice medir. Todos los Coeficientes de Correlación de Spearman (ρ) encontrados, muy significativas ($p < 0.01$). En conclusión, estos valores confirman que el inventario presenta validez de constructo dado que existe una fuerte correspondencia entre cada dimensión o sub escala con el valor del constructo (Escala).

De el mismo modo, al establecerse las Propiedades psicométricas del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (objetivo específico 01), los índices del Alpha de Cronbach estimado para las dimensiones del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés son elevados porque supera el valor del punto de corte de 0.70. En general, el instrumento presenta muy buena confiabilidad en términos de consistencia interna. Respecto a su validez de constructo, los Coeficientes de Correlación de Spearman (ρ) son significativos, lo cual implica que cada uno de las dimensiones específicas contribuye a la explicación del concepto de modos de afrontamiento al estrés; por lo tanto, se confirma que el cuestionario presenta validez de constructo, lo cual implica que cada uno de las dimensiones contribuye a la explicación del concepto de modos de afrontamiento al estrés; por lo tanto, se confirma que el cuestionario presenta validez de constructo.

Con relación al Análisis exploratorio de las variables de estudio, para determinar la relación entre las variables de estudio (así como sus componentes) en las adolescentes, se realizó primero una prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentaban una distribución normal. En este sentido, los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov

(K-S), nos indica que las variables no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) no es significativo ($p < 0.05$) para las variables, en consecuencia es pertinente emplear pruebas no paramétricas en los análisis de datos.

En el Análisis descriptivo de las variables, se presentan los promedios de las dimensiones de trastornos alimenticios por grupos de estudio, siendo los promedios en el grupo 01 (con trastornos alimenticios) son mucho mayores que los promedios del grupo 02 (sin trastornos alimenticios). Sin embargo, existen dimensiones donde la diferencia de más de 10 puntos en los promedios son bastantes significativos, tales como: insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva e impulsividad. Con un rango de entre 8 a 9 puntos de diferencias las dimensiones desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, inseguridad social, ascetismo y obsesión por la delgadez. Si bien es cierto que estos resultados nos indican que el grupo con trastornos serias dificultades en su conducta alimenticia si hacemos una comparación con los resultados encontrados por Aliaga-Deza, L.; Cruz de la - Saldaña, T. A.; Vega-Dienstmaier, J. M. (2010), quienes investigaron sobre la “Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima” que tuvo como objetivo: Describir la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de 13 a 17 años de un colegio del distrito de Independencia (Lima, Perú). Se planificó aplicar el cuestionario EDI-2 (Eating Disorders Inventory - 2) a una muestra de 200 adolescentes. Sin embargo, luego del proceso de selección y llenado de encuestas, sólo se lograron incluir a 39 individuos. Los resultados indican que de los 39 participantes, 24(62%) fueron mujeres y 15 (38%) varones. La edad promedio fue de 14,6 años (DE= 1,23). El 17,9% tuvo puntajes elevados para la sub escala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal. Los puntajes de la sub escala de obsesión por la delgadez fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p=0,041$). El resto de sub escalas tuvieron valores similares en ambos sexos. Conclusiones: Los puntajes obtenidos para obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal fueron mayores a los descritos por otros autores. No se encontraron diferencias significativas entre géneros, excepto en la sub escala de obsesión por la delgadez, se encuentra coincidencias en que dichos resultados fueron obtenidos en adolescentes resaltando que la dimensión de obsesión por la delgadez es significativa al igual que nuestro estudio.

Hay que considerar que el hecho de tener una obsesión hacia la delgadez teóricamente va a estar relacionada con el comentario del peso corporal que hacen los pares y compañeros, así como de la autopercepción morfológica que tiene el propio adolescente respecto a su peso y este hecho está confirmado por el estudio realizado por Llanos, F. Milagros; Paredes, Z., Patricia; Parra, G. P.; Peña, B., J.; Pereyra, Q. M. del C. (2009), quienes investigaron la “Relación entre los comentarios acerca del peso corporal y la autopercepción morfológica en adolescentes de ciertos colegios de

Lima: un estudio piloto”, quienes reportan que dada la gran relación documentada entre la satisfacción corporal y los comportamientos relacionados a este (llámese bulimia, anorexia dentro de los más alarmantes) y la influencia que existe cuando recibimos algún comentario con respecto al peso; nos pareció importante examinar el efecto de los comentarios acerca del peso corporal y la prevalencia de una autopercepción equivocada en alumnos que cursen secundaria debido a ser un grupo etéreo susceptible, para ello encuestamos a 96 alumnos de la institución educativa "José María Arguedas", y los resultados fueron: 81.25 por ciento recibieron comentarios sobre su peso, el más frecuente fue estas gordo/a 33.33 por ciento y el lugar más frecuente donde recibieron estos comentarios fue en la escuela 38.09 por ciento, prevaleciendo los comentarios negativos 60 por ciento, y provenían principalmente de amigos/as 26.22 por ciento, concluyendo que la gran parte de los alumnos si recibieron comentarios sobre su imagen corporal. Al encuestarlos se observa que la mayoría de alumnos no están satisfechos con su imagen corporal (69 por ciento) y un porcentaje aún mayor (72 por ciento) tiene una autopercepción distorsionada de sí mismos. Esto podría indicar que la autopercepción morfológica en adolescentes si se encontraría afectada por los comentarios recibidos. Estudios más complejos y con mayor tamaño muestral son necesarios para poder definir una relación clara entre los comentarios recibidos por los adolescentes y su influencia en la autopercepción. Otra investigación que confirma que las adolescentes presentan insatisfacción en su imagen corporal es la referida por Hartley (1999), realizó un estudio sobre los trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares, Entre sus principales conclusiones señala que: los trastornos alimentarios no son exclusiva de niveles socioeconómicos altos. El padecer alguna tipo de trastorno alimenticio está relacionado con su insatisfacción corporal (imagen corporal), estos trastornos alimenticios son inadvertidos por sus padres, además se invierten excesivas energías psíquicas en el tema del control de la alimentación y evitan comer alimentos con muchas calorías. Otro trabajo que refuerza esas afirmaciones es el realizado por Campana, Á. N.; Tavares, M. G.; García, J. C. (2012), investigaron sobre “La insatisfacción y la preocupación con el cuerpo, el control y el comportamiento de evitación corporal en las personas con trastornos alimenticios”. El objetivo de este estudio fue investigar los aspectos de la imagen corporal en una muestra de personas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimenticio no especificado. La muestra estuvo compuesta por catorce voluntarios, atendidos por la clínica de trastornos alimenticios de la universidad estadual de Campinas, Brasil. Se utilizó el Software de avaliação perceptiva para evaluar la insatisfacción corporal. Las variables preocupación con cuerpo, control y conducta de evitación fueron evaluadas con el body shape questionnaire, body checking questionnaire y body image avoidance questionnaire, en esta orden. El análisis descriptivo y las correlaciones mostraron altos niveles de insatisfacción, conducta de evitación y control, preocupación con el cuerpo, con asociaciones significativas. Estos resultados demuestran la importancia de los parámetros investigados en la dinámica de la enfermedad. Conocer estos componentes del imagen corporal podría aumentar las posibilidades de la comprensión de cómo la

representación del cuerpo se organiza para estos pacientes y planificar cuidadosamente las intervenciones en el curso del tratamiento.

Los promedios en el grupo 01 (con trastornos alimenticios) son mucho mayores que los promedios del grupo 02 (sin trastornos alimenticios). Esto indica que las adolescentes con trastornos alimenticios están expuestas a una serie de factores de riesgo que mantienen y fortalecen sus problemas alimenticios, hecho que es confirmado por Parinango (2005), realizó un estudio de niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares de un centro parroquial en el distrito de Villa El Salvador”. Entre sus principales conclusiones a la que llegó fueron: en las conductas alimentarias de riesgo, el 54% presentan niveles de alto y mediano riesgo siendo mayores en las edades de 11 a 12 años (30%). Quizás esto por desconocimiento o falta de información. En cuanto a las conductas personales, el 59% presentó conductas de alto y mediano riesgo sobre experiencias estresantes; lo que aumenta la ansiedad, siendo el adolescente de por sí una persona con altos niveles de ansiedad por los cambios hormonales, fomentaría que busque conductas que alivie ese estado. El 60% presentó conductas psico emocionales de alto y mediano riesgo sobre imagen corporal, temores. Otro estudio que analiza dicha problemática parten del concepto de que este grupo con trastornos alimenticios deben provenir de familias disfuncionales tal como lo confirman Albornoz, M. D.; Matos, R. L. (2001), quienes evaluaron el “Perfil clínico: epidemiológico de la anorexia nerviosa: pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi entre 1982 y 1998”, donde se analizó retrospectivamente historias clínicas de 58 pacientes con anorexia nerviosa atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (Lima-Perú), entre febrero de 1982 y julio de 1998. Los Resultados indican que: La edad promedio fue 18.43 años, siendo el 87.9 por ciento menor de 24 años. El 91.4% fue de sexo femenino. Los pacientes fueron encontrados en avanzado grado de la enfermedad (2 años en promedio), con severo compromiso del estado físico (peso promedio de 36.15 kg en índice de masa corporal promedio de 13.69 y 4.78 kg/m²). En la evaluación inicial, 29.3% de pacientes estaban hipotensos; 15.5%, bradicárdicos; y 21.1 por ciento, hipoglicémicos. El 61.3% de pacientes presentó vómitos auto inducido; 27.65%, usaron fármacos con el objeto de bajar de peso; 41.4%, requirió hospitalización en algún momento de la enfermedad; 42.1%, presentó alguna complicación médica severa; y 2 murieron. La tuberculosis estaba presente en algunos pacientes y familiares. El 83.3% acudió previamente a algún consultorio médico o establecimiento de salud sin obtener diagnóstico ni tratamiento. El abandono del tratamiento ocurrió en el 35.2% a los 3 meses, en el 55.4% al año y en el 87.1% a los 3 años. Conclusiones: Los pacientes anoréxicos estudiados tienen características demográficas similares a las descritas por la literatura exceptuando el estrato socioeconómico; acuden en avanzado estado de enfermedad con compromiso severo del estado físico, y tienen frecuentes hospitalizaciones y complicaciones médicas. Sus familias son disfuncionales y económicamente deprivadas; en ellas, el alcoholismo, el

maltrato físico, el abuso sexual y la tuberculosis están presentes. Existe un significativo retraso en el diagnóstico y tratamiento, así como, una alta tasa de abandono de este último.

Así mismo, en los promedios en las dimensiones específicas de la escala de modos de afrontamiento al estrés por grupos de estudio, reportándose que las dimensiones específicas afrontamiento directo, planificación de actividades, supresión de actividades competitivas, búsqueda de soporte social y emocional, retorno a la religión y análisis de emociones sus promedios en el grupo con trastornos alimenticios, están por debajo de los promedios del grupo sin trastornos alimenticios. En las dimensiones donde presentan mayores promedios el grupo con trastorno alimenticios, son en las dimensiones retracción del afrontamiento y negación. Cabe indicar que este estudio no tomo como variable el funcionamiento familiar, pero es obvio que las dificultades alimenticias deben tener relación con dicha variable, tal como lo investigó Vallejo, M. M. en el 2010, quien evaluó la relación entre funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de educación secundaria, para la cual se administraron las pruebas APGAR familiar y las escalas de afrontamiento para adolescentes a una muestra de 296 alumnos de la ciudad de Oyón, de ambos sexos, con edades que oscilan de 12 a 18 años. Los resultados, indican que el funcionamiento familiar se relaciona de manera significativa y positiva con las estrategias: Buscar apoyo social, resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar apoyo profesional, buscar diversiones relajantes y distracción física; Por otro lado, el funcionamiento familiar se relaciona de forma significativa y negativa con las estrategias, falta de afrontamiento, reducción de la tensión y auto inculparse; Así como también, se encuentran diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en relación al sexo.

Con relación a los promedios en las dimensiones generales de la escala de modos de afrontamiento al estrés por grupos de estudio, reportándose que las dimensiones generales afrontamiento basado en el problema y el afrontamiento basado en las emociaciones los promedios en el grupo con trastornos alimenticios, están por debajo de los promedios del grupo sin trastornos alimenticios. En la dimensión afrontamiento evitativa presenta mayor promedio el grupo con trastornos alimenticios que el grupo sin trastornos alimenticios. Del mismo modo, los promedios en la escala general de la escala de modos de afrontamiento al estrés por grupos de estudio, reportándose que el promedio en el grupo con trastornos alimenticios, están por debajo de los promedios del grupo sin trastornos alimenticios. Estos resultados son coherentes con los obtenidos por Quiles, M. Y. y Terol, C. M. (2008), quienes investigaron sobre el “Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión”. Se describen las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes con TCA, y su relación con otras variables psicosociales, valorando sus efectos sobre la salud. Se revisaron los estudios empíricos sobre afrontamiento y variables

psicosociales y clínicas en los TCA en los últimos 20 años, utilizando las bases de datos: psyclit, medline, psicodoc, IME e ISOC, combinando por pares el descriptor de afrontamiento con los seleccionados para la muestra de estudio. Los resultados sugieren que estas pacientes utilizan estrategias evitativas y centradas en la emoción, y en menor medida estrategias aproximativas y centradas en el problema. Este tipo de afrontamiento también es característico de las mujeres con mayor riesgo para desarrollar el trastorno. Las estrategias evitativas y centradas en la emoción se relacionan en estas pacientes con una peor adaptación psicosocial, mientras que las aproximativas y centradas en el problema, lo hacen en sentido contrario.

Cabe indicar que el puntaje alto en dichos trastornos alimenticios así como, un bajo promedio en las dimensiones de afrontamiento al estrés deben generar teóricamente insatisfacción en dichos adolescentes, tal como lo confirman Montenegro y López (2006), quienes establecieron la diferencias que existe entre el bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en alumnos del nivel secundario de la I.E "Hans Heinrich Bruning"; en una muestra de 163 estudiantes de ambos sexos, empleándose la escala de bienestar psicológico de Casullo y las escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS). Llegándose a la conclusión, que existe diferencias significativas entre el bienestar psicológico y 16 de las 18 estrategias de afrontamiento; mientras que las otras dos "reducción de la tensión" e "ignorar el problema", no mantuvieron diferencias significativas.

No debemos olvidar que en los adolescentes se viene estructurando su personalidad y por lo tanto es muy probable que dichos trastornos alimenticios afecten sus patrones de comportamientos generando una falta de adecuación y adaptación en los contextos en donde se desenvuelven. Aunque la investigación no trabajó la variable personalidad, sin embargo, se puede afirmar que dichos trastornos están relacionados con dicha variable, tal como lo plantea Moreano (2006), quien relaciona los estilos de personalidad (a través del MIPS) con las estrategias de afrontamiento (con el ACS) en 145 estudiantes universitarios de ambos sexos (jóvenes de 15 y 22 años). Encontrando que en dicha muestra se encontraba asociación positiva entre el afrontamiento no productivo con las escalas, preservación, intuición, afectividad, innovación, vacilación, discrepancia, sometimiento e insatisfacción por un lado, y una asociación negativa con apertura, sensación y firmeza por otro lado. Otro estudio de importancia que debería tenerse en cuenta para entender la psicopatología del grupo con trastornos alimenticios es el reportado por Galli (2005), identificó los distintos trastornos psicopatológicos en una población de 71 alumnos de psicología de una Universidad Privada de Lima. Se analizaron 3 factores: la auto percepción del trastorno, la demanda sentida y expresada. Para esto se aplicó la adaptación de la mini entrevista neuropsiquiatría Internacional (Versión CIE 10) en forma escrita, junto a una ficha de recolección de datos. Se encontró que la prevalencia actual de los trastornos psicopatológicos es alta en el

primer año de estudios, mientras que a mayor año de estudios se presenta una menor prevalencia. Como trastorno aislado sobresalió el trastorno de ansiedad generalizada mientras los índices de auto percepción del trastorno (0.07), de la demanda sentida (0.07) y de la demanda expresada (0.04) fueron bajos. El trastorno depresivo (0.08), fobia social (0.06), agorafobia (0.04) y trastorno de pánico (0.01). Las edades tomadas fueron de 17 a 27 años, población de 8 hombres y 60 mujeres, por lo que no se hizo la comparación entre géneros, los niveles socioeconómicos fueron de medio a medio alto.

Behar, A. R. (2010), realiza una compilación “Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria”. Existe un sustancial número de publicaciones sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la literatura extranjera; sin embargo, en nuestro país son escasas las investigaciones publicadas en revistas especializadas. Tuvo como objetivo: Resumir nuestros principales hallazgos publicados en la literatura nacional en mujeres con TCA. Se efectúa una revisión exhaustiva de artículos publicados durante 15 años de la autora y colaboradores en revistas especializadas nacionales sobre aspectos epidemiológicos, psicosociales y clínicos de los TCA. Resultados: Los grupos de riesgo (estudiantes, adolescentes con sobrepeso, embarazadas, deportistas) ($n = 2.171$) para desarrollar TCA fluctuaron entre 15 por ciento y 41 por ciento. El perfil predominante de TCA exhibió alta motivación por la delgadez, perfeccionismo e insatisfacción corporal y baja conciencia interoceptiva ($p < 0,001$). La prevalencia de ansiedad social fue 40,7% ($p < 0,001$), particularmente en anoréxicas (66,6%) ($p < 0,001$); de depresión severa 18,5% ($p < 0,001$), especialmente en anoréxicas (66,6%) ($p < 0,001$); de trastorno obsesivo-compulsivo moderado y/o severo 26% ($p < 0,001$), mayor en anoréxicas (33,3%) ($p = 0,009$). La identificación con el estereotipo de rol de género femenino fue significativa en TCA (42,9%), principalmente en anorexia restrictiva, considerado factor de riesgo para su desarrollo. Mientras más conductas restrictivas y bulímicas, menor fue la asertividad (7,5 puntos), significativamente en conductas sumisas y dependientes (-0,6 puntos) ($p < 0,001$). La falta de asertividad mostró una capacidad predictiva significativa (53,2%) para el desarrollo de TCA. Nuestros hallazgos confirman la evidencia de la literatura internacional satisfaciendo las líneas de investigación en TCA propuestas por la asociación psiquiátrica americana.

En la investigación realizada se realizó con una muestra conformada por mujeres adolescentes, partiendo de la presunción teórica que los trastornos alimenticios se dan más en el sexo femenino que masculino, hecho confirmado por Guadarrama y Mendoza (2011), analizan los factores de riesgo y sus diferencias en cuanto al sexo, encontrando un total (316 personas), el 8% (26 personas) mostró sintomatología de anorexia y 6% (19 personas) síntomas de bulimia; 3% (10 personas) rebasando los puntos de corte, ubicándose en la categoría de mixto. El 83% restante no manifestó síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. En cuanto al sexo, 14% de los

hombres (141 personas) fueron propensos a padecer dichos trastornos, alcanzando un porcentaje similar tanto de anorexia (6%) como de bulimia (6%); 2% se ubicó dentro del tipo mixto y 86% no manifestó síntomas de dichos padecimientos. En la población femenina, integrada por 175 sujetos, se obtuvo que 6% presentó síntomas de bulimia, 10% de anorexia y 4% se ubicó dentro del grupo mixto; el porcentaje restante (80%) no manifestó síntomas de. Respecto a la comparación por sexos, se observó que, en lo referente a la anorexia total, no hubo diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, en los factores de motivación para adelgazar y presión social percibida, fueron las mujeres quienes manifestaron mayor sintomatología y con una dispersión mayor. En consecuencia, al parecer las mujeres se encuentran más propensas a ser influenciadas por las motivaciones para adelgazar así como la presión social por hacerlo.

En el Análisis comparativo, se realiza en análisis descriptivo teniendo en cuenta el promedio por grupos en la escala general de anorexia y en cada una de sus dimensiones. Se puede reportar que los promedios del grupo sin tratamiento presentan menores promedios que el grupo con tratamiento. En la contrastación de hipótesis a través del estadístico inferencial no paramétrico U Mann Whitney donde se observa que existen diferencias muy significativas en todas las dimensiones y escala general a favor del grupo con trastornos. Por lo tanto se rechaza la H_0 (No existen diferencias muy significativas entre ambos grupos), aceptándose la H_1 (Existen diferencias muy significativas entre ambos grupos). El grupo sin trastornos presentan menor promedio en anorexia que el grupo con trastornos). Estas diferencias nos indican que el grupo con trastornos alimenticios están más expuestos a factores de riesgo que el grupo de estudio sin trastornos alimenticios, tal como lo plantean Gonçalves, J. de A.; Moreira, E. A.; Trindade, E. B.; Fiates, G. M. (2013), quienes investigaron sobre “Trastornos alimenticios en la infancia y adolescencia y factores de riesgo”, que tuvo como objetivo, discutir los trastornos alimentares en niños y adolescentes respecto a sus características y factores de riesgo. Respecto a las fuentes de datos, se realizó en las bases de datos PubMed y SciELO por la combinación de los términos "niños", "adolescentes", "comportamiento alimentar", "trastorno alimentar", "bulimia" y "anorexia", en los idiomas portugués e inglés. Se consideraron los artículos publicados entre 2007 y 2011, siendo seleccionados 49 que analizaron el desarrollo del comportamiento alimentar y de sus trastornos, la anorexia y la bulimia nerviosa y los trastornos alimentares no especificados. Los resultados indican que los trastornos alimentares, en especial los no especificados, se mostraron comunes en la infancia y en la adolescencia. Su presencia fue asignada principalmente al ambiente familiar y a la exposición a los medios de comunicación. Las comorbilidades psicológicas muchas veces acompañan el diagnóstico del trastorno. Se llegaron a las siguientes conclusiones: Entre los factores de riesgo para los trastornos alimentares, se destacan los medios y los ambientes social y familiar. La influencia de los medios y del ambiente social fue asociada, principalmente, al culto a la delgadez. En el ámbito familiar, a su vez, el momento de la comida se mostró fundamental en la

determinación del comportamiento alimentar y en el desarrollo de sus trastornos. Los trastornos alimentares se asociaron a problemas nutricionales (déficit en el crecimiento y ganancia de peso), a la salud oral (queilosis, erosión dental, periodontitis e hipertrofia de las glándulas salivares) y a los perjuicios sociales.

En el análisis comparativo entre el promedio de afrontamiento y en cada una de sus dimensiones específicas según grupo, primero, se realiza en análisis descriptivo teniendo en cuenta el promedio por grupos en la escala general de afrontamiento y en cada una de sus dimensiones específicas. Se puede reportar que los promedios del grupo sin tratamiento presentan menores promedios que el grupo con tratamiento. Luego, se establece la Contrastación de hipótesis a través del estadístico inferencial no paramétrico U Mann Whitney, donde se observa que existen diferencias muy significativas en todas las dimensiones y escala general a favor del grupo sin trastornos. Por lo tanto se rechaza la H_0 (No existen diferencias muy significativas entre ambos grupos), aceptándose la H_1 (Existen diferencias muy significativas entre ambos grupos). El grupo sin trastornos presentan mayores promedios en afrontamiento que el grupo con trastornos)

En el Análisis comparativo entre el promedio de afrontamiento y en cada una de sus dimensiones generales según grupo, primero, se realiza en análisis descriptivo teniendo en cuenta el promedio por grupos en la escala general de afrontamiento y en cada una de sus dimensiones generales. Se puede reportar que los promedios del grupo sin tratamiento presentan menores promedios que el grupo con tratamiento. Posteriormente, se establece la Contrastación de hipótesis a través del estadístico inferencial no paramétrico Kruskal-Wallis Test, donde se observa que existen diferencias muy significativas en todas las dimensiones y escala general a favor del grupo sin trastornos. Por lo tanto se rechaza la H_0 (No existen diferencias muy significativas entre ambos grupos), aceptándose la H_1 (Existen diferencias muy significativas entre ambos grupos). El grupo sin trastornos presentan mayores promedios en afrontamiento que el grupo con trastornos)

Cabe resaltar que la adolescencia por sí sola ya es un periodo estresante; sin embargo, unida a circunstancias negativas puede convertirse en un periodo más estresante, desencadenando así en trastornos como, la anorexia (Bermúdez, 2009).

Se han analizado las estrategias de afrontamiento en pacientes con trastorno de conducta alimentaria, específicamente las anoréxicas, muestran como estas pacientes, presentan una menor efectividad en su respuesta de afrontamiento estrategias de afrontamiento centradas en el problema y basados en las emociones, sin embargo es muy común en ellas las estrategias de evitación (Bennett & Cooper, 2001).

Además este mayor uso de las estrategias evitativas y centradas en la emoción ya está presente en las mujeres con mayor tendencia a desarrollar el trastorno. Esta forma de afrontamiento puede deberse a la poca confianza que tienen estas pacientes en su capacidad de resolver problemas. De esta manera, no ponen en marcha estrategias de afrontamiento como la confrontación, la búsqueda de apoyo social o de información que están relacionadas con un mejor ajuste psicológico (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002).

En ocasiones, el uso parcial o mínimo de la evitación puede conducir a un aumento de la esperanza y el coraje, incluso a largo plazo tiene consecuencias positivas, ya que puede facilitar la aproximación. Sin embargo, estos beneficios potenciales de las estrategias evitativas desaparecen si no se combinan con otras aproximativas. Esto puede ser lo que ocurra en estas pacientes, que usan la evitación no para prepararse para la aproximación a su problema, sino para escapar de las emociones negativas que les provocan las situaciones estresantes, que en estas pacientes están relacionadas con la comida y con aspectos corporales.

Ambos tipos de estrategias, evitativas y centradas en la emoción, se han relacionado con una peor adaptación en estas pacientes, mientras que las estrategias aproximativas y centradas en el problema se relacionan con mejores resultados en salud. Así, mientras la distracción y la evitación, respectivamente, se asocian con un peor ajuste psicológico y mayor nivel de ansiedad, la búsqueda de apoyo y el afrontamiento activo se relacionan con mejores niveles de este ajuste (Bloks et al., 2001; Valdés & Arroyo, 2001). Esta forma de afrontamiento explicaría el mantenimiento y la perpetuación de estos trastornos, ya que las estrategias centradas en el problema y las aproximativas, están relacionadas con la recuperación y un mejor ajuste de la enfermedad. Barrón, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002), investigaron la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género sobre estas variables. La muestra está formada por 417 adolescentes entre 15 y 18 años. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron con Las escalas de afrontamiento para adolescentes y el bienestar psicológico con el BIEPS. Demostrándose que existe una escasa relación de la edad con el afrontamiento y el bienestar psicológico. En cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones. El nivel de bienestar psicológico establece diferencias más claras respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas que la edad y el género.

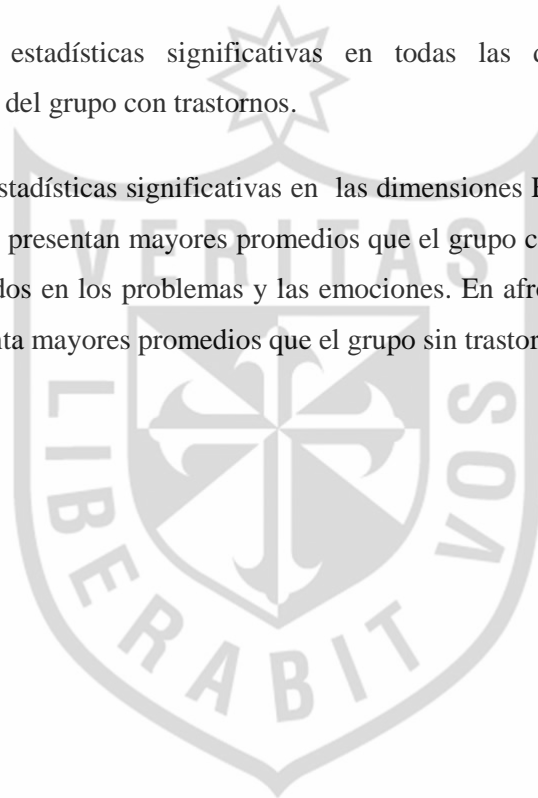
Los resultados de estas investigaciones son de gran interés para la elaboración de programas de prevención e intervención dirigidos a pacientes y grupos de población de riesgo, donde se fomentaría el entrenamiento de estrategias de afrontamiento más adaptativas y la evaluación de situaciones estresantes. Debería tenerse en cuenta para estudios posteriores los

antecedentes personales y familiares al investigar los trastornos alimenticios, tal como los plantean Zamora, R.; Martínez, A.; Gazzo, C. & Cordero, S. (2002), investigaron sobre los “Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria”. El presente trabajo tuvo por objetivo buscar antecedentes personales y familiares de pacientes con trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) de manera de conocer posibles factores de riesgo que permitan al médico pediatra estar alerta y realizar tareas de prevención para evitar el desarrollo de dichas enfermedades. Se analizaron 39 pacientes con trastornos alimentarios que consultaron en un centro especializado de atención de adolescentes entre el 26 de octubre de 1995 y el 23 de setiembre de 1999. Se compararon con un grupo control de 39 pacientes que también consultaron en la institución con otros diagnósticos psiquiátricos. Los resultados de ambas poblaciones fueron procesados estadísticamente con la prueba del Chi cuadrado. Se concluyó que la población de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria estuvo constituida casi exclusivamente por mujeres entre 12 y 26 años de edad. Predominó el subtipo bulimia atracón purga, seguido por la anorexia restrictiva. Las tres cuartas partes presentaban comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y/o trastornos por ansiedad. Dichas pacientes presentaban significativamente mayor cantidad de antecedentes de desórdenes alimentarios y anomalías ponderales, tanto en el primer año de vida como en el resto de la infancia, que el grupo control. Las madres y padres presentaron mayores porcentajes de sobrepeso y preocupación por el físico que los del grupo control, aunque las diferencias no fueron significativas. Las madres presentaron mayor porcentaje de sobreprotección sobre sus hijos que las del grupo control, las diferencias no fueron significativas.

Finalmente, esta problemática se ha convertido en nuestro país en un problema de salud pública y en ello existe coincidencia con la investigación reportada por Marín, B. V. (2002), quien concluyó que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en los últimos decenios en países occidentales industrializados, produciéndose la gran mayoría de las veces en mujeres, de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio entre 13 y 20 años. Dado que esta enfermedad compromete aspectos fundamentales del desarrollo psíquico propio de esta edad, como son la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves pero la salud física del adolescente, se deduce la importancia que tiene un apropiado conocimiento y manejo de estas patologías.

Conclusiones

1. Los instrumentos de recolección de datos: trastornos alimenticios y estilos de afrontamiento, son confiables.
2. Los promedios en el grupo con trastornos alimenticios son mayores que los promedios del grupo sin trastornos alimenticios.
3. En la escala de modos de afrontamiento al estrés el promedio del grupo con trastornos alimenticios, están por debajo de los promedios del grupo sin trastornos alimenticios.
4. Existe diferencias estadísticas significativas en todas las dimensiones de trastornos alimenticios a favor del grupo con trastornos.
5. Existe diferencias estadísticas significativas en las dimensiones En modos de afrontamiento el grupo sin trastornos presentan mayores promedios que el grupo con trastornos en los estilos de afrontamiento basados en los problemas y las emociones. En afrontamiento evitativo el grupo con trastorno presenta mayores promedios que el grupo sin trastorno.



Recomendaciones

1. Replicar la investigación en otras poblaciones de adolescentes para establecer generalidades.
2. Diseñar, elaborar, aplicar y validar los instrumentos de evaluación de la conducta alimentaria acordes a nuestra realidad social – familiar para realizar obtenciones de datos en forma óptima.
3. Aplicar programas en las instituciones educativas para controlar y prevenir la anorexia en nuestro contexto, así como, en estrategias de afrontamiento del estrés y control del estrés.
4. Capacitar a los docentes de las instituciones educativas para sean capaces en brindar consejos adecuados en la hora de tutoría, especialmente. En modos de afrontamiento al estrés.
5. Trabajar con los padres para informarles y que estos tomen las medidas necesarias con sus hijos adolescentes en los programas de escuelas de padre, enfocándose fundamentalmente al manejo del estrés.

Referencias

- Ackerman, N. (1982). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Acosta G., V.; Delgado L., A. & Peña R., R. (2000). Anorexia nerviosa. En: Galarza, Adolfo E; Rosero H., Carlos; Morales, Daniel; Salgado, Fernando. *Dedo en gatillo: revisión bibliográfica*. s.l, s.n, s.f.
- Aguilar, J. (2003). Historia de la anorexia. En Tinahones, F (Ed). *Anorexia y Bulimia: Una experiencia clínica*. Madrid: Díaz de Saltos.
- Albornoz M. D. P. & Matos R. L. (2001). Perfil clínico: epidemiológico de la anorexia nerviosa: pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideoy Noguchi entre 1982 y 1998. *Revista neuropsiquiátrica*; 64(2);134-146.
- Aliaga-Deza, Lorena; De La Cruz-Saldaña, Tania A & Vega-Dienstmaier, Johann M. (2010). Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. *Revista neuropsiquiátrica*, 73(2);52-61,
- American Psychiatric Association APA (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Angeles, K. (2001). *Modos de afrontamiento al estrés y autocontrol en estudiantes de una universidad nacional de Lima*. (Tesis para optar la Licenciatura en Psicología), Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Angel, L. A. & Vásquez, R. (1995). Trastornos del comportamiento alimentario. Características clínicas y evolución. *Acta médica colombiana*, 20(1);14-21
- Ávila Acosta R. (1998). *Estadística elemental*. Lima-Perú: Estudios y Ediciones S.A.
- Ball, K. & Lee, C. (2002). Psychological stress, coping and symptoms of disordered eating in a community of simple of young Australian women. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 71-81.
- Barrón, R., Montoya, I., Casullo, M. & Bernabéu, J. (2002, 13 de Noviembre). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. (14)2;363-368.
- Behar A., R. (1986). Trastornos del hábito del comer en la población riesgosa: un estudio preliminar. *Revista Médica de Valparaíso*;39(4);166-77
- Behar A., R. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*;48(2);135-146,
- Behar A., R.; Fernández G., W.; Rumie C., K. & Varela U., Ch. (1996). Trastornos del hábito de comer en un grupo de estudiantes universitarios: análisis exploratorio. *Revista psiquiátrica. (Santiago de Chile)*; 13(1);12-6

- Benjet, C.; Méndez, E.; Borges, G. & Medina-Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35 (6);483-490.
- Bermúdez M., Teva I. & Buela-Casal G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. Universidad de Granada. *Psicothema* Vol. 21 N° 2 pp. 220 – 226. España.
- Berner, E.; Piñero, J.& Valente, S. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos auto inducidos. *Archivos argentinos pediátricos*;102(6);440-444.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Bravo R., M.; Pérez H., A. y Plana B., R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista cubana pediátrica*;72(4);300-5.
- Bruch, H. (2002). *La jaula dorada*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Campana, A. N.; Tavares, M. G. y García, J. C. (2012). La insatisfacción y la preocupación con el cuerpo, el control y el comportamiento de evitación corporal en las personas con trastornos alimenticios. *Paidéia (Ribeirão Preto)*;22(53);375-381
- Castro Luis (2005). Diseño experimental sin estadística. México: Trillas
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.J.(1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and social Psychology*, 56, 267-283.
- Carrobes, J. C., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, C. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3); 420-426.
- Cassaretto M., (2009) *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre-universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura en psicología) UNMSM. Lima.
- Casullo, M. M. & Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú*, XVIII (1), 35-68 pp.
- Celada, J. (2003). *Rehabilitación en Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Madrid: Los Ángeles.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. España: Ediciones Pirámide.
- Coleman, J. (2003) *Psicología de la Adolescencia*. Madrid: Morata.
- Coleman, J. y Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia (Nº.4)*. Madrid: Morata.
- De la Cruz, R (2003). *Drogodependencias: Familia, terapia y Epistemología*. Lima, Perú: DEVIDA.
- Departamento de Psicología Básica y Psico biología (2003). *Personalidad y anorexia o bulimia*. Universidad Jaume I de Castellón, España.

- Fernández, M. & Paredes, S. (2006). *Estrategias de afrontamiento y clima social familiar en pacientes oncológicos con dolor crónico del hospital Víctor Lazarte Echegaray*. (Tesis para optar la Licenciatura en Psicología), Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.
- Fierro, A. (1996). *Manual de psicología de la personalidad*, Buenos Aires: Ediciones Paidós,
- Florenzano, R. & Váldez, M. (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. 3° edición. Chile. Universidad católica de Chile.
- Freyre, E. (1994). *La Salud del adolescente*. Lima: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología Concytec.
- Frydenberg, E. (1996). *Adolescent Coping: theoretical and research perspectives*. London: Routledge, 96 pp.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997). *Escala de Afrontamiento para Adolescentes*, Madrid: TEA Ediciones.
- Galli, A. (2005). Prevalencia de Trastornos Psicopatológicos en Alumnos de Psicología. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 6 (1);55–66
- Gómez, P. (1996). *Anorexia: La prevención en familia*. España: Pirámide.
- Gonçalves, J. de A.; Moreira, E. A.; Trindade, E. B. & Fiates, G. M..(2013). Trastornos alimentares en la infancia y adolescencia y factores de riesgo. *Revista paulina. pediátrica*;31(1);96-103
- Gonzales, M. (2004). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*. Madrid: TEA Ediciones.
- González M, Montalvo J & Soria R (2004). Análisis sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto. *Revista Psicología y Ciencia Social UNAM [Revista en línea]*.
- Graber, J., Seeley, J., Brooks-Gunn, J. & Lewinsohn, P. (2004). Is puberal timing associated with psychopathology in young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 43 (6): 718-726, Junio.
- Greene Judith & D'Oliveira Manuela (2006). *Test estadísticos para psicología*. 3ra. Edición. España: Mc Graw Hill.
- Griffith, M.A., Dubow, E.F. & Ippolito, M. F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2); 183-204.
- Guadarrama R. & Mendoza S. (2011) *Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo*. *Enseñanza de Investigación en Psicología*, vol. 16, núm. 1, enero-junio, pp. 125- 136 Universidad Veracruzana Xalapa, México.
- Guibovich, L. (2007). *La familia y el comunitarismo del ayllu en el estado del tahuantinsuyo*. Lima: Guibodelcar.

- Hartley, J. (1999). *Trastorno alimentarios en mujeres adolescentes escolares*. (Tesis de Lic.) Pucp. Facultad de Letras y Ciencias Humana. Mención: Psicología Clínica. Lima.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. D.F. México: McGraw-Hill.
- Herrera T. (2008). *Validez y Confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimentario (ITA) en una muestra de adolescentes varones universitarios y pre universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciado en psicología). PUCP. Lima.
- Hurlock (1994). *Desarrollo Humano*. México: Interamericana.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental*. Lima- Perú.
- Instituto de Salud del Adolescente (1994). *Incidencia de la anorexia y bulimia en la población de Arequipa*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
- Janin, B. (2008). Encrucijadas de los adolescentes de hoy. *Cuestiones infanc*, 12:17-31
- Jiménez, M. (1997). *Psicopatología Infantil*. España: Aljibe S.L.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. DF, México: McGraw Hill Interamericana.
- Kleinke, C. (2001). *Como afrontar los desafíos de la vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Langley, J. (2006). *Boys get anorexia too. Doping with male eating disorders in family*. Gran Bretaña: The Cromwell Press Ltd.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- .Leija E. M.; Saucedo G. J. & Ulloa F. R. (2011). Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud mental*;34(3);203-210
- Lengua, K. (2003). *Anorexia y Bulimia en los Adolescentes. (Monografía para optar el Título Profesional en Psicología)*. Lima: UNFV.
- López, D. (2000). *Epidemia del siglo XXI: estrés, como entenderlo, entenderse y conocerlo*. Buenos Aires: Lumen.
- Losinno, H. R. (2008). Anorexia nerviosa: la representación padre y su influencia sobre las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo. *Subj. procesos cogn*;(11):53-76,
- Llanos F. M.; Paredes Z., P.; Parra G. P.; Peña B. J. & Pereyra Q. M. del C. (2009). -Relación entre los comentarios acerca del peso corporal y la autopercepción morfológica en adolescentes de ciertos colegios de Lima: un estudio piloto. (Tesis Presentada en para obtención del grado de Especialista). Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima.

- Mamani, A. (2008). *Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis para optar la Maestría en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Manrique A. F.; Barrera S. L. & Ospina D. J.(2006). Prevalencia de la bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados. *Avances en enfermería*; 24(2);38-46,
- Marín B., V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena en nutrición*; 29(2);86-91.
- Mejía, J. (1998). *Trastorno de Conductas Alimentarias*. (Monografía para optar el Título Profesional en Psicología). Lima: UNFV.
- Merino, C., Manrique, G., Angulo, M. & Isla, N. (2007). Indicador de Estrategias de Afrontamiento al Estrés: Exploración normativa y de su estructura factorial. *Ansiedad y Estrés*, 13(1);25-40.
- Mckinney, J. Fitzgerald, H. & Stromm, E. (2000). *Psicología del desarrollo: edad adolescente*. México, D. F., Ed. Manual Moderno.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1984). *Técnicas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Montalvo, R. (2009). *Terapia familiar*. México: Trillas.
- Montenegro, S. & López, G. (2006). *Diferencias entre bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en alumnos del nivel secundario de la I. E. "Hans Heinrich Bruning"*. (Tesis para optar la Licenciatura en Psicología). Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.
- Morales, R.; Ramírez, W.; Ureña, M. E.; Sevilla V. A.; Umaña, P. & Chaves V, R. (2002). Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. *Acta pediátrica costarricense*;16(3);93-108.
- Morandé, G; Bajo, C; Carrera, M; Rodríguez, F.(1990). Anorexia nerviosa en adolescentes: una aproximación clínica y terapéutica. *Revista psiquiátrica. (Santiago de Chile)*;7(2);427-32.
- Moreano, L. (2006). *Estilos de personalidad y Estrategias de Afrontamiento en adolescentes universitarios*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Organización Mundial de la Salud (1992) *Descripciones clínicas pautas para el diagnóstico (CIE 10)*.Madrid: Meditor.
- Pacheco, D. (2003). *Intervención en Anorexia Nerviosa*. (Monografía para optar el Título Profesional en Psicología). Lima: UNFV.
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo humano (ed.9na)*. México: Mc Graw- Hill.

- Parinando M. (2005). *Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima – Villa el Salvador*. (Tesis de licenciatura). UNMSM. Facultad de Medicina E.A.P. Lima.
- Quiles M. Y. y Terol C. M. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamérica de psicología*;40(2); 259-280
- Quintana A., C. (2005). Anorexia, juventud y posmodernidad. *Revista Social Psiquiátrica Neurológica de la Infancia y Adolescencia*;16(2);39-56
- Quintero P. E.; Pérez M. A.; Montiel N. C.; Pirela, D.; Acosta, M. F. & Pineda, N. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo: estado Zulia-Venezuela. *Investigación clínica*; 44 (3);179-193
- Raich, M. (2001). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimenticios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. (1994). *Trastorno Alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rausch, C. (2000). *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Reynoso, L. (2005). *Psicología clínica de la salud*. México: el Manual Moderno.
- Riffo, P.; Pérez, M. P.; González M. J. & Aranda Ch. W. (2003). Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos del hábito del comer en estudiantes de medicina. *Revista chilena de salud pública*;7(3);146-149.
- Rivera D. (2007). *Conocimiento y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas*. (Tesis de Licenciatura). UNMSM. Facultad de Medicina. E.A.P. de Enfermería. 2007 Lima.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Salcedo P. (2003). *La Anorexia: Informe estadístico del 2002*. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima.
- Sandoval, O (2004). Trastorno de Conducta Alimentaria. www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto.
- Sherman, R & Thompson, R. (1999). *Bulimia. Una guía para familiares y amigos*. México D.F: Trillas.
- Silber, T. J. (1995). Anorexia nerviosa: un diagnóstico diferencial: morbilidad y mortalidad. *Archivo argentino pediátrico*;93(3);171-82.
- Tapia I. P. y Ornstein L., C. (1999). Trastornos de alimentación en estudiantes universitarios. *Revista psiquiátrica clínica. (Santiago de Chile)*; 36(1);7-10
- Tinat, K. (2008) *¿Existen la "anorexia" y la "bulimia" en el medio rural?* Nuevas representaciones y prácticas alimentarias y corporales entre los jóvenes de Patamban, Michoacán *Estudios Sociológicos*, Vol. XXVI, Núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 647-667 El Colegio de México. Distrito Federal, México.
- Toro, J & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

- .Unikel-Santoncini, C.; Bojórquez-Chapela, L.; Villatoro-Velázquez, J.; Fleiz-Bautista, C. & Medina-Mora I. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*; 58(1);15-27,
- Unikel S., C.; Villatoro V., J.; Medina M. I., M. E.; Fleiz B., C.; Alcántara M., E. N. & Hernández R., S. A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos de población estudiantil del Distrito Federal. *Revista investigación clínica*; 52(2);140-7.
- Universidad de San Luis (2003). *Asociación entre trastornos alimenticios con la insatisfacción de la imagen corporal*. Argentina
- Universidad Femenina del Sagrado Corazón [UNIFE]. (2001). *Avances en psicología y familia*. Lima: Libro Amigo.
- Urzúa M, Alfonso; Castro R, Sandy; Lillo O, America & Leal P, Carolin (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista chilena nutricional*;38(2);128-135.
- Weltzin, T.; Weissensel, N.; Franczyk, D.; Burnett, K.; Klitz, C. & Bean, P. (2005). Eating Disorder in men: update. *Journal of Men's Health & Gender*, Vol. 2 (2) 186 - 193.
- Vacca, R. (1998). *Los padres, los hijos y la pareja del adicto: De la Familia Funcional a la Disfuncional*. Lima, Perú: Opción.
- Vallejo M. M. (2010). *Funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de secundaria de la ciudad de Oyón-Lima*. (Tesis para licenciatura en psicología). Universidad Nacional Federico Villarreal. Perú
- Vásquez, R.; Ángel, L.; Moreno, N.; García, J. & Calvo, J. (1998). Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. *Actualización pediátrica*;8(1);7-14.
- Zamora C. R.; Martínez, A. & Gazzo, C. (2000). Obstáculos y dificultades en el tratamiento cognitivo-comportamental y farmacológico del paciente con trastornos alimentarios. *Revista psiquiátrica Uruguaya*;64(3);416-429.
- Zubarew, T; Romero, M & Poblito, F. (2003). *Adolescencia: Promoción, prevención y atención de la salud*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Zusman, L. (1990). Anorexia Nerviosa: Un estudio de casos. *Revista de Psicología PUCP*, 8 (2); 117-131.