



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**NIVELES DE ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTILOS DE  
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA**

**TESIS**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología  
con mención en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

**SILVANA MELISSA ROMERO SALETTI**

(DORIS ARGUMEDO)

LIMA-PERÚ

2009



## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por darme las fuerzas y la paz necesaria para continuar y culminar con este proyecto a pesar de las dificultades encontradas en el camino.

A mis padres y hermanas, que siempre me brindaron su apoyo y comprensión a lo largo de este proceso y toleraron mis largas horas de trabajo y poco tiempo libre durante más de un año. A Hans, por aguantar mi malhumor, contener mis angustias y por ser el motor que me impulsa a continuar y perseguir mis sueños. No hubiera podido hacerlo sin ti a mi lado.

A Doris Argumedo, mi asesora, por la orientación y el ejemplo, por la paciencia y por haber confiado en mí y en mis decisiones. Nunca dudamos de que este proyecto se llevaría a cabo con éxito. A Cecilia Chau, por darse el tiempo de leer este documento y por sus valiosos comentarios.

Al Dr. Saavedra, al Dr. Pomalima y a todo el equipo del Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto, que brindaron las facilidades para las aplicaciones y confiaron en mí desde el primer momento. De modo muy especial a Yolanda Robles que supo aconsejarme, escucharme y orientar mis decisiones.

Al equipo de profesionales del Programa de Adultos, por su apertura, flexibilidad y colaboración: a la Dra. Patricia Albornoz, Katuska, Rosario, María Elena, Maribel, Giovanna. Su apoyo fue muy valioso para mí. Siempre las recordaré con cariño.

Finalmente, a Felipe, Naomi, Venus, Vanessa, Jaim y Manuel por todo su apoyo y cariño. A Giulia, a la distancia. A Carlos, por enseñarme a mantenerme fiel a mis convicciones.



## RESUMEN

### **Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento predominantes en una muestra de pacientes con Bulimia Nerviosa. Con dicho fin, se aplicó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, el Cuestionario de Respuesta al Estrés y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento a 30 pacientes con BN y 30 personas sin el trastorno. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de estrés, siendo este mayor en el grupo clínico. Al interior de este se observaron diferencias de acuerdo a la edad y al tiempo de enfermedad. En cuanto afrontamiento, se hallaron diferencias significativas en ambos grupos en el uso de los estilos centrado en el problema y evitativo. Al interior del grupo clínico, se encontraron diferencias de acuerdo a la comorbilidad. Finalmente se obtuvieron correlaciones significativas medianas y grandes entre la BN, el estrés y el afrontamiento.

*Palabras Clave:* Trastornos de la Conducta Alimentaria, Bulimia Nerviosa, Estrés Percibido, Estilos de Afrontamiento

## ABSTRACT

### **Perceived Stress and Coping Styles in patients with Bulimia Nervosa**

The aim of this study was to identify the association between stress levels and coping styles in a sample of patients with Bulimia Nervosa. Two groups conformed by 30 patients and 30 non-patients were assessed using the Eating Disorders Inventory (EDI-2), the Stress Response Questionnaire and the Coping Estimation Inventory. Stress levels were significantly greater in the clinical group. Within the clinical group, differences were observed according to age and time course of illness. In terms of coping, significant differences were found in the use of problem-focused and avoidant coping between the groups. Among the clinical group, differences in coping were obtained according to comorbidity. Finally, significant correlations were found between BN symptoms, stress and coping.

*Key Words:* Eating Disorders, Bulimia Nervosa, Perceived Stress, Coping Styles



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I: Estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con Bulimia Nerviosa	1
Bulimia Nerviosa	1
Sintomatología, Criterios diagnósticos y Comorbilidad	1
Etiología y factores de riesgo	3
Teoría del Estrés	6
Emociones y regulación	8
Estrés Percibido (Respuesta al estrés)	8
Mediadores del estrés: Estilos de Afrontamiento	9
Estrés y estilos de afrontamiento en pacientes con Bulimia Nerviosa	12
Planteamiento del Problema	16
Objetivos de Estudio	18
CAPÍTULO II: Metodología	19
Tipo y Diseño de Investigación	19
Participantes	19
Características de la muestra clínica	20
Instrumentos	22
Ficha de Datos Sociodemográficos	22
FEIA	22
Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)	22
Cuestionario de Respuesta al Estrés	23
Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)	24
Procedimiento	25
Consentimiento Informado	25
Recolección de Datos	26
Análisis de Datos	26
CAPÍTULO III: Resultados	29
Estrés Percibido	29
Estilos de Afrontamiento	30
Estrés y Afrontamiento en pacientes con Bulimia Nerviosa	32
CAPÍTULO IV: Discusión	35
REFERENCIAS	
ANEXOS	





## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y en particular la Bulimia Nerviosa (BN), se caracterizan por una perturbación de los hábitos alimenticios y por alteraciones en la percepción de la forma y del peso corporales, las cuales producen deterioros significativos a nivel de la salud física y del funcionamiento psicológico de quienes los padecen (Fairburn y Harrison, 2003; Kaye, Klump, Frank, y Strober, 2000; López-Ibor y Valdés, 2002).

En los últimos veinte años, el cuerpo teórico y las investigaciones en el ámbito de los TCA se han incrementado rápidamente y de manera proporcional a su incidencia a nivel mundial (Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón; 2003). De este modo, los estudios epidemiológicos en nuestro contexto han reportado que un 0.6 % de la población adulta y un 0.8% de la población adolescente sufre de BN (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, 2002). Asimismo, se ha encontrado que el 16.4% de las adolescentes se encuentran en riesgo de desarrollar un TCA y un 5.4%, BN (Martínez et al, 2003). Tomando en cuenta estos datos, sorprende que la investigación en estos temas aún sea escasa, limitándose a algunos estudios en población normal y adolescente (p.e. Acevedo, 2008 Delgado, 2001; Guerrero, 2008; Hartley, 1999; Herrera, 2008; Marcés y Delgado, 1995; Martínez et al, 2003; Rodríguez, 2008; Zusman, 2000).

Por otro lado, las investigaciones en TCA en otros contextos dan cuenta del rol que cumplen el estrés y los estilos de afrontamiento en la etiología y en el mantenimiento de la BN y las implicancias que ello trae en el tratamiento de este trastorno. En términos de estrés, los estudios han encontrado una relación positiva entre los eventos de vida estresantes y las perturbaciones de la conducta alimentaria en muestras clínicas (Ball y Lee, 2000; Neckowitz y Morrison, 1991), especialmente en pacientes con BN (Soukup, Beiler y Terrell, 1990). Asimismo, se ha encontrado que el estrés subjetivo, es decir, el estrés percibido que no es contingente a la ocurrencia actual o al número de estresores, es un factor importante que contribuye al establecimiento de la perturbación alimenticia (Ball y Lee, 2000).

Por su parte, diversas investigaciones sugieren que un déficit en las habilidades de afrontamiento lleva a que los individuos con TCA no logren manejar de manera efectiva el estrés que perciben y que esto puede ser una manifestación de estilos de afrontamiento desadaptativos (Soukup et al, 1990). Teóricamente, existe evidencia de que el comportamiento bulímico y las conductas purgativas permiten aliviar la tensión y liberar el



estrés cuando la persona no cuenta con mecanismos adaptativos para hacerlo (Ball y Lee, 2002).

Por dicha razón, el presente estudio tiene por objetivo estudiar la relación entre ambos constructos en una muestra de pacientes con BN que acuden a un Centro de Salud Mental de Lima Metropolitana. De esta manera, el aporte de la investigación consiste en ampliar el número de investigaciones en población clínica que permitan la obtención de información válida y confiable que aporte a la comprensión de los TCA, en particular de la BN, y sus manifestaciones en nuestra población, con el fin de detectar factores de riesgo y planificar el tratamiento de manera adecuada.

Con dicho propósito, en el primer capítulo se presenta una revisión teórica relativa a los aspectos más relevantes de la BN: su sintomatología, los criterios diagnósticos y la comorbilidad así como algunos aspectos referentes a la etiología y a los factores de riesgo. Posteriormente se detallan los aspectos teóricos más actuales en torno a los constructos de estrés y afrontamiento y a sus particularidades en contextos clínicos. Seguidamente se presenta el planteamiento del problema y los objetivos de estudio.

En el segundo capítulo se detalla la metodología utilizada, poniendo un énfasis especial en la descripción de las características más resaltantes de la muestra de estudio, el procedimiento utilizado y los instrumentos de medición, así como de los aspectos éticos de la investigación.

En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos y finalmente, en el último capítulo estos se discuten tomando en cuenta los aspectos teóricos más relevantes.

## CAPÍTULO I

# Estrés Percibido y Estilos de Afrontamiento en pacientes con Bulimia Nerviosa

### *Bulimia Nerviosa*

La BN se enmarca dentro de los TCA, los cuales se caracterizan por una perturbación de los hábitos alimenticios y del comportamiento de regulación del peso corporal, así como por alteraciones en la percepción de la forma y del peso (Kaye, Klump, Frank, y Strober, 2000; López-Ibor y Valdés, 2002). Estas perturbaciones producen deterioros significativos a nivel de la salud física y del funcionamiento psicológico de quienes los padecen (Fairburn y Harrison, 2003). Asimismo, suelen llamar la atención de los investigadores pues son una de las 10 causas principales de discapacidad en las mujeres jóvenes (Striegel-Moore y Bulik, 2007) y son un verdadero reto para los clínicos debido a su complejidad. Sus causas no han sido clarificadas del todo, pues tanto los procesos sociales, psicológicos y biológicos cumplen un rol importante en su desarrollo (Fairburn y Harrison, 2003), suelen ser difíciles de tratar (Wilson, Grilo y Vitousek, 2007), presentan una alta comorbilidad con trastornos del eje I y II (Milos, Spindler, Buddeberg y Cramer, 2003) y sus consecuencias tienen alcances a largo plazo (Polivy y Herman, 2002).

### *Sintomatología, Criterios Diagnósticos y Comorbilidad*

La BN tiene como característica principal los episodios recurrentes de voracidad y de atracones de comida, acompañados por una sensación de pérdida de control y seguidos por conductas compensatorias desadaptativas, como el vómito, recurrir a laxantes y medicamentos, el ayuno, o el ejercicio excesivo. La ocurrencia de estas conductas, con fines diagnósticos, debe ser de dos veces por semana durante tres meses, predominando una preocupación por el peso y la forma corporal. Asimismo, los síntomas no deben ocurrir en el transcurso de una Anorexia Nerviosa (AN). (López-Ibor y Valdés, 2002).

Los criterios diagnósticos para la BN son recogidos por los dos grandes sistemas de clasificación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Anexo A). Ambos presentan criterios diagnósticos similares, tomando en cuenta esencialmente los

atracones y las conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso. Sin embargo, se vienen planteando algunas interrogantes en torno a la validez y la utilidad de la clasificación de los trastornos alimenticios en el DSM-IV-TR y, por tanto, de los criterios diagnósticos que los componen, pues, si bien, estos reflejan la sabiduría colectiva de los expertos en el campo, no siempre se sustentan en la práctica (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson y Crosby, 2007). Esta situación se torna evidente al encontrar que aproximadamente un 60% de personas con trastornos alimenticios que buscan tratamiento caen en la categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (EDNOS) (Andersen, 2002; Chavez e Insel, 2007; Fairburn y Bohn, 2005; Fairburn y Walsh, 2002; Wonderlich et al, 2007). Ante este panorama, Franko, Wonderlich, Little y Herzog (2004) sostienen que, en términos de la clasificación, existen tres niveles que deben ser examinados: a) necesidad de criterios diagnósticos individualizados, b) validez de las distinciones en sub-tipos de los TCA y c) validez de los TCA en sí mismos como categorías discretas o en un continuo.

Los cuestionamientos a la nosología de los trastornos alimenticios y su clasificación tienen implicancias clínicas importantes pues se sabe que un porcentaje de casos que presentan sintomatología de perturbaciones alimenticias y no cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR tenderán a empeorar y eventualmente podrán ser diagnosticados. Por tanto, una detección temprana podría permitir una rápida intervención y reducir la probabilidad de exacerbar los síntomas (Ackard, Fulkerson y Neumark-Sztainer, 2007).

En el caso particular de la BN, en términos de clasificación, Andersen (2002) sostiene que sería adecuado incorporar el trastorno por atracón como un subtipo de BN, pues al igual que la bulimia purgativa y la no purgativa, éste se caracteriza por el miedo a engordar, asociado a la culpa y el remordimiento y la incapacidad de romper el patrón de la ingesta excesiva de comida en grandes cantidades.

Por su parte, Wonderlich et al (2007) señalan que los criterios diagnósticos para la BN han sido muy criticados por su falta de especificidad. Por ejemplo, es difícil operacionalizar la cantidad de comida mínima ingerida necesaria para ser considerada un atracón. Ello conlleva a que muchas personas que presentan atracones y purgas se encuentren en la categoría de "no especificado" debido a que la cantidad de comida ingerida antes de la purga no es objetivamente grande (Keel, Cogley, Ghosh, y Lester, 2002). A su vez, Franko et al, (2004), sostienen que la idea de que los atracones ocurren por un periodo de tiempo limitado de tiempo no tiene sustento empírico, pues no existe

evidencia de que la diferenciación entre periodos largos o cortos de atracón tenga alguna relevancia clínica. Finalmente, Crow, Agras, Halmi, Mitchell y Kraemer (2002) señalan que el criterio de ocurrencia de los síntomas, que deben darse dos veces por semana por un período de tres meses, ha obtenido poco soporte empírico, y por tanto es poco práctico.

Otro asunto importante que complejiza aún más el diagnóstico, el curso, las expectativas de mejoría y el tratamiento de los trastornos alimenticios es la comorbilidad de éstos con trastornos tanto del Eje I como del Eje II del DSM-IV-TR, encontrándose que la BN generalmente se presenta junto con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad (Fairburn y Harrison, 2003; Góngora, Van der Staak y Derksen, 2004; Milos, et al 2003; Swinbourne y Touyz, 2007). Un estudio encontró que el 74% de una muestra de 137 casos de pacientes con BN presentaban comorbilidad con algún otro trastorno del Eje I y un 69%, con algún trastorno del eje II (Milos et al, 2003). En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, Milos et al (2003) encontraron que al menos un 52% de la muestra de pacientes con BN los padecen, siendo el más reportado la depresión mayor (35%). Asimismo, en términos de trastornos de ansiedad, Swinbourne y Touyz (2007) reportan que en diversas investigaciones se ha encontrado que un alto porcentaje de casos de TCA son precedidos por trastornos de ansiedad. Por ejemplo, Kaye et al (2004) hallaron una prevalencia de trastornos de ansiedad de 63% en una muestra de 282 pacientes con BN. Finalmente, en cuanto a la comorbilidad con trastornos de personalidad, Sansone y Levitt (2005) encontraron que en 1464 pacientes con BN la prevalencia de trastorno de personalidad borderline era de 28%, seguido del trastorno de personalidad histriónico con 20% al igual que el trastorno de personalidad dependiente con 20%.

#### *Etiología y factores de riesgo*

En cuanto a la etiología, diversas investigaciones reportan que los trastornos alimenticios, y específicamente la BN, tienen causas multifactoriales pues intervienen tanto aspectos psicológicos, como biológicos y sociales (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer y Agras, 2004; Polivy y Herman, 2002; Steiner et al, 2003; Striegel-Moore y Bulik, 2007; Schmidt, 2003; Ward, Tiller, Treasure, Rusell, 2000).

Para Steiner et al (2003) el mejor modo de enfocar la etiología de los trastornos alimenticios es desde la psicopatología del desarrollo pues en ellos ocurre que una actividad normal (el comer y purgar) ha dejado de servir a su propósito original para volverse una actividad desadaptativa. Desde este modelo, los trastornos alimenticios devienen de una compleja mezcla de factores de riesgo bio-psico-sociales presentes



durante un periodo largo de tiempo y que están sujetos a cambios e influencias en el desarrollo. Es decir, existe una mayor probabilidad de que estos factores de riesgo predispongan la instalación del trastorno alimenticio cuando se dan en conjunción con un periodo crítico en el desarrollo como lo es la adolescencia (Steiner et al, 2003; Striegel-Moore y Bulik, 2007). Asimismo, se entiende que estos desórdenes combinan una vulnerabilidad biológica con un cierto contexto psico-social que se cristaliza en el desorden, psicosomático por naturaleza, donde las actitudes, las creencias y los motivos conllevan a ciertos hábitos alimenticios que resultan en modificaciones biológicas, que refuerzan y mantienen creencias y comportamientos desadaptativos en relación con el cuerpo y la comida (Steiner et al, 2003).

Específicamente, en la BN, el control sobre la comida y el peso incrementan la motivación que lleva a la persona a hacer dietas y a establecerse metas poco realistas respecto a su apariencia. Asimismo, el abuso de la comida se inicia como una manera de regular el estado de ánimo y lidiar con los fracasos al afrontar sentimientos personales, una baja autovalía, y sentimientos de vacío e inadecuación (Polivy y Herman, 2002; Steiner et al, 2003). Es entonces cuando el ciclo dieta-atracón-purga se instala y desencadena reacciones biológicas regulatorias que crean sus propias demandas e influencias en los estados mentales y en la regulación del apetito, llevando a una intensificación de los miedos a ganar peso, una distorsión de la imagen corporal y a un déficit en la detección de la saciedad y el hambre ante la ingesta de comida (Steiner et al, 2003).

Jacobi et al, (2004) explican que existen por los menos 30 factores de riesgo de padecer TCA frecuentemente reportados en la literatura, entre los que encontramos:

1. *Factores de riesgo culturales y sociales.* Estos factores se refieren a circunstancias propias de la sociedad o la cultura que pueden estar relacionadas con la instalación del cuadro. Por ejemplo, pertenecer a una cultura en la que la apariencia se encuentra sobrevalorada y por tanto los estándares de belleza exigen niveles extremos de delgadez o tener una participación profesional o social en ámbitos relacionados con la subcultura del "culto al cuerpo" (p.e. ser modelo, atleta, gimnasta, etc.) (Striegel-Moore y Bulik, 2007; Polivy y Herman, 2002). En tal sentido, la variable género es de suma relevancia, pues las mujeres tienden a estar más preocupadas por su apariencia y sienten una mayor presión por conservarse delgadas, llegando a sentir altos niveles de insatisfacción corporal (Steiner et al, 2003). Diversos estudios han encontrado de manera consistente que el ratio mujer-varón en el desarrollo de los TCA es de 10:1,

confirmándose así que el género no sólo es un factor de riesgo sino un marcador fijo en su desarrollo (Jacobi et al., 2004; Striegel-Moore y Bulik, 2007). En cuanto a factores socio-culturales como la raza, el estatus socioeconómico y el nivel educativo, los estudios no han mostrado resultados concluyentes (Striegel-Moore y Bulik, 2007).

2. *Factores de riesgo asociados al desarrollo.* Como se ha explicado anteriormente la variable desarrollo juega un papel importante en el establecimiento de los TCA, encontrándose que la AN suele presentarse mayormente al inicio de la adolescencia mientras que la BN aparece generalmente hacia el inicio de la adultez joven (Jacobi et al, 2004; Steiner et al, 2003; Wonderlich et al, 2007). Asimismo, otros estudios han encontrado algunos factores que pueden predisponer a estos desórdenes desde la niñez como por ejemplo, la obesidad premórbida, problemas digestivos, pica, haber sido objeto de comentarios negativos de otros sobre el peso y la forma del cuerpo, haber tenido una maduración puberal temprana y problemas de ansiedad en la niñez, haber sido víctima de abuso físico o sexual, y hacer dietas con frecuencia desde temprana edad (Jacobi et al, 2004; Schmidt, 2003; Striegel-Moore y Bulik, 2007).
3. *Factores de riesgo familiares.* La literatura indica que las relaciones al interior de la familia pueden predisponer al establecimiento del trastorno. Por ejemplo, Jacobi et al (2004) reportan que en numerosos estudios que evalúan diversos aspectos relacionados a la estructura familiar (patrones de interacción, comunicación, cohesión, expresión del afecto, etc.) las pacientes anoréxicas y bulímicas suelen describir a sus familias como más disfuncionales, conflictivas, perturbadas y patológicas que los grupos no clínicos. A su vez, Polivy y Herman (2002) indican que el estilo de interacción y comunicación familiar son importantes tanto en el establecimiento como en la perpetuación de la BN, pues los familiares tienden a reforzar las conductas de sus hijas por perder peso. Adicionalmente, se ha encontrado que las familias de estas pacientes suelen ser intrusivas, hostiles, ejercen un control parental coercitivo, suelen dar mensajes altamente ambivalentes y tienden a fomentar un ambiente de competitividad y de seducción (Rorty, Yager, Rossotto y Buckwalter, 2000). Finalmente, Jacobi et al (2004) sostienen que la obesidad parental y la psicopatología parental (p.e. trastornos afectivos o de ansiedad) también son factores de riesgo importantes.
4. *Factores de riesgo biológicos.* Están relacionados a factores genéticos, neuroendocrinos y metabólicos (Schmidt, 2003). Por ejemplo, Bulik, Sullivan, Wade y Kendler (2000) reportan que en estudios con gemelos se han encontrado resultados



prometedores respecto a la predisposición genética de la BN, pues se estima un efecto de la genética del 73% en las conductas purgativas extremas y un efecto del 50% en la conducta de darse atracones de comida. Por su parte, en términos neuroendocrinos, se ha encontrado que existen déficits en el sistema serotoninérgico de estas pacientes y que los niveles bajos del neurotransmisor 5-hidroxitriptamina-serotonina juegan un rol crucial en el comportamiento propio de la bulimia nerviosa (Steiger, et al, 2001). Asimismo, estudios con mujeres recuperadas de la bulimia encontraron alteraciones persistentes a nivel serotoninérgico (Kaye et al, 1998). En términos metabólicos, los cambios en la regulación del hambre y la saciedad también son considerados factores de riesgo (Steiner et al, 2003).

5. *Factores psicológicos y comportamentales.* Los autores reportan como factores de riesgo psicológicos: una sobre preocupación por el cuerpo, insatisfacción corporal, imagen corporal negativa, perfeccionismo como rasgo de personalidad, padecer de depresión o ansiedad, abusar del alcohol y de sustancias, ser afectivamente inestable y tener un estilo de apego evitativo, así como tener rasgos impulsivos (Jacobi et al, 2004, Schmidt, 2003). Además, algunos factores cognitivos también son importantes, como la presencia de pensamientos obsesivos, un patrón de pensamiento rígido plagado de distorsiones cognitivas, entre otros (Polivy y Herman, 2002). A su vez, a nivel comportamental, hacer dietas frecuentemente y realizar ejercicio de manera extrema también se consideran factores de riesgo (Jacobi et al, 2004).

Finalmente, es importante resaltar que además de estos factores, las investigaciones reportan que en la mayoría de casos de AN y BN, el estrés, ya sea agudo o crónico, precipita la instalación del cuadro y la respuesta de afrontamiento media en la severidad de la crisis (Schmidt, 2003).

### *Teoría del Estrés*

El estrés ha generado un gran interés en los últimos años, lo que se refleja en la cantidad de investigaciones realizadas aplicando este constructo a una diversidad de fenómenos sociales así como en las teorizaciones y conceptualizaciones hechas en torno a este desde diversas teorías (Cooper y Dewe, 2007). Tomando ello en cuenta, el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) es el que mejor explica los aspectos subjetivos, psicológicos, emocionales y conductuales que permiten entender el proceso del estrés, a diferencia de las teorías basadas en el estímulo y en la respuesta únicamente. El modelo tiene como fundamento el *significado relacional* que cada individuo construye de su relación específica con el ambiente, entendiendo que esta es el resultado

de las valoraciones en torno al ambiente físico y social y las metas personales, las creencias sobre el sí mismo y el mundo y los recursos de la persona (Lazarus, 2000). En tal sentido, el modelo busca entender aquellos factores psicológicos que median entre el estímulo, que sería el estresor específico, y la respuesta de la persona (Sandín, 1995).

Los procesos de *valoración* son un componente importante en el modelo transaccional e implican un primer paso en el afrontamiento del estresor. La valoración se define como un proceso universal en el que la persona se encuentra continuamente evaluando el significado de lo que ocurre en relación a su bienestar y puede ser primaria o secundaria (Bennet y Cooper, 1999; Kleinke, 2007; Lazarus y Folkman, 1986). En la valoración primaria se evalúa la situación y se le asigna un valor de: a) amenaza, cuando la persona percibe un peligro o daño a su integridad; b) de desafío, cuando a pesar de haber una situación de amenaza, también existe una ganancia potencial; c) de pérdida o daño, que se da cuando ha habido un daño concreto o una pérdida concreta y d) de beneficio, cuando no se generan reacciones de estrés (Bennet y Cooper, 1999; Lazarus y Folman, 1986; Sandín, 1995).

Por su parte, la valoración secundaria implica hacer una evaluación de las propias capacidades para lidiar con el estresor y determinar las acciones a realizar (Kleinke, 2007; Folkman y Moskowitz, 2004; Sandín, 1995). En tal sentido, la interacción entre la valoración primaria y secundaria determinarían el nivel de estrés percibido, la intensidad de éste, y la calidad y el contenido de la respuesta de la persona (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz, 2003; Lazarus y Folkman, 1986).

Como se puede observar, la valoración, es decir el *significado relacional*, es el componente más importante en el modelo transaccional del estrés, pues enfatiza los aspectos psicológicos y subjetivos de la persona, entendiendo que es el significado que ésta le da a los sucesos el que se relaciona tanto con las emociones específicas que se experimentan, como con el estilo de afrontamiento que se utilice (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Lazarus, 2000).

Finalmente, Lazarus enfatizaba que estos procesos de valoración no se dan de manera lineal, sino que se afectan unos a otros, lo que implica que el resultado de un proceso puede evocar un proceso anterior. En tal sentido, la reevaluación consiste en revalorar la situación tomando en cuenta la eficacia de las acciones tomadas para lidiar con el estresor (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

### *Emociones y regulación*

Otro aspecto importante de la teoría planteada por Lazarus es el papel central que cumplen las emociones en el proceso de estrés y el afrontamiento consecuente. En tal sentido, el autor plantea que las emociones y el estrés son interdependientes (2007; 2000; 1993), entendiendo con ello que diversas emociones surgen a raíz de situaciones estresantes, ya sean valoradas como un daño, una potencial amenaza o un reto. Estas emociones, de acuerdo con los teóricos funcionalistas, actúan a modo de radares y sistemas rápidos de respuesta o como procesos biológicos que permiten valorar las situaciones y responder a ellas velozmente, actuando con el fin de mantener condiciones favorables y lidiar con las desfavorables (Cole, Martin y Dennis, 2004; Skinner y Zimmer-Gembek, 2007).

Incluso, algunos autores consideran que los procesos de valoración se caracterizan por la presencia de emociones negativas intensas y que por tanto, la respuesta de afrontamiento se inicia en un entorno emocional cuyo objetivo es regular y disminuir las emociones negativas, estresantes en sí mismas, que pueden estar interfiriendo con otras formas instrumentales de afrontamiento (Folkman y Moskowitz, 2004). Por dicha razón, las emociones son parte integral del proceso de afrontamiento actuando en la vigilancia, la detección y las valoraciones de la amenaza, la preparación para actuar y la coordinación de la respuesta en situaciones estresantes. De lo anterior se desprende la afinidad existente entre el afrontamiento y la *regulación emocional*, pues tanto éste como el modelo de estrés-afrontamiento implican la evaluación del significado de la circunstancia ambiental, atender a la experiencia emocional, seleccionar acciones para regular las emociones intensificadas y quizá alterar el ambiente, así como la retroalimentación que indica el éxito o no del intento de regulación (Folkman y Moskowitz, 2004; Skinner y Zimmer-Gembek, 2007).

### *Estrés Percibido (Respuesta al estrés)*

Según Compas, Wadsworth, Thomsen, y Saltzman (2000) la respuesta al estrés está caracterizada por dos conjuntos de procesos, las respuestas involuntarias y las controladas. Entre las respuestas automáticas se observan reacciones físicas y psicológicas que son rápidas e intuitivas (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz, 2003; Sandín, 1995; Taylor, 1999) como la activación fisiológica, la activación emocional, pensamientos intrusivos, pensamientos automáticos, sesgos atencionales, respuestas impulsivas y comportamientos de escape involuntarios (Compas et al, 2001).

Las respuestas automáticas, o reacciones al estrés se pueden clasificar en tres tipos diferentes: a) las respuestas *fisiológicas* que se relacionan con la actividad del sistema nervioso autónomo y con las respuestas neuroendocrinas, por ejemplo, el aumento de la presión sanguínea, de la tasa cardíaca, de la actividad estomacal e intestinal, la dilatación de la pupila, dolores de cabeza, un aumento de la frecuencia de la respiración, sequedad en la boca, etc. (Connor-Smith et al., 2000; Sandín, 1995); b) *emocionales*, que incluyen las sensaciones de malestar emocional relacionadas al temor, la ansiedad, la cólera, la depresión, el miedo, la ira, etc. (Sandín, 1995; Taylor, 1999) y finalmente, c) *cognitivas*, entre las que se encuentran tres tipos de respuesta principales, la preocupación, la pérdida de control y la negación que van acompañadas de bloqueos mentales, sensación de irrealidad, procesos disociativos entre otros (Coyne y Downy, 1991; Sandín, 1995).

#### *Mediadores del estrés: estilos de afrontamiento*

Anteriormente se ha explicado que en el proceso de valoración secundaria la persona evalúa su capacidad para lidiar con el estresor y trae a su mente posibilidades de una potencial respuesta. En tal sentido, el afrontamiento se refiere al proceso de ejecución de dicha respuesta (Bennet y Cooper, 1999; Carver, Scheier y Weintraub, 1989). En términos de Compas y cols. (2001) serían los procesos controlados de respuesta al estrés.

Desde el modelo transaccional del estrés, el afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales que cambian constantemente y se efectúan con el fin de manejar demandas internas o externas específicas, que han sido valoradas como excedentes a los recursos de la persona (Lazarus, 1993, 2000; Lazarus y Folkman, 1986; Folkman et al, 1986; Folkman y Moskowitz, 2004). Compas y cols. (2001) por su parte, lo definen como aquellos esfuerzos volitivos y conscientes para regular las emociones, las cogniciones, el comportamiento, la fisiología y el ambiente en respuesta a circunstancias estresantes. Skinner y Zimmer-Gembek (2007) explican que el afrontamiento se refiere al modo como las personas movilizan, guían, manejan, ponen su energía y dirigen el comportamiento, las emociones y se orientan, o cómo fallan en ese intento bajo condiciones estresantes.

Si bien existen múltiples definiciones, lo importante es tener en cuenta que el afrontamiento, basado en los conceptos de regulación, explicita el rol de los múltiples procesos y sub-sistemas (emocional, conductual, motivacional, atencional, cognitivo y

social) que trabajan de modo coordinado para lidiar con el estrés (Skinner y Zimmer-Gembek, 2007).

Por su parte, la investigación ha llevado a conceptualizar dos dimensiones del afrontamiento dentro de la personalidad: *los estilos y las estrategias*. Los estilos de afrontamiento se definirían como aquellas predisposiciones de la persona para enfrentar las diversas situaciones y por tanto, determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento específicas y su estabilidad temporal y situacional. En cambio, las estrategias de afrontamiento son procesos concretos y específicos al contexto para manejar dichas demandas (Carver y Scheier, 1994; Frydenberg y Lewis, 2004; Griffith, Dubow e Ippolito, 2000; Sandín, 1995). Lazarus y Folkman (1986) plantearon en un inicio que existen dos estilos de afrontamiento: el estilo centrado en el problema y el estilo centrado en la emoción. El primero tiene el fin de resolver o lograr hacer algo concreto para alterar la fuente del estrés, (p.e. realizando un plan de acción o concentrándose en los pasos a seguir para lidiar con el problema). En cambio, el segundo apunta a manejar o reducir el malestar emocional generado por la situación (p.e. realizando actividades de distracción, abusando del alcohol o drogas o buscando apoyo emocional (Carver et al, 1989; Folkman y Moskowitz, 2004). Si bien esta clasificación es útil para distinguir de modo general las funciones teóricas del afrontamiento, actualmente la investigación da cuenta de al menos doce familias que agrupan diversas estrategias de afrontamiento para lidiar con el estrés (Skinner y Zimmer-Gembek, 2007).

De otro lado, diversas investigaciones han encontrado resultados interesantes acerca de las diferencias de género en el afrontamiento, así como la influencia que ejercen los cambios relacionados con el desarrollo en la naturaleza de éste (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz, 2003). Por ejemplo, Frydenberg (2004) plantea diferencias en los estilos de afrontamiento y en las estrategias utilizadas de acuerdo al género y a la edad. En tal sentido refiere que las niñas se inclinan más hacia los demás y a buscar el soporte, piensan de manera más esperanzada y suelen usar estrategias para liberar la tensión, las cuales continúan usando, conforme van creciendo, es decir tienden a tener un estilo de afrontamiento orientado a la emoción (Frydenberg y Lewis, 1999; 2000). Adicionalmente se ha encontrado que las adolescentes suelen reportar mayores niveles de estrés y sentirse más afectadas por ello que los adolescentes varones, y por tanto, tienden a hacer mayores esfuerzos para afrontar las demandas que ellos (Griffith et al, 2000).

Diversas investigaciones en nuestro contexto han mostrado que las adolescentes y las jóvenes universitarias peruanas reportan un uso más frecuente del estilo de

afrontamiento orientado a la emoción, mientras los varones reportan un uso mayor del estilo orientado al problema, evidenciando así las diferencias de género en el afrontamiento anteriormente mencionadas (Canessa, 2000; et al. 2003; Casuso, 1996; Chau, 1999, 2004; Martínez y Morote; 2001).

En cuanto a los factores de desarrollo, se ha encontrado que conforme se llega a la adolescencia tardía, las estrategias de afrontamiento utilizadas se vuelven más variadas y se produce un incremento en el uso del estilo de afrontamiento activo (Frydenberg y Lewis, 1999; 2000; Griffith et al, 2000). Incluso, los análisis de las diferencias en el afrontamiento de acuerdo a la edad indican que a los 15 se produce un punto de quiebre en el que se hace mayor uso de estrategias eficaces para lidiar con el estrés (Seiffge-Krenke, 2000). Esto se debe a que los adolescentes tardíos tienen un mayor desarrollo cognitivo (p.e. una mayor capacidad de ver los problemas desde múltiples perspectivas), sentido de autonomía y un mayor número de interacciones sociales, los cuales convergen para incrementar la planificación y otros métodos orientados a la acción relacionados con el afrontamiento y dar una mayor flexibilidad en los estilos y estrategias. (Hoffman, Levy-Schiff, Sohlberg y Zarizki, 1992; Seiffge-Krenke, 2000). Sin embargo, también existe evidencia de que el afrontamiento funcional disminuye con la edad mientras que el afrontamiento emocional incrementa y por ello, los adolescentes tardíos generalmente hacen un mayor uso de estrategias orientadas a reducir la tensión que los adolescentes tempranos (Frydenberg, 2004; Frydenberg y Lewis, 1999).

En nuestro país, los estudios con adolescentes universitarios han reportado un uso predominante de estrategias efectivas, adaptativas y saludables para afrontar el estrés y concentrarse en resolver sus problemas en detrimento de estrategias pasivas (Alcalde, 1998; Casuso, 1996; Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz, 2003; Chau, 1999, 2004).

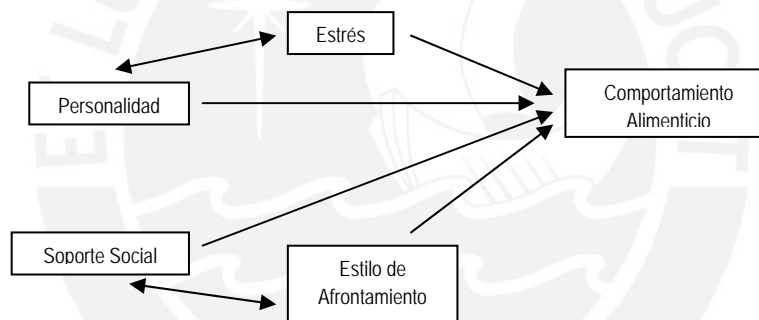
Finalmente se ha encontrado que el estrés psicológico es un factor de riesgo significativo para la psicopatología en la adolescencia y que los estilos de afrontamiento son mediadores importantes del impacto del estrés en el ajuste actual y futuro y en la psicopatología (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, y Wadsworth, 2001). En tal sentido, algunos autores reportan que los estilos de afrontamiento disfuncionales como la evitación y la retirada son reportados frecuentemente por muestras clínicas y preceden al desarrollo de síntomas emocionales y conductuales (Seiffge-Krenke, 2000; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).



### *Estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con Bulimia Nerviosa*

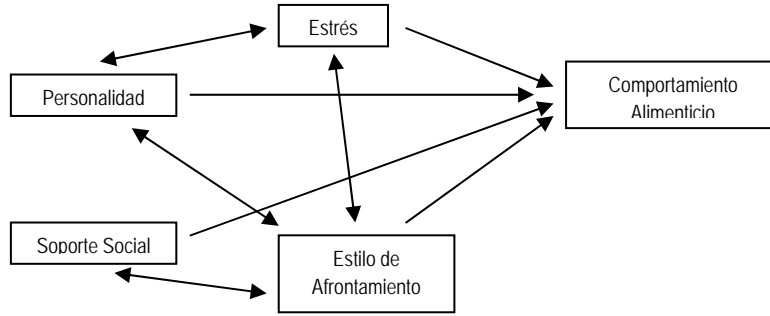
Diversas investigaciones han demostrado el papel que cumplen el estrés y los estilos de afrontamiento en la etiología y el mantenimiento de los TCA (Ball y Lee, 2000; Bennett y Cooper, 1999). Por ejemplo, Bennett y Cooper (1999) señalan que existen tres modelos sobre el proceso de estrés que pueden jugar un papel importante en los mecanismos que precipitan y mantienen los TCA:

a) Modelo persona-estrés: propone que los rasgos de personalidad afectan el modo como las personas valoran los eventos estresantes y sugiere que la conducta alimentaria se puede ver afectada por el modo como se manejan dichos eventos. Asimismo, dado que el soporte social y el afrontamiento están relacionados, también son tomados en cuenta en el modelo. Adicionalmente, cada constructo (personalidad, estrés, afrontamiento y soporte social) tiene efectos individuales sobre la conducta alimenticia. En la Figura 1 se puede observar gráficamente la relación entre dichas variables:



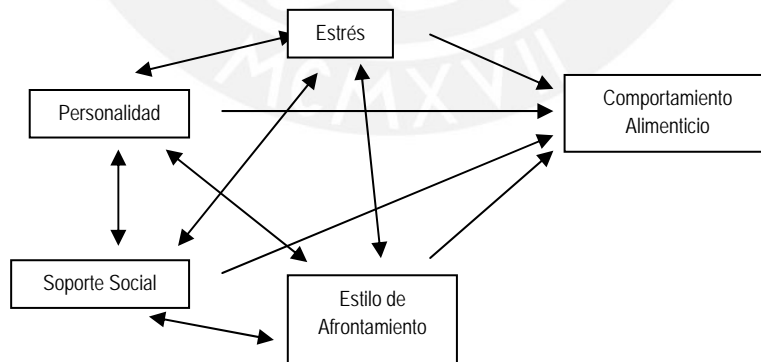
**Figura 1.** Modelo persona-estrés sobre la relación entre el estrés y la perturbación alimenticia.  
Adaptado de Bennett y Cooper, 1999

b) Modelo teórico disposicional: Este modelo formula que la personalidad del individuo va a determinar cómo se perciben los eventos estresantes. Asimismo, dicha percepción va a determinar el estilo de afrontamiento que se adopte para lidiar con dicho evento. El modelo implica que la interrelación entre estas variables tendrá un efecto en la conducta alimentaria. El soporte social también moderaría el efecto del estresor en la persona. Asimismo, el estrés, los estilos de afrontamiento, el soporte social y la personalidad tienen efectos individuales sobre la conducta alimentaria. El soporte social y el afrontamiento están también relacionados pues pueden ser complementarios o suplementarios entre sí. En la figura 2 se puede observar gráficamente la relación entre los distintos factores que median el estrés y la perturbación alimenticia de acuerdo a este modelo.



**Figura 2.** Modelo teórico disposicional sobre el estrés y la perturbación alimenticia. Adaptado de Bennett y Cooper, 1999

c) Modelo mixto: este modelo se basa en que la personalidad, las estrategias de afrontamiento y los mecanismos de soporte social son componentes inherentes en los procesos perceptuales del estrés y por tanto determinan como van a ser percibidos y manejados los estresores. Asimismo, hipotetizan que todas estas variables así como sus efectos independientes pueden describir adecuadamente el comportamiento alimenticio desadaptado. El modelo sugiere que un individuo que se encuentra predispuesto a padecer una perturbación alimentaria puede efectuar comportamientos inadecuados como dietas excesivas, y si esto es considerado junto con los demás factores y sus complejas relaciones con el estrés, la perturbación alimenticia se instala y se mantiene. En la figura 3 se puede observar la relación entre las distintas variables de acuerdo a este modelo.



**Figura 3.** Modelo mixto sobre el estrés y la perturbación alimenticia. Adaptado de Bennett y Cooper, 1999

Como se puede observar, el proceso de estrés es complejo y mediado por diversos factores que juntos permiten entender las perturbaciones alimenticias. Si bien en el presente estudio se utilizará el modelo mixto para la interpretación de los resultados, sólo



nos vamos a limitar a examinar las variables de estrés percibido y estilos de afrontamiento.

En términos de estrés, los estudios han encontrado una relación positiva entre los eventos de vida estresantes y las perturbaciones de la conducta alimentaria en muestras clínicas (Ball y Lee, 2000; Neckowitz y Morrison, 1991), especialmente en pacientes con Bulimia Nerviosa (Soukup, Beiler y Terrell, 1990). Por ejemplo, Bennett y Cooper (1999) hicieron una revisión de diversas investigaciones relacionadas con estos temas y encontraron que los eventos de vida estresantes reportados por estas pacientes se referían, con mayor frecuencia, a situaciones laborales emocionalmente cargadas, problemas con los padres y relaciones interpersonales poco satisfactorias, concluyendo que estos eventos podrían ser precipitantes de dicho trastorno. Asimismo, Ball y Lee (2000) hacen una revisión de 23 investigaciones sobre los eventos de vida estresantes y su relación con las perturbaciones alimenticias y señalan que los eventos de vida estresantes frecuentemente reportados por éstas pacientes suelen estar relacionados con pérdidas de personas significativas, conflictos sexuales y cambios importantes en las circunstancias de vida.

Si bien la mayor parte de la investigación sobre estrés y trastornos alimenticios se ha enfocado en los eventos de vida estresantes, algunos investigadores sugieren que el estrés subjetivo, es decir, el estrés percibido que no es contingente a la ocurrencia actual o al número de estresores, es un factor importante que contribuye al establecimiento de la perturbación alimenticia (Ball y Lee, 2000). Algunos estudios concuerdan en que, en términos de niveles de estrés percibido, y en comparación con otros grupos, las pacientes con Bulimia Nerviosa suelen percibir mayores niveles de estrés (Ball y Lee, 2000; Hendley, 2001; Soukup et al, 1990). Por ejemplo, Soukup et al (1990) estudiaron los niveles de estrés, los estilos de afrontamiento y la habilidad para resolver problemas en 33 pacientes bulímicas, 12 pacientes anoréxicas y un grupo comparativo de 26 mujeres, encontrando que las primeras decían sentirse más presionadas y cargadas, reportaban un número mayor de eventos de vida negativos que las anoréxicas y mayores niveles de estrés percibido que los demás grupos, diferencia que resultó estadísticamente significativa y consistente con resultados obtenidos en investigaciones hechas antes de los 90 (p.e. Lacey, Coker, y Birtchnell, 1986; Strober, 1984 citados en Soukup et al, 1990). Adicionalmente, los autores hallaron que las pacientes bulímicas y anoréxicas tendían a evitar la confrontación de problemas y a compartirlos con otros. Del mismo modo, Hendley (2001) estudió a 21 mujeres diagnosticadas con BN y a su respectivo grupo comparativo

así como a un grupo sub-clínico, encontrando que los niveles de estrés percibido discriminaban entre los grupos, siendo significativamente mayor en el grupo clínico.

Por su parte, diversas investigaciones sugieren que un déficit en las habilidades de afrontamiento lleva a que los individuos con trastornos alimenticios no logren manejar de manera efectiva el estrés que perciben y que éstos pueden ser una manifestación de estilos de afrontamiento desadaptativos (Soukup et al, 1990). Teóricamente, existe evidencia de que el comportamiento bulímico y las conductas purgativas permiten aliviar la tensión y liberar el estrés cuando la persona no cuenta con mecanismos adaptativos para hacerlo (Ball y Lee, 2002). Las investigaciones en este ámbito en población clínica con Bulimia Nerviosa suelen ser consistentes, encontrándose un menor nivel de autoconfianza en las habilidades para resolver problemas, una tendencia a evadir la confrontación de problemas y un uso mayor del afrontamiento evitativo y orientado a la emoción (Ghaderi y Scott, 2000; Hendley, 2001; Hill, 1990; Nagata, Matsuyama, Kiriike, Iketani, y Oshima, 2000; Neckowitz y Morrison, 1991; Soukup et al, 1990; Tobin y Griffing, 1995; Troop, Holbrey, Trowler y Treasure, 1994).

Al respecto, Ball y Lee (2000) señalan que, si bien la literatura explica que el uso de un estilo de afrontamiento orientado a la emoción no es desadaptativo en sí, el uso desproporcionado de éstas estrategias en pacientes con desórdenes alimenticios sugiere que la perturbación alimenticia se relaciona con la tendencia al afrontamiento evitativo. En esta línea, Ghaderi y Scott (2000) estudiaron a 1157 mujeres entre 18 y 30 años, encontrando que aquellas con historia de trastornos alimenticios y aquellas que los habían padecido, presentaban mayores niveles de afrontamiento evitativo y de escape así como menores niveles de afrontamiento activo y búsqueda de soporte social que los demás grupos. Resultados similares obtuvo Hendley (2001) quien además determinó que las variables que predicen la severidad del trastorno (siendo el más severo dentro del continuo la BN) fueron el afrontamiento orientado a la emoción y el estrés percibido, entre otras.

Por otro lado, Nagata et al (2000) evaluaron el afrontamiento en 155 pacientes con trastornos alimenticios y 97 controles, concluyendo que el afrontamiento orientado a la emoción fue mayor en los grupos de pacientes con BN y AN de tipo purgativo, lo cual los llevó a hipotetizar que el afrontamiento desadaptativo es un factor que perpetúa el desorden alimenticio en las pacientes con mayores índices de impulsividad. Troop et al (1994) obtuvieron resultados similares en una muestra de 24 pacientes anoréxicas, 66 pacientes bulímicas y 30 sujetos de control, encontrando un mayor uso de la evitación en

el grupo clínico. Estos autores, en una investigación posterior, hallaron que las mujeres con desórdenes alimenticios eran más propensas a utilizar la evitación y la rumiación cognitiva y solían darle mayor importancia a los problemas. Asimismo, las mujeres con BN tendían más a autoculparse por los problemas y eran menos propensas a recibir soporte y por tanto menos efectivas en el manejo de situaciones de crisis (Troop et al, 1998). Adicionalmente, Neckowitz y Morrison (1991) evaluaron las estrategias de afrontamiento en 28 pacientes con BN en situaciones estresantes íntimas y no íntimas comparándolas con un grupo de 30 mujeres que se ejercitaban regularmente. Las mujeres bulímicas mostraron una mayor percepción de amenaza y utilizaron mayores estrategias de afrontamiento evitativas en ambos tipos de situaciones, aún cuando ambos grupos evaluaron las situaciones de modo similar.

Finalmente, como se puede observar, el estrés y el afrontamiento se encuentran relacionados de manera consistente con los trastornos alimenticios, motivo por el cual serían variables mediadoras en el tratamiento, pues algunos estudios muestran que las pacientes bulímicas con elevados niveles de estrés que reportan un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas, tienen mayores dificultades para comprometerse con la psicoterapia y manejar los estresores que mantienen la sintomatología del cuadro y predisponen a las recaídas (Ghaderi y Scott, 2000; Tobin y Griffing, 1995). En tal sentido Smyth et al (2007) sugieren que en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa se utilicen técnicas que permitan modificar la valoración distorsionada de potenciales estresores, estrategias para desarrollar habilidades de regulación del afecto y que promuevan habilidades de afrontamiento efectivas.

### *Planteamiento del Problema*

En los últimos veinte años, el cuerpo teórico y las investigaciones en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria se han incrementado rápidamente y de manera proporcional a su incidencia a nivel mundial (Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón; 2003). En nuestro contexto particular, un estudio metropolitano de salud mental del año 2002 reveló que, para Lima y Callao, la prevalencia actual de Anorexia Nerviosa en personas adultas era de 0.0% mientras que la de la Bulimia Nerviosa era 0.6%. Asimismo, la tendencia a padecer problemas alimentarios era de 11,5%. Dicho estudio también reveló que en la población adolescente, si bien la prevalencia actual para la anorexia y bulimia nerviosa respectivamente era de 0.1% y 0.8% respectivamente, las conductas de riesgo como las crisis y conductas bulímicas eran altas, 7% y 3,8% respectivamente (Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi",

2002). El INSM “HD-HN” ha realizado además los estudios epidemiológicos en la Sierra (2003), Selva (2004) y Fronteras (2005) peruanas encontrando prevalencias similarmente bajas pero también porcentajes altos de conductas de riesgo, lo cual es preocupante. Otro estudio epidemiológico en el año 2003 encontró que un 16.4% de las adolescentes limeñas entre 13 y 19 años sufrían de uno o más trastornos alimenticios, y que un 15.1% se encontraban en riesgo de padecerlos (Martínez et al, 2003).

Teniendo en cuenta estos datos, sorprende que la investigación en estos temas en nuestro país aún sea incipiente, limitándose a algunos estudios en población normal y adolescente (p.e. Acevedo, 2008 Delgado, 2001; Guerrero, 2008; Hartley, 1999; Herrera, 2008; Marcés y Delgado, 1995; Martínez et al, 2003; Rodríguez, 2008; Zusman, 2000). En tal sentido, se hace imprescindible el contar con investigaciones en población clínica que permitan la obtención de información válida y confiable, de modo que los profesionales en salud mental tengamos una mejor comprensión de estos cuadros y sus manifestaciones particulares en nuestra población, con el fin de detectar factores de riesgo y planificar el tratamiento de manera adecuada.

Por su parte, como ya hemos explicado, las investigaciones en trastornos alimenticios en otros contextos dan cuenta del rol que cumplen el estrés y el afrontamiento en la etiología y en el mantenimiento de la Bulimia Nerviosa y las implicancias que ello trae en el tratamiento de estos trastornos (Ball y Lee, 2000; Bennett y Cooper, 1999; Tobin y Griffin, 1995).

Por dicha razón, estudiar ambos constructos en una muestra de pacientes con bulimia nerviosa tiene una significación clínica importante pues el valor del estudio radica en poder obtener información relevante para el tratamiento de las pacientes con trastornos alimenticios que acuden a un Instituto de salud mental de Lima Metropolitana. Conociendo los niveles de estrés y los estilos de afrontamiento de estas pacientes, así como los síntomas psicológicos relacionados con el trastorno en esta población en particular, se podrá establecer una línea de base sobre la cual fijar objetivos de tratamiento de manera adecuada, así como diseñar intervenciones individuales y grupales acordes con las características y necesidades de las pacientes. De encontrarse altos niveles de estrés y estilos de afrontamiento disfuncionales, se podría trazar como meta de tratamiento el modificar dichos estilos y reforzar las conductas de afrontamiento orientado al problema (Góngora, Van der Staak y Derksen, 2004; Tobin, 2000), pues, como sugieren algunos autores, el afrontamiento adaptativo es un fuerte indicador de mejoría y baja morbilidad (Bloks, Spinhoven, Callewaert, Willemse-Koning y Turkasma, 2001).

Finalmente, se abre una nueva línea de investigación en la materia, que luego puede ser ampliada para conocer los efectos y la eficacia del tratamiento en esta población.

Por lo tanto, la pregunta de investigación planteada para el presente estudio es la siguiente: ¿Cuáles son los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento predominantes en la muestra de estudio? ¿Existe alguna relación entre los niveles de estrés percibido y los estilos/estrategias de afrontamiento en esta muestra?

#### *Objetivos de Investigación*

En tal sentido, el objetivo general planteado para el presente estudio es identificar si existe relación entre los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento en una muestra de pacientes con Bulimia Nerviosa que acuden a un Centro de Salud Mental de Lima Metropolitana

A su vez, los objetivos específicos son los siguientes:

1. Identificar si existen diferencias en los niveles de estrés percibido de una muestra de pacientes con Bulimia Nerviosa que acuden a un Centro de Salud Mental de Lima Metropolitana y un grupo de comparación.
2. Identificar si existen diferencias en el uso de diversos estilos y estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con Bulimia Nerviosa que acuden a un Centro de Salud Mental de Lima Metropolitana y un grupo de comparación.
3. Identificar si existen diferencias en los niveles de estrés percibido de una muestra de pacientes con Bulimia Nerviosa que acuden a un Centro de Salud Mental de Lima Metropolitana de acuerdo a variables socio-demográficas y clínicas.
4. Identificar si existen diferencias en el uso de diversos estilos y estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con Bulimia Nerviosa que acuden a un Centro de Salud Mental de Lima Metropolitana de acuerdo a variables socio-demográficas y clínicas.



## CAPÍTULO II

### Metodología

#### *Tipo y Diseño de Investigación*

La presente investigación es de tipo correlacional con elementos descriptivos según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2003) pues si bien se busca establecer la relación entre dos constructos, los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento, también es importante determinar qué elementos son característicos de esta muestra para los constructos estudiados. El diseño utilizado es no experimental dado que no se manipulan variables y además es transversal-correlacional puesto que la medición se hace en un momento específico del tiempo (Kerlinger y Lee, 2002).

#### *Participantes*

El universo de estudio está compuesto por las pacientes mujeres que han sido diagnosticadas con Bulimia Nerviosa y que asisten a un Centro de Salud Mental de Lima Metropolitana con el fin de recibir tratamiento en su fase inicial, es decir, que han iniciado o retomado su tratamiento en los últimos 6 meses.

El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico intencional pues se seleccionó a las participantes de acuerdo a un conjunto de criterios relevantes para el estudio (Hernández et al., 2003):

- a) *Edad* entre 15 y 22 años con el fin de minimizar los efectos del tiempo de trastorno sobre los resultados. Además, este rango de edad alberga un periodo de adaptación, transición y manejo de demandas y cambios en el que los conceptos de estrés y afrontamiento se vuelven sumamente relevantes (Seiffge-Krenke, 1995), las estrategias de afrontamiento utilizadas se vuelven más variadas y se produce un incremento en el uso del estilo de afrontamiento activo (Frydenberg y Lewis, 1999; 2000; Griffith et al, 2000; Seiffge-Krenke, 2000; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).
- b) *Tiempo de Enfermedad*: Las pacientes debían tener un máximo de 5 años con el trastorno lo cual permite una mayor homogeneidad en la muestra.
- c) *Tiempo de Tratamiento*. Solo se incluyó en la muestra a pacientes diagnosticadas en el Centro durante el último año y que hubieran recibido tratamiento por un máximo de 6 meses, para asegurar que éste se encuentra todavía en su fase inicial;

d) *Puntuaciones en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)*: Con el fin de confirmar el diagnóstico de Bulimia Nerviosa se aplicó el EDI-2. Las pacientes debían obtener puntajes mayores a los reportados en población normal de acuerdo a los diversos estudios encontrados en el medio (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998, Guerrero, 2008).

La muestra quedó conformada por 30 pacientes así como por un grupo comparativo de igual número compuesto por mujeres que compartían la edad, el distrito de procedencia, el grado de instrucción y la ocupación con el grupo clínico.

#### *Características de la muestra clínica*

Las pacientes tienen un rango de edad entre 15 y 22 años con una media de 18,73 ( $DE=1,93$ ). En su mayoría provienen de distritos del cono norte de Lima (86,67%), se encuentran estudiando (70%) y cuentan con estudios escolares, técnicos o superiores (60%). En la Tabla 1 se puede apreciar la distribución de la muestra de acuerdo a estas variables demográficas.

**Tabla 1**  
*Distribución de la muestra según procedencia, grado de instrucción y ocupación*

Variables Demográficas	F	%
Procedencia		
Lima	26	86,67
Provincia	4	13,33
Grado de Instrucción		
Secundaria Incompleta	5	16,67
Secundaria Completa	7	23,33
Técnica Incompleta	5	16,67
Superior Incompleta	13	43,33
Ocupación		
Desocupada	4	13,33
Estudiante	21	70,00
Trabaja	5	16,67

$n=30$

En cuanto a las variables clínicas, el tiempo de enfermedad promedio en la muestra es de 3,04 años ( $DE=1,69$ ). A su vez, un alto porcentaje de las pacientes (63,3%) presenta comorbilidad con algún trastorno del Eje I o II, la mayoría no había recibido tratamientos previos al ingreso al Centro de salud mental (60%), un alto porcentaje de estas pacientes (67%) había intentado suicidarse al menos una vez y se habrían provocado autolesiones. En la Tabla 2 se observa la distribución de la muestra de acuerdo a algunas variables clínicas importantes.

**Tabla 2**  
*Distribución de la muestra según algunas variables clínicas importantes*

Variable	F	%	Variable	f	%
IMC			Tipo de Tratamiento Anterior		
Bajo Peso	2	6,70	No recibió	18	60,00
Saludable	22	73,30	Farmacológico	9	30,00
Sobrepeso	4	13,30	Ambos	3	10,00
Obeso	2	6,70			
Comorbilidad			Autolesiones		
No	11	36,67	No	10	33,33
Si	19	63,33	Si	20	66,67
Comorbilidad Eje 1			Intento Suicida		
No	18	60,00	No	10	33,33
Depresión	12	40,00	Si	20	66,67
Comorbilidad Eje 2			Abuso de Sustancias		
No	14	46,67	No	17	56,67
Borderline	16	53,33	Si	13	43,33
Tipo de Tratamiento Actual			Conductas Sexuales de Riesgo		
Farmacológico	17	56,67	No	22	73,33
Psicológico	1	3,33	Si	8	26,67
Ambos	12	40,00	Hospitalización		
			No	19	63,33
			Si	11	36,67

n=30

Finalmente, se incluyó en el grupo clínico a aquellas pacientes cuyos puntajes en las primeras escalas del EDI-2 estuvieran dentro del rango esperado para los grupos clínicos según lo reportado en Corral, González, Pereña y Seisdodos (1998) y Guerrero (2008) encontrándose, como se aprecia en la Tabla 3, lo siguiente:

**Tabla 3**  
*Puntuaciones en las primeras escalas del EDI-2 según grupo de estudio*

	Grupo <sup>a</sup>			
	Clínico <sup>b</sup>		Comparativo <sup>c</sup>	
	M	DE	M	DE
Obsesión por la Delgadez	<b>16,40</b>	3,41	<b>1,20</b>	1,93
Bulimia	<b>13,80</b>	3,85	<b>0,43</b>	0,93
Insatisfacción Corporal	<b>18,03</b>	6,66	<b>1,37</b>	1,77

<sup>a</sup> n=60

<sup>b</sup> n=30

<sup>c</sup> n=30



## *Instrumentos*

### *Ficha de Datos Socio-Demográficos*

Se encuentra dentro de la historia clínica de la paciente e incluye los siguientes datos de filiación: edad, procedencia, grado de instrucción y ocupación actual.

### *Formato de Evaluación Inicial Abreviado (FEIA)*

Este documento también es parte de la historia clínica, y contiene información relevante para la descripción de la muestra del presente estudio en términos de: diagnóstico del paciente, tiempo de enfermedad, tipos de tratamiento recibidos actualmente y medicación actual así como tratamientos y diagnósticos recibidos anteriormente.

### *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 (Garner, Olmsted y Polivy, 1991)*

Este instrumento de auto-aplicación fue elaborado por Garner, Olmsted y Polivy en 1991. Si bien no pretende establecer un diagnóstico específico de anorexia o bulimia, permite evaluar sintomatología de los TCA presente relevante para la clínica, así como la severidad de ésta y se ha convertido en un instrumento clave en la evaluación de estos trastornos tanto en muestras clínicas como no clínicas (Sierra, Buela-Casal y Ambrosio, 2001). La versión original del cuestionario contaba con 64 ítems y 8 escalas.

La segunda edición del cuestionario (EDI-2) cuenta con 91 ítems. Estos reactivos se distribuyen en once escalas, tres de las cuales fueron agregadas en la segunda versión del instrumento: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad, Inseguridad social (Anexo B).

Diversos estudios con la prueba han demostrado que funciona adecuadamente. El manual de la prueba reporta que la confiabilidad por consistencia interna en muestras clínicas oscila entre 0.80 y 0.93 para las primeras ocho escalas mientras que para las tres últimas los coeficientes varían entre 0.70 y 0.80. Asimismo posee buenos niveles de validez de criterio y de contenido y altos niveles de validez convergente y discriminante (Garner, 1998). Para su validación española, el instrumento fue aplicado a una muestra de hombres y mujeres normales ( $n=3808$ ), mujeres en riesgo de padecer trastornos alimenticios ( $n=277$ ) y una muestra clínica ( $n=306$ ) arrojando coeficientes de confiabilidad por consistencia interna entre 0.80 y 0.92 para las 11 escalas (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998). En términos de validez, se determinó la validez de constructo mediante

el análisis factorial encontrando que existen tres factores principales que explican el 52% de la varianza total: personal, social y corporal.

En nuestro país, el instrumento ha sido adaptado por Guerrero (2008) en una muestra de 392 adolescentes de 16 a 20 años de una universidad privada de Lima Metropolitana. Obtuvo la validez de contenido mediante el criterio de jueces con porcentajes de acuerdo mayores al 80% en el 97.8% de los ítems. Asimismo, determinó la validez de constructo mediante el análisis factorial del cual se obtuvieron tres factores que se correspondían con aquellos encontrados en la adaptación española y explicaban el 60.58% de la varianza total de la muestra. En cuanto a la confiabilidad, se utilizó el método de consistencia interna, encontrando valores entre 0.54 y 0.81 para las escalas originales y coeficientes entre 0.31 y 0.74 para las escalas añadidas en el EDI-2. Además se obtuvo la confiabilidad para los tres factores obtenidos encontrando un alpha de 0.86 para el factor personal, 0.85 para el factor social y 0.81 para el factor corporal.

La versión del EDI-2 que fue aplicada en la presente investigación corresponde a la prueba validada por los responsables del Área de Trastornos Alimenticios del INSM "HD-HN". Esta versión cuenta con adecuados niveles de validez y confiabilidad según refiere el director del área en comunicación personal y se encuentra en proceso de publicación.

Para fines de este estudio se encontraron coeficientes de confiabilidad por consistencia interna entre 0.81 y 0.94 en la mayoría de las escalas, salvo en *Desconfianza Interpersonal* y *Ascetismo* que obtuvieron coeficientes alpha de 0,77 y 0,66 respectivamente. Asimismo, se encontró que la mayoría de los ítems poseen una adecuada capacidad de discriminación, exceptuando al ítem 71 cuya correlación ítem-test fue de -0,186. Este ítem se comportó de modo muy similar en el estudio de Guerrero (2008). Los coeficientes de confiabilidad y las correlaciones ítem-test para cada escala se pueden encontrar en el Anexo C.

#### *Cuestionario de Respuesta al Estrés (Valdéz, 1999)*

Este cuestionario consta de 33 ítems y mide la respuesta aguda de estrés en sus tres componentes: a) emocional, b) fisiológico y c) cognitivo, obteniéndose un puntaje total así como uno para cada escala (Anexo D). La validez del instrumento se obtuvo mediante el criterio de 9 jueces quienes además de revisar el contenido y pertinencia de cada ítem debían evaluar su pertenencia a cada sub-escala. Sólo se incluyeron en la prueba los ítems con índices de acuerdo mayores a 0.80 y aquellos ítems cuya correlación ítem test corregida arrojará valores mayores a 0.17. Además, cuenta con normas para su interpretación. La prueba fue aplicada en 132 escolares entre 15 y 17 años, obteniendo

coeficientes de confiabilidad por consistencia interna de 0.91 para la prueba total y, para cada componente, valores entre 0.75 y 0.84 mostrando un funcionamiento adecuado.

Adicionalmente, este cuestionario ha sido utilizado en una investigación con 102 mujeres embarazadas entre 15 y 17 años, así como en 123 estudiantes de psicología con edades entre 19 y 25 años (Cassaretto, Chau, Oblitas, y Valdéz, 2003). No se han encontrado datos o limitaciones acerca de su uso en muestra clínica y actualmente se continúan realizando investigaciones con la prueba que están en proceso de publicación.

Para fines de este estudio, se obtuvo la confiabilidad por consistencia interna del instrumento, obteniendo un alpha de Cronbach para la escala total de 0.96 y para las subescalas coeficientes entre 0.78 y 0.95, lo cual indica que la prueba funciona de modo adecuado. Sólo el ítem 3 obtuvo una correlación ítem-test menor a 0,3 indicando una pobre capacidad discriminativa. Los datos en detalle se pueden encontrar en el Anexo E.

*Cuestionario de Estilos de afrontamiento al Estrés COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)*

Este inventario tiene 52 ítems y consta de 13 escalas que permiten evaluar tres estilos de afrontamiento: a) Estilos de afrontamiento enfocados en el problema; b) Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción; y c) Otros estilos de afrontamiento o afrontamiento evitativo (Anexo F).

Carver et al. (1989) obtuvieron la validez de constructo del instrumento mediante el análisis factorial, obteniendo 11 factores que estuvieron acordes con la asignación de elementos a las escalas excepto los ítems de afrontamiento activo y de planificación que aparecieron juntos en un factor. Sin embargo, se mantuvieron separados en dos factores siguiendo el modelo teórico. Lo mismo ocurrió en el caso de las escalas de búsqueda de soporte social (instrumental y emocional) donde se procedió de la misma forma. La confiabilidad por consistencia interna obtuvo un rango para las subescalas de 0.45 y 0.92. Sólo la escala de desentendimiento mental tuvo un coeficiente menor a 0.60 (Carver et al., 1989).

En nuestro contexto, la adaptación del instrumento fue hecha por Casuso (1996) quien trabajó con 817 estudiantes de segundo año de una universidad privada y una pública. Los niveles de confiabilidad arrojaron, en algunas sub-escalas, valores inferiores a los hallados en 1989 por los autores originales. Estos oscilaron entre 0.40 y 0.86. En cuanto a la validez, ésta se obtuvo mediante el análisis factorial, del cual emergieron 11 factores con eigenvalues mayores a 1.19 los cuales explicaban un 53.1% de la varianza

explicada. Sin embargo, la estructura factorial no coincidía del todo con la original, motivo por el cual se reagruparon los ítems, dando lugar al Inventario COPE *Reorganizado*.

Por su parte, Chau (1999) en una investigación con 440 universitarios entre 17 y 35 años, basándose en la escala original, realizó el análisis factorial por componentes principales y encontró que de las 13 escalas, 9 mantenían su forma original y en cuatro se tuvo que eliminar un ítem por tener bajas correlaciones ítem-test. La escala de *postergación del afrontamiento* no se confirmó factorialmente pues dos ítems no se validaron. Sin embargo, fue conservada para mantener una congruencia teórica. Los factores obtenidos explicaron un 63% de la varianza total. Por su parte, la confiabilidad por consistencia interna, utilizando el alpha de Cronbach arrojó coeficientes entre 0.44 y 0.89 en las diferentes escalas. Por su parte, la misma autora desarrolló nuevamente los análisis de confiabilidad en una muestra de 1162 universitarios, encontrando coeficientes alpha de 0.50 a 0.90 (Chau, 2004).

En cuanto a su uso en muestra clínica, Góngora et al. (2004) en Argentina aplicaron la escala, en su versión española, junto con otras a una muestra de 70 pacientes con bulimia nerviosa mayores de 18 años ( $M=21.8$ ) que pertenecían a diferentes instituciones de salud mental de Buenos Aires. La adaptación del instrumento en su versión disposicional fue realizada por Crespo y Cruzado en 1997 (citados en Góngora et al., 2004) en 401 estudiantes universitarios entre 18 y 41 años, obteniendo una estructura factorial similar a la original y coeficientes alpha de Cronbach mayores a 0.60, exceptuando la escala de *desentendimiento mental* que obtuvo un alpha de 0.37.

En el presente estudio se obtuvieron los coeficientes alpha para cada una de las 13 escalas obteniendo valores entre 0.61 y 0.91 en 11 de ellas. Las escalas de *postergación del afrontamiento* y *desentendimiento mental* obtuvieron coeficientes de 0.35 y 0.37 respectivamente. Ello se corresponde con lo hallado por Chau (1999) y Crespo y Cruzado (1997, citados en Góngora et al., 2004). Los datos en detalle se pueden encontrar en el Anexo G.

## *Procedimiento*

### *Consentimiento informado*

Se redactó un consentimiento informado para las pacientes, explicitando información sobre los alcances de su participación en el estudio y la confidencialidad de sus datos y sus resultados (Anexo H). Asimismo se redactó otro destinado a los padres de las pacientes que eran menores de edad con el fin de contar con su aprobación (Anexo I).

### *Recolección de datos*

Se redactó un protocolo de investigación que fue presentado al Centro de Salud para su aprobación, el cual fue revisado por el responsable del Área de Investigación en Trastornos de Conducta Alimentaria, por el Comité de Ética del Departamento de Investigación y por el Comité de Ética del Centro.

Una vez aprobado, se revisaron las Historias Clínicas de aquellas pacientes con diagnóstico de BN que hubieran ingresado a ser atendidas por primera vez al Centro en el presente año o que estuvieran retomando el tratamiento que dejaron inconcluso. De cumplir con los criterios de inclusión se obtuvieron sus datos de contacto así como otros datos relevantes.

Se convocó a las pacientes vía telefónica. Se les explicó someramente los objetivos de la investigación, los alcances de su participación y el beneficio que obtendrían y, de aceptar, se les dio cita para la evaluación individual. Antes de la aplicación, se leyó el consentimiento informado y se absolvió cualquier duda que pudieran tener. Una vez firmado, se procedió a entrevistarlas brevemente con el fin de corroborar los datos obtenidos de su historia clínica. Finalmente se aplicaron los instrumentos. Las dudas respecto a los ítems de algún instrumento fueron aclaradas en el momento. Concluida la aplicación se dio un pequeño espacio para que pudieran exponer sus dudas, preguntas o comentarios.

En el caso de las pacientes menores de edad, se les explicó el procedimiento a seguir junto con sus madres. Una vez obtenido el consentimiento de éstas se solicitó que esperaran fuera del consultorio y se procedió a la aplicación de instrumentos.

En cuanto al grupo de comparación, se aplicó el mismo procedimiento, concertando una cita vía telefónica, en la que se les explicó someramente los objetivos de la investigación y los alcances de su participación. Una vez en el centro de salud se firmó el consentimiento informado y se procedió a recolectar sus datos socio-demográficos y antropomórficos. Luego se aplicaron los instrumentos y finalmente se agradeció su participación en la investigación.

### *Análisis de datos*

Una vez codificados los cuestionarios, fueron calificados de acuerdo a los criterios particulares de cada uno. Los resultados se vaciaron luego en una base de datos en el programa estadístico SPSS15.0, con el cual se efectuaron los análisis correspondientes. En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la muestra en cuanto a las variables socio-demográficas y las variables clínicas estudiadas. Seguidamente se

obtuvieron los coeficientes Alpha y las correlaciones ítem-test corregidas de cada prueba y de sus respectivas sub escalas. Luego se obtuvieron las medias y desviaciones estándar de los puntajes obtenidos en cada una de ellas. Con el fin de efectuar comparaciones entre ambos grupos se testeó la normalidad de la distribución de los puntajes mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnof. Al encontrar que la mayoría de las distribuciones no era normal, se procedió a efectuar las comparaciones utilizando el estadístico U de Mann Whitney. Finalmente se efectuaron los análisis de correlación utilizando el estadístico Rho de Spearman, al tratarse de distribuciones no paramétricas.







## CAPÍTULO III

### Resultados

A continuación se procederá a presentar los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de la investigación.

#### *Estrés Percibido*

De acuerdo a los objetivos planteados se busca determinar si existen diferencias significativas en los niveles de estrés percibido entre el grupo clínico y el grupo comparativo. Dado que las distribuciones de los puntajes resultaron ser en su mayoría no paramétricas, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney como estadístico de comparación (Anexo J).

Como se puede apreciar en la Tabla 4, se puede decir a nivel descriptivo que los niveles de estrés en ambas muestras son elevados, en comparación con lo encontrado en otros estudios realizados con la misma prueba (Valdéz, 1999; Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz, 2003).

A su vez se observa que los niveles de estrés percibido son significativamente mayores en el grupo clínico que en el grupo comparativo, tanto a nivel emocional, fisiológico, cognitivo y en total.

**Tabla 4**  
*Niveles de Estrés percibido de acuerdo a grupos de estudio*

	Grupo				<i>U</i>
	Clínico <sup>a</sup>		Comparativo <sup>b</sup>		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Estrés Emocional	<b>37,83</b>	6,66	<b>22,03</b>	5,10	<b>30,500**</b>
Estrés Cognitivo	<b>24,33</b>	5,12	<b>14,97</b>	4,98	<b>86,500**</b>
Estrés Fisiológico	<b>31,87</b>	8,37	<b>22,27</b>	5,33	<b>149,500**</b>
Estrés Total	<b>94,03</b>	17,07	<b>59,27</b>	13,87	<b>56,000**</b>

<sup>a</sup> *n*=30

<sup>b</sup> *n*=30

\*\**p*<0,01

Adicionalmente se efectuaron comparaciones en los niveles de estrés de la muestra clínica de acuerdo a variables socio-demográficas y de enfermedad tales como edad, tiempo de enfermedad (T.E.), el IMC, tipo de tratamiento actual y anterior recibido,



ocurrencia de autolesiones, intentos suicidas, consumo de sustancias, conductas sexuales riesgosas y hospitalizaciones previas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estrés de acuerdo a la edad y al tiempo de enfermedad, como se observa en las Tablas 5 y 6. En el primer caso se observa que las pacientes de menor edad presentan mayores niveles de *Estrés Fisiológico* que las mayores.

**Tabla 5**  
*Niveles de Estrés percibido de acuerdo a la edad*

	Edad				U
	[15-18] <sup>a</sup>		[19-22] <sup>b</sup>		
	M	DE	M	DE	
Estrés Emocional	37,83	7,55	37,83	6,22	104,000
Estrés Cognitivo	24,00	5,48	24,56	5,02	102,500
Estrés Fisiológico	<b>35,42</b>	7,69	<b>29,50</b>	8,14	<b>61,500*</b>
Estrés Total	97,25	18,67	91,89	16,11	82,000

<sup>a</sup> n=12

<sup>b</sup> n=18

\*p<0,05

En el segundo caso, se encontró que los niveles de *Estrés Emocional, Fisiológico y Total* son significativamente mayores en pacientes cuyo T.E. es mayor a 4 años.

**Tabla 6**  
*Niveles de Estrés percibido de acuerdo al tiempo de enfermedad*

	Tiempo de Enfermedad <sup>a</sup>				U
	[0,5-3,9] <sup>b</sup>		[4-5] <sup>c</sup>		
	M	DE	M	DE	
Estrés Emocional	<b>35,76</b>	6,92	<b>40,54</b>	5,41	<b>61,500*</b>
Estrés Cognitivo	23,71	5,17	25,15	5,15	95,000
Estrés Fisiológico	<b>29,24</b>	8,19	<b>35,31</b>	7,55	<b>61,500*</b>
Estrés Total	<b>88,71</b>	17,16	<b>101,00</b>	14,80	<b>65,500*</b>

<sup>a</sup> En años

<sup>b</sup> n=17

<sup>c</sup> n=13

\*p<0,05

### *Estilos de Afrontamiento*

En cuanto al afrontamiento, se efectuaron los análisis de normalidad correspondientes (Anexo J) y se utilizó el estadístico U de Mann Whitney con el fin de determinar si existen diferencias significativas en el uso de diversos estilos de afrontamiento entre el grupo clínico y el grupo comparativo. Como se puede ver en la Tabla 7, existe evidencia estadística de diferencias en cuanto al uso del *Estilo de*

*Afrontamiento Centrado en el Problema*, dándose éste en menor medida en el grupo clínico. En tal sentido se observa que las estrategias de *Afrontamiento Activo* y de *Apoyo Social Instrumental* se utilizan en menor medida por parte de este último grupo.

**Tabla 7**

*Estilos de Afrontamiento según grupo de estudio*

	Grupo				U
	Clínico <sup>a</sup>		Comparativo <sup>b</sup>		
	ME	DE	ME	DE	
Afrontamiento Centrado en el Problema	<b>44,13</b>	8,79	<b>50,13</b>	9,66	<b>281,000**</b>
Afrontamiento Activo	<b>8,53</b>	2,65	<b>10,10</b>	2,31	<b>274,000**</b>
Planificación	9,43	2,89	10,80	2,88	341,000
Supresión de Actividades Competentes	8,73	3,26	8,23	3,07	397,000
Postergación del Afrontamiento	8,70	2,44	9,53	2,01	348,500
Apoyo Social Instrumental	<b>8,73</b>	3,43	<b>11,47</b>	2,65	<b>245,500**</b>
Afrontamiento Centrado en la Emoción	47,27	8,99	50,30	8,47	348,000
Apoyo Social Emocional	9,37	3,66	10,97	2,96	346,000
Reinterpretación Positiva	<b>9,13</b>	2,64	<b>11,67</b>	2,12	<b>198,500**</b>
Aceptación	8,60	3,02	9,47	2,57	375,000
Acudir a la religión	8,83	4,14	10,23	4,16	368,000
Negación	<b>11,33</b>	2,71	<b>7,97</b>	2,19	<b>146,000**</b>
Afrontamiento Evitativo	<b>24,57</b>	5,67	<b>19,13</b>	3,95	<b>204,000**</b>
Focalizar y Liberar Emociones	<b>7,57</b>	2,83	<b>5,27</b>	1,66	<b>215,000**</b>
Desentendimiento Conductual	<b>7,47</b>	2,32	<b>6,13</b>	1,96	<b>303,500**</b>
Desentendimiento Mental	<b>9,53</b>	2,49	<b>7,73</b>	1,96	<b>247,500**</b>

<sup>a</sup> n=30

<sup>b</sup> n=30

\*\*p<0,01

Por su parte, se observa que no existen diferencias entre los grupos en cuanto a la utilización del *Estilo de Afrontamiento Centrado en la Emoción*. Sin embargo, ésta es significativamente mayor en el grupo comparativo en cuanto a la estrategia de *Reinterpretación Positiva* y en el grupo clínico, en la *Negación*.

Finalmente se aprecia que existen diferencias significativas en el *Estilo de Afrontamiento Evitativo*, siendo este utilizado en mayor medida por el grupo clínico. En tal sentido, las estrategias de *Focalizar y Liberar Emociones*, *Desentendimiento Mental* y *Desentendimiento Conductual* son más usadas.

Adicionalmente, se efectuaron comparaciones en el uso de los estilos y estrategias de afrontamiento de acuerdo a variables sociodemográficas y clínicas relevantes, encontrando diferencias significativas de acuerdo a la comorbilidad en general y de

acuerdo a los Ejes (I y II). En tal sentido se observa que aquellas pacientes que presentan *comorbilidad con algún otro trastorno* ( $n=19$ ) hacen un uso significativamente mayor ( $p=0,04$ ) del apoyo social emocional ( $ME=10,42$ ;  $DE=3,12$ ) que aquellas que no la presentan ( $n=11$ ,  $ME=7,55$ ;  $DE=3,96$ ).

A su vez se obtuvo que las pacientes que presentan comorbilidad con el trastorno depresivo mayor utilizan en menor medida las estrategias de negación y desenganche mental que aquellas que no la presentan, como se aprecia en la Tabla 8.

**Tabla 8**  
*Estilos de Afrontamiento según comorbilidad en el Eje I*

	Comorbilidad en Eje I				U
	No <sup>a</sup>		Depresión <sup>b</sup>		
	ME	DE	ME	DE	
Negación	<b>12,28</b>	2,24	<b>9,92</b>	2,81	50,000*
Desentendimiento Mental	<b>10,22</b>	2,56	<b>8,50</b>	2,07	57,000*

<sup>a</sup>  $n=18$

<sup>b</sup>  $n=12$

\* $p<0,05$

Finalmente, se halló que aquellas pacientes que presentan comorbilidad con el Trastorno de Personalidad Borderline hacen un mayor uso de las estrategias de apoyo social instrumental y emocional, así como del estilo de afrontamiento orientado a la emoción, como se observa en la Tabla 9.

**Tabla 9**  
*Estilos de Afrontamiento según comorbilidad en el Eje II*

	Comorbilidad en Eje II				U
	No <sup>a</sup>		Borderline <sup>b</sup>		
	ME	DE	ME	DE	
Apoyo Social Instrumental	<b>7,43</b>	3,35	<b>9,88</b>	3,18	64,500*
Apoyo Social Emocional	<b>7,64</b>	3,63	<b>10,88</b>	3,05	55,000*
Afrontamiento Centrado en la Emoción	<b>43,43</b>	7,14	<b>50,63</b>	9,29	61,500*

<sup>a</sup>  $n=18$

<sup>b</sup>  $n=12$

\* $p<0,05$

### *Estrés y Afrontamiento en pacientes con Bulimia Nerviosa*

De acuerdo a los objetivos planteados, se hallaron las correlaciones entre las variables estrés y afrontamiento, y las primeras escalas del EDI-2 en la muestra total, encontrándose que entre el estrés percibido y los síntomas propios de la BN éstas resultaron significativas y grandes según el Criterio de Cohen. En cuanto al afrontamiento, se observa que el *Estilo Evitativo* y casi todas sus estrategias correlacionan significativamente con los síntomas de la BN. Además, se aprecia una correlación positiva y grande entre la estrategia de *Negación* y los síntomas asociados a la BN. Finalmente, se observa que existen correlaciones inversas y medianas entre algunas estrategias de afrontamiento y la sintomatología bulímica, específicamente el *Apoyo Social Instrumental* y la *Reinterpretación Positiva*.

**Tabla 10**  
Correlaciones entre los sub-tests del EDI-2 y las variables estrés y afrontamiento <sup>a</sup>

	Obsesión por la Delgadez	Bulimia	Insatisfacción Corporal
Estrés Emocional	<b>,762**</b>	<b>,787**</b>	<b>,827**</b>
Estrés Cognitivo	<b>,678**</b>	<b>,658**</b>	<b>,784**</b>
Estrés Fisiológico	<b>,582**</b>	<b>,626**</b>	<b>,701**</b>
Estrés Total	<b>,733**</b>	<b>,751**</b>	<b>,824**</b>
Afrontamiento Centrado en el Problema	-,208	-,235	-,191
Afrontamiento Activo	-,234	<b>-,261*</b>	-,214
Planificación	-,133	-,106	-,117
Supresión de Actividades Competentes	,156	,105	,244
Postergación del Afrontamiento	-,139	-,147	-,152
Apoyo Social Instrumental	<b>-,362**</b>	<b>-,337**</b>	<b>-,382**</b>
Afrontamiento Centrado en la Emoción	-,197	-,165	<b>-,286*</b>
Apoyo Social Emocional	-,242	-,128	<b>-,283*</b>
Reinterpretación Positiva	<b>-,406**</b>	<b>-,435**</b>	<b>-,487**</b>
Aceptación	-,145	-,136	-,189
Acudir a la religión	-,112	-,170	<b>-,258*</b>
Negación	<b>,514**</b>	<b>,574**</b>	<b>,624**</b>
Afrontamiento Evitativo	<b>,476**</b>	<b>,447**</b>	<b>,427**</b>
Focalizar y Liberar Emociones	<b>,533**</b>	<b>,392**</b>	<b>,456**</b>
Desentendimiento Conductual	<b>,293*</b>	,222	,238
Desentendimiento Mental	<b>,314*</b>	<b>,417**</b>	<b>,300*</b>

<sup>a</sup> n=60

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Finalmente, se buscó determinar si existe relación entre los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento en esta muestra de estudio, encontrándose

correlaciones medianas y significativas de acuerdo al criterio de Cohen entre el estrés (emocional, cognitivo, fisiológico y total) y el afrontamiento evitativo como se aprecia en la Tabla 11. Casi todas las estrategias que componen dicho estilo también correlacionaron significativamente con el estrés y sus manifestaciones. Asimismo se hallaron correlaciones significativas, directas y grandes entre la *Negación* y el estrés. Finalmente, el *Apoyo Social Instrumental* y la *Reinterpretación Positiva* correlacionan de modo inverso y significativo con el estrés emocional, cognitivo y total.

**Tabla 11**  
*Correlaciones entre las variables estrés y afrontamiento<sup>a</sup>*

	Estrés Emocional	Estrés Cognitivo	Estrés Fisiológico	Estrés Total
Afrontamiento Centrado en el Problema	-,211	-,208	,012	-,160
Afrontamiento Activo	-,206	-,223	-,099	-,199
Planificación	-,139	-,162	,131	-,082
Supresión de Actividades Competentes	,123	,152	,176	,165
Postergación del Afrontamiento	-,159	-,109	,050	-,088
Apoyo Social Instrumental	<b>-,318*</b>	<b>-,287*</b>	-,249	<b>-,310*</b>
Afrontamiento Centrado en la Emoción	-,237	-,181	-,145	-,208
Apoyo Social Emocional	-,235	-,239	-,195	-,235
Reinterpretación Positiva	<b>-,497**</b>	<b>-,462**</b>	-,235	<b>-,442**</b>
Aceptación	-,160	-,103	-,144	-,152
Acudir a la religión	-,166	-,118	-,072	-,136
Negación	<b>,593**</b>	<b>,537**</b>	<b>,448**</b>	<b>,567**</b>
Afrontamiento Evitativo	<b>,395**</b>	<b>,431**</b>	<b>,345**</b>	<b>,428**</b>
Focalizar y Liberar Emociones	<b>,335**</b>	<b>,369**</b>	<b>,423**</b>	<b>,405**</b>
Desentendimiento Conductual	<b>,273*</b>	<b>,309*</b>	,073	,254
Desentendimiento Mental	<b>,329*</b>	<b>,352**</b>	<b>,327*</b>	<b>,365**</b>

<sup>a</sup> n=60  
\*p<0,05  
\*\*p<0,01

## CAPÍTULO IV

### Discusión

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en la investigación, para lo cual se presentan, en primer lugar, los datos más relevantes de los análisis de confiabilidad realizados a los instrumentos utilizados. Posteriormente se comentan las características más resaltantes de la muestra de estudio y finalmente se discuten las implicancias de los hallazgos para los objetivos propuestos.

#### *Confiabilidad de los instrumentos*

Respecto a los instrumentos utilizados, un primer dato relevante radica en su adecuado funcionamiento en esta investigación, lo cual se evidencia en los niveles de confiabilidad obtenidos y nos indica que las variables de estudio han sido medidas adecuadamente. En tal sentido, respecto al EDI-2, se encontró que los niveles de confiabilidad son superiores a los obtenidos en la investigación de Guerrero (2008) a pesar de que el tamaño muestral ( $n=60$ ) es significativamente menor al del mencionado estudio ( $n=393$ ). Esto tiene su sustento en que en los análisis de confiabilidad se incluyó tanto al grupo clínico como al no clínico, lo cual permitió dar una mayor dispersión a los puntajes en cada ítem y por tanto, contribuir a la capacidad discriminativa de la prueba.

Sin embargo, es importante acotar que un ítem de la sub-escala de *Ascetismo* (Edi71: “Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer”) no funcionó como se esperaba, pues obtuvo una correlación ítem-test corregida de  $-.19$ . Esto es similar a lo encontrado por Guerrero (2008), pues en su estudio este mismo ítem obtuvo una correlación de  $-.20$  siendo el único en la escala que se comportó de ese modo. Un análisis detallado de las respuestas otorgadas a este demostró que el 80% de la muestra total ( $n=48$ , 22 del grupo clínico y 26 del grupo de comparación) contestó que “a menudo”, “casi siempre” o “siempre” tienden a buscar cosas que les producen placer y por lo tanto no obtuvieron puntaje alguno por sus respuestas, pues el ítem se califica en sentido inverso. Estos hallazgos se condicen con lo reportado por Corral, González, Pereña y Sisdodos (1998) quienes observan que el descenso en el Alpha de Cronbach de la escala



*Ascetismo* en la adaptación española se produjo por los índices negativos de consistencia del ítem 71 así como por el escaso rango de respuestas obtenidas. Al respecto refieren que el ítem apunta a una característica hedonista inherente a nuestra humanidad, que es propia de los pueblos latinos más que de los norteamericanos explicando con ello el porqué de la correlación inversa.

Por su parte, en cuanto al Cuestionario de Respuesta al Estrés se encontraron coeficientes de confiabilidad superiores a los obtenidos por la autora de la escala (Valdéz, 1999) evidenciándose un funcionamiento notable. Igualmente un ítem de la escala (Cre3: “No puedo controlar que vengan a mi mente pensamientos perturbadores”) obtuvo una correlación ítem-test de 0.168 con la sub-escala de *Estrés Cognitivo*, la cual se considera baja. Sin embargo, sí funcionó adecuadamente al interior de la escala total. Un análisis del ítem demostró que alrededor del 70% de la muestra total habría marcado las alternativas “nunca” y “a veces”. Ello explicaría el porqué de la baja correlación, pues según la teoría, las respuestas de estrés cognitivo implican una percepción de pérdida de control (Coyne y Downy, 1991; Sandín, 1995) pero en el caso de la muestra de estudio, la mayoría refiere tener el control de sus pensamientos intrusivos y por tanto, esto no les produce estrés.

Finalmente, respecto al COPE, se encontraron coeficientes de confiabilidad iguales o mayores a los reportados en la literatura existente en el medio (Casuso, 1996; Chau 1999, 2004; Góngora, 2004) en 11 de las 13 sub-escalas que la componen. De este modo, las escalas de *Postergación del Afrontamiento* y *Desentendimiento Mental* obtuvieron coeficientes de 0.35 y 0.37 respectivamente, lo cual se relaciona a lo hallado por Chau (1999) en nuestro contexto y por Crespo y Cruzado en la adaptación española (1997, citados en Góngora et al, 2004), entendiéndose que los resultados encontrados en relación con estas escalas se deben interpretar con precaución. Un análisis de los ítems que las componen demostró que en cada una, dos ítems obtuvieron correlaciones ítem-test menores a 0.2. Examinando estos datos se presume que la redacción de los ítems y el contenido de los mismos no reflejan apropiadamente el constructo de fondo que se desea medir. Ello, sumado a que el instrumento cuenta con sólo 4 ítems para cada sub-escala explica los bajos índices de confiabilidad. Esto se ha discutido en investigaciones anteriores que también dan cuenta de las limitaciones del uso de cuestionarios de autoreporte en la medición del afrontamiento (Endler y Parker, 1994,1999; Folkman y Moskowitz, 2004; Stone, Greenberg, Kennedy-Moore y Newman, 1991).

### *Características de la muestra clínica*

En cuanto a las características de la muestra clínica, se pudo constatar, como indican Fairburn y Harrison (2003), que la BN es un trastorno que se instala y se perpetúa por un tiempo prolongado, pues buena parte de la muestra presenta un tiempo de trastorno mayor a 4 años. Asimismo, se encontró que la mayoría de estas pacientes presenta comorbilidad con algún trastorno del Eje I o II, teniendo como segundo diagnóstico la Depresión Mayor o el Trastorno de Personalidad Borderline (TPB) lo cual se corresponde con lo reportado en la literatura (Fairburn y Harrison, 2003; Góngora, Van der Staak y Derksen, 2004; Milos et al 2003; Sansone y Levitt, 2005) y, además evidencia la problemática subyacente al tratamiento de estos trastornos y las expectativas de mejoría de las pacientes que los padecen. Como se explica en la Guía de la American Psychiatric Association para el tratamiento de los TCA, la presencia de un trastorno de personalidad comórbido, especialmente el TPB, se asocia a un mayor número de recaídas, hospitalizaciones y a un peor pronóstico. Por ello implica la necesidad de una aproximación a largo plazo que se enfoque en la estructura de personalidad de base, en las estrategias de afrontamiento, en un adecuado manejo de emociones y en mejorar las relaciones interpersonales adicionalmente al tratamiento de los síntomas bulímicos (APA, 2000).

Otra característica importante es la presencia, en un gran porcentaje de casos, de autolesiones, intentos suicidas, abuso de sustancias y conductas sexuales de riesgo entre la sintomatología de la muestra de estudio, los cuales dan cuenta de que ésta consta en gran medida de pacientes que exhiben conductas impulsivas y autodestructivas, motivo por el cual su pronóstico es poco favorable. Las investigaciones en torno a estas conductas en pacientes con BN no muestran resultados concluyentes respecto a si están relacionadas en alguna medida con otra condición comórbida (como el TPB) o son manifestaciones exclusivas del TCA. Sin embargo, lo que sí parece claro es que estas conductas pueden servir como medios de afronte que permiten a las pacientes bloquear la consciencia de emociones intolerables que de otro modo tendrían que ser procesadas, funcionando en dicho sentido, como estrategias evitativas (Peñas-Lledó, Vaz, Ramos y Waller, 2002; Wonderlich, Myers, Norton y Crosby, 2002).

Tomando estos datos en cuenta, la muestra de estudio presenta elementos característicos de lo que Lacey (1993) denominó “Bulimia Multi-Impulsiva”. Dicho autor

sugiere que el atracón y la purga son atribuibles a problemas relacionados al control de impulsos y a una falla al considerar los riesgos y las consecuencias del comportamiento antes de actuar ante una urgencia (Bell y Newns, 2002). En tal sentido, se observa que las pacientes multi-impulsivas presentan una mayor psicopatología global y un pobre pronóstico en comparación con aquellas personas con BN que no lo son (Myers y cols, 2006). Además, si bien estas pacientes no difieren de las no impulsivas en su conducta alimentaria, sus actitudes y sus preocupaciones por el peso, sí reportan una mayor severidad de estresores psicosociales y un menor nivel de funcionamiento adaptativo (Bell y Newns, 2002).

### *Estrés percibido y Estilos de Afrontamiento*

En términos de estrés, a partir de los datos obtenidos, se pudo establecer que existen diferencias estadísticamente significativas respecto a los niveles de estrés percibido entre el grupo clínico y el grupo comparativo, siendo este mayor en las pacientes con BN. Sin embargo, es importante acotar que la experiencia subjetiva de estrés en esta muestra no implica necesariamente que las pacientes hayan estado expuestas a un mayor número de estresores o a eventos de vida más estresantes que las mujeres del grupo de comparación. Incluso en otros estudios se observó que muchos de los eventos y dificultades reportados por las pacientes con BN estaban dentro del rango normal de experiencias por las que pasan las mujeres jóvenes (Hendley, 2001; Schmidt et al, 1997; Seiffge-Krenke, Troop et al., 1994).

En tal sentido, estos hallazgos confirman lo reportado por la literatura y contribuyen al planteamiento de que la valoración subjetiva de las situaciones como potencialmente amenazantes en estas pacientes, les genera un malestar severo y clínicamente significativo a nivel emocional, fisiológico y cognitivo y ponen en relieve la importancia de estudiar las variables mediadoras en el proceso de estrés (Ball y Lee, 2000; Bennett y Cooper, 1999; Bittinger y Smith, 2003) así como las creencias nucleares que están a la base (Jones, Leung y Harris, 2007; Waller et al, 2003).

Por su parte, se constató que, al interior del grupo clínico, las pacientes de menor edad (entre 15 y 18 años) muestran mayores niveles de estrés en su manifestación fisiológica que aquellas de mayor edad, es decir, experimentan mayores señales de tensión y ansiedad. Esto se puede explicar tomando en cuenta que la adaptación exitosa al estrés incluye el manejo de las emociones, el pensamiento constructivo, el control del

*arousal* autónomo y la capacidad de actuar en el entorno para disminuir las fuentes de estrés. Estos procesos de auto-regulación se vuelven más eficaces con la edad y con respuestas que se adquieren por medio del aprendizaje y la experiencia (Compas et al. 2001; Seiffge-Krenke y Beyers, 2005). En tal sentido, es evidente que las pacientes de mayor edad son más eficientes al ejercer control de los procesos mencionados anteriormente.

Asimismo se halló que las pacientes cuyo tiempo de enfermedad es mayor (4-5 años) manifiestan niveles de estrés mayores en comparación con aquellas cuyo tiempo de enfermedad es menor (1- 3,9 años). Este hallazgo es interesante, y la explicación puede derivarse de la percepción de enfermedad que tienen las pacientes con BN. Según el modelo de auto-regulación, cada paciente crea una construcción cognitiva y emocional de la enfermedad que guía la valoración de la situación, el afrontamiento posterior y el comportamiento de adherencia al tratamiento. En el caso de las pacientes con TCA, algunos autores han encontrado que éstas perciben su enfermedad como crónica, altamente estresante y con consecuencias negativas fuertes y que, adicionalmente, aquellas cuyo tiempo de enfermedad es mayor presentan más percepciones negativas respecto a la posibilidad de controlarla y curarse (Quiles, Terón, Romero y Pagán, 2007). Por tal motivo, se entiende que las pacientes con mayor tiempo de enfermedad se muestren pesimistas respecto a la posibilidad de mejoría, manifestando por ello mayores niveles de estrés.

En cuanto al afrontamiento, existe evidencia estadística de que las pacientes del grupo clínico utilizan el estilo de *Afrontamiento Orientado al Problema* en menor medida que aquellas del grupo comparativo y que a su vez, prefieren menos las estrategias de *Afrontamiento Activo* y de *Apoyo Social Instrumental*. Estos hallazgos son muy similares a los de Ghaderi y Scott (2000) que indican que las pacientes con BN evitan confrontar los problemas directamente y comentarlos con otras personas. Asimismo, los resultados obtenidos se relacionan con los de otros estudios que incluso controlando los efectos de la depresión y la ansiedad, han notado que este tipo de pacientes cuentan con escasos métodos para buscar apoyo social, darlo y recibirlo (Koo-Loeb, Pendersen y Girdler, 1998; Soukup, Beiller y Terrell, 1990; Troop et al., 1994; Yager, Rorty y Rossotto, 1995).

Por otro lado, si bien no se encontraron diferencias significativas en cuanto al uso del estilo de *Afrontamiento Orientado a la Emoción*, si se encontró que las pacientes con

BN hacen un uso mayor de la estrategia de *Negación* que el grupo comparativo. La *Negación*, según la teoría, no siempre es adaptativa pues puede crear problemas adicionales en el largo plazo y aumentar los niveles de estrés cuando llegue el momento de actuar (Carver y Scheier, 1994).

Como señalan Kendler et al (1991) la resolución de problemas y la búsqueda de soporte social son estrategias que permiten disminuir y aliviar el estrés y el impacto psicológico negativo de los eventos de vida estresantes con los que uno se ve confrontado, mientras que la negación tiene el efecto contrario. De este modo, se puede observar que las pacientes que conforman esta muestra son poco efectivas en el afrontamiento pues sus estrategias preferidas son justamente aquellas que exacerbaban los niveles de estrés que perciben en lugar de disminuirlo, de acuerdo a los resultados obtenidos.

En esta línea, adicionalmente se observó que, al interior del grupo de estudio, la comorbilidad es una variable clínica que permite establecer diferencias en el uso de la estrategia de *Búsqueda de Apoyo Social Emocional*. Una posible explicación es que las pacientes que presentan BN perciben que el soporte social que reciben es inadecuado, reportan escasas relaciones íntimas y una red social reducida (Rorty, Yager, Buckwalter y Rossotto, 1999; Tiller et al., 1997). Ello sumado a que consideran que sus conductas bulímicas son estrategias de afronte efectivas hace que quizás no consideren el soporte social como importante o necesario y, por el contrario, les resulta poco efectivo (Góngora et al, 2004; Tobin y Griffing, 1995). En cambio, aquellas pacientes que presentan adicionalmente Depresión Mayor y TPB se sienten más motivadas a buscarlo pues una característica subyacente a los mismos son las marcadas dificultades interpersonales, afectivas y la dependencia social que presentan. Otro hallazgo importante que sustenta esta hipótesis es que las pacientes con BN y TPB utilizan más el *Soporte Social (Instrumental y Emocional)* y el estilo de *Afrontamiento Orientado a la Emoción* que aquellas que no tienen TPB.

Estos resultados nos hacen pensar en que la comorbilidad puede tener un efecto importante en la configuración del afrontamiento de las pacientes con BN, que debe ser clarificado y estudiado en detalle. Asimismo dan cuenta de que el afrontamiento es una variable que no solo cobra importancia en los TCA sino también en otros trastornos y por tanto, las intervenciones que se realicen con estas pacientes deben tomar en cuenta las particularidades de cada caso.

Por su parte, un hallazgo interesante, cuyas implicancias clínicas son particularmente importantes es que las pacientes utilizan el estilo de *Afrontamiento Evitativo* y las estrategias que lo componen con mayor frecuencia que el grupo comparativo tal y como se ha encontrado consistentemente en la literatura (Koff y Sangani, 1997; Soukup, Beiller y Terrell, 1990; Troop et al., 1994, 1998; Yager, Rorty y Rossotto, 1995). Después de la Negación, la estrategia más utilizada por estas pacientes es el *Desentendimiento Mental*. Es decir, se observa que en la muestra de estudio existe una tendencia marcada a ignorar los problemas y a evitar pensar en ellos utilizando mecanismos distractores, como por ejemplo, dormir más de lo usual, ver televisión, gritar, alterarse, soñar despiertas, etc. Como se reporta en los estudios, las estrategias asociadas con un ajuste pobre incluyen el desenganche conductual y mental, la resignación, la descarga abrupta de emociones y la auto-crítica (Compas et al, 2001) que en este grupo de pacientes son estrategias utilizadas de modo preferente. Sin embargo, se pudo constatar que las pacientes que tienen BN y Depresión Mayor utilizan en menor medida las estrategias de *Negación* y *Desentendimiento Mental* que las que no la presentan. Esto puede estar relacionado a las particularidades propias del trastorno en que la rumiación cognitiva y la tendencia a autoculparse por los problemas son muy marcadas (Tobin y Griffing, 1995).

Dos conceptos importantes entran a tallar en la discusión de estos resultados. Por un lado, el de *regulación emocional* y por otro el de la *tolerancia al estrés*. La regulación emocional es el proceso por el cual el individuo influye en las emociones que tiene, cuando las tiene y como las experimenta y las expresa (Folkman y Moskowitz, 2004). Por su parte, la tolerancia al estrés se define como la habilidad para manejar y aceptar los afectos negativos que se experimentan de modo que se pueda solucionar el problema. (Anestis, Selby, Fink y Joiner, 2007; Corstorphine, et al., 2007; Linehan, 1993). En el caso de estas pacientes se puede hipotetizar que la tendencia a utilizar en mayor medida el afrontamiento evitativo se relaciona con marcadas dificultades para regular sus emociones y tolerar los afectos negativos que les generan diversas situaciones de su vida cotidiana.

Sobre este punto es fundamental acotar que estas pacientes utilizan estrategias de afrontamiento diversas y no se limitan a un solo estilo. Es decir, presentan un repertorio



variado de mecanismos para lidiar con el estrés. Sin embargo, las diferencias encontradas sugieren una tendencia marcada a preferir el afrontamiento evitativo por sobre las demás.

En cuanto al objetivo principal del estudio que buscaba identificar la relación entre el estrés, el afrontamiento y los síntomas de BN en estas pacientes, se pudo hallar que existen correlaciones significativas, grandes y directas entre los niveles de estrés (emocional, cognitivo, fisiológico y total) y los síntomas característicos de la BN. Además, se encontraron correlaciones significativas, medianas y directas entre el afrontamiento evitativo y los síntomas de este trastorno así como entre este tipo de afronte y el estrés en sus diversas manifestaciones. Estos resultados concuerdan con lo propuesto por diversas investigaciones mencionadas a lo largo de este estudio (Ghaderi y Scott, 2000; Hendley, 2001; Hill, 1990; Nagata et al., 2000; Neckowitz y Morrison, 1991; Soukup et al, 1990; Tobin y Griffing, 1995; Troop et al., 1994).

Sin embargo, dada la metodología utilizada, los resultados obtenidos no pueden ser utilizados para hacer inferencias causales en torno a la naturaleza de la relación entre la BN, el estrés y el afrontamiento. Es difícil saber con certeza si el uso de estrategias poco adaptativas de afrontamiento y elevados niveles de estrés contribuyen al desarrollo de la sintomatología bulímica o, de modo alternativo, si el desarrollo de la bulimia y sus síntomas generan elevados niveles de estrés y deterioran el afrontamiento. Como se observa, existe evidencia empírica que da sustento a ambas posturas, de ahí que se entienda estas variables tanto como factores precipitantes y mantenedores del trastorno.

Aún así, independientemente de la dirección causal de la relación, estos hallazgos proporcionan mayor evidencia de que el estrés y el afrontamiento deben ser considerados como variables significativas que deben ser tomadas en cuenta en el tratamiento y/o prevención de la BN. Particularmente, es de gran relevancia encontrar que el *Apoyo Social Instrumental* y la *Reinterpretación Positiva* correlacionan de modo inverso con el estrés y sus manifestaciones y los síntomas asociados a la BN. Estos datos tienen implicancias relevantes pues podrían estar indicando que contar con fuentes de soporte social y con un estilo cognitivo flexible y optimista pueden actuar como factores protectores de estos trastornos que deben potenciarse en los programas de prevención. Finalmente, es de suma relevancia entender que la *Negación* ha demostrado relacionarse de modo directo con la BN y el estrés, lo que da cuenta de su efecto nocivo en la muestra de estudio y deja entrever la necesidad de trabajar sobre estrategias efectivas para resolver las dificultades.

### *Limitaciones del estudio*

Entre las limitaciones del estudio se encuentra en primer lugar, la metodología utilizada. Al ser un estudio de tipo correlacional, los resultados no son suficientes para establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Por ello, una recomendación para estudios posteriores es el poder utilizar una metodología que permita establecer nexos causales así como identificar los mecanismos que operan detrás de estas relaciones.

Otra limitación del estudio es su naturaleza transversal pues solo mediante estudios prospectivos se puede establecer el orden temporal y la dirección de las variables estudiadas así como su efecto y posible influencia en las expectativas de recuperación de estas pacientes. De este modo se podría conocer mejor el rol que ocupan el estrés y el afrontamiento en la instalación del cuadro, como factores precipitantes de las crisis severas, como perpetuadoras de éstas o ambas.

Por su parte, la naturaleza de los instrumentos utilizados puede constituir otra limitación pues, como sugieren algunos autores, los resultados de las investigaciones se ven fuertemente influidos por el instrumento que se utiliza y las definiciones de las que parte (Bittinger y Smith, 2003). En tal sentido, una limitación en el uso de cuestionarios de auto-reporte para la medición de las variables estudiadas, radica en la excesiva confianza en la evocación y el recuerdo de las estrategias de afrontamiento utilizadas para lidiar con los problemas o las sensaciones, emociones y cogniciones presentes en momentos de estrés pues no siempre estamos conscientes de ellas. En tal sentido, el uso de diferentes instrumentos de evaluación de las variables antes mencionadas, o de técnicas experimentales puede ser de mucha utilidad.

Finalmente, convendría contar con muestras más amplias y representativas de pacientes con este trastorno e incluir otros TCA, a fin de poder dar mayor validez externa a los resultados obtenidos.

### *Lineamientos para futuras investigaciones*

Como es usual, las investigaciones generan más preguntas que respuestas. Por ello, y dada la complejidad del fenómeno, sería necesario identificar, medir y/o controlar algunas variables relevantes para la comprensión de la BN y el rol que ocupan el estrés y

el afrontamiento en dicho trastorno, tales como: creencias nucleares, rasgos de personalidad, redes de soporte social, sintomatología depresiva, regulación emocional, tolerancia al estrés, alexitimia, entre otras.

Asimismo, la inclusión de diferentes grupos de comparación conformados por pacientes con diferentes sub-tipos (purgativo y restrictivo) de TCA, grupos subclínicos y grupos de pacientes recuperadas pueden ser de mucha utilidad y dar algunas luces respecto a aquellos que caen dentro de los EDNOS.

Por su parte, el estudio del estrés y el afrontamiento en pacientes con diferentes trastornos, tanto del eje I como del eje II y con TCA puede permitir entender mejor qué aspectos del estrés y del afrontamiento son propios y característicos de la BN y cuáles tienen su sustento en los demás trastornos, pues como se ha podido notar, la comorbilidad es una variable que genera diferencias significativas.

Finalmente, y dadas las diferencias de género y edad reportadas en torno al afrontamiento, sería importante estudiar estas variables también en hombres con TCA y en diferentes grupos étnicos.

#### *Recomendaciones para el tratamiento*

Entre los hallazgos de la presente investigación existen diversos aspectos fundamentales a tomar en cuenta. En primer lugar, es claro que las pacientes con BN tienden a desestimar las estrategias de afrontamiento orientadas al problema y a utilizar más frecuentemente las conductas evitativas y la negación. Por ello, las aproximaciones terapéuticas deben estar orientadas a promover el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas. En tal sentido, algunas técnicas de la terapia cognitivo-conductual como el auto-monitoreo, la reestructuración cognitiva, la evaluación de las situaciones y el entrenamiento en solución de problemas pueden ser muy útiles (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993). En segundo lugar, dadas las dificultades interpersonales que presentan estas pacientes y su escasa búsqueda de apoyo social, sería conveniente adoptar técnicas de la terapia interpersonal (explorando conflictos interpersonales y transiciones de rol) con el fin de fomentar y animar a las pacientes a ampliar sus redes sociales y desarrollar métodos efectivos y activos de búsqueda de apoyo (Rorty et al., 1999; Tiller et al., 1997). Además, parece claro que estas pacientes tienen dificultades en reconocer que presentan un problema y consecuentemente buscan menos el apoyo social y sus niveles

de estrés se elevan. Como sostiene la teoría transteórica de cambio, se encontrarían en un estadio pre-contemplativo, sin intenciones de mejorar o reconocer que tienen dificultades, por tanto sin intenciones de cambio (Prochaska y Di-Clemente, 1982; Prochaska y Norcross, 2001). En tal sentido, es conveniente adoptar técnicas terapéuticas que les permitan tomar conciencia de sus dificultades a distintos niveles.

Sin embargo, como sugieren diversos estudios, la TCC y la Terapia Interpersonal, ayudan sólo al 50% de las pacientes con BN (Mitchell, Agras y Wonderlich, 2007; Wilson, Grilo y Vitousek, 2007), probando además, que las pacientes que no se benefician adecuadamente de este tipo de intervenciones son aquellas que responden tardíamente al tratamiento (Fairburn et al, 2004) presentan una sintomatología más severa y tienden a ser más impulsivas (Agras et al, 2000), reportan mayor afecto negativo (Stice y Agras, 1999) y tienen desórdenes comórbidos (Wilfley et al, 2000), aspectos que caracterizan en gran medida a la muestra de estudio.

En tal sentido, una aproximación terapéutica interesante que podría ser adecuada para estas pacientes es la Terapia Conductual Dialéctica de Linehan (1993) que se viene utilizando para el tratamiento del TPB y de conductas auto-destructivas. Recientemente ha obtenido resultados prometedores al reducir los intentos suicidas, los atracones y al proveer de un buen ajuste general a un grupo de pacientes con BN y TPB comórbido, manteniendo estos efectos incluso tras 6 meses de seguimiento (Chen et al, 2008). Dicha aproximación busca que el paciente se comporte de modo funcional y que encuentre razones para vivir aún cuando se observe la presencia de emociones muy intensas (Lynch et al, 2006). En tal sentido, utiliza técnicas comunes a otras aproximaciones como la TCC pero también estrategias de validación y aceptación, regulación de emociones y habilidades de tolerancia al estrés que le proporcionan un valor único al tratamiento, pues de la dialéctica entre la aceptación y la necesidad de cambio, se genera una disminución de la tendencia a comportarse de modo desadaptativo y se reduce el descontrol de emociones (Chen et al, 2008; Lynch et al, 2006; Telch, Stewart y Linehan, 2001).

Por su parte, es evidente que la edad de las pacientes, el tiempo de enfermedad y la comorbilidad son variables que tienen un efecto en los niveles de estrés percibido y los modos de afrontar las situaciones. Ello nos lleva a concluir que es necesario que en las intervenciones que se realicen con este grupo se tomen en cuenta las diferencias individuales. Asimismo, dado que el 36,6% de estas pacientes ha sido hospitalizada en

algún momento, el 43,3% tiene entre 4 y 5 años con la enfermedad y el 96% se encuentran recibiendo medicación, se torna de vital importancia investigar los efectos a largo plazo de los tratamientos proporcionados así como intervenir a un nivel sub-clínico, en prevención primaria y secundaria antes de que las conductas bulímicas se vuelvan crónicas y más resistentes al tratamiento (APA, 2000).

Finalmente es preciso señalar que la etiología de este trastorno es multidimensional y que son múltiples los factores que pueden intervenir en la instalación del cuadro y en el mantenimiento de las conductas bulímicas. Si bien no se puede entender a cabalidad su relación, lo que si queda claro es que el estrés y las conductas alimenticias desordenadas tienden a coexistir y que sólo a través de la investigación sostenida se podrá tener una mejor comprensión de los desórdenes alimenticios y mayores herramientas para proveer a estas pacientes de tratamientos efectivos.



## Referencias

- Acevedo, J. (2008). *La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Ackard, D., Fulkerson, J. & Neumark- Sztainer, D. (2007). Prevalence and Utility of DSM-IV Eating Disorder Diagnostic Criteria among Youth. *International Journal of Eating Disorders* 40(5), 409–417.
- Agras, W., Crow, S., Halmi, K., Mitchell, J., Wilson, G. & Kraemer, H. (2000) Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302–1308.
- Alcalde, M. (1998). *Nivel de autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- American Psychiatric Association. (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Washington, DC: Author.
- Anestis, M., Selby, E., Fink, E. & Joiner, T. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. 40, 718-726.
- Ball, K. & Lee, C. (2002). Psychological stress, coping and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *International Journal of Eating Disorders*. 31, 71-81.
- Ball, K & Lee, C. (2000). Relationships between psychological stress, coping and disordered eating: a review. *Psychology and Health*. 14, 1007-1035.
- Bell, L. & News, K. (2002) What is multi-impulsive bulimia and can multi-impulsive patients benefit from supervised self hep? *European Eating Disorders Review*, 10, 413-427.
- Bennett, D & Cooper, C. (1999). Eating disturbance as a manifestation of the stress process: a review of the literature. *Stress Medicine*. 15, 167-182.
- Bittinger, J. & Smith, E. (2003) Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping responses in women with disordered eating. *Eating Behaviors*, 4, 89-106.
- Bloks, H., Spinhoven, P., Callewaert, I., Willemsse-Koning, C. & Turkasma, A. (2001). Changes in coping styles and recovery after inpatient treatment for severe eating disorders. *European eating disorders review*. 9, 397-415.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T., & Kendler, K. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1–20.



- Bulik, C., Wade, T., & Kendler, K. (2000). Characteristics of monozygotic twins discordant for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 1–10.
- Canessa, B. (2000). *Adaptación de la prueba “escala de afrontamiento para adolescentes” en escolares entre 14 y 17 años de edad de diferente sexo y nivel socioeconómico*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de Lima. Lima, Perú.
- Carver, C.H., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(2), 267-283.
- Carver, C.H. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66(1), 184-195.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdéz, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 21(2), 365-392.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students. The role of stress, coping and expectancies*. Leuven : Katholieke Universiteit Leuven.
- Chau, C. (1999). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Chavez, M. e Insel, T.R. (2007). Eating Disorders. National Institute of Mental Health's Perspective. *American Psychologist*. 62(3),159-166.
- Chen, E., Mathews, L., Allen, C., Kuo, J. & Linehan, M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Clients with Binge-Eating Disorder or Bulimia Nervosa and Borderline Personality Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 505-512.
- Cole, P.M., Martin, S.E. & Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*. 75, 317–33.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M., (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. 127(1), 87-127.
- Connor-Smith, J., Compas, B., Wadsworth, M., Thomsen, A., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976-992.
- Cooper, C. & Dewe, P. (2007) Stress: A brief history from the 1950s to Richard Lazarus. En: A. Monat, R. Lazarus & G. Reevy (Eds.) *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. Westport, CT: Praeger.

- Corral, S., Gonzalez, M., Pereña, J., & Seisdedos, N. (1998) *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: Tea Ediciones.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G. & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91-97.
- Coyne, J., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42(1), 401.
- Crow, S. J., Agras, W. S., Halmi, K., Mitchell, J. E. & Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 309–318.
- Delgado Enhi, D. (2001). *Autopercepción y trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares de nivel socioeconómico alto y medio-alto*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Eberenz, K.P. & Gleaves, D.H. (1994). An Examination of the Internal Consistency and Factor Structure of the Eating Disorder Inventory-2 in a Clinical Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 371-379.
- Endler, N. & Parker, J. (1991). Assessment of multidimensional coping: task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50-60.
- Endler, N. & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Fairburn, C. & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behavior Research and Therapy*, 43, 691–701.
- Fairburn, C., Agras, W., Walsh, B., Wilson, G. & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2322–2324.
- Fairburn, C. & Harrison, P.J. (2003) Eating Disorders. *Lancet*. 361, 407-416.
- Fairburn, C., Marcus, M., y Wilson, G. (1993). Cognitive behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En: C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 361–404). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. & Walsh, B. (2002). Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified). En: C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2da ed., 171–177). New York: Guilford Press.
- Fierro, A. (1996) *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Piados.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986) Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*. 50(3), 571-579.

- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004) Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-744.
- Franko, D. L., Wonderlich, S. A., Little, D., & Herzog, D. B. (2004). Diagnosis and classification of eating disorders: What's new. En: J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 58–80). New York: Wiley.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1999). Adolescent coping: the role of schools in facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 83-96.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2000). Teaching coping to adolescents: when and to whom. *American Educational Research Journal*, 37, 727-745.
- Frydenberg, E. (2004). Coping Competencies: What to Teach and When. *Theory Into Practice*, 43(1), 14-22.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2004). Adolescents least able to cope: How do they respond to their stresses? *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(1), 25-37.
- Garner, D. (1998). *EDI-2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Manual*. Madrid: TEA.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2000). Coping in dieting and eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 273-279.
- Góngora, V; van der Staak, C & Derksen, J. (2004). Personality disorders, depression and coping styles in argentinian bulimic patients. *Journal of personality disorders*. 18(3) 272-285.
- Guerrero, D. (2008). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI—2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- 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.
- Hartley, J. (1999). *Trastornos Alimentarios en mujeres adolescentes escolares*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Hendley, A. (2001). *The eating disorders continuum: Assessing coping styles, perceived stress and perceived social support*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Windsor. Canadá.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrera, T. (2008). *Validez y confiabilidad del inventario sobre trastornos alimenticios (ITA) en una muestra de adolescentes universitarios y pre-universitarios de Lima-Metropolitana*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

- Hill, J. L. (1990). *Coping and dietary restraint in bulimia: A maintenance model*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Arizona State. Arizona, Estados Unidos.
- Hoffman, M. A., Levy-Schiff, R., Sohlberg, S. C. & Zarizki, J. (1992). The impact of stress and coping: Developmental changes in the transition to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 27, 451–469.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2006). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras, 2005, Informe General. *Anales de Salud Mental*. XXII-1,2.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2004). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana, 2004, Informe General. *Anales de Salud Mental*. XX-1,2.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2003). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana, 2003, Informe General. *Anales de Salud Mental*. XIX-1,2.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, 2002, Informe General. *Anales de Salud Mental*. XVIII-1,2.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19–65.
- Jones, C., Leung, N. & Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(2), 156-171.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., & the Price Foundation Collaborative Group. (2004). Co-morbidity of anxiety disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2215–2221.
- Kaye, W., Greeno, C., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilenfeld, L., Weltzin, T. & Mann, J. (1998). Alternations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 55(10), 927–935
- Keel, P. K., Cogley, C. B., Ghosh, S., & Lester, N. (2002). *What constitutes an unusually large amount of food for defining binge episode?* Ponencia presentada en La Conferencia Internacional de Trastornos Alimenticios de la Academia Internacional de Trastornos Alimenticios en Boston, MA. Abril de 2002.
- Kendler, K., Kessler, R., Heath, A., Neale, M. & Eaves, L. (1991). Coping: a genetic epidemiological investigation. *Psychological Medicine*, 21, 337-346.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en las ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kleinke, C. (2007). What does it Mean to Cope? En: A. Monat, R. Lazarus & G. Reevy (Eds.) *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. Westport, CT: Praeger.



- Koff, E. & Sangani, P. (1997) Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International journal of Eating Disorders*, 22, 51-56.
- Koo-Loeb, J. H., Pedersen, C., & Girdler, S. S. (1998). Blunted cardiovascular and catecholamine stress reactivity in women with bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 80, 13–27.
- Lacey, J. H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 190–194.
- Lazarus, R.S. (2007). Stress and emotion: A new synthesis. En: A. Monat, R. Lazarus & G. Reevy (Eds.) *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. Westport, CT: Praeger.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American psychologist*. 55(6). 663-673.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of psychology*. 44. 1-21.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona; Martínez Roca S.A.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorders*. New York: Guilford.
- López-Ibor, J. & Valdés, M. (2002). DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*. Texto Revisado. Barcelona: Masson.
- Lynch, T., Chapman, A., Rosenthal, M., Kuo, J. & Linehan, M. (2006) Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*. 62(4), 459-480.
- Marcés, A. & Delgado, P. (1995). Inventario de Indicadores de Síntomas Anoréxicos. Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Martínez, P. & Morote, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 19(2), 211-236.
- Martínez, P.; Zusman, L.; Hartley, J.; Morote, R. & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*. 21(2) 233-270.
- Milos, G.F., Spindler, A.M., Buddeberg, C. & Cramer, A. (2003). Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 72(5), 276-285.
- Milos, G.F., Spindler, A.M. & Schneider, U. (2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry*. 49, 179-184.

- Mitchell, J., Agras, S. & Wonderlich, S. (2007). Treatment of bulimia nervosa: Where are we and where are we going? *International Journal of Eating Disorders*, 40, 95-101
- Myers, T., Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Steffen, K., Smyth, J. & Miltenberger, R. (2006). Is Multi-Impulsive Bulimia a Distinct Type of Bulimia Nervosa: Psychopathology and EMA Finding. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 655–661.
- Nagata, T., Matsuyama, M., Kiriike, N., Iketani, T. & Oshima, J. (2000). Stress coping strategy in Japanese patients with eating disorders: Relationship with bulimic and impulsive behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 188(5), 280-286.
- Neckowitz, P. & Morrison, T.L. (1991). Interactional coping strategies of normal-weight bulimic women in intimate and non-intimate stressful situations. *Psychological Reports*. 69 (3-2), 1167-1175.
- Prochaska, J. & (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. & Norcross, J (2001). Stages of change. *Psychotherapy*. 38(4), 443-448
- Peñas-Lledó, E., Vas, J., Ramos, M. & Waller, G. (2002). Impulsive behaviors in bulimic patients: relations to general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*. 32, 98-102
- Petty, L., Rosen, F. & Michaels, S. (2000). Nineteen eating disorder scales. Comparison by focus, ease, response format and readability. *Eating Disorders*, 8, 311-329.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Quiles Y., Terón M., Romero C. & Pagán G. (2007). Illness perception in eating disorders and psychosocial adaptation. *European eating disorders review*, 15, 373-384.
- Rodríguez, L. (2008) *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y pre-universitarias*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, G. & Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment and recovery status in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 1-12.
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E., & Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 202–208.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En: A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sansone, R. & Levitt, J.L. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*. 13, 7-21.



- Schmidt, U. (2003). Aethiology of eating disorders in the 21<sup>st</sup> century. New answers to old questions. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 12, 30-37.
- Seiffge-Krenke, I. & Beyers, W. (2005). Coping trajectories from adolescence to adulthood: links to attachment state of mind. *Journal of Research on Adolescence*. 15, 561-582.
- Seiffge-Krenke, I., (2000). Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology. *Journal of adolescence*. 23(6), 675-691.
- Seiffge-Krenke, I., & Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of youth and adolescence*. 29(6), 617-630.
- Seiffge-Krenke, I., (1995). *Stress, Coping and Relationships in Adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sierra, J.C., Buena-Casal, G. & Ambrosio, I. (2001). Evaluación y Tratamiento de los trastornos alimentarios. En: G. Buena-Casal y J.C. Sierra (Eds.) *Manual de evaluación y tratamiento de los trastornos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Skinner, E. & Zimmer-Gembek, M. (2007). The development of Coping. *Annual Review of Psychology*. 58,119-144.
- Smyth, J., Wonderlich, S., Heron, K., Sliwinsky, M., Crosby, R., Mitchell, J. & Engel, S. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 629-638.
- Soukup, V.M., Beiler, M.E. & Terrell, F. (1990). Stress, coping style, and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology*. 46(5), 592-599.
- Stice, E. & Agras, W. (1999) Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67, 460–469.
- Steiger, H., Gauvin, L., Isreal, M., Koerner, N., Kin, N., Paris, J. & Young, S. (2001). Association of serotonin and cortisol indices with childhood abuse in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 58, 837–843
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T.G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. & Lock, J. (2003). Risk and protective factors of juvenile eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 12, 38-46.
- Stone, A., Greenberg, M., Kennedy-Moore, E., & Newman, M. (1991) Self-report, situation specific coping questionnaires: what are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 648-658.
- Striegel-Moore, R.H. & Bulik, C.M. (2007) Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3),181-198.

- Swinbourne, J.M. & Touyz, S.W. (2007). The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*. 15, 253-274.
- Taylor, S. (1999). *Health Psychology*. Nueva Cork: McGraw-Hill.
- Telch, C., Agras, S. & Linehan, M. (2001) Dialectical behaviour therapy for binge-eating disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 69(6), 1061-1065.
- Thiel, P.T. (2006). Test-retest reliability of the Eating Disorder Inventory-2. *Journal of Psychosomatic Research*. 61(4), 567-569.
- Tiller, J., Sloane, G. Schmidt, U., Troop, N., Power, M. & Treasure, J. (1997). Social Support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 31-38.
- Tobin, D. L., & Griffing, A. S. (1995). Coping and depression in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 359-363.
- Troop, N.A., Holbrey, A. & Treasure, J.L. (1998). Stress, coping and crisis support in eating disorders. *International Journal of eating disorders*. 24 (2), 157-166.
- Troop, N.A., Holbrey, A., Trowler, R. & Treasure, J.L. (1994). Ways of coping in women with eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 182(10), 535-540.
- Valdez, N. (1999). *Estrés y Recursos de Afrontamiento en un grupo de adolescentes embarazadas*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V. & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of eating disorders*. 24 (2), 157-166.
- Ward, A., Tiller, J., Treasure, J., & Russell, G. (2000). Eating disorders: psyche or soma? *International Journal of Eating Disorders*. 34, 118-124.
- Wilfley, D., Friedman, M., Douchis, J., Stein, R., Welch, R. & Ball, S. (2000) Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 641-649.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M. & Vitousek, K.M. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*. 62 (3), 199-216.
- Wonderlich, S.A., Joiner, T.E., Keel, P.K., Williamson, D.A. & Crosby, R.D. (2007). Eating Disorder Diagnoses. Empirical approaches to classification. *American Psychologist*. 62 (3), 167-180.
- Wonderlich, S., Myers, T., Norton, N. & Crosby, R. (2007). Self-Harm and Bulimia Nervosa, a complex connection. *Eating Disorders*. 10, 257-267.

- Yager, J., Rorty, M., & Rossotto, E. (1995). Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating-disordered control subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 86–94.
- Zusman, L. (2000). *Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas*. Tesis de maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.





## ANEXOS

## A. Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa

### 1. Criterios del DSM-IV-TR para Bulimia Nerviosa

#### Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia Nerviosa (307.51)

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

#### *Especificar tipo*

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

### 2. Criterios del ICD-10 para Bulimia Nerviosa

#### Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa F50.2

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un tope de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.



**B. EDI-2 (Versión del Instituto)**

*INSTRUCCIONES*

Por favor lee cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar. Este cuestionario contiene una lista de frases. Lee cada frase con atención y piensa si lo que dice describe o no tu forma de sentir y actuar respecto a la comida u otros aspectos relacionados.

Si estás de acuerdo con la frase, escoge la respuesta más apropiada en tu caso, marcando un aspa (X) en el casillero correspondiente. Anota una sola respuesta a todas las frases y asegúrate de marcar cada respuesta en el casillero que corresponde a dicha pregunta. Intenta decidirte por una de las opciones procurando no dejar ninguna respuesta sin contestar.

		Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
1	Como dulces y alimentos que contengan harina sin preocuparme						
2	Creo que mi estómago es demasiado grande						
3	Me gustaría ser niño para sentirme seguro						
4	Acostumbro comer cuando estoy disgustado						
5	Acostumbro comer demasiado						
6	Me gustaría ser más joven						
7	Pienso en ponerme a dieta						
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes						
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos						
10	Me considero una persona poco hábil						
11	Me siento culpable cuando como en exceso						
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado						
13	En mi familia sólo se consideran lo suficientemente buenos los resultados sobresalientes						
14	La infancia es la época más feliz de la vida						
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos						
16	Me aterroriza la idea de engordar						
17	Confío en los demás						
18	Me siento solo en el mundo						
19	Me siento satisfecho con mi figura						
20	Creo que generalmente tengo el control de las cosas que me pasan en mi vida						
21	Me siento confundido con relación a mis emociones						
22	Preferiría ser adulto a ser niño						
23	Me resulta fácil hablar con los demás						
24	Me gustaría ser otra persona						
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso						
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento						
27	Me siento incapaz						

		Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer						
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores						
30	Tengo amigos íntimos						
31	Me gusta la forma de mi trasero						
32	Estoy preocupado porque quisiera ser una persona más delgada						
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior						
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás						
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas						
36	Me fastidia no ser el mejor en todo						
37	Me siento seguro de mí mismo						
38	Suelo pensar en darme un atracón						
39	Me alegra haber dejado de ser niño						
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no						
41	Tengo una mala opinión de mí						
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos						
43	Mis padres esperaban de mi resultados sobresalientes						
44	Temo no poder controlar mis sentimientos						
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas						
46	Como con moderación delante de los demás pero me doy un atracón cuando se van						
47	Me siento hinchada después de una comida normal						
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños						
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso						
50	Me considero una persona valiosa						
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enojado						
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas						
53	Pienso en vomitar para perder peso						
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente , me siento incómodo si alguien se acerca demasiado						
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado						
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior						
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto						
59	Creo que mi trasero es demasiado grande						
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
61	Como o bebo a escondidas						
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado						

		Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos						
64	Cuando estoy disgustado temo empezar a comer						
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome						
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas						
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable						
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales						
69	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de situaciones de grupo						
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento						
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer						
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas						
73	Soy comunicativa con la mayoría de la gente						
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado						
75	La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente						
76	La gente comprende mis verdaderos problemas						
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza						
78	Comer por placer es signo de debilidad						
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o ira						
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco						
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol						
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo						
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad						
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal						
85	Tengo cambios de humor bruscos						
86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo						
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás						
88	Creo que el sufrimiento te convierte en una persona mejor						
89	Sé que la gente me aprecia						
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo						
91	Creo que realmente sé quién soy						

## C. Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item-Test Corregidas del EDI-2

### 1. Confiabilidad de escalas principales del EDI-2<sup>a</sup>

Ítems	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento	Ítems	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento
<b>Obsesión por la Delgadez <math>\alpha = 0,94</math></b>			<b>Bulimia <math>\alpha = 0,92</math></b>		
Edi1	,518	,952	Edi4	,854	,903
Edi7	,809	,929	Edi5	,728	,916
Edi11	,793	,930	Edi28	,548	,932
Edi16	,935	,916	Edi38	,848	,904
Edi25	,825	,927	Edi46	,847	,903
Edi32	,870	,923	Edi53	,762	,912
Edi49	,844	,925	Edi61	,738	,915
<b>Insatisfacción corporal <math>\alpha = 0,92</math></b>			<b>Ineficacia <math>\alpha = 0,93</math></b>		
Edi2	,678	,944	Edi10	,655	,932
Edi9	,779	,939	Edi18	,752	,928
Edi12	,858	,934	Edi20	,690	,930
Edi19	,852	,934	Edi24	,824	,923
Edi31	,763	,939	Edi27	,825	,923
Edi45	,738	,941	Edi37	,747	,927
Edi55	,861	,934	Edi41	,806	,924
Edi59	,668	,944	Edi42	,621	,933
Edi62	,864	,934	Edi50	,724	,929
			Edi56	,768	,926
<b>Perfeccionismo <math>\alpha = 0,86</math></b>			<b>Desconfianza interpersonal <math>\alpha = 0,77</math></b>		
Edi13	,446	,871	Edi15	,455	,750
Edi29	,633	,841	Edi23	,596	,715
Edi36	,761	,817	Edi30	,553	,726
Edi43	,563	,856	Edi34	,263	,794
Edi52	,766	,817	Edi54	,645	,707
Edi63	,771	,818	Edi57	,608	,709
<b>Conciencia interoceptiva <math>\alpha = 0,88</math></b>			<b>Miedo a la madurez <math>\alpha = 0,81</math></b>		
Edi8	,672	,867	Edi3	,454	,803
Edi21	,443	,882	Edi6	,380	,812
Edi26	,358	,886	Edi14	,424	,805
Edi33	,719	,863	Edi22	,576	,785
Edi40	,518	,878	Edi35	,528	,792
Edi44	,681	,866	Edi39	,632	,778
Edi47	,705	,864	Edi48	,600	,781
Edi51	,646	,869	Edi58	,658	,773
Edi60	,671	,867			
Edi64	,681	,866			

<sup>a</sup> n= 60

2. Confiabilidad de las escalas añadidas del EDI-2<sup>a</sup>

Ítems	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento	Ítems	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento
<b>Ascetismo <math>\alpha = 0,66</math></b>			<b>Impulsividad <math>\alpha = 0,89</math></b>		
Edi66	,293	,754	Edi65	,719	,875
Edi68	,727	,531	Edi67	,594	,884
<b>Edi71</b>	<b>-,186<sup>b</sup></b>	,700	Edi70	,506	,889
Edi75	,332	,634	Edi72	,495	,889
Edi78	,517	,592	Edi74	,507	,889
Edi82	,302	,645	Edi77	,816	,869
Edi86	,723	,541	Edi79	,733	,874
Edi88	,494	,618	Edi81	,436	,892
<b>Inseguridad social <math>\alpha = 0,88</math></b>			Edi83	,672	,879
Edi69	,623	,873	Edi85	,685	,878
Edi73	,471	,884	Edi90	,589	,884
Edi76	,542	,882			
Edi80	,688	,864			
Edi84	,781	,853			
Edi87	,781	,855			
Edi89	,650	,868			
Edi91	,716	,861			

<sup>a</sup> n= 60<sup>b</sup> Este ítem presenta una pobre capacidad discriminativa:  $r < 0,2$

**D. Cuestionario de Respuesta al Estrés**

*INSTRUCCIONES*

Recuerda una situación muy difícil que se te haya presentado en los últimos 6 meses. Trata de recordar lo que has experimentado e indica la alternativa que mejor describe tu reacción. Recuerda que no existen respuestas ni mejores ni peores, ni buenas, ni malas, solo diferentes maneras de actuar. No dejes ninguna pregunta sin marcar, responde teniendo en cuenta tus propias conductas y no pensando en lo que la mayoría de tus amigos o amigas lo harían o dirían. Elige la respuesta que mejor describe tus reacciones, usando las siguientes alternativas:

1. Nunca
2. Algunas veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Veamos un ejemplo:

	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
Siento como si se me formara un nudo en la garganta	X			

La persona que optó por esta alternativa lo hizo porque cuando ella ha pasado por situaciones muy difíciles que la hacen sentir muy nerviosa ha sentido como si se le formara un nudo en la garganta.

Ahora responde tú...

	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1 Siento como si se me formara un nudo en la garganta				
2 Me angustio con facilidad				
3 No puedo controlar que vengan a mi mente pensamientos perturbadores				
4 Me siento insatisfecha				
5 Siento que mi corazón late más deprisa				
6 Vienen a mi mente una y otra vez los mismos pensamientos tontos.				
7 Me da dolor de barriga				
8 Siento sequedad en la boca				
9 Me siento abatida o melancólica				



10	Me altero con facilidad				
11	Me frustro con facilidad				
12	Siento mis manos sudorosas				
13	Pierdo mi concentración y capacidad para hacer las cosas				
14	Siento dolor en el cuello				
15	Experimento cólera con facilidad				
16	Tengo dificultades para respirar				
17	No puedo tomar decisiones y me siento mal				
18	Me despierto con frecuencia en la madrugada				
19	Tengo ganas de llorar				
20	Me es difícil conciliar el sueño				
21	Vuelve a mi mente lo peor y no puedo parar de pensar en eso				
22	Siento miedo sin razón alguna				
23	Tengo dificultades para disfrutar de las actividades que antes disfrutaba				
24	Siento que se me afloja el estómago o que mis intestinos se mueven				
25	Siento que el mundo se me cae encima y que he perdido el control				
26	Me siento más irritada que antes				
27	Empiezo a imaginar cosas horribles que me perturban durante mucho tiempo				
28	Me siento nerviosa				
29	Siento temblor en brazos y piernas				
30	Pienso en abandonar todo y salir corriendo				
31	Siento cosquilleos en el estómago				
32	Me da dolor de cabeza				
33	Me siento satisfecha con mi vida actual				

## E. Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item-Test Corregidas del Cuestionario de Respuesta al Estrés <sup>a</sup>

Ítems	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento	Ítems	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento
<b>Estrés Emocional <math>\alpha = 0,95</math></b>			<b>Estrés Total <math>\alpha = 0,96</math></b>		
Cre2	,748	,943	Cre1	,618	,953
Cre4	,809	,941	Cre2	,765	,952
Cre9	,685	,945	Cre3	,281	,964
Cre10	,740	,944	Cre4	,813	,952
Cre11	,852	,940	Cre5	,639	,953
Cre15	,774	,943	Cre6	,648	,953
Cre19	,797	,942	Cre7	,447	,954
Cre22	,782	,942	Cre8	,659	,953
Cre23	,741	,944	Cre9	,739	,952
Cre26	,803	,942	Cre10	,711	,953
Cre28	,636	,947	Cre11	,823	,952
Cre33Inv	,688	,946	Cre12	,418	,955
<b>Estrés cognitivo <math>\alpha = 0,78</math></b>			Cre13	,544	,954
<b>Cre3</b>	<b>,168<sup>b</sup></b>	,912	Cre14	,389	,955
Cre6	,593	,747	Cre15	,751	,952
Cre13	,499	,761	Cre16	,574	,954
Cre17	,654	,742	Cre17	,721	,953
Cre21	,819	,716	Cre18	,595	,953
Cre26	,688	,739	Cre19	,791	,952
Cre27	,726	,730	Cre20	,636	,953
Cre30	,689	,734	Cre21	,828	,952
<b>Estrés fisiológico <math>\alpha = 0,89</math></b>			Cre22	,773	,952
Cre1	,662	,509	Cre23	,693	,953
Cre5	,594	,410	Cre24	,485	,954
Cre7	,556	,656	Cre25	,764	,952
Cre8	,686	,664	Cre26	,765	,952
Cre12	,413	,213	Cre27	,719	,953
Cre14	,506	,609	Cre28	,637	,953
Cre16	,594	,469	Cre29	,669	,953
Cre18	,495	,275	Cre30	,689	,953
Cre20	,644	,541	Cre31	,445	,954
Cre24	,649	,750	Cre32	,682	,953
Cre29	,744	,725	Cre33Inv	,679	,953
Cre31	,601	,661			
Cre32	,547	,354			

<sup>a</sup> n= 60<sup>b</sup> Este ítem presenta una pobre capacidad discriminativa:  $r < 0,2$

## F. COPE

**Instrucciones**

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reaccionas en forma diferente, pero piensa qué es lo que habitualmente haces tú.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

- |   |
|---|
| <p>1 = Casi nunca hago esto<br/>2 = A veces hago esto<br/>3 = Usualmente hago esto<br/>4 = Hago esto con mucha frecuencia</p> |
|---|

**NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA.  
ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.**

AVANZA A LA SIGUIENTE PÁGINA ...



**Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes**

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualme nte hago esto	4 Hago esto con mucho frecuencia
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema				
4. Me fuerzo a mí mismo (a) a esperar el momento apropiado para hacer algo				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo				
8. Aprendo a vivir con el problema				
9. Busco la ayuda de Dios				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones				
11. Me rehusó a creer que eso ha sucedido				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante				
14. Concentro mis esfuerzos en hacer algo respecto al problema				
15. Hago un plan de acción				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer				
19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes				
20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo				
21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado				
22. Pongo mi confianza en Dios				
23. Dejo salir mis sentimientos				

**Qué es lo que *tú* generalmente haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes**

<b>Afirmaciones</b>	<b>1 Casi nunca hago esto</b>	<b>2 A veces hago esto</b>	<b>3 Usualme nte hago esto</b>	<b>4 Hago esto con mucho frecuencia</b>
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido				
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta				
26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación				
32. Hablo con alguien sobre cómo me siento				
33. Aprendo algo de la experiencia				
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo				
39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema				
41. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para enfrentar la situación				
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien				

Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualme nte hago esto	4 Hago esto con much a frecuencia
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar				
47. Acepto la realidad de lo sucedido				
48. Rezo más que de costumbre				
49. Me molesto y soy consciente de ello				
50. Me digo a mi mismo (a) "esto no es real"				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema				
52. Duermo más de lo usual				

Por favor, asegúrate de que has contestado todas las preguntas

## G. Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item-Test Corregidas del COPE

### 1. Estrategias de Afrontamiento <sup>a</sup>

Items	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento	Items	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento
<b>Afrontamiento Activo =0,65</b>			<b>Planificación = 0,79</b>		
<b>Cope1</b>	,037 <sup>b</sup>	,808	Cope2	,662	,709
Cope14	,735	,341	Cope15	,631	,722
Cope27	,430	,574	Cope28	,533	,770
Cope40	,607	,436	Cope41	,577	,749
<b>Supresión de Actividades competentes =0,81</b>			<b>Postergación del afrontamiento =0,35</b>		
Cope3	,534	,795	<b>Cope4</b>	,015 <sup>b</sup>	,470
Cope16	,713	,708	<b>Cope17</b>	,062 <sup>b</sup>	,420
Cope29	,747	,689	Cope30	,275	,178
Cope42	,496	,812	Cope43	,447	-,044
<b>Apoyo social instrumental = 0,85</b>			<b>Apoyo social emocional =0,79</b>		
Cope5	,579	,862	Cope6	,706	,672
Cope18	,786	,772	Cope19	,605	,726
Cope31	,734	,795	Cope32	,697	,678
Cope44	,683	,816	Cope45	,384	,832
<b>Reinterpretación Positiva = 0,72</b>			<b>Aceptación = 0,64</b>		
Cope7	,439	,708	<b>Cope8</b>	,160	,734
Cope20	,503	,666	Cope21	,617	,413
Cope33	,581	,625	Cope34	,631	,414
Cope46	,543	,641	Cope47	,330	,632
<b>Acudir a la religión =0,91</b>			<b>Negación =0,70</b>		
Cope9	,811	,861	Cope11	,581	,566
Cope22	,910	,827	Cope24	,437	,661
Cope35	,851	,845	Cope37	,300	,735
Cope48	,569	,943	Cope50	,632	,528
<b>Focalizar y liberar emociones = 0,69</b>			<b>Desentendimiento conductual =0,61</b>		
Cope10	,642	,499	Cope12	,449	,492
Cope23	,166	,796	Cope25	,407	,526
Cope36	,642	,507	Cope38	,344	,569
Cope49	,490	,612	Cope51	,359	,559
<b>Desentendimiento Mental =0,37</b>					
<b>Cope13</b>	,069 <sup>b</sup>	,423			
Cope26	,322	,175			
Cope39	,279	,194			
<b>Cope52</b>	,137 <sup>b</sup>	,374			

<sup>a</sup> n= 60

<sup>b</sup> Estos ítems presentan una pobre capacidad discriminativa:  $r < 0,2$



## 2. Estilos de Afrontamiento

Ítems	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento	Ítems	Correlación Item-Test Corregida	Alpha si se elimina el elemento
<b>Estilo Orientado al problema <math>\alpha = 0,84</math></b>			<b>Estilo orientado a la emoción <math>\alpha = 0,77</math></b>		
<b>Cope1</b>	<b>-,006<sup>b</sup></b>	,851	Cope6	,347	,756
Cope2	,535	,829	Cope7	,477	,747
Cope3	,201	,843	<b>Cope8</b>	<b>,195<sup>b</sup></b>	,766
Cope4	,211	,843	Cope9	,537	,740
<b>Cope5</b>	<b>,170<sup>b</sup></b>	,846	<b>Cope11</b>	<b>-,098<sup>b</sup></b>	,784
Cope14	,663	,823	Cope19	,505	,744
Cope15	,558	,827	Cope20	,400	,754
Cope16	,422	,834	Cope21	,285	,761
<b>Cope17</b>	<b>,188<sup>b</sup></b>	,844	Cope22	,597	,736
Cope18	,424	,834	<b>Cope24</b>	<b>,086<sup>b</sup></b>	,771
Cope27	,606	,826	Cope32	,394	,753
Cope28	,560	,828	Cope33	,535	,746
Cope29	,511	,830	Cope34	,296	,760
Cope30	,390	,835	Cope35	,551	,738
Cope31	,371	,836	Cope37	,209	,765
Cope40	,605	,825	Cope45	,273	,762
Cope41	,554	,828	Cope46	,340	,757
Cope42	,693	,821	Cope47	,159	,769
Cope43	,412	,834	Cope48	,403	,752
Cope44	,390	,835	<b>Cope50</b>	<b>-,001<sup>b</sup></b>	,778
<b>Estilo evitativo <math>\alpha = 0,75</math></b>					
Cope10	,669	,689			
Cope12	,371	,733			
<b>Cope13</b>	<b>,055<sup>b</sup></b>	,768			
<b>Cope23</b>	<b>,153<sup>b</sup></b>	,759			
Cope25	,406	,728			
Cope26	,231	,748			
Cope36	,583	,704			
Cope38	,392	,731			
Cope39	,355	,735			
Cope49	,460	,721			
Cope51	,361	,734			
Cope52	,561	,705			

<sup>a</sup> n= 60

<sup>b</sup> Este ítem presenta una pobre capacidad discriminativa:  $r < 0,2$

## H. Consentimiento Informado

### Consentimiento Informado

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Interna de Psicología **Silvana Romero Saletti** con el respaldo del Responsable de Investigación del Área de Trastornos de la Conducta Alimentaria y del Equipo Multidisciplinario de la Dirección de Adultos, así como con la aprobación del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor los trastornos alimenticios y orientar mejor mi tratamiento. También entiendo que si participo en el proyecto, me van a preguntar aspectos relacionados a como me siento, como pienso y que cosas hago en situaciones que me generan malestar.

Asimismo, se me ha explicado que voy a llenar tres cuestionarios y que la sesión durará aproximadamente una hora. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

Entiendo que obtendré beneficios de mi participación en este estudio pues mis resultados pasarán a mi historia clínica y serán útiles para aquellas personas que estén encargadas de mi tratamiento.

Si tengo cualquier duda, puedo comunicarme al teléfono 997188192.  
He leído y entendido este consentimiento informado.

---

**Firma**

---

**Fecha**

## I. Consentimiento Informado y Permiso de Padres

### Consentimiento Informado

Por medio de la presente se pide la participación de su hija en el Proyecto de Investigación que conduce la Interna de Psicología **Silvana Romero Saletti** con el respaldo del Responsable de Investigación del Área de Trastornos de la Conducta Alimentaria y del Equipo Multidisciplinario de la Dirección de Adultos, así como con la aprobación del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. El propósito de la investigación es el de entender mejor los trastornos alimenticios y orientar mejor el tratamiento de su hija. Con dicho fin se le aplicarán tres cuestionarios en una sesión de aproximadamente una hora. La participación en el estudio es voluntaria y los resultados de su hija son de carácter confidencial así como sus datos personales pues se le identificará dentro del estudio mediante un código. Su hija obtendrá beneficios de su participación en este estudio pues sus resultados pasarán a su historia clínica y serán útiles para aquellas personas que estén encargadas de mi tratamiento.

Si tiene alguna cualquier duda, puede comunicarse al teléfono 997188192.

---

### Permiso

Yo, \_\_\_\_\_ padre/madre/apoderado de la paciente \_\_\_\_\_ acepto que mi hija sea partícipe de del Proyecto de Investigación que conduce la Interna de Psicología **Silvana Romero Saletti** con el respaldo del Responsable de Investigación del Área de Trastornos de la Conducta Alimentaria y del Equipo Multidisciplinario de la Dirección de Adultos, así como con la aprobación del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

Se me han explicado los propósitos y alcances de la investigación así como los procedimientos y la utilización de los resultados de mi hija. Asimismo se me ha explicado que ella obtendrá beneficios de la investigación pues sus resultados pasarán a su historia clínica y serán útiles para las personas encargadas de su tratamiento.

He leído y entendido este consentimiento informado.

---

**Firma**

---

**Fecha**

## J. Pruebas de Normalidad en la Distribución de los puntajes de los instrumentos y de las variables de contraste

H0: La distribución de los puntajes es normal

H1: La distribución de los puntajes no es normal

	Parámetros Normales				Parámetros Normales		
	M	DE	Z		M	DE	Z
Grupo	,50	,504	2,628**	Estrés Fisiológico	27,07	8,473	1,005
Edad	18,73	1,912	1,648**	Estrés Total	76,65	23,347	,764
Índice de Masa Corporal	22,9063	3,46041	1,022	Afrontamiento Activo	9,32	2,587	,888
Comorbilidad	,32	,469	3,358**	Planificación	10,12	2,941	,884
Comorbilidad Eje 1	,27	,733	3,423**	Supresión de Actividades Competentes	8,48	3,149	1,247
Comorbilidad Eje 2	,27	,446	3,551**	Postergación del Afrontamiento	9,12	2,256	1,082
Tiempo de Enfermedad	1,522	1,9374	2,199**	Apoyo Social Instrumental	10,10	3,338	1,023
Tratamiento Actual	,50	,504	2,628**	Apoyo Social Emocional	10,17	3,376	,641
Tipo de Tratamiento Actual	,92	1,154	2,219**	Reinterpretación Positiva	10,40	2,695	,812
Tratamiento Anterior	,20	,403	3,795**	Aceptación	9,03	2,816	,851
Tipo de Tratamiento Anterior	,30	,720	3,575**	Acudir a la religión	9,53	4,172	1,498
Autolesiones	,33	,475	3,293**	Negación	9,65	2,973	,985
Intento Suicida	,33	,475	3,293**	Focalizar y Liberar Emociones	6,42	2,573	1,490**
Abuso de Sustancias	,22	,415	3,736**	Desenganche Conductual	6,80	2,231	,956
Conductas Sexuales de Riesgo	,13	,343	4,012**	Desenganche Mental	8,63	2,400	,935
Hospitalización	,18	,390	3,853**	Afrontamiento Centrado en el Problema	47,13	9,640	,559
Estrés Emocional	29,93	9,903	,714	Afrontamiento Centrado en la Emoción	48,78	8,793	,956
Estrés Cognitivo	19,65	6,884	,790	Afrontamiento Evitativo	21,85	5,566	1,204

\*\*p<0,01