



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA



**La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios
en mujeres adolescentes**

**Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica**

Julieta Inés Acevedo Farfán

Lima - Perú

2008

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio ha sido posible gracias al apoyo de muchas personas. En primer lugar, quiero mencionar a Beatriz Oré, por haber sido más que una asesora y haberme acompañado a lo largo de toda la elaboración de mi tesis. Le agradezco su apoyo, valiosos aportes, comprensión y motivación constante, así como su buen humor y tranquilidad que siempre supo transmitirme en momentos difíciles.

Asimismo, quiero agradecer al profesor Arturo Calderón, por haberme ayudado con los primeros resultados y haberme asesorado en temas estadísticos a lo largo de toda la investigación. Además, le agradezco su paciencia, su buen humor y sus consejos.

A Mónica Salas, por ayudarme con gran parte de los análisis estadísticos, por su paciencia, gran disponibilidad y apoyo.

A Marcela Cornejo, por haberme apoyado en la etapa inicial de este estudio, por su interés y motivación.

A Joan Hartley, por haberme permitido utilizar su instrumento, y por sus sugerencias y orientación en el tema de los trastornos alimenticios.

A Lorena Rodríguez y Mónica Cassaretto, por sus sugerencias y apoyo en la etapa final de esta investigación.

A Elena Franco, por sus consejos, tranquilidad y apoyo.

A mis compañeros de psicología por su comprensión y aliento. A Lucía, Katia, Angie, Adela, Claudia y Mili por haber sido tan buenas amigas y haberme apoyado en todo.

De manera especial quiero agradecer a mis padres por haberme brindado su apoyo incondicional y haberme alentado en la realización de esta tesis, por su cariño y comprensión. A Sergio Nájjar por haber sido paciente y comprensivo en todo el tiempo que me tomó elaborar esta investigación, por su alegría y apoyo constante.



A mis padres Rommel e Inés.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	I
Capítulo 1: La cólera en mujeres adolescentes en riesgo de presentar trastornos alimenticios	1
1. Regulación emocional en la adolescencia	1
2. Trastornos alimenticios y regulación emocional	7
3. La emoción cólera	20
4. Planteamiento del problema	26
Capítulo 2: Metodología	29
1. Participantes	29
2. Instrumentos	31
2.1 Ficha para Padres	31
2.2 Ficha de Datos Personales	31
2.3. Inventario sobre Trastornos Alimentarios	33
2.4. Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera – Hostilidad	38
3. Procedimiento	45
Capítulo 3: Resultados	49
Capítulo 4: Discusión	68
Referencias Bibliográficas	80
Anexos	87

ANEXO A. Criterios Diagnósticos del DSM-IV para los Trastornos Alimenticios	88
ANEXO B. Confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA)	91
ANEXO C. Cargas Factoriales con Rotación Promax para el ITA	95
ANEXO D. Confiabilidad del Inventario Multicultural de la Cólera-Hostilidad (IMECH)	96
ANEXO E. Cargas Factoriales con Rotación Promax para el IMECH	99
ANEXO F. Consentimiento Informado	100
ANEXO G. Ficha para Padres	101
ANEXO H. Ficha de Datos Personales	102
ANEXO I. ITA	104
ANEXO J. IMECH	109

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de crisis en el que se experimenta una mayor inestabilidad en las estrategias de regulación emocional, así como una mayor intensidad y frecuencia de emociones negativas. Las mujeres adolescentes se encuentran más vulnerables a desarrollar trastornos alimenticios, en los cuales se ha observado una mayor intensidad y dificultad para modular emociones como la cólera.

La presente investigación analiza la relación entre la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en 126 mujeres adolescentes de un colegio público y dos colegios privados de Lima Metropolitana. Se utilizaron los siguientes instrumentos: una Ficha de Datos Personales, el Inventario de Trastornos Alimentarios (ITA) de Hartley (1999) y la última versión del Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera-Hostilidad (IMECH) estandarizado por Ugarriza para Lima Metropolitana (1998). Antes de su aplicación, los padres de las adolescentes firmaron un consentimiento informado y llenaron la Ficha para Padres que mide el nivel socio económico (ICOM, 2006).

En cuanto al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios, se encontró que el 38.10% presenta el nivel de *Riesgo I*, el 13.8% el *Riesgo II* y el 10.3% el *Riesgo III*. Asimismo, se hallaron diferencias significativas en la cólera entre las adolescentes que se encuentran *Sin Riesgo* y las que se hallan en los grupos de riesgo, así como diferencias significativas en la cólera entre las adolescentes que se encuentran conformes con su cuerpo y las que no están conformes con el mismo. Además, se encontraron correlaciones significativas entre la mayoría de escalas de cólera y la Escala de Desorden Alimentario.

A partir de estos resultados concluimos que a mayor presencia de cólera en las escalas del IMECH, mayor el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, los trastornos alimenticios se han convertido en patologías masivas a nivel mundial. La incidencia de estos desórdenes ha ido en aumento durante los últimos 50 años, al punto que hoy son más comunes de lo que se podría pensar. Lo cual en parte también se explica por un mayor conocimiento y diagnóstico de estos trastornos (Wakeling, 1996. En Polivy & Herman, 2002). En Estados Unidos, la prevalencia de estas patologías tiende a ser entre un 3 y 10% en mujeres entre los 15 y 29 años de edad, siendo mayor la cantidad de pacientes con bulimia, ya que éstas duplican el número de pacientes con anorexia (Polivy & Herman, 2002).

En el Perú, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002) en Lima Metropolitana y Callao, encontró resultados similares en el grupo de adolescentes, ya que estos presentaron un mayor índice de bulimia nervosa (0.8%) que de anorexia nervosa (0.1%). Además, en este grupo se halló un 8.3% de adolescentes en riesgo de desarrollar trastornos alimenticios.

Asimismo, Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón (2003), encontraron que un 16.4% de adolescentes mujeres padece uno o más trastornos alimentarios y un 15.1% se encuentra en riesgo, en Lima Metropolitana. A diferencia de la creencia generalizada de que estos desórdenes suelen tener una mayor incidencia en las clases altas, la realidad de hoy en día muestra índices de riesgo en todos los niveles sociales.

Actualmente nos encontramos invadidos por una “cultura light”, que por medio de la publicidad masiva ha expandido un ideal de belleza poco realista y

exigente que promueve la delgadez. La presión por lograr este ideal estético se ejerce desde todos los ámbitos sociales: los medios de comunicación, la familia y los pares. Todos los cuales influyen en la percepción que las mujeres tienen sobre su propia imagen corporal. Si bien la insatisfacción corporal es uno de los factores necesarios en el desarrollo de las patologías de la alimentación, la aparición de éstas requiere la reunión de varios factores, individuales y sociales (Polivy & Herman, 2002). Así, la historia personal, el nivel sociocultural, la situación socioeconómica, la dinámica familiar particular, el tipo de vínculos establecidos con otros, el desarrollo emocional, las experiencias de vida y la personalidad, influyen en la emergencia y mantenimiento de los trastornos alimenticios.

Las mujeres se hallan en mayor riesgo de padecer trastornos alimenticios, ya que se encuentra la relación de 1 varón por cada 9 mujeres (Cervera, 2005). Según Giudice (2006), las mujeres adolescentes se hallan en mayor riesgo de estar insatisfechas con su cuerpo y se muestran más vulnerables a esta presión social.

La adolescencia, como etapa de desarrollo, tiene también una relación con estos desórdenes. En especial, porque se trata de un periodo de transición que implica diversos cambios y metas que deben ser alcanzadas. El adolescente debe poner en práctica procesos de autorregulación que le permitan integrar metas relacionadas al conocimiento y a las emociones, para así poder adaptarse a estos cambios y responder de manera satisfactoria a las nuevas demandas de su entorno (Diamond & Aspinwall, 2003). Lo cual permitiría sobrellevar esta crisis de manera más saludable. Sin embargo, la mayoría encuentra difícil la modulación de sus emociones, sobre todo de las

negativas. En el caso de adolescentes que presentan patologías graves, como las de índole alimenticio, la integración de los cambios vivenciados en esta etapa se hace aún más difícil, pudiendo resultar en un quiebre que impide integrar la imagen de un cuerpo maduro a la imagen de sí mismo (Laufer, 1997).

Es así que, se tornan relevantes los aspectos vinculados con la regulación emocional en estos desórdenes. Los estudios reportados (Sim & Zeman, 2002; Bydlowski et al., 2005), indican que las mujeres adolescentes con estas patologías, muestran una inhabilidad para reconocer y describir sus emociones, así como dificultades en el afrontamiento constructivo de las mismas.

Además, se han encontrado asociaciones entre estos trastornos y las emociones negativas en mujeres adolescentes. Si bien existen estudios sobre emociones como la depresión y ansiedad, pocos de ellos han contemplado el rol de la cólera (Waller et al., 2003). Sin embargo, ésta última se encuentra asociada con estos trastornos, tanto en población clínica como no clínica (Macht, 1999; Geller, Cockell & Goldner, 2000; Fassino et al., 2001; Zaitsoff, Geller & Srikameswaran, 2002. En Meyer et al., 2005). Lo cual nos hace pensar en la importancia de esta emoción y nos lleva a preguntarnos cómo la cólera se relaciona con el riesgo de presentar trastornos alimenticios en un grupo de mujeres adolescentes de colegios públicos y privados de Lima.

En el primer capítulo se presenta el marco teórico desarrollado para la presente investigación, en el cual comenzamos hablando de la regulación emocional en la adolescencia, los trastornos alimenticios y las emociones negativas en estos desórdenes, y terminamos tratando el tema de la cólera y,

la relación entre esta última y los trastornos alimenticios. En el segundo capítulo se describe la metodología de nuestra investigación, que incluye el nivel y tipo de investigación, los participantes, los instrumentos utilizados, el procedimiento y los análisis estadísticos empleados. En el tercer capítulo, se describen los resultados hallados en el presente estudio y, en el cuarto capítulo se presenta la discusión de los mismos y aportes para futuras investigaciones del tema en nuestro medio.



Capítulo 1

LA CÓLERA Y EL RIESGO DE PRESENTAR TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN MUJERES ADOLESCENTES

1. Regulación emocional en la adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición biológica, cognitiva y psicosocial que marca el paso de la niñez a la edad adulta, y que por lo general dura una década o más (Berger, 2004). Se trata por definición de un periodo de crisis, que implica la pérdida de la identidad infantil y la imagen de los padres idealizados de la infancia. Un proceso que permite la gradual integración psíquica de todos los cambios físicos de la pubertad, y que idealmente culmina con la adquisición de una identidad sexual estable, la transformación de las identificaciones y los ideales, la internalización del código social y la adquisición de una capacidad de independencia de los padres. (Grieve, 2002).

Según Grieve (2002) si bien este es un periodo de crisis esperado en el desarrollo humano, la ruptura de este proceso normal, se evidencia por la regresión a formas más infantiles de funcionamiento, el abandono del deseo de hacerse adulto, la rigidificación de las conductas como un miedo al cambio, y la dificultad de integrarse al grupo de pares o de percibirlo como un escape a la dependencia de los padres. En este sentido, el adolescente que pasa por este momento difícil, vive las relaciones cercanas como frustrantes o amenazantes. El cuerpo sexuado y maduro puede ser vivido como el principal enemigo o el origen de los pensamientos y sentimientos que lo perturban (Grieve, 2002).

En el periodo de cambios que implica la adolescencia, el mundo de las emociones se encuentra en ebullición. Los adolescentes tienen el reto de

empezar a asumirse como adultos, de entender e integrar los cambios en la maduración sexual y física, los cambios a nivel de pensamiento, así como los cambios en las relaciones con los padres y amigos, para así poder responder a las nuevas demandas de esta etapa y dirigirse hacia el crecimiento.

En este contexto, la regulación emocional cumple un papel importante. En especial porque históricamente, la efectiva regulación de emociones ha sido contemplada como una tarea y logro del desarrollo necesaria para la consecución de otras metas en la vida (Fox, 1994. En Diamond & Aspinwall, 2003). A medida que el individuo avanza en edad, las metas relacionadas al conocimiento y a las emociones se vuelven más interconectadas, debido al desarrollo de habilidades de regulación más sofisticadas, que permiten coordinar ambos procesos y responder de manera más efectiva a las demandas del entorno (Diamond & Aspinwall, 2003).

Diamond y Aspinwall (2003) citan autores como Eisenberg, Fabes, Guthrie y Reiser (2000) y Gross (1999), quienes postulan que la regulación emocional se refiere a procesos internos y transaccionales por los cuales las personas modulan, consciente o inconscientemente, uno o más componentes de las emociones, ya que o bien tienden a modificar su propia experiencia, comportamiento y expresión emocional, o la situación que está generando esa emoción. Por lo cual, luego de esta regulación, la emoción resultante es diferente de su estado inicial (Fridja, 1986 & Tomkins, 1984. En Diamond & Aspinwall, 2003). En la regulación emocional intervienen múltiples procesos biológicos, cognitivos y socioculturales, por lo que se trata de un proceso complejo inmerso en un proceso de autorregulación más general (Diamond & Aspinwall, 2003).

La etapa evolutiva influye en éstos procesos que intervienen en la regulación emocional, ya que el avanzar a una etapa superior de desarrollo implica cambios a nivel cognoscitivo, además de diferencias en cuanto a las metas, tareas, relaciones y problemas a los que se debe enfrentar el individuo. Todo lo cual involucra a su vez, contextos diferentes para la experiencia emocional y el comportamiento motivado emocionalmente. (Magai, 2001. En Diamond & Aspinwall, 2003). De esta manera, el éxito que la persona tenga en la modulación de sus emociones depende de cómo adecue sus estrategias de regulación emocional a estos cambios en las exigencias y necesidades del ambiente (Diamond & Aspinwall, 2003).

Según Hollenstein (2005) durante la adolescencia temprana las interacciones entre padres e hijos están compuestas por una mayor flexibilidad socioemocional. Algo similar plantea Aldrich y Tenenbaum (2006), quienes han estudiado la expresión emocional en conversaciones entre padres e hijos adolescentes de ambos géneros. En estas conversaciones encontraron que si bien las hijas utilizan más palabras relacionadas a las emociones, de manera más específica, los hijos usan más palabras asociadas a la tristeza mientras que las hijas mencionan más palabras relacionadas a la frustración. Así, para estos autores, al inicio de esta etapa existe una mayor flexibilidad en la expresión de emociones que les permite a los adolescentes salir de los estereotipos de género.

A pesar de esta flexibilidad, Hollenstein (2005) plantea que si el adolescente vivencia cambios adicionales a los involucrados en esta etapa, como un cambio de escuela, experimenta un incremento de emociones negativas como el estrés. Este incremento de emociones negativas genera a

su vez una disminución de flexibilidad en las relaciones emocionales, debido a que estas emociones fomentan estrategias de regulación emocional que inhiben el comportamiento. Sin embargo, se espera que estas estrategias de regulación emocional pasen por un periodo de inestabilidad como parte del desarrollo normal del adolescente. (Hollenstein, 2005).

En la niñez, la regulación emocional se relaciona más a metas emocionales dirigidas a modular experiencias y expresiones de malestar. En cambio, con la adolescencia, se alcanza una mayor maduración psicológica y se hace más importante aprender la utilidad de las diferentes estrategias de regulación emocional así como el uso adecuado de las mismas de acuerdo a las circunstancias que se den, para luego poder integrarlas en estrategias de regulación más complejas y generales. (Magai, 2001. En Diamond & Aspinwall, 2003).

Los procesos de regulación emocional se dan en el marco de las relaciones interpersonales, por lo que también interviene el contexto social y familiar en el que se desarrolla un individuo (Diamond & Aspinwall, 2003). De acuerdo con Paredes (1999), el adolescente cuenta con un deseo de autonomía de los padres que suele ser percibido por éstos como conductas de rebeldía y oposición, por lo que la mayoría encuentra en las amistades mayor comprensión y gratificación emocional, así como mayores oportunidades para ejercitar su independencia. Schillinger (2002) refiere que esta tendencia a confiar más en las amistades incrementa a medida que el adolescente avanza en edad, sin embargo, existen diferencias de género al respecto. Las mujeres adolescentes tienden a controlar emociones negativas como la cólera o tristeza frente a un adulto, pero son capaces de expresar este tipo de emociones con

un mejor amigo, debido a que esperan un mayor soporte y entendimiento por parte de sus pares. En cambio, los adolescentes varones, se sienten mejor si no expresan sus emociones negativas frente a ninguna figura, sin importar si se trata de un adulto o un mejor amigo (Schillinger, 2002).

Estos cambios en las conductas del adolescente, generan tensiones en las relaciones con los padres, debido a que muchas veces éstos últimos ejercen un excesivo control y protección que suele ocasionar discusiones con los hijos (Paredes, 1999). Los procesos de regulación emocional de los padres intervienen en la manera en que éstos enfrentan este tipo de situaciones e influyen, al mismo tiempo, en las estrategias de regulación emocional de los hijos, las cuales se ven implicadas en la modulación de emociones y afrontamiento de problemas (Diamond & Aspinwall, 2003).

Así, las relaciones cercanas con los padres y amigos juegan un papel importante en los sentimientos que los adolescentes tienen acerca de sí mismos, y en el modo cómo regulan y expresan sus emociones. Es así que, de acuerdo con la teoría del apego, una comunicación flexible y abierta entre padres e hijos alrededor de las señales emocionales, promueve una regulación emocional más adaptativa (Bowlby, 1969, 1982; Cassidy, 1994. En Biesecker, 2001).

Algunos autores han encontrado que aquellos adolescentes que son capaces de regular adecuadamente sus emociones, afrontan los problemas de una manera más efectiva (Eisenberg, Fabes, Carlo & Karbon, 1992. En Dempsey, 1996). Dempsey (1996) realizó un estudio con un grupo de pre-adolescentes que fueron clasificados por sus profesores en tres categorías: los que tenían problemas de conducta, los que presentaban problemas de

ansiedad y depresión, y los que se encontraban bien adaptados. Esta autora encontró que estos dos últimos grupos empleaban estrategias de afrontamiento más dirigidas a auto-calmarse frente a situaciones de estrés en comparación con sus compañeros que tenían problemas de conducta, quienes utilizaban la mayoría de las veces estrategias inapropiadas. Además, observó que las mujeres utilizaban estrategias como; gritar, desear que el problema nunca hubiese pasado, culparse a sí mismas por el problema, llorar, morderse las uñas y chuparse el dedo, de manera más frecuente que los varones. Lo cual, para esta autora, sugiere diferencias de género en el uso de las estrategias de afrontamiento (Dempsey, 1996).

En nuestro contexto, a las dificultades que pueden suscitarse en el funcionamiento familiar se le agrega el impacto de las carencias económicas. La falta de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas trae consigo conflictos y preocupaciones al interior de la familia, por lo que muchas veces, el monto de estrés al que los padres se ven sometidos, dificulta la atención e importancia que se brinda al desarrollo afectivo de los hijos, quienes por su parte, deben ocuparse de las tareas domésticas o trabajar. (Mendoza, 1999).

Según Rice (2000), el estatus socioeconómico bajo afecta la percepción que los propios adolescentes tienen de sí mismos, además que genera un ciclo de pobreza y carencia, en el cual, el bajo nivel de vida suele ser esperado por muchos adolescentes. Más aún, el ser conscientes de su propia situación económica, les genera amargura, desconcierto, retraimiento o desviación social. Asimismo, este autor menciona que cuanto más bajo es el estatus socioeconómico, parece existir una mayor inestabilidad familiar y, aumentar la

tasa de adolescentes embarazadas, de madres como cabeza de familia, de divorcio o separaciones, de violencia familiar, de delincuencia y madres solteras. Todo esto podría repercutir en los hijos y en su desarrollo emocional, por lo que es importante el rol que cumplen los padres en mantener un ambiente familiar que contrarreste esta desventaja económica y sus consecuencias (Rice, 2000).

Gottman (2001. En Diamond & Aspinwall, 2003) refiere que una manera de contrarrestar estas fuentes de estrés y las emociones negativas derivadas, es por medio de las emociones positivas. Según este autor, los hijos de familias que hacen visible el uso de las emociones positivas como una manera de contrarrestar las experiencias negativas son más propensos a experimentar los beneficios que derivan de este manejo, siendo más probable que integren este uso del afecto positivo en su propio repertorio de regulación emocional. Los padres que utilizan estas herramientas de regulación emocional no estarían negando el malestar de sus hijos, sino que más bien, estarían contemplando las experiencias negativas como oportunidades para la intimidad, el aprendizaje y crecimiento personal, ya que a través de la empatía y comprensión, tratarían de ayudar a sus hijos a enfrentar estas adversidades y malestar, con un sentido de control y optimismo. (Gottman, 2001. En Diamond & Aspinwall, 2003).

2. Trastornos alimenticios y regulación emocional

La anorexia y bulimia nerviosa son trastornos que han experimentado una expansión progresiva a lo largo de los últimos 50 años, por lo que actualmente se encuentran muy extendidos a nivel mundial. Si bien se trata de

un incremento real, éste en parte se explica, porque hoy en día existe una mayor conciencia y detección de éstos desórdenes (Wakeling, 1996. En Polivy & Herman, 2002). En estas patologías la variable género ha probado ser distintiva, encontrándose para ambos cuadros, la relación de un varón por cada nueve ó diez mujeres (Cervera, 2005). En Estados Unidos las medidas de prevalencia tienden a variar entre un 3% y 10% en el grupo de mujeres considerado en riesgo, entre los 15 y 29 años de edad. Encontrándose un mayor número de pacientes con bulimia nerviosa, ya que la cantidad de personas que padecen este cuadro supera en el doble a aquellas que sufren de anorexia. Sin embargo, esta diferencia puede deberse en parte a que las personas con anorexia generalmente se muestran indiferentes ante su enfermedad y no suelen buscar ayuda. Además, es más común encontrar a personas con sintomatología parcial, que no llegan a presentar el cuadro completo, que a personas que cumplen con todos los síntomas del trastorno. (Polivy & Herman, 2002).

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002) realizó un estudio epidemiológico compuesto por 4 388 adolescentes y adultos de ambos géneros, pertenecientes a Lima Metropolitana y Callao, con el fin de estudiar, entre otros trastornos clínicos, el riesgo y la presencia de los trastornos alimenticios. Como resultado se encontró un 11.5% de adultos y un 8.3% de adolescentes en riesgo de desarrollar estas patologías. Además, en el grupo de adolescentes se halló un 0.8% de bulimia nervosa y un 0.1% de anorexia nervosa.

Asimismo, Hartley (1999) y Martínez et al. (2003) han realizado investigaciones con mujeres adolescentes pertenecientes a colegios públicos y

privados de Lima, para estudiar el riesgo de padecer este tipo de trastornos. Hartley (1999) halló entre un 10.5% y un 15.2% de adolescentes en riesgo, mientras que Martínez et al. (2003) encontró un 15.1% en riesgo y un 16.4% de adolescentes que presentaba uno o más trastornos alimentarios. Además, Martínez et al. (2003) refieren que si bien los colegios privados presentan mayor vulnerabilidad de padecer trastornos alimenticios no especificados, debido a los niveles de binge eating y yo-yo dieting, son los colegios públicos los que parecen ser más vulnerables a los trastornos clásicos de la anorexia y bulimia. Lo cual señala que las adolescentes en riesgo de padecer estas patologías se encuentran a lo largo de todos los estratos sociales. Además, las adolescentes tienden a presentar cuadros mixtos, en los que se intercala el descontrol de comer con el control de restringir el exceso, por lo que se instalan en circuitos que oscilan entre comer y dejar de comer (Martínez et al., 2003).

Hoy en día, los medios de comunicación imponen expectativas irreales, a través de la publicidad, que refleja una actual “cultura light”, caracterizada por el imperativo de obtener la figura “perfecta”, escondida tras el rostro de “cuidados de la salud” (Hevia, 2003). En esta cultura, se le atribuyen al cuerpo valores como el esfuerzo y simpatía, asociando triunfo social con juventud, belleza y delgadez. Esto conlleva a que belleza sea sinónimo de delgadez y a que se consideren erróneamente como obesas a personas con sobrepeso, generando así un rechazo no sólo al concepto de obesidad sino a las personas que la padecen. (Cervera, 2005). Esta presión también es ejercida por la familia y grupo de pares, ya que a través de burlas y comentarios sobre la apariencia corporal, influyen en la autopercepción de las adolescentes (Paxton, Schutz, Wertheim & Muir, 1999. En Polivy & Herman, 2002).

Según Giudice (2006), la insatisfacción con la imagen corporal ha emergido en las últimas décadas como un factor integral en el desarrollo del adolescente. El autor enfatiza que son las mujeres adolescentes quienes parecen estar en mayor riesgo de sentirse insatisfechas con su cuerpo. Lo cual se ha encontrado relacionado con una baja autoestima y una mayor insatisfacción con la vida. Sin embargo, para Polivy y Herman (2002), la insatisfacción corporal no debe definirse como la brecha entre el peso actual y el ideal, ya que uno puede percibir el propio cuerpo lejano al ideal y aún estar satisfecho con este. Además, si bien esta insatisfacción es un factor necesario en la emergencia de las patologías de la alimentación, no es suficiente, porque es posible tener esta insatisfacción y no hacer nada al respecto. Más bien se trata de una confluencia de factores individuales y sociales que conducen a esta relación. En nuestro medio, Hartley (1999), determinó a través de un estudio que el 53.8% de las adolescentes evaluadas y el 77.8% del grupo identificado en riesgo de padecer un trastorno alimenticio, no se sentían satisfechas con su cuerpo ¹.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno cuyo inicio se encuentra cada vez más temprano, ya que se han descrito casos entre los 8 y 10 años de edad. Este trastorno se caracteriza por un rechazo a mantener el peso dentro de los límites corporales, unido a un inmenso temor a ganar peso y a una exagerada preocupación por la silueta. La valoración que hace de sí misma está

¹ Hartley (1999) trabaja el constructo de insatisfacción corporal y lo evalúa con dos preguntas del cuestionario aplicado en su estudio. Actualmente, este constructo ha evolucionado y se ha complejizado tanto en su conceptualización como en su modo de abordaje. Por ejemplo, Carmen Maganto y Soledad Cruz (2002) utilizan la Escala de Satisfacción Corporal y el Test de Siluetas para medir este constructo.

determinada por lo que opina de su cuerpo, lo cual la lleva a reducir la cantidad de alimento que ingiere diariamente. A pesar de disminuir de peso, el temor a aumentar de peso continúa e incluso se incrementa. Por lo que, llega a dedicarle una excesiva energía y perseverancia a bajar de peso. (Cervera, 2005).

La percepción y la vivencia de su cuerpo, se encuentran distorsionadas y disociadas. Por ello, estas pacientes tienden a encerrarse en patrones de comportamiento rígidos (Moser, 2003. En Celada, 2003). Al punto que muchas culminan en cuadros disociativos, debido a ésta elevada obsesión y distorsión cognitiva (Celada, 2003).

La anorexia se clasifica en dos tipos; la restrictiva y la compulsiva/purgativa. La diferencia radica en que si bien éstas últimas son personas que deciden controlar la comida, no consiguen que este control sea riguroso. Por ello, durante el episodio de anorexia nerviosa recurren regularmente a atracones o purgas (American Psychological Association [APA], 2002).

Las que tienen anorexia restrictiva muestran un mayor aislamiento social, más síntomas de ansiedad y más dificultad en las relaciones sexuales (Cervera, 2005), además de rasgos como perfeccionismo, rigidez y hiperresponsabilidad (Perpiñá, 1995. En Martínez et al., 2003). Mientras que las que presentan una anorexia compulsiva/purgativa, tienen más problemas relacionados con el control de impulsos, abuso de alcohol o drogas, robos, promiscuidad sexual, y realizan más conductas autolesivas e intentos de suicidio (Cervera, 2005).

En cuanto a la dinámica familiar, se ha encontrado que las familias de pacientes anoréxicas suelen ser trabajadoras, perfeccionistas, dependientes, depresivas y obsesivamente preocupadas por la comida y el temor a engordar (Minuchin, 1994. En Celada, 2003). Generalmente, tanto la familia como los amigos de estas pacientes, alaban su delgadez y envidian el autocontrol y disciplina requerida para lograrlo (Branch & Eurman, 1980. En Polivy & Herman, 2002). Incluso, es tanto el reforzamiento, que éste persiste a pesar de que la anoréxica se encuentre en condiciones serias, ayudando a la perpetuación del cuadro. Sin embargo, la dinámica familiar está implicada no sólo en la perpetuación del cuadro, sino también en su desarrollo (Minuchin et al., 1978. En Polivy & Herman, 2002).

Cavoto (1999), encontró que la expresión de las emociones negativas al interior de la familia, era un predictor de la sintomatología anoréxica en las adolescentes. Más específicamente, comparadas con las anoréxicas compulsivas/purgativas, las adolescentes restrictivas manifestaban que sus familias expresaban emociones negativas en menor medida.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa generalmente tiene un inicio posterior al de las anoréxicas, ya que suele presentarse después de los 18 o 20 años de edad, aunque también puede observarse en púberes y adolescentes (Celada, 2003). Este trastorno se caracteriza por una ingesta exagerada de comida (atracción) y posterior compensación con purgas, abuso de laxantes o dietas restrictivas, además de una gran preocupación corporal y alteraciones físicas, así como consecuencias emocionales negativas. Un “atracción” presupone cantidades

excesivas de comida, pero lo que más lo caracteriza es la forma de comer compulsiva y rápida, con sensación de pérdida de control. (Cervera, 2005).

Los atracones y purgas característicos de la bulimia nerviosa, también se encuentran presentes en el tipo de anorexia compulsiva/purgativa. La diferencia está en que en este subtipo de anorexia, la persona tiene que tener un peso menor al 85% del esperado para su edad y talla, y debe existir la presencia de amenorrea (la ausencia de dos ciclos menstruales consecutivos) (APA, 2002). Sin embargo, esta diferenciación puede ser no del todo clara, por lo que se debe tener en cuenta la presencia de cuadros mixtos y sintomatología parcial, además de otras características individuales y familiares que pueden ayudar a un diagnóstico más preciso (Polivy & Herman, 2002).

La bulimia también se clasifica en dos tipos; el purgativo y el no purgativo. En el primero, la persona recurre habitualmente al uso de vómitos, laxantes, diuréticos o enemas en exceso. En cambio, en el no purgativo, la persona no suele emplear éstas conductas compensatorias, sino más bien, suele utilizar el ayuno o ejercicio intenso como compensación (APA, 2002).

Según Celada (2003), la bulimia puede pasar más inadvertida que la anorexia, ya que estas personas suelen comer delante de los demás, y los atracones y conductas compensatorias (vómitos, laxantes) las suelen practicar en un ámbito privado. Además, para este autor estas pacientes se caracterizan por ser más extravertidas pero emocionalmente volubles, ansiosas, depresivas e irritables; suelen experimentar sentimientos de culpa y un fácil descontrol de impulsos. Asimismo, Gabbard (2000) menciona que los atracones y purgas suelen coexistir con relaciones sexuales impulsivas, autodestructivas y con abuso de drogas. Además, entre un tercio y la mitad de las que sufre el

trastorno, cumple el criterio para uno o más trastornos de la personalidad, en especial el limítrofe (APA, 1994. En Martínez et al., 2003).

En cuanto a las familias de éstas pacientes, éstas destacan por su impulsividad y estructura más caótica. Las sensaciones priman sobre los sentimientos, por lo que la comunicación de éstos se hace difícil. Los problemas de abuso de alcohol y drogas, la ingesta de comida descontrolada y compulsiva, junto con el sobrepeso, parecen ser comunes (Celada, 2003). Más aún, las cualidades inaceptables de los progenitores suelen depositarse sobre la hija bulímica, quien se convierte en el vehículo de la voracidad e impulsividad de la familia (Gabbard, 2000).

Bonne et al. (2003) encontraron en adolescentes con bulimia nerviosa, la percepción de un menor soporte y unión en sus familias, además, de unos padres muy protectores pero deficientes en cuanto al cuidado y atención que les brindaban. Lo cual se relaciona con otros hallazgos que señalan en éstas pacientes la percepción de una actitud menos emocional por parte de sus padres (Wunderlich, Ukestad & Perzacki, 1994. En Bonne et al., 2003). Además, estas pacientes reportan más historias de castigo físico y de una disciplina voluble en comparación con los grupos control (Rorty, Yager & Rissotto, 1995. En Bonne et al., 2003).

Asimismo, Bonne et al. (2003) encontraron discrepancias en cuanto a la percepción que tenían los padres de las pacientes y éstas mismas con respecto al funcionamiento familiar, ya que éstas últimas lo veían como más deficiente. Los autores atribuyen esta discrepancia a las dificultades de comunicación entre los miembros de familia. Además, los padres de estas pacientes se encontraban sumamente preocupados por su propio peso e

imagen. Por su parte Pike y Rodin (1991) encontraron que las madres de hijas con un alto nivel de desorden alimenticio, se encontraban más insatisfechas con el funcionamiento familiar y eran más desordenadas en su alimentación en comparación con madres de hijas sin un problema alimenticio. Además, pensaban que sus hijas debían perder más peso y eran menos atractivas de lo que éstas se juzgaron a sí mismas.

Trastornos alimenticios no especificados

Los trastornos alimenticios no especificados, son aquellos que no cumplen con todos los criterios diagnósticos para un trastorno de la conducta alimentaria específica (APA, 2002). Diversos autores los denominan trastornos intermedios, debido a que se asemejan a la alimentación perturbada y al tipo de relación que la persona establece con su cuerpo en los trastornos específicos (Hartley, 1999; Zusman, 2000. En Martínez et al., 2003).

El “trastorno por atracón” o también llamado “binge eating”, se trata de un problema caracterizado por frecuentes episodios de atracones. Si bien los criterios para estos episodios son los mismos especificados en el diagnóstico de bulimia, la diferencia radica en que éstos no se asocian a conductas compensatorias (vómitos y/o laxantes) y no ocurren exclusivamente durante el curso de una anorexia o bulimia nerviosa. (Carroll, 2005).

Por otro lado, se encuentra el “yo – yo dieting”, que si bien no es mencionado por el DSM-IV-TR (APA, 2002), se refiere a repetidos circuitos en los que la persona oscila entre periodos de pérdida de peso y ganancia de peso. Se trata de una alternancia de dietas estrictas que conllevan a un desbalance en el organismo y que no necesariamente son realizadas por

personas con sobrepeso (Brownell, 1988). La imagen corporal y autoestima de estas personas oscila, subiendo y bajando, de acuerdo al éxito o fracaso de la dieta (Martínez et al., 2003).

Existe al menos un 40% ó 50% de pacientes anoréxicos que también presentan bulimia (Garfinkel, Moldofsky & Garner, 1980; Hsu, Crisp & Harding, 1979; Hall, Slim, Hawker, et al., 1984. En Gabbard, 2000). En un periodo de largo plazo, la anorexia nerviosa puede ceder el paso a la bulimia nerviosa, siendo un patrón inverso más raro (Hsu, 1991. En Gabbard, 2000). Además, hay quienes alternan patrones de conducta anoréxicos y bulímicos, por lo que actualmente se sugiere considerar ambos trastornos dentro de un continuo (Almenara, 2003). Hartley (1999), adopta este tipo de perspectiva, ubicando a las diferentes manifestaciones de los trastornos alimenticios dentro de un *continuum* por orden de severidad, desde la conducta alimentaria normal, regulada por las señales de hambre y saciedad, hasta los trastornos alimenticios, pudiendo ubicar al medio a aquellas personas que si bien no presentan un cuadro completo del trastorno tienen conductas riesgosas o padecen de un sufrimiento significativo en relación con la comida, peso e imagen corporal, como es el caso de las personas que realizan dieta de manera crónica o intermitente. Si bien estas personas cuentan con características semejantes a las que padecen un trastorno alimenticio, como la insatisfacción corporal, la preocupación obsesiva por el peso y cuerpo, y comportamientos alimentarios autodestructivos (Polivy & Herman, 1987. En Hartley, 1999), la mayoría de personas que realizan dietas no progresan hasta ese extremo de la patología (Polivy & Herman, 2002).

Emociones negativas en los trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios pueden ser una manera de lidiar con problemas emocionales y de identidad, ya que al reenfocar la atención en el peso y alimentación, la persona ingresa a un dominio en el que puede ganar cierto control emocional. Las pacientes anoréxicas logran una parcial gratificación al evadir la comida y lograr la delgadez, mientras que las bulímicas suelen ganar un alivio emocional con los atracones y purgas. (Polivy & Herman, 2002). El ganar cierto control en la habilidad para controlar la propia alimentación combate el sentimiento de estar siendo controlada por esos pensamientos sobre la comida (Serpell et al., 1999. En Polivy & Herman, 2002). No obstante, eventualmente la bulímica, por ejemplo, reconoce que los atracones están fuera de control y que ya no producen alivio sino culpa. Por lo que, las purgas pueden aliviar esta culpa, así como descargar la cólera (Jonson & Larson, 1982. En Polivy & Herman, 2002).

Como se verá a continuación, existe una serie de investigaciones que dan cuenta de la relación entre trastornos alimenticios y regulación emocional. Bydlowski et al. (2005) encontraron en un grupo de pacientes mujeres con un trastorno alimenticio, una inhabilidad para reconocer y describir sus emociones, así como, una falla en la capacidad para mentalizar la experiencia emocional de otros. Además, señalan que el marcado déficit en el procesamiento emocional de éstas pacientes es independiente de los trastornos afectivos. Por ello, sugieren un déficit global en el procesamiento emocional de éstas pacientes.

Sim y Zeman (2006) reportan que adolescentes con altos niveles de desorden alimenticio experimentan elevados niveles de afecto negativo,

mayores dificultades en el conocimiento emocional y en el afrontamiento constructivo de éstas emociones.

Sim (2002) compara un grupo de mujeres adolescentes diagnosticadas con bulimia nerviosa con otros dos grupos, uno sin un diagnóstico psiquiátrico y otro con un diagnóstico de depresión. Esta autora encontró que las adolescentes con bulimia exhibían una pobre conciencia de sus estados emocionales, una dificultad para discriminar entre estos estados emocionales, un limitado repertorio de estrategias de regulación emocional y una falta de habilidad para acceder a estas estrategias cuando se encontraban experimentando una activación emocional elevada. Además, comparadas con las adolescentes sin un diagnóstico psiquiátrico, este grupo reportaba menor motivación para expresar sus emociones negativas hacia otros, les tomaba más tiempo describir sus estados emocionales, se evaluaban a sí mismas como menos competentes al implementar estrategias para disminuir éstos estados, y esperaban un resultado menos efectivo de éstas estrategias. Por ello, esta autora sugiere que las mujeres adolescentes con bulimia dependen de los atracones y purgas como un soporte o ayuda en un ambiente caracterizado por inadecuadas habilidades de regulación emocional. (Sim, 2002).

Ruzumna (1999) encontró una clara asociación entre los estados de humor disfórico, incluyendo tensión, depresión y cólera, y los comportamientos de atracones y purgas. Específicamente, los atracones se veían seguidos de un incremento en el humor negativo, mientras que las purgas estaban más relacionadas con la reducción del humor negativo. Para Truglia et al. (2006) los atracones sirven como un medio para evadir la experiencia de cólera, mientras

que los vómitos facilitan la reducción del inmediato estado de cólera. Esta variación entre la emoción y el humor a través del episodio de atracón y posterior purga, ha sido documentado por otros investigadores (Cooper et al., 1988; Kenardy, Arnow & Agras, 1996. En Sim, 2002).

De acuerdo con Truglia et al. (2006), la cólera y los comportamientos agresivos, especialmente aquellos autodirigidos, son frecuentes en personas que sufren de trastornos alimenticios. Éstos cambian el pronóstico e incrementan la complejidad de las características clínicas y del manejo de éstos desórdenes.

Balfour (1996) señala que las mujeres que son más susceptibles a comer cuando se enfrentan a situaciones estresantes, son aquellas que evitan usar estrategias en las que se maneje directamente la ansiedad y que buscan suprimir los sentimientos de cólera. Por su parte Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004) sugieren que los síntomas de ansiedad son rasgos presentes en la mayoría de personas que padecen patologías de la alimentación, debido a que en su estudio, no sólo encontraron en este grupo altos niveles de ansiedad, sino que hallaron, en el 42% de éstas personas, una historia en la niñez de uno o más trastornos de ansiedad.

Perez, Joiner y Lewinsohn (2004), encontraron en una población adolescente con trastornos alimenticios, una mayor relación entre la distimia y la bulimia, que entre ésta última y la depresión mayor, a pesar de que la alta comorbilidad entre la depresión y los trastornos alimenticios ha sido ampliamente establecida en el pasado.

En el Perú, Zusman (2000), observó que la comida tiende a asociarse con la necesidad de aplacar sentimientos, sensaciones displacenteras y

perturbadoras, cambios en el estado de ánimo y la autoestima. Así, se identificaron relaciones entre comida, tristeza, ansiedad, aburrimiento y depresión, además de una tendencia a comer a partir de la creencia generalizada que la comida tranquiliza los estados de ánimo. Al mismo tiempo, encontró que en los colegios públicos, las adolescentes presentan una conflictiva emocional más significativa que en los colegios privados, ya que exhiben una mayor tendencia a la inestabilidad emocional, a la sensación de vacío, inseguridad y dependencia al medio, además de mayores dificultades en el manejo de sus sentimientos.

3. La emoción cólera

Para Moscoso (1998), la definición de la cólera en la literatura, resulta ambigua e incluso contradictoria. Sobre todo porque muchas veces los términos cólera, hostilidad y agresión, son usados de manera indistinta e intercambiable. Es por esto, que Spielberg et al., (1985. En Ugarriza, 1998), lo denominaron síndrome CHA (Cólera, Hostilidad y Agresión), y realizaron una definición operacional de cada uno de sus componentes, que se describe a continuación.

La *cólera* se refiere a un estado emocional, que implica sentimientos que varían en intensidad, desde una ligera irritación o molestia hasta una rabia o furia intensa. La *hostilidad*, si bien puede incluir sentimientos de cólera, sugiere un complejo conjunto de actitudes que motivan conductas agresivas dirigidas hacia la destrucción de objetos o hacia otras personas, en forma de daño físico. Mientras que ambos conceptos se refieren a sentimientos y actitudes, el concepto de *agresión*, connota generalmente, una conducta punitiva o

destructiva hacia otros. (Spielberger, Jacobs, Russell & Crane, 1983. En Moscoso, 1999).

Asimismo, según Moscoso (1999), algunos instrumentos psicométricos confunden los sentimientos de cólera con la expresión de la misma, por lo que resulta necesario distinguirlas.

En cuanto a los *sentimientos de cólera*, éstos se dividen en dos; cólera estado y cólera rasgo. La cólera como un estado emocional, es una reacción transitoria que presenta el individuo ante una determinada situación, tiempo y lugar. Este estado, fluctúa en un periodo de tiempo en función de las circunstancias que la provoquen. En cambio, la cólera como rasgo, se refiere a una disposición o tendencia de una persona, a reaccionar de manera hostil, como una característica de personalidad. Siendo más propensos a experimentar elevados estados de cólera con mayor frecuencia e intensidad. (Moscoso, 1999).

Con respecto a la *expresión de la cólera*, ésta se divide en cólera contenida y cólera manifiesta. La cólera contenida, se refiere a la frecuencia con que una persona experimenta y al mismo tiempo, suprime los sentimientos de cólera. Mientras que la cólera manifiesta, implica la expresión de alguna forma de conducta agresiva a través de actos físicos o verbales (Moscoso, 1999).

De acuerdo con Stephen (2004), los problemas relacionados a la expresión y manejo de la cólera se ven a lo largo de toda la vida, desde los niños con problemas para controlar la cólera hasta los adultos que se ven implicados en actos delictivos. Este autor cita otras investigaciones (Averill, 1982, 1979; Meltzer, 1933; Gates, 1926; Richardson, 1918) que le permiten

decir que a lo largo de los últimos cien años, se ha encontrado un patrón estable sobre la frecuencia con que se suele experimentar estos sentimientos, que va desde varias veces al día hasta muchas veces a la semana.

En cuanto al género, se ha encontrado como una característica común entre hombres y mujeres, la frecuencia con que experimentan y expresan la cólera. Sin embargo, existen diferencias relacionadas a la manera como expresan esta emoción, ya que las mujeres tienden a no expresar su cólera hacia el exterior (Hatch & Forgays, 2001).

Burney (2006) halló diferencias en las expresiones de cólera en un grupo de adolescentes hombres y mujeres. Los hombres presentaron mayores niveles de cólera cuando percibían un evento como negativo, amenazante y provocador, y un mayor nivel de cólera que era motivada por un recuerdo del pasado y utilizada para obtener venganza o estatus social, mediante actos delictivos o violentos. Así, en los hombres la cólera se encontró más relacionada a la violencia que en las mujeres. Además, las mujeres mostraron mayores niveles de control sobre estos sentimientos.

Según Hatch y Forgays (2001), estas diferencias de género se deben en parte a los estilos de crianza de los padres. Desde temprana edad, las mujeres son socializadas para mantener relaciones armoniosas con los otros y para negociar los conflictos. A lo largo del desarrollo las mujeres internalizan la representación social negativa de la cólera, debido a la censura que reciben del exterior, por lo que se ven envueltas en un dilema: por un lado experimentan cólera al igual que los hombres, pero por otro, son conscientes que si la expresan al exterior ocasionarán un rechazo social y sentirán culpa. Es así que, sólo ante situaciones percibidas como injustas, las mujeres consideran

adecuado expresar su cólera hacia a fuera y no sienten culpa. (Hatch & Forgays, 2001).

En lo referente a la edad, los adolescentes reportan una mayor intensidad y frecuencia de estados emocionales negativos en relación con los adultos (Colligan, Morey & Offord, 1994. En Hatch & Forgays, 2001). Esta diferencia podría deberse a las tareas propias de la etapa de desarrollo adolescente, en las cuales, la expresión emocional intensa como la cólera, puede ser una manera de diferenciarse del resto y de afirmar su identidad (Erikson, 1954. En Hatch & Forgays, 2001). La habilidad para manejar la cólera depende de un desarrollo emocional balanceado. Esta estabilidad parece madurar a medida que el adolescente transita de un nivel de desarrollo a otro (Burney, 2006).

En nuestro país, Ugarriza (1998) obtuvo diferencias significativas de acuerdo al género y de acuerdo al tipo de universidad en estudio sobre la normalización del Inventario Multicultural de Cólera-Hostilidad. Observó que las mujeres son más propensas a experimentar y expresar la cólera, y presentan un menor control cognitivo sobre la misma cuando son comparadas con los varones. Además, los estudiantes de universidades privadas muestran una mayor reacción de cólera y un menor control sobre la misma, que los estudiantes de universidades estatales.

La cólera en los trastornos alimenticios

Como se ha observado anteriormente, diversos estudios reportan una clara asociación entre la cólera y los trastornos alimenticios. Meyer et al. (2005) hallaron diferencias de género en estas asociaciones, ya que al estudiar una

muestra no clínica, encontraron que los síntomas bulímicos estaban relacionados con estados de cólera en hombres, pero con supresión de la cólera en mujeres. Además, según estos autores, los hombres parecen comprometerse con comportamientos bulímicos para reducir los estados de cólera, mientras que las mujeres parecen usar esos comportamientos para reducir la probabilidad de que suban los estados de cólera.

Waller et al. (2003) encontraron en mujeres diagnosticadas con desórdenes alimenticios mayores niveles de cólera estado y supresión de la cólera, particularmente si el diagnóstico incluía síntomas bulímicos, en comparación con una población normal. Incluso se observaron asociaciones entre diferentes aspectos de la cólera y comportamientos bulímicos específicos. Así, por ejemplo, los vómitos y atracones se asociaron con altos niveles de cólera rasgo, los ejercicios excesivos con niveles significativos de cólera estado, y los laxantes con supresión de la cólera.

Dillard (1997) encontró en un grupo subclínico de mujeres con síntomas bulímicos, mayores rasgos de cólera y mayores intentos por controlarla y suprimirla, pero a su vez, mayores ataques verbales a otras personas y a objetos cuando estaban con cólera. De manera más específica, esta autora encontró que las mujeres que presentaban conductas compensatorias o purgativas, eran más propensas a atacar físicamente a otros cuando se encontraban con cólera, que las que solo realizaban ejercicios excesivos y que las del grupo control. Incluso este subgrupo exhibía mayores niveles de depresión y ansiedad.

Estos descubrimientos son compatibles con resultados de investigaciones que muestran que las pacientes bulímicas generalmente

sienten cólera y pueden actuar estos sentimientos contra otras personas o objetos (Fava, Rappe, West & Harzong, 1995; Fassino, Daga, Piero, Leombruni & Rovera, 2001; Tiller, Schmidt, Ali & Treasure, 1995; Fahy & Eisler, 1993. En Truglia et al., 2006). Aunque otros estudios reportan que las actitudes bulímicas están asociadas con la supresión de la cólera más que con la cólera dirigida hacia el exterior (Milligan & Waller, 2000. En Waller et al., 2003).

Truglia et al. (2006) citan a autores como Wilbur y Colligan (1981) y Geller et al. (2000), para afirmar que la mayoría de investigaciones realizadas con pacientes anoréxicas encuentran que estas tienden a suprimir la cólera o a dirigirla hacia sí mismas. Además, estos autores mencionan otros estudios (Crisp, 1983; Fava, Rappe, West & Harzong 1995; Horesh, Zatsman & Apter, 2000. En Truglia et al., 2006) en los que se observa que sólo en algunas ocasiones estas pacientes dirigen su agresividad hacia otras personas, quienes generalmente son miembros de su familia.

Sin embargo, si bien las mujeres anoréxicas reportan altos niveles de supresión de la cólera, no queda claro si es característico de estas pacientes, debido a que muchas también se comprometen en comportamientos bulímicos. Lo cual podría explicarse por la presencia de cuadros mixtos (Séller, Cockell & Goldner, 2000. En Waller et al., 2003).

Finalmente, de acuerdo con Miotto, De Coppi, Frezza, Petretto, Masala y Prati (2003. En Truglia et al., 2006), existe una correlación positiva entre las actitudes y comportamientos indicativos de trastornos alimenticios y las manifestaciones agresivas hacia otros. Sin embargo, la asociación entre ambos parece ser menor que la existente entre estos trastornos y las conductas autolesivas. Así, altos niveles de cólera han sido asociados con actitudes

bulímicas en grupos de mujeres clínicos y no clínicos (Macht, 1999; Geller, Cockell, & Goldner, 2000; Fassino, Daga, Piero, Leombruni & Rovera, 2001; Zaitsoff, Geller & Srikameswaran, 2002. En Meyer et al., 2005). Sin embargo, la cólera es un constructo multifactorial (Spielberger, 1996. En Meyer et al., 2005) que demanda mayores investigaciones.

4. Planteamiento del problema

La pubertad es el período en el cual acontecen diversos cambios a nivel físico, sexual, cognitivo y emocional. Mientras que la adolescencia es el proceso que permite la gradual integración psíquica de todos esos cambios, para la búsqueda progresiva de la adquisición de una identidad propia y estable (Grieve, 2002). Como se ha mencionado, este es un periodo de crisis normal en el que se tienen que alcanzar diversos logros del desarrollo y resolver conflictos pasados. Laufer (1997) diferencia esta crisis normal de una crisis patológica, en la cual acontece un quiebre que impide integrar la imagen de un cuerpo maduro a la imagen de sí mismo. En estos casos, el cuerpo suele configurarse como el escenario privilegiado de las patologías graves de la adolescencia (Grieve, 2002).

En cuanto a las investigaciones realizadas en el Perú, Martínez et al. (2003) encontraron que el 16.4% de mujeres adolescentes de colegios públicos y privados de Lima, padecen uno o más trastornos alimenticios, mientras que un 15.1% se encuentra en riesgo. Hartley (1999) halló en un grupo de estudio similar, entre un 10.5% y un 15.2% de mujeres adolescentes en riesgo. Mientras que Rodríguez (2008) reporta un 15.4% de adolescentes en riesgo (Riesgo II según ITA. Vea Metodología).

La conexión entre las emociones negativas y los trastornos alimenticios ha sido ampliamente investigada en el pasado (Waller et al., 2003), un ejemplo de ello son los estudios sobre el rol de la depresión y la ansiedad en esta patología. No obstante, aún resulta insuficiente el conocimiento sobre el rol de la cólera en los trastornos alimenticios. Los estudios reportados sobre la cólera presentan una clara asociación con estos trastornos en grupos de mujeres clínicas y no clínicas (Waller et al., 2003). Sin embargo, la cólera es un constructo multifactorial (Spielberger, 1996. En Meyer et al., 2005) que requiere de mayor investigación para analizar los factores asociados.

Así, esta investigación busca estudiar la emoción de la cólera en una población en riesgo de presentar trastornos alimenticios. Sabiendo que las adolescentes mujeres son un grupo vulnerable para este tipo de trastornos, se ha elegido para este estudio un grupo de mujeres adolescentes de colegios públicos y privados. Esto brindará un mayor conocimiento sobre el tema y sentará las bases para el desarrollo de futuros programas de prevención.

Esta investigación se basa en aportes realizados previamente en nuestro medio (Delgado, 2001; Hartley, 1999; Herrera, 2008; Martínez et al., 2003; Rodríguez, 2008; Ugarriza, 1998, 1999a, 1999b & Zusman, 2000, 2002), así como por el acceso a instrumentos adaptados a nuestro contexto (Hartley, 1999; Ugarriza, 1998).

Entonces, planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes que acuden a colegios públicos y privados de Lima Metropolitana?

Objetivo general

Establecer la relación entre la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes que acuden a colegios públicos y privados de Lima Metropolitana.

Objetivos específicos

- Determinar los niveles de riesgo de presentar trastornos alimenticios (I, II y III) en las adolescentes.
- Describir los niveles de la cólera en las adolescentes.
- Comparar la cólera entre las adolescentes que se encuentran en los niveles de riesgo (I, II y III) y las que no están en riesgo.
- Comparar la cólera según la percepción de peso de las adolescentes y la conformidad con su cuerpo.
- Analizar si existen diferencias en los niveles de riesgo (I, II y III) y en las escalas de cólera, según el tipo de colegio y el Índice de Masa Corporal reportado por las adolescentes.

Capítulo 2

METODOLOGÍA

El presente estudio corresponde a un nivel de investigación cuantitativo correlacional, ya que su propósito es evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). En este caso, la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios.

Se trata de un diseño no experimental transeccional, pues no se han asignado al azar ni se han manipulado intencionalmente estas variables. Además, se ha realizado una única medición de las mismas en el tiempo (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

1. Participantes

La población a la que pertenece el grupo de estudio son mujeres adolescentes de colegios públicos y privados segregados de Lima Metropolitana.

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), eligiéndose los colegios en función al acceso que la investigadora tuvo a los mismos.

La muestra está conformada por 126 mujeres adolescentes de IV y V de secundaria. De las 126 participantes, el 90.5% ($n = 114$) nació en Lima. El 34.9% ($n = 44$) pertenecen a colegios públicos y el 65.1% ($n = 82$) a colegios privados. Las edades fluctúan entre los 14 y 17 años. El 48.4% tiene 15 años y

el 31.0% tiene 16 años. La distribución de las edades se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1

Edad de las participantes

Edad	Tipo de Colegio				Total	
	Público		Privado		f	%
	f	%	f	%		
14	13	29.5%	4	4.9%	17	13.5%
15	30	68.2%	31	37.8%	61	48.4%
16	1	2.3%	38	46.3%	39	31.0%
17			9	11.0%	9	7.1%
Total	44	100.0%	82	100.0%	126	100.0%

La Tabla 2 muestra la distribución de las participantes según el nivel socioeconómico en el que se encuentran. Se puede observar que el 79.5% de las adolescentes de colegios públicos se ubican en la escala C y D mientras que el 95.1% de las adolescentes de colegios privados pertenecen a la escala A y B.

Tabla 2

Nivel socioeconómico

Nivel Socioeconómico	Tipo de Colegio				Total	
	Público		Privado		f	%
	f	%	f	%		
A	2	4.5%	46	56.1%	48	38.1%
B	7	15.9%	32	39.0%	39	31.0%
C	28	63.6%	4	4.9%	32	25.4%
D	7	15.9%			7	5.6%
Total	44	100.0%	82	100.0%	126	100.0%

El 49.21% (n = 62) vive con su familia nuclear (padre, madre y hermanos), y un 27.0% (n = 34) del total vive con sus abuelos. Asimismo, el 42.9% (n = 54) de las adolescentes es la mayor de sus hermanos, mientras que el 42.8% (n = 54) es la segunda y la tercera de sus hermanos, y sólo el 7.9% (n = 10) es hija única.

2. Instrumentos

2.1. *Ficha para Padres*

Es una versión utilizada por Investigadores y Consultores en Mercadeo S.A.C. (2006) para clasificar a las personas de acuerdo al nivel socioeconómico al que pertenecen. Se encuentra dirigida a los jefes de familia e incluye preguntas cerradas sobre las características de la vivienda, los servicios a los que se tiene acceso, además de la ocupación y grado de instrucción del jefe de familia.

2.2. *Ficha de Datos Personales*

Se trata de una ficha elaborada para la presente investigación que pretende profundizar en el conocimiento de algunas características del grupo poblacional con el que se trabajará, tales como la edad, año que cursan y algunos aspectos de la constitución familiar. Esta ficha fue llenada por las mismas adolescentes.

Además, se incluyó en esta ficha algunas preguntas del Cuestionario sobre Conductas de Riesgo Asociadas a los Trastornos Alimentarios, elaborado por Joan Hartley (1999). Éstas últimas incluyen información sobre el

peso y talla actual reportados por las participantes, así como sobre el peso ideal.

Con esta información se pudo calcular la percepción de peso y el Índice de Masa Corporal (IMC) reportado por las adolescentes. Este último es un indicador objetivo del peso en relación a la estatura que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006). A partir de estos datos se clasificó a las adolescentes de acuerdo a los niveles de peso del IMC (Tabla 3) sugeridos por la OMS (2006).

Tabla 3

Nivel de Peso según el Índice de Masa Corporal (IMC) Reportado

IMC	Nivel de Peso
< 16.00	Bajo Peso Severo
< 18.50	Bajo Peso
18.50 - 24.99	Peso Normal
25.00 - 29.99	Sobrepeso
30.00 - 34.99	Obesidad Tipo I
35.00 - 39.99	Obesidad Tipo II
≥ 40.00	Obesidad Tipo III

Nota. Tabla obtenida de OMS (2006).

Asimismo, algunas preguntas de la ficha permitieron obtener información sobre la realización de ejercicios y dietas en las participantes, así como sobre la conformidad con su cuerpo. Si bien anteriormente Hartley (1999) se refiere a esta última como *insatisfacción corporal*, en el presente estudio hemos decidido utilizar el concepto de *conformidad con su cuerpo* pues creemos que las

preguntas de la Ficha de Datos Personales (obtenidas del Cuestionario de Hartley) no permiten abarcar la complejidad del constructo.

2.3. *Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA)*

Se trata de un instrumento que sirve para determinar el riesgo de padecer trastornos alimenticios, que ha sido construido y adaptado por Hartley (1999) en base a un instrumento previo elaborado por Marcés y Delgado en 1995. A través del inventario se pueden obtener tres niveles de riesgo de presentar trastornos alimenticios. El *Riesgo I*, está compuesto por aquellas personas que puntúan entre 106 y 306 (cuarto y último quintil) en la escala total del inventario. Estos son los puntajes más elevados y significativos desde el punto de vista diagnóstico. En la Tabla 4 se observan los quintiles propuestos por Hartley (1999) y los baremos para la escala total, que permiten determinar las puntuaciones altas en el inventario.

Tabla 4

Baremos para la escala total utilizando quintiles

Puntajes Totales Por Quintil	Quintil	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
51 – 78	Primero	20	20
79 – 91	Segundo	20	40
92 – 105	Tercero	20	60
106 – 130	Cuarto	20	80
131 – 306	Quinto	20	100

Nota. Tabla obtenida de Perpiñá (1995. En Hartley, 1999).

Por otra parte, en el *Riesgo II*, se ubican aquellas personas que además de puntuar alto en el inventario, puntúan 5 o 6 (Frecuentemente o Siempre) en

dos o más de los ítems críticos del mismo. Los ítems críticos son representativos de los criterios diagnósticos del DSM-IV para Anorexia, Bulimia y TANE (Trastornos Alimentarios No Especificados). Las personas ubicadas en este nivel exhiben una sintomatología específica y claramente delimitada de acuerdo a estos criterios. Por último, en el *Riesgo III* se incluye a aquellas personas que tienen Riesgo II y, que también se encuentran inconformes con su cuerpo y se perciben subidas de peso.

Además de los niveles de riesgo, Hartley (1999) propuso áreas o escalas empíricas. Realizó un análisis factorial por componentes principales con el método de rotación varimax para verificar la existencia de agrupaciones de ítems, encontrando 13 factores (con varianza > 1), que explicaban el 61.4% de la varianza de los puntajes en la escala. Debido a que su intención era construir áreas empíricas, estableció tres criterios adicionales para aceptar los factores: cada factor debía tener sentido teórico y un mínimo de 5 ítems asociados a él (con el fin de asegurar una mayor confiabilidad en la sub-escala generada). Estos ítems debían tener buenas correlaciones ítem-test y un coeficiente alfa adecuado.

En base a dichos criterios la autora propuso 6 áreas que explicaban en conjunto el 45.1% de la varianza total de la escala. Estas son: Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo; Métodos drásticos de control de peso; Episodios de atracón alimentario; Escasa valoración de sí misma; Métodos socialmente aceptados de control de peso, y; Sintomatología física asociada a trastornos alimentarios.

Como mencionamos anteriormente, para la construcción del ITA, Hartley (1999) se basó en un inventario sobre síntomas anoréxicos desarrollado

anteriormente por Marcés y Delgado (1995. En Hartley, 1999), quienes establecieron la validez de constructo y la confiabilidad por consistencia interna del mismo en base una muestra de 30 casos. La adaptación que Hartley (1999) realizó de este instrumento, implicó la creación de nuevos ítems, así como la eliminación y adaptación de otros. La validación se realizó por medio de un criterio de jueces, mientras que la confiabilidad se determinó por consistencia interna, resultando un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.93 para la escala total, y los siguientes coeficientes para las áreas del inventario: Área I = 0.91, Área II = 0.77, Área III = 0.71, Área IV = 0.76, Área V = 0.64 y Área VI = 0.66. Finalmente se obtuvo un inventario compuesto por 52 ítems, con seis opciones de respuesta de tipo escala Likert que van desde nunca hasta siempre.

Para fines de la presente investigación se realizaron las modificaciones en el inventario sugeridas por la misma Hartley (1999): se eliminó el ítem 6 “*sueño con comida*” (por tener una correlación ítem-test menor a 0.20) y se modificó la redacción del ítem 5 (“*siento que valgo por lo delgada que me veo*”) por “*siento que me valoro más cuando me veo delgada*”.

Existen estudios posteriores en nuestro medio en los que se ha comprobado la validez y confiabilidad de este inventario para discriminar grupos de riesgo en mujeres. En el año 2001, Delgado realizó un estudio con 103 mujeres adolescentes de colegios segregados privados de Lima, en el cual obtuvo una excelente confiabilidad por consistencia interna ($\alpha = 0.96$) para la escala total y coeficientes alfa que van desde 0.69 a 0.93 para las áreas propuestas por Hartley. Cabe señalar que Delgado (2001) no eliminó el ítem 6 como lo sugería la autora, ni realizó un análisis factorial que confirmara la validez de estas áreas.

Más recientemente, Rodríguez (2008) encontró en un grupo de 188 adolescentes mujeres pertenecientes a una universidad privada y a una academia preuniversitaria de Lima, un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.95 para la escala total y coeficientes de confiabilidad entre 0.613 y 0.934 para las áreas del inventario. Asimismo, llevó a cabo una validez de constructo de las áreas propuestas por Hartley (1999) a través de un análisis factorial confirmatorio con el método de rotación de varimax, por el cual encontró que las áreas no se reproducían, que algunos de los ítems se asociaban a más de un factor y que la prueba se organizaba en 13 factores.

Herrera (2008) realizó un estudio de validez y confiabilidad del ITA en un grupo de 164 estudiantes varones de un centro pre universitario y de una universidad privada de Lima, encontrando una confiabilidad dentro de los rangos adecuados para las áreas propuestas por Hartley ($\alpha = 0.59 - 0.90$). Para analizar la validez de constructo, Herrera (2008) empleó un análisis factorial exploratorio a través del método de rotación de varimax, por el cual encontró que la prueba se organizaba en 12 factores. Para la validez de contenido empleó el criterio de 9 jueces expertos, quienes determinaron sólo 26 ítems como óptimos. Por medio de estos métodos estableció que para el caso de los varones, las áreas del inventario no se reproducían en su totalidad, que algunos ítems medían más de un factor a la vez y que otros ítems no debían componer las áreas propuestas por la autora original. Además, decidió eliminar los ítems con correlaciones menores a 0.30. Como resultado, elaboró una propuesta tentativa del inventario planteando 21 ítems y 4 áreas que explicaban el 61.8% de la varianza con *eigenvalues* mayores a 1.06.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, para fines del presente estudio además de analizar la confiabilidad por consistencia interna, decidimos realizar un análisis factorial confirmatorio para probar la reproducción de las áreas planteadas por la autora original del inventario y evaluar la validez de constructo de las mismas.

Al analizar la confiabilidad del ITA (Anexo B) se encontró, de acuerdo a George y Mallery (2001. En Herrera, 2008), niveles excelentes de consistencia interna para la escala total ($\alpha = 0.928$) y para el Área I del inventario ($\alpha = 0.908$), mientras que para las Áreas II, III, IV y V se obtuvo niveles de confiabilidad cuestionables ($\alpha = 0.609 - 0.666$), y en el caso de la última área se halló una pobre confiabilidad ($\alpha = 0.554$).

En cuanto a la validez de constructo, se procedió a realizar un análisis factorial confirmatorio por medio del método de rotación promax para evaluar la agrupación de los ítems (Anexo C). En base a este encontramos 11 factores con *eigenvalues* mayores a 1.06 que explican el 68.67% de la varianza de los puntajes en la escala total. Para poder realizar las comparaciones con las áreas propuestas por Hartley (1999), se tomó en cuenta seis factores que explican el 53.10% de la varianza total de la escala. Luego, a través de la matriz de correlaciones ítem-factor, se examinó si se reproducían las áreas propuestas originalmente por la autora del inventario. En base a ello encontramos que sólo se replican, casi en su totalidad, dos de las seis áreas originales (Área I y Área II) y que algunos de los ítems se asocian a más de un factor. Nuestros análisis estarían confirmando que la prueba es válida para establecer niveles de riesgo de trastornos alimenticios, pero observamos algunas dificultades con la validez de las áreas del instrumento propuesto por

Hartley (1999) de manera tentativa. Estos hallazgos concuerdan con previas investigaciones (Herrera, 2008; Rodríguez, 2008) en las que esta agrupación original de factores tampoco se reproduce. Por este motivo, decidimos no usar las áreas propuestas por Hartley (1999).

2.4. *Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera – Hostilidad (IMECH)*

Este instrumento permite conocer los sentimientos de cólera y determinar si se trata de una emoción que siente la persona ante determinadas situaciones (Cólera Estado) o si más bien constituye un rasgo de su personalidad (Cólera Rasgo).

Además, permite conocer cómo la persona maneja esta emoción y cómo la expresa, si tiende a guardarse esos sentimientos (Cólera contenida) o si más bien los expresa al exterior, arremetiendo contra objetos o personas (Cólera manifiesta).

El inventario cuenta con 44 ítems y tres opciones de respuesta. Puede ser administrado desde los 13 años hasta la edad adulta, requiriendo de un nivel lector de sexto grado. El tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos, y la calificación dura un máximo de 15 minutos. El puntaje directo se obtiene por la sumatoria de los ítems marcados en cada escala y subescala. El puntaje total de la Expresión de la Cólera se obtiene de los 24 ítems que corresponden a las escalas de Cólera Manifiesta, Cólera Contenida, y Control de la Cólera Manifiesta y Contenida. En la siguiente Tabla 5 se presentan todas las escalas y subescalas de la prueba. Los ítems correspondientes a cada una de ellas para su calificación y la definición operacional propuesta por Ugarriza (1998).

Tabla 5

Calificación y definición operacional de las escalas del IMECH

ESCALAS DEL IMECH	CÓDIGO	ÍTEMES	MIDE
CÓLERA ESTADO	CE	1 al 10	Los sentimientos de cólera en un momento particular (estar con cólera).
CÓLERA RASGO	CR		Las diferencias individuales en la disposición a experimentar cólera.
Subescalas:			
Cólera Temperamento	Ct	11, 12, 13, 15, 17 y 20	La propensión general a experimentar y expresar la cólera.
Reacción de Cólera	Cr	14, 16, 18 y 19	Las diferencias individuales en la disposición para expresar la cólera cuando se es criticado o tratado injustamente por otras personas.
CÓLERA MANIFIESTA	CM	22, 26, 28, 34, 35 y 43	Cuan a menudo un individuo expresa cólera hacia otra persona u objetos del medio ambiente.

Continuación de la Tabla 5

ESCALAS DEL IMECH	CÓDIGO	ÍTEMES	MIDE
CÓLERA CONTENIDA	CC	23, 24, 29, 31, 32 y 33	La frecuencia con que los sentimientos de cólera son reprimidos o suprimidos.
CONTROL DE LA CÓLERA MANIFIESTA (Conductual)	CCM	37, 38, 39, 40 41 y 42	La frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión de la cólera conductualmente.
CONTROL DE LA CÓLERA CONTENIDA (Cognitiva)	CCC	21, 25, 27, 30, 36 y 44	La frecuencia con que un individuo intenta suprimir la expresión de cólera cognitivamente.
EXPRESIÓN DE LA CÓLERA	CM + CC – C + 36		La frecuencia en que la cólera es expresada sin tener en cuenta la dirección de su expresión.

Nota. Tabla obtenida de Ugarriza (1998).

Este instrumento se ha basado en la primera versión española llamada Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera (ML-STAXI) que fue adaptada y construida por Moscoso y Reheiser (1996. En Moscoso, 1999). Quienes a su vez, se basaron en el marco teórico y conceptual de la versión original en inglés llamada STAXI (*State-Trait Anger Expression Inventory*), cuyos autores son Spielberg, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Worden (1985. En Moscoso, 1999). Esta versión original del

instrumento es reconocida internacionalmente como una prueba válida y confiable para medir la experiencia, expresión y control de la cólera, en la cual se han identificado de manera consistente 3 escalas y 8 factores no correlacionados e independientes (Moscoso, 1999).

Para la adaptación de este primer instrumento, Moscoso y Reheiser (1996. En Moscoso, 1999) aplicaron el ML-STAXI a 257 mujeres y varones, entre 20 y 78 años de edad durante el XXV Congreso Interamericano de Psicología realizado en Puerto Rico. Los participantes además de contestar al inventario, realizaron comentarios de carácter lingüístico. Para determinar la validez, realizaron un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotaciones promax y utilizaron el criterio de 26 psicólogos que hicieron las veces de jueces. Se seleccionaron los ítems en base a dos criterios: poseer un peso factorial mínimo de 0.35 en su propio factor y saturaciones insignificantes en los demás factores; y considerar los ítems que mantuvieran coherencia conceptual en el factor dominante. Asimismo, los factores encontrados obtuvieron una consistencia interna dentro de los rangos adecuados para mujeres ($\alpha = 0.78 - 0.92$) y varones ($\alpha = 0.77 - 0.99$). Cabe señalar que en la Cólera Manifiesta los 3 ítems: *Discuto con los demás*, *Hago comentarios sarcásticos de los demás* y *Pierdo los estribos*, no alcanzaron pesos significativos en mujeres. A partir de estos resultados Moscoso y Reheiser (1996. En Moscoso, 1999) sugieren que estos ítems no son necesariamente buenos indicadores de la Cólera Manifiesta en mujeres Latinoamericanas.

Posteriormente, Moscoso y Spielberger (1999. En Moscoso, 2000) realizaron un estudio en el que se observó un buen nivel de correspondencia entre el STAXI y el ML-STAXI. Además, revisaron la connotación lingüística de

los conceptos de cólera y rabia para Latinoamérica, con el criterio de 72 psicólogos latinoamericanos. A partir de estos datos, se llevó a cabo otro estudio, con un grupo de 215 mujeres y varones latinoamericanos, para examinar la validez de construcción y consistencia interna de esta última versión revisada (Moscoso, 2000). Se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotaciones promax, separadamente en mujeres y varones. Los resultados confirmaron las escalas y factores observados anteriormente en previas investigaciones (Moscoso & Reheiser, 1996; Moscoso & Spielberger, 1999. En Moscoso, 2000). Además, demostraron un alto nivel de validez de constructo y consistencia interna, reflejada en su estructura factorial y coeficientes alfa encontrados en mujeres ($\alpha = 0.69 - 0.99$) y varones ($\alpha = 0.61 - 0.92$).

En nuestro medio, Ugarriza (1998) ha normalizado la versión del instrumento utilizada por Moscoso y Reheiser (1996. En Moscoso, 1999) en un grupo de 1502 estudiantes de una universidad estatal y otra privada de Lima Metropolitana. En su estudio, Ugarriza (1998) cambió el nombre del inventario, llamándolo IMECH (Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera-Hostilidad) en vez de ML-STAXI, debido a que ya no se trataba de una muestra latinoamericana. Esta autora administró de manera colectiva el IMECH, el IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) y el IDB (Inventario de Depresión de Beck), con el propósito de establecer la validez de construcción del IMECH.

Para esta última la autora realizó un análisis factorial por medio del análisis por componentes principales y el método de rotación de varimax, con el fin de determinar la validez convergente y discriminante del IMECH. Como

resultado obtuvo tres factores que explicaron las relaciones de dependencia entre el IMECH y el IDARE, y que mostraron una relación de no dependencia con el IDB. Además, estudió la homogeneidad de los instrumentos a través del Alfa de Cronbach como un segundo método para analizar la validez de constructo. En este análisis obtuvo una consistencia interna satisfactoria para los tres inventarios, encontrando en el IMECH coeficientes en un rango de 0.635 y 0.926 para la muestra total.

Cabe señalar que en este estudio Ugarriza (1998) ubicó el ítem 17. “*Me siento colérico(a) cuando cometo errores estúpidos*”, dentro de la subescala Cólera Temperamento a diferencia de la escala adaptada por Moscoso y Reheiser (1996. En Moscoso, 1999), porque consideró que la respuesta a este ítem no revela la expresión de cólera frente a críticas externas, sino más bien una expresión de cólera consigo mismo.

Posteriormente, Ugarriza (1999a) realizó un estudio con un grupo de 962 adolescentes varones de III, IV y V de secundaria pertenecientes a colegios estatales considerados territorios de las principales pandillas de Lima Metropolitana. Debido a las características cognoscitivas de esta población, Ugarriza (1999a) modificó los valores asignados a cada ítem de la prueba, por lo que cada ítem pasó a puntuarse en una escala de 1 a 3 y no de 1 a 4 como era originalmente. La validez de esta versión del instrumento se estableció con un método intrapruebas, habiéndose determinado la homogeneidad de las otras escalas aplicadas en el estudio. Los coeficientes Alfa de Cronbach obtenidos en su estudio para cada área del IMECH son los siguientes: Cólera Estado (0.856), Cólera Rasgo (0.747), Cólera Temperamento (0.698), Reacción de Cólera (0.600), Cólera Manifiesta (0.473), Cólera Contenida (0.518), Control

de la Cólera Contenida (0.733), Control de la Cólera Manifiesta (0.761) y Expresión de la Cólera (0.608).

Seguidamente, Ugarriza (1999b) realizó un estudio con la misma muestra de adolescentes en el que analizó el neuroticismo además de los constructos antes mencionados. En esta investigación también determinó la validez de constructo mediante la homogeneidad de las pruebas. En el caso del IMECH obtuvo los coeficientes anteriormente señalados en su estudio previo (Ugarriza, 1999a).

Esta autora sugiere que para poblaciones de colegios públicos de Lima se utilice esta versión de la prueba. Debido a que parte de nuestro estudio pertenece a esta población, se decidió utilizar esta última versión.

En el presente estudio, se realizó un análisis de confiabilidad por consistencia interna (Anexo D), en el cual obtuvimos según el criterio de George y Mallery (2001. En Herrera, 2008), un buen nivel de confiabilidad para la escala de Cólera Estado (0.892), una confiabilidad aceptable para las escalas de Cólera Rasgo (0.760), Cólera Temperamento (0.738), Cólera Contenida (0.722), Control de la Cólera Contenida (0.734) y Control de la Cólera Manifiesta (0.789), una confiabilidad cuestionable para la subescala de Reacción de Cólera (0.693) y una pobre confiabilidad para la escala de Cólera Manifiesta (0.537). Además, la mayoría de correlaciones ítem-test son superiores a 0.20. Cabe señalar que estos resultados son similares a los encontrados en el análisis de confiabilidad realizado por Ugarriza (1999a; 1999b) en su investigación con adolescentes varones de colegios estatales.

En cuanto a la validez del IMECH, en el presente estudio se realizó un análisis factorial confirmatorio por componentes principales con rotaciones

promax para confirmar la agrupación de las escalas de cólera (Anexo E). Encontramos 13 factores con *eigenvalues* iguales a 1.00, de los cuales 7 explican el 54.31% de la varianza total de la escala. Luego a través de la matriz de correlaciones ítem-factor, evaluamos la relación entre estos 7 factores y la agrupación original de los ítems correspondientes a las escalas del IMECH, en la cual aceptamos las cargas factoriales superiores a 0.35, de acuerdo al criterio utilizado inicialmente por Moscoso y Reheiser (1996. En Moscoso, 1999). En el Anexo E se puede observar que las escalas del IMECH se reproducen casi en su totalidad y que algunos de los ítems presentan cargas factoriales en más de un factor. Además, podemos apreciar que el ítem 17 (*Me siento colérico(a) cuando cometo errores estúpidos*) que fue cambiado por Ugarriza (1998) a la escala de Cólera Temperamento, obtiene una única carga factorial con la escala de Reacción de Cólera, a la cual pertenecía en un inicio (Moscoso, 1999).

3. Procedimiento

Luego de obtener los permisos de los centros educativos seleccionados se procedió a entregar el consentimiento informado (Anexo F) a los padres de las adolescentes, señalando el respaldo de la universidad y los propósitos de la investigación. Además del consentimiento informado, se entregó la ficha que mide el nivel socioeconómico (Anexo G) para que sea llenada por el jefe de familia en caso decida la participación de su hija. Ambos documentos fueron devueltos por las adolescentes en un plazo de una semana, sin embargo, en el caso de los colegios públicos este plazo se extendió a dos semanas, debido a que las adolescentes se demoraron en devolver las fichas. Los instrumentos

sólo fueron aplicados a las alumnas que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres.

Luego de recolectar las fichas y el consentimiento, dispusimos de una hora de clase en la que aplicamos de manera colectiva los instrumentos. Las pruebas fueron aplicadas en el horario de la mañana. Luego de realizar una breve presentación, se administró la batería de pruebas de manera anónima, comenzando por la Ficha de Datos Personales (Anexo H), seguida del Inventario sobre Trastornos Alimentarios (Anexo I) y finalizando con el Inventario Multicultural de la Cólera-Hostilidad (Anexo J). En promedio el tiempo de aplicación fue de 45 minutos.

Una vez corregidas las pruebas y creada la base de datos, se procedió a establecer la confiabilidad por consistencia interna y la validez de constructo por medio de un análisis factorial confirmatorio de rotaciones promax para ambos inventarios.

Después, se realizaron análisis descriptivos como medias, medianas, desviación estándar, porcentajes y percentiles. Luego, se analizó la normalidad de los inventarios a través de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, hallándose en su mayoría distribuciones asimétricas, excepto por las escalas Reacción de Cólera y Expresión de la Cólera. En el caso de la primera, se halló una tendencia a la normalidad cuando se analizaron las diferencias significativas en las escalas de cólera de acuerdo al tipo de colegio (público / privado), al *Riesgo II* y a la conformidad con su cuerpo, mientras que en el caso de la segunda, esta misma tendencia a la normalidad se observó cuando se analizaron las diferencias significativas en las escalas de cólera de acuerdo a la presencia o ausencia de *Riesgo I* y de *Riesgo II*. Además, ambas escalas de

cólera tienden a la normalidad cuando se examinan los resultados de acuerdo al grupo de adolescentes que se percibe y no se percibe subida de peso.

Luego de establecer la normalidad de las distribuciones, se procedió a analizar las diferencias significativas entre las variables de los instrumentos. Para el caso de las escalas Reacción de Cólera y Expresión de la Cólera, se utilizaron análisis paramétricos empleando la prueba de Levene para igualdad de varianzas y la prueba de T-student para igualdad de medias, mientras que para el resto de distribuciones no normales se emplearon las pruebas de U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon. Un criterio adicional para utilizar la T-student en las distribuciones normales, fue su capacidad para discriminar con mayor afinidad al momento de analizar si existen diferencias.

Asimismo, para los análisis de comparación de medias en los que se obtuvieron diferencias significativas, se empleó la d de Cohen para determinar el tamaño del efecto que tiene esta diferencia. Sin embargo, al evaluar las diferencias significativas entre los niveles de riesgo de acuerdo al tipo de colegio y de acuerdo al IMC reportado se empleó la prueba Chi-cuadrado, debido a que los grupos de riesgo son variables cualitativas y dicotómicas, en las que se trabajó con porcentajes, a diferencia del resto de análisis con las escalas de cólera que son variables cuantitativas.

Además, para analizar si existen diferencias significativas entre el IMC reportado y las escalas de cólera, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, debido a que ésta permite establecer comparaciones entre tres o más grupos.

Por otra parte, se utilizó la Correlación de Pearson, para evaluar el tipo de relación entre las variables de los inventarios. Se analizaron las

correlaciones de acuerdo a los niveles de significación bilateral y se estableció la fuerza de las asociaciones teniendo como base el Criterio de Cohen. Además, se procedió a analizar el contenido de las respuestas de la Ficha de Datos Personales referente a los motivos de la realización de deportes y de la conformidad con su cuerpo. Finalmente, se realizó la discusión del estudio integrando los resultados obtenidos con la revisión teórica.



Capítulo 3

RESULTADOS

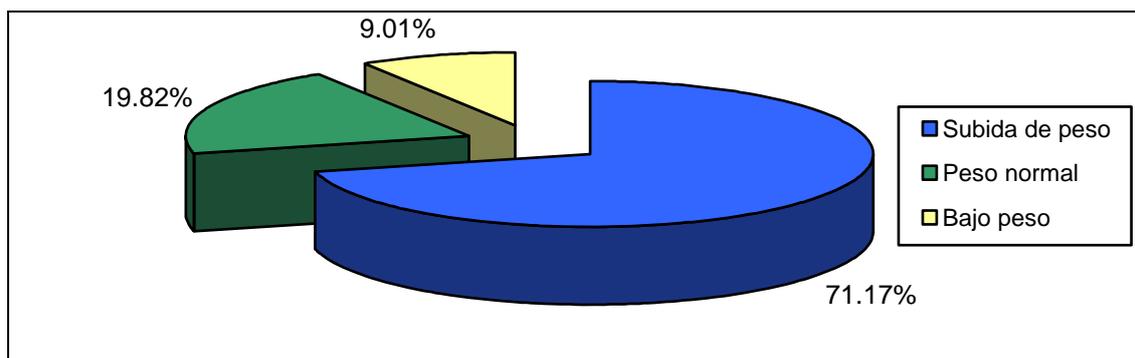
Para determinar la relación entre la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios se empezará por describir algunas variables de la Ficha de Datos Personales como el Índice de Masa Corporal (IMC) reportado, la percepción del peso, la conformidad con su cuerpo y, la realización de deportes y dietas. Esta información junto con los resultados del Inventario sobre trastornos alimentarios, permitirá determinar los niveles de riesgo de presentar trastornos alimenticios en nuestro grupo de estudio. Luego, se examinarán los resultados descriptivos de las escalas del Inventario Multicultural de la Cólera-Hostilidad, y finalmente, se analizarán las diferencias y las correlaciones entre ambos instrumentos para responder a la pregunta central de esta investigación.

Ficha de Datos Personales

En cuanto a la percepción de peso, encontramos que la mayoría de adolescentes de nuestro grupo de estudio se percibe subida de peso y sólo un 19.82% percibe que tiene un peso normal (Gráfico 1).

Gráfico 1:

Percepción de peso



En la Tabla 6 se presenta la relación entre el Índice de Masa Corporal reportado y la percepción de peso. Cabe resaltar que incluso en el grupo de adolescentes que presentan bajo peso y bajo peso severo hay quienes se perciben subidas de peso (33.3% para el primer caso y 33.3% para bajo peso severo).

Tabla 6

Relación entre el IMC Reportado y la Percepción de Peso (N = 111)

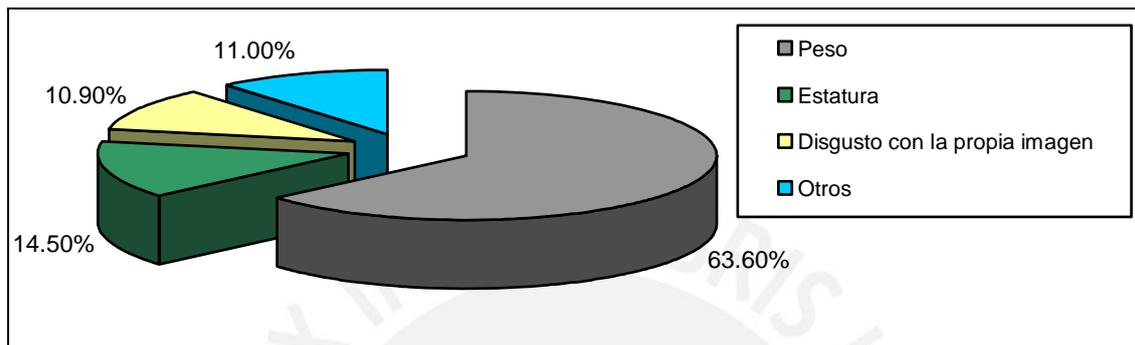
IMC Reportado		Percepción de Peso			Total
		Subida de Peso	Normal	Baja	
Bajo Peso Severo	<i>f</i>	1	2	0	3
	% IMC	33.3%	66.7%	0.0%	2.4%
Bajo Peso	<i>f</i>	7	9	5	21
	% IMC	33.3%	42.9%	23.8%	18.3%
Peso Normal	<i>f</i>	67	11	5	83
	% IMC	80.7%	13.3%	6.0%	69.8%
Sobre peso	<i>f</i>	4	0	0	4
	% IMC	100.0%	0.0%	0.0%	3.2%
Total	<i>f</i>	79	22	10	111
	% IMC	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

El 43.7% (n = 55) de la muestra se encuentra inconforme con su cuerpo. En cuanto a las principales razones para esta inconformidad, la mayor parte de las adolescentes señalan el peso, y en menor medida mencionan la estatura y el disgusto con la propia imagen (Gráfico 2). En palabras de las propias adolescentes: “*me siento gorda y me veo fea*”, “*no me siento satisfecha con mi cuerpo porque no me da seguridad*”, “*siento que soy diferente a las demás*”, “*a*

veces quisiera ser más alta más flaquita y más bonita”, “me siento una persona rellena”.

Gráfico 2:

Motivos de la inconformidad con el cuerpo



El 65.1% (n = 82) de las adolescentes practica algún tipo de deporte. La mayoría de ellas lo hace como parte de la currícula escolar y refiere que lo practica con una frecuencia de dos o tres veces por semana. Cuando se les preguntó por qué realizaban deporte, el 76.8% (n = 63) de las que lo practican refirió que lo hacía por diversión y sólo un 17.1% (n = 14) mencionó motivos relacionados al cuerpo o físico. En relación al deporte algunas adolescentes que se encuentran inconformes con su cuerpo dijeron: “*me gustaría por lo menos pesar 5kg menos para estar en forma, pero manteniéndome sana*”, “*no es el cuerpo que yo quiero, por eso hago deporte y cuido mi alimentación*”, “*nadie es perfecto y es por eso que hago ejercicio porque engordo con facilidad*”; “*quiero bajar de peso para poder hacer ejercicios sin ningún problema*”.

Respecto a la realización de dietas, el 15.9% (n = 20) del total de adolescentes se encontraban a dieta al momento del estudio y el 48.4% (n =

61) refiere haber hecho dieta anteriormente. Por otra parte, el 46.8% (n = 59) señaló que un miembro de su familia, generalmente la madre, suele hacer dieta.

El 66.7% (n = 84) de las adolescentes desea cambiar alguna parte de su cuerpo. Entre las razones que motivan este cambio, algunas de ellas mencionaron que una parte de su cuerpo no les gusta o que les gustaría verse diferentes: *“porque no me gusta mi mandíbula inferior, me gustaría operarme”, “no me gusta mi nariz de perfil, sería lo primero que cambiaría”, “no me gusta mi barriga, nariz y orejas, son antiestéticos”, “no me gusta como me veo”*. Otras señalaron que quisieran cambiar el tamaño de alguna parte de su cuerpo: *“mi nariz porque no me gusta mucho y mis pies porque son muy grandes”, “porque la barriga es lo primero que se engorda”, “porque son gordas y soy panzona”; “no me gustan mucho mis piernas y mis brazos son muy anchos, y es de genética, mi mamá es delgada pero tiene piernas gordas”, “porque tengo demasiadas piernas y cuando quiero ponerme o comprarme botas no puedo ya que no me entran en la parte de mi pantorrilla”*.

Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA)

En cuanto a los niveles de riesgo de presentar trastornos alimenticios, hallamos que más de la tercera parte de las adolescentes de nuestro estudio presenta el nivel de *Riesgo I* (Gráfico 3), el 13.8% (n = 17) se encuentra en el nivel de *Riesgo II*, y el 10.3% (n = 13) pertenece al nivel de *Riesgo III*. En el Gráfico 4 se puede observar que la mayoría de personas que se hallan en el Riesgo II presentan el Riesgo III (76.47%). Estos resultados concuerdan con investigaciones realizadas previamente con mujeres adolescentes en nuestro

medio, ya que Rodríguez (2008) halló en un centro pre-universitario y una universidad privada, un 38.3% de adolescentes en Riesgo I y un 15.4% en Riesgo II. Además, Hartley (1999) encontró en colegios públicos y privados de Lima, un 40% en Riesgo I, un 15.2% en Riesgo II y un 10.5% en Riesgo III.

Gráfico 3:

Adolescentes que presentan Riesgo I

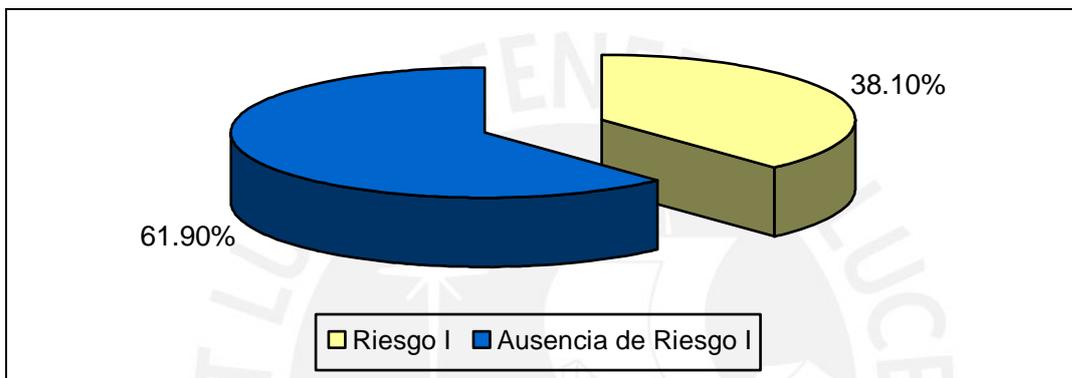
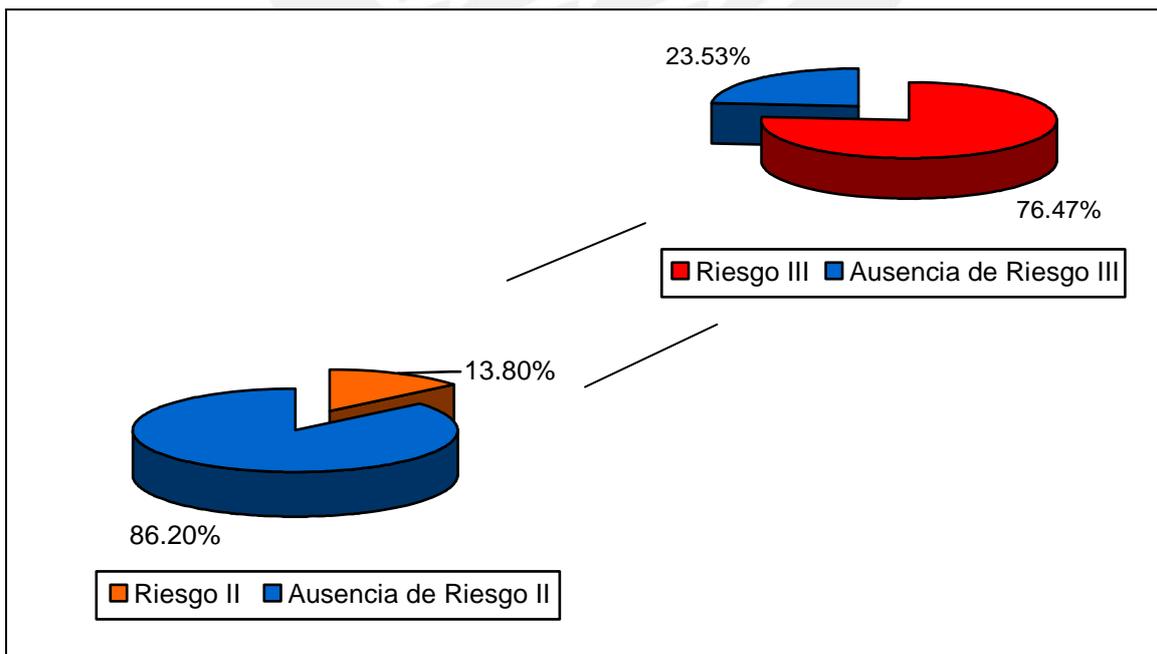


Gráfico 4:

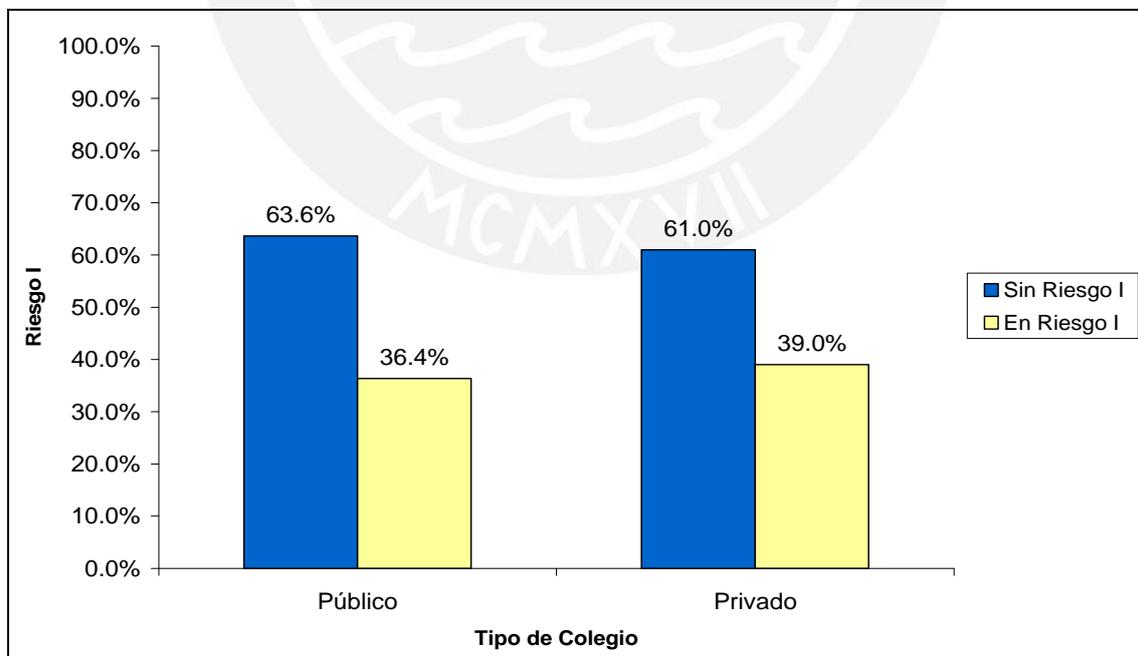
Adolescentes en Riesgo II que presentan el Riesgo III



En cuanto a los análisis comparativos de acuerdo al tipo de colegio, no obtuvimos diferencias significativas en ninguno de los tres niveles de riesgo del inventario. Los resultados se presentan en los Gráficos 5, 6 y 7. En éstos se puede observar, de manera descriptiva, que en comparación con las adolescentes de colegios privados, las de colegios públicos tienen una proporción ligeramente menor de *Riesgo I* y una proporción ligeramente mayor de *Riesgo II* y *III*. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Hartley (1999), quien si bien no halló diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de colegio (público / privado) y los tres niveles de riesgo, encontró un mayor número de adolescentes de colegios públicos en los niveles de *Riesgo II* y *III*.

Gráfico 5:

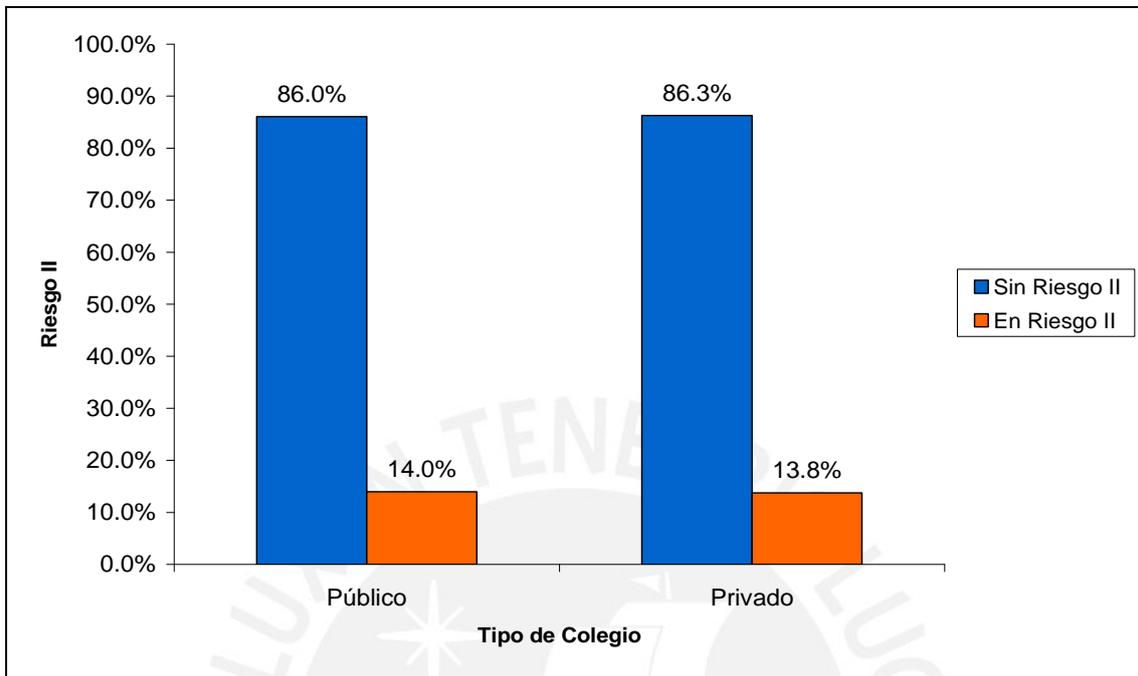
Diferencias entre el Riesgo I y el Tipo de Colegio (N = 126)



Nota. Chi-cuadrado = 0.09; $p = 0.848$.

Gráfico 6:

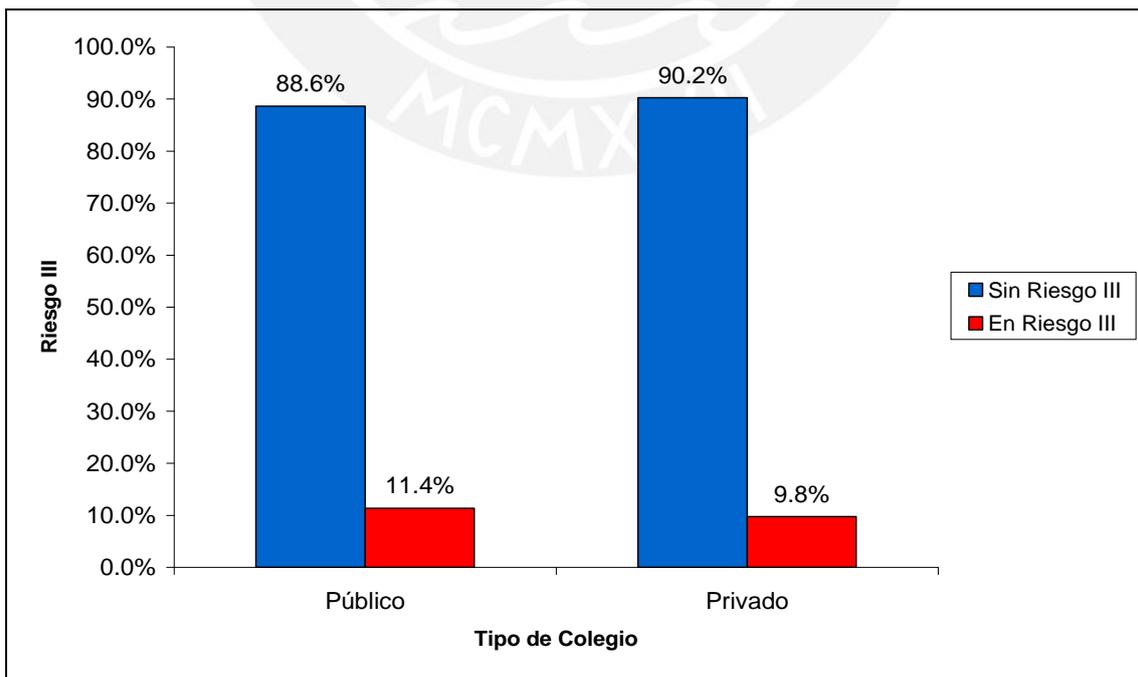
Diferencias entre el Riesgo II y el Tipo de Colegio (N = 123)



Nota. Chi-cuadrado = 0.00; $p = 1$.

Gráfico 7:

Diferencias entre el Riesgo III y el Tipo de Colegio (N = 126)

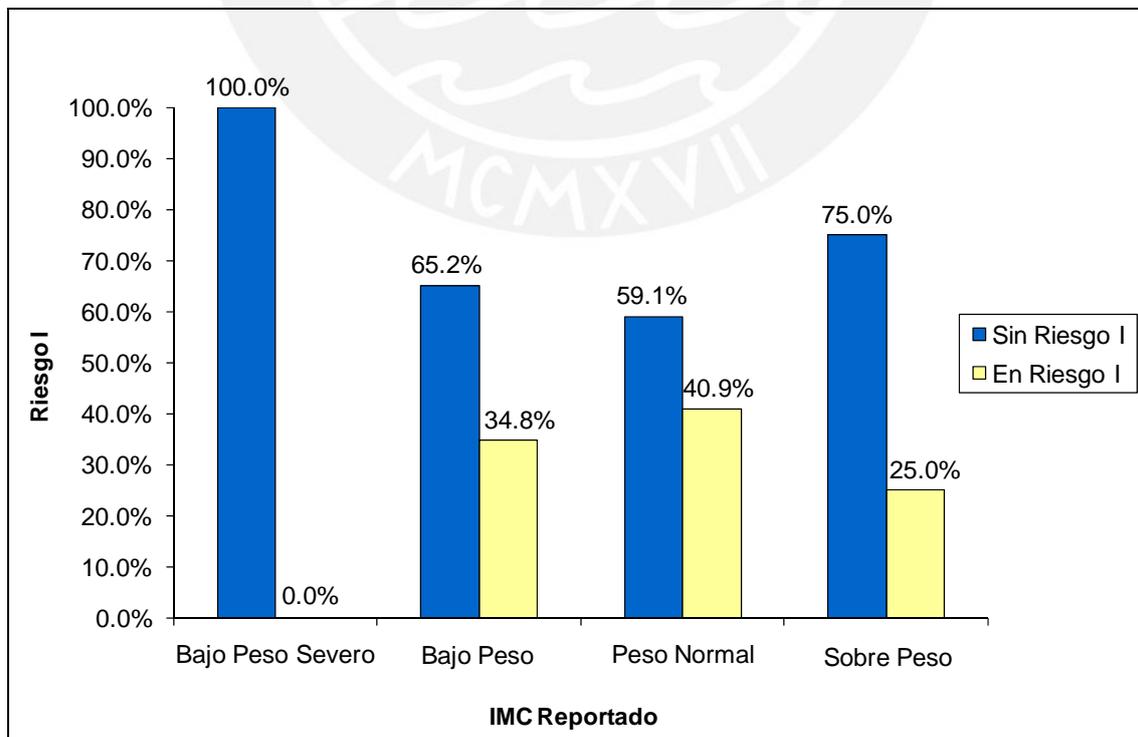


Nota. Chi-cuadrado = 0.08; $p = 0.777$.

En los Gráficos 8, 9 y 10 se presentan los resultados comparativos para el IMC reportado por las adolescentes y los tres niveles de riesgo de presentar trastornos alimenticios, en los cuales se puede observar que no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los niveles de riesgo. Estos resultados no corresponden con lo hallado por Rodríguez (2008), ya que esta autora encuentra que las adolescentes que reportan sobre peso presentan un mayor riesgo de trastornos alimenticios que las que están con peso normal y bajo peso. En nuestro estudio podemos decir, a manera descriptiva, que si bien en el *Riesgo I* se aprecia una mayor proporción de adolescentes que reportan un Peso Normal y un Bajo Peso, en los niveles de riesgo más altos (II y III) disminuye el número de adolescentes en estos niveles de peso y se mantiene el porcentaje de adolescentes que reportan Sobre Peso.

Gráfico 8:

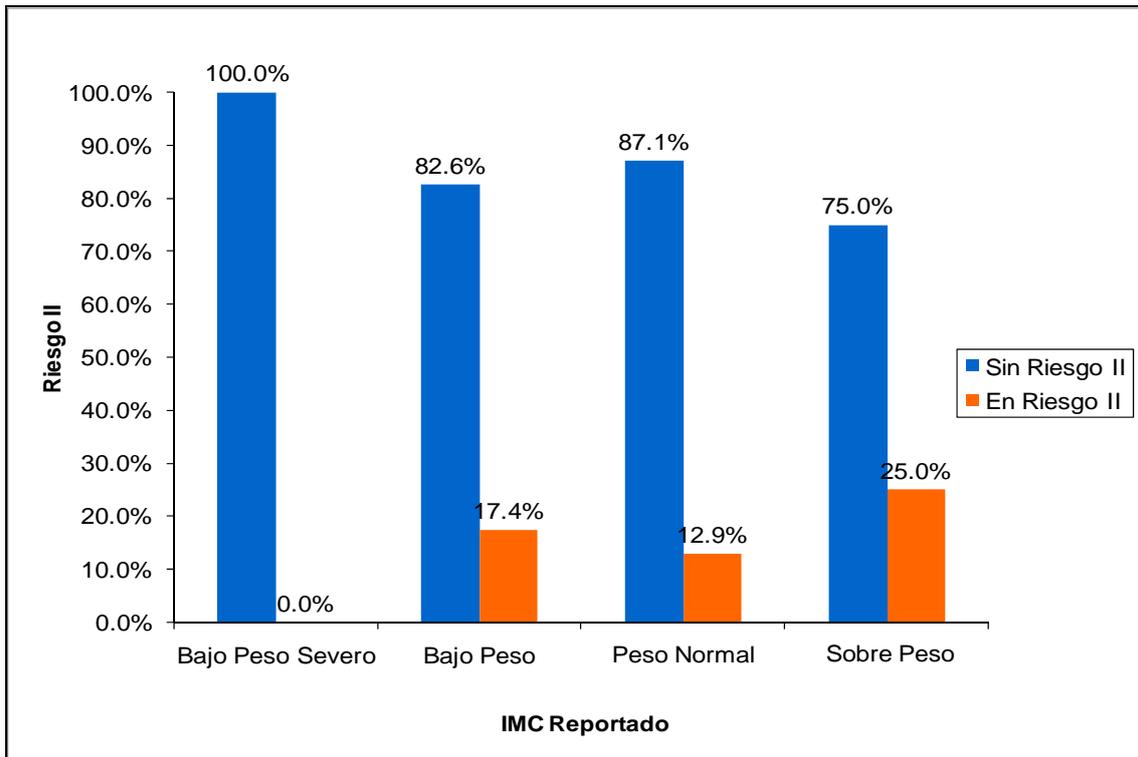
Diferencias entre el Riesgo I y el IMC Reportado (N = 118)



Nota. Chi-cuadrado = 2.54; $p = 0.468$.

Gráfico 9:

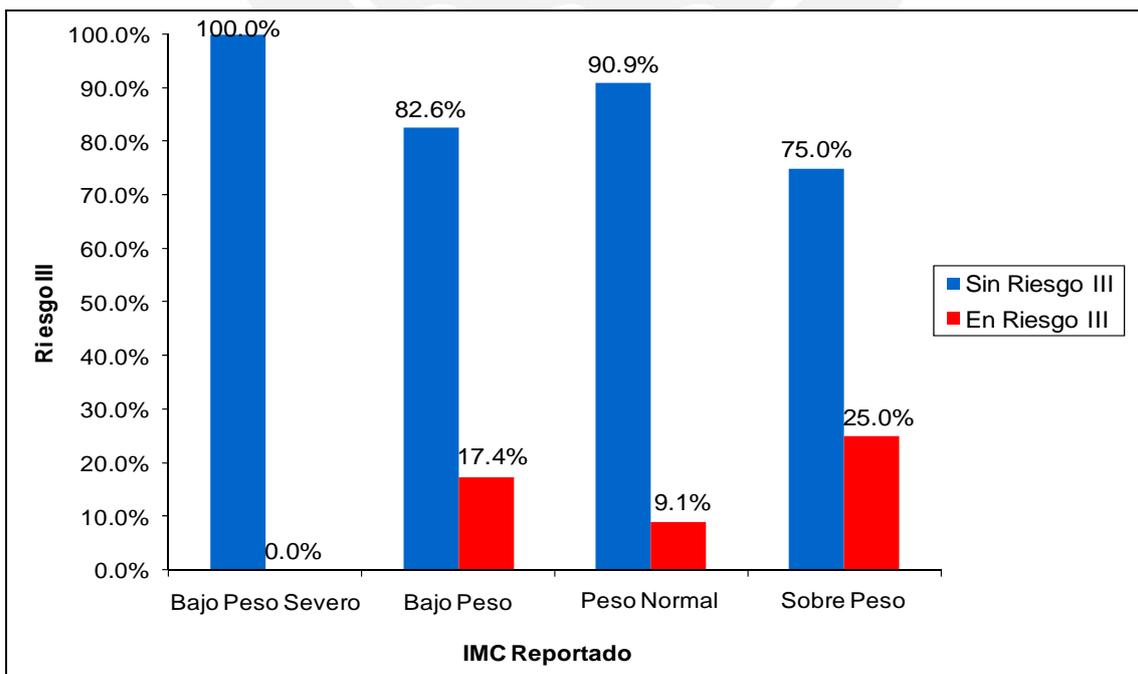
Diferencias entre el Riesgo II y el IMC Reportado (N = 115)



Nota. Chi-cuadrado = 1.20; $p = 0.754$.

Gráfico 10:

Diferencias entre el Riesgo III y el IMC Reportado (N = 118)



Nota. Chi-cuadrado = 2.46; $p = 0.483$.

Inventario Multicultural de la Cólera-Hostilidad (IMECH)

Con respecto a los niveles de cólera encontrados en nuestro grupo de estudio, se observa a manera descriptiva que en las escalas de Cólera Estado (Media = 11.9), Cólera Rasgo (Media = 28.8), Reacción de cólera (Media = 18.7) y Expresión de la Cólera (Media = 28.1), las adolescentes se ubican por encima de la mediana, mientras que en el área de Control de Cólera Manifiesta (Media = 14.5) las adolescentes obtienen puntajes ligeramente por debajo de la mediana. Los resultados de los análisis de distribución para la muestra total se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7

Descripción de las Escalas de Cólera (N = 124)

Escalas de Cólera	Media	Me	DE	Percentiles		
				25	50	75
Cólera Estado	11.9	10	3.2	10	10	13
Cólera Rasgo	28.8	28	6.2	24	28	33
Cólera Temperamento	10.2	10	2.6	8	10	12
Reacción de Cólera	18.7	18	3.8	16	18	22
Cólera Manifiesta	10.3	10	2.1	9	10	12
Cólera Contenida	9.8	10	2.7	8	10	12
Control de Cólera Manifiesta	14.5	15	2.8	12.75	15	17
Control de Cólera Contenida	13.4	13	2.6	12	13	16
Expresión de la Cólera	28.1	27	7.4	23	27	33

En la siguiente Tabla 8, se presentan las diferencias halladas en las escalas de cólera del inventario según el tipo de colegio. De acuerdo a estos resultados, encontramos diferencias significativas para la escala de Cólera Estado, ya que las adolescentes de colegios públicos mostraron mayores

niveles de esta cólera que las de colegios privados. Además, esta diferencia muestra un tamaño del efecto mediano ($d = 0.562$). Si bien estos resultados no coinciden con los reportados por Ugarriza (1998), quien encontró que los estudiantes de universidades privadas presentan mayores niveles de Cólera Estado que los de universidades públicas, cabe señalar que el grupo de estudio de esta autora está compuesto por hombres y mujeres, y que su rango de edad es más amplio, lo cual podría estar generando una discrepancia con nuestros resultados.

Tabla 8

Diferencias entre las Escalas de Cólera y el Tipo de Colegio (N = 126)

Escalas de Cólera	Tipo de colegio						U	Z	d
	Público			Privado					
	Media	Me	DE	Media	Me	DE			
Cólera Estado	13.1	11.5	4.2	11.3	10.0	2.2	1361.5	-2.491*	0.562
Cólera Rasgo	29.9	29.0	6.7	28.3	28.0	5.9	1557	-1.266	
Cólera Temperamento	10.6	10.0	2.8	9.9	9.5	2.5	1537	-1.378	
Cólera Manifiesta	10.0	10.0	2.0	10.4	10.5	2.1	1537.5	-1.378	
Cólera Contenida	10.1	10.0	2.7	9.7	9.5	2.7	1642	-0.835	
Control de Cólera Manifiesta	15.1	16.0	2.8	14.3	14.5	2.8	1457.5	-1.787	
Control de Cólera Contenida	13.8	13.5	2.7	13.2	13.0	2.6	1548.5	-1.318	
Expresión de la Cólera	27.2	26.5	7.7	28.7	28.0	7.3	1565	-1.224	

Nota. * $p < 0.05$.

Como se puede observar en la Tabla 8 no se han colocado los datos para la Reacción Cólera, debido a que como ya se ha mencionado en la metodología, esta obtuvo una distribución normal que requirió la aplicación de otros análisis. En esta escala no encontramos diferencias significativas ($p = 0.178$) entre las adolescentes de colegios públicos (Media = 19.3) y las de colegios privados (Media = 18.3).

En cuanto al IMC reportado por las adolescentes, no encontramos diferencias significativas en ninguna de las escalas de cólera. Los resultados se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9

Diferencias entre las Escalas de Cólera y el IMC Reportado (N = 118)

Escalas de Cólera	IMC Reportado												χ^2	p	d
	Bajo Peso Severo			Bajo Peso			Peso Normal			Sobre Peso					
	Media	Me	DE	Media	Me	DE	Media	Me	DE	Media	Me	DE			
Cólera Estado	11.7	10	2.9	12.4	11	3.1	11.7	10	2.8	10.3	10	0.5	3.64	0.30	
Cólera Rasgo	31.3	33	3.8	30.3	31	7.0	28.3	28	6.0	24.5	23.5	2.4	5.19	0.16	
Cólera Temperamento	11.7	12	1.5	10.9	10	3.0	9.9	9	2.4	8.3	8	1.3	6.23	0.10	
Reacción de Cólera	19.7	20	2.5	19.5	21	4.2	18.4	18	3.8	16.3	16	1.5	3.53	0.32	
Cólera Manifiesta	10.3	11	1.2	10.4	10	2.8	10.2	10	1.9	9.5	9	1.9	0.53	0.91	
Cólera Contenida	9.7	9	4.0	10.1	10	2.9	9.8	9.5	2.7	9.0	9.5	1.4	0.52	0.92	
Control de Cólera Manifiesta	12.0	14	3.5	14.5	16	3.2	14.7	15	2.6	17.0	17.5	1.4	5.76	0.12	
Control de Cólera Contenida	12.0	12	1.0	13.6	13	2.9	13.6	13.5	2.5	15.5	15.5	2.1	4.15	0.25	
Expresión de la Cólera	32.0	33	5.6	28.5	26	8.7	27.7	27	7.0	22.0	21	3.5	4.60	0.20	

Relación entre la Cólera y el Riesgo de presentar Trastornos Alimenticios

Para establecer las relaciones entre la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios, se empezó por analizar si existen diferencias significativas entre las escalas de cólera y los niveles de riesgo, luego, se estudió las diferencias entre las escalas de cólera y, la conformidad con su cuerpo y la percepción de peso (variables de la Ficha de Datos Personales). Y finalmente, se examinó las correlaciones entre las escalas de cólera y la Escala de Desorden Alimentario (puntuación total en el ITA).

Respecto a las escalas de cólera y los niveles de riesgo, en el *Riesgo I*, se encontraron diferencias significativas en la escala de Cólera Rasgo, así como en sus dos subescalas: Cólera Temperamento y Reacción de Cólera, y en la escala de Cólera Contenida. De manera más específica, en estas cuatro

escalas de cólera, las medias de las adolescentes que presentan *Riesgo I* son mayores que las que se encuentran *Sin Riesgo I*. Los resultados se presentan en la Tabla 10, en la cual se puede apreciar que el tamaño del efecto de estas diferencias encontradas es pequeño en la escala de Cólera Temperamento ($d = 0.494$) y, mediano en Cólera Rasgo ($d = 0.565$), Reacción de Cólera ($d = 0.579$) y Cólera Contenida ($d = 0.650$).

Tabla 10

Diferencias entre las Escalas de Cólera y el Riesgo I (N = 126)

Escalas de Cólera	Riesgo I						U	Z	d
	Sin Riesgo I			En Riesgo I					
	Media	Me	DE	Media	Me	DE			
Cólera Estado	11.8	10	2.9	12.1	10.0	3.6	1760	-0.619	
Cólera Rasgo	27.5	27	5.7	31.0	30.0	6.5	1325	-2.752**	0.565
Cólera Temperamento	9.7	9	2.3	11.0	10.0	2.9	1420	-2.290*	0.494
Reacción de Cólera	17.8	17	3.6	20.0	20.0	3.8	1300	-2.882**	0.579
Cólera Manifiesta	10.1	10	2.0	10.6	10.0	2.2	1632	-1.219	
Cólera Contenida	9.2	9	2.3	10.9	10.5	2.9	1231	-3.244**	0.650
Control de Cólera Manifiesta	14.6	15	2.7	14.5	15.0	3.0	1864.5	-0.038	
Control de Cólera Contenida	13.7	13	2.5	12.9	13.0	2.7	1621.5	-1.269	

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Se puede apreciar que en la Tabla 10 no se ha colocado la Expresión de la Cólera debido a que, como ya se mencionó en metodología, esta escala obtuvo una distribución normal que implica análisis estadísticos distintos. En esta escala encontramos diferencias significativas entre las adolescentes en *Riesgo I* y *Sin Riesgo I*. Los resultados se muestran en la Tabla 11, en la cual se observa que la media de las que están *Sin Riesgo I* es menor a las que sí presentan este riesgo y que el tamaño del efecto es pequeño ($d = 0.423$).

Tabla 11

Diferencias entre la escala de Expresión de Cólera y el Riesgo I (N = 126)

Escala de Cólera	Riesgo I						t	d
	Sin Riesgo I			En Riesgo I				
	Media	Me	DE	Media	Me	DE		
Expresión de la Cólera	26.9	26	6.7	30.1	30.0	8.1	-2.350*	0.423

Nota. * $p < 0.05$.

En la Tabla 12 se presentan los resultados comparativos entre las escalas de cólera, y la presencia y ausencia de *Riesgo II*. Como se puede observar, las escalas de Reacción de Cólera y Expresión de la Cólera se presentan por separado en la Tabla 13, debido a que ambas obtuvieron una distribución normal que requirió la aplicación de análisis estadísticos distintos. Como resultado sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Reacción de Cólera. Se puede apreciar que en esta escala la media de las adolescentes con *Riesgo II* es mayor a las que no se hallan en este riesgo y que el tamaño de este efecto es mediano ($d = 0.513$).

Tabla 12

Diferencias entre las Escalas de Cólera y el Riesgo II (N=123)

Escala de Cólera	Riesgo II						U	Z	d
	Sin Riesgo II			En Riesgo II					
	Media	Me	DE	Media	Me	DE			
Cólera Estado	11.8	10	2.9	12.4	10.0	4.6	871	-0.241	
Cólera Rasgo	28.5	28	5.9	17.0	31.9	32.0	638	-1.930	
Cólera Temperamento	10.0	10	2.4	11.5	11.0	3.3	670.5	-1.704	
Cólera Manifiesta	10.2	10	2.0	11.1	11.0	2.5	729.5	-1.270	
Cólera Contenida	9.7	10	2.5	10.7	10.0	3.7	801	-0.738	
Control de Cólera Manifiesta	14.5	15	2.7	14.5	16.0	3.7	834	-0.495	
Control de Cólera Contenida	13.5	13	2.5	12.5	13.0	2.9	764.5	-1.009	

Tabla 13

Diferencias entre las Escalas de Cólera y el Riesgo II (N=123)

Escalas de Cólera	Riesgo II						t	d
	Sin Riesgo II			En Riesgo II				
	Media	Me	DE	Media	Me	DE		
Reacción de Cólera	18.5	18	3.7	20.5	21.0	4.0	-2.006*	0.513
Expresión de la Cólera	27.9	27	6.9	30.8	30	10.3	-1.502	

Nota. * $p < 0.05$.

Por otra parte, hallamos diferencias significativas en la escala de Cólera Rasgo al analizar las adolescentes en *Riesgo III* y *Sin Riesgo III*. Los resultados se presentan en la Tabla 14. Se puede observar que la media de esta escala de cólera es mayor en las adolescentes que presentan *Riesgo III* y que el tamaño de este efecto es mediano ($d = 0.583$).

Tabla 14

Diferencias entre las Escalas de Cólera y el Riesgo III (N = 126)

Escalas de Cólera	Riesgo III						U	Z	d
	Sin Riesgo III			En Riesgo III					
	Media	Me	DE	Media	Me	DE			
Cólera Estado	12.0	10	3.3	11.3	10.0	1.7	723.5	-0.097	
Cólera Rasgo	28.5	28	6.1	32.1	32.0	6.3	488	-1.980*	0.583
Cólera Temperamento	10.0	10	2.5	11.4	11.0	2.9	518	-1.751	
Reacción de Cólera	18.4	18	3.8	20.7	21.0	3.7	492	-1.951	
Cólera Manifiesta	10.2	10	2.1	11.0	10.0	2.4	613	-0.985	
Cólera Contenida	9.7	10	2.5	11.0	10.0	3.9	616.5	-0.953	
Control de Cólera Manifiesta	14.5	15	2.7	15.0	17.0	3.4	608.5	-1.018	
Control de Cólera Contenida	13.5	13	2.6	12.6	13.0	2.8	611.5	-0.995	
Expresión de la Cólera	27.9	27	7.2	30.4	31	9.3	611	-0.992	

Nota. * $p < 0.05$.

Asimismo, en lo referente a la conformidad con su cuerpo encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las adolescentes que se sienten a gusto con su cuerpo y las que no se sienten a gusto con el mismo. En la Tabla 15 se puede observar que estas últimas presentan una mayor Cólera Contenida que las primeras, aunque el tamaño de este efecto es pequeño ($d = 0.493$).

Tabla 15

Diferencias entre las Escalas de Cólera y la Conformidad con su Cuerpo (N = 126)

Escalas de Cólera	¿Te sientes a gusto con tu cuerpo?						U	Z	d
	Sí			No					
	Media	Me	DE	Media	Me	DE			
Cólera Estado	11.8	10	2.9	12.1	10	3.5	1804.5	-0.513	
Colera Rasgo	28.0	27	5.7	30.0	29	6.8	1591	-1.544	
Cólera Temperamento	9.9	9	2.3	10.6	10	3.0	1670	-1.154	
Cólera Manifiesta	10.3	10	2.0	10.2	10	2.2	1832.5	-0.330	
Cólera Contenida	9.3	9	2.4	10.6	10	2.9	1418.5	-2.427*	0.493
Control de Cólera Manifiesta	14.8	15	2.6	14.3	15	3.0	1729.5	-0.851	
Control de Cólera Contenida	13.8	13	2.6	13.0	13	2.6	1649.5	-1.257	
Expresión de la Cólera	27.0	26	7.1	29.6	29	7.7	1564	-1.679	

Nota. * $p < 0.05$.

En la Tabla 15 no se ha presentado la escala de Reacción de la cólera, debido a que, como ya se mencionó en metodología, obtuvo una distribución normal. Sin embargo, en esta escala no se hallaron diferencias significativas ($p = 0.061$) entre el grupo que se siente a gusto con su cuerpo (Media = 18.1) y el que no se siente a gusto con el mismo (Media = 19.4).

En la percepción de peso (variable obtenida de la Ficha de Datos Personales), no encontramos diferencias significativas en las escalas de cólera

entre las adolescentes que se perciben subidas de peso y, las que se perciben con peso normal y con bajo peso. Los resultados de las escalas que obtuvieron distribuciones no normales (Tabla 16) y distribuciones que tienden a la normalidad (Tabla 17) se presentan por separado debido a que, como ya se mencionó en la metodología, requirieron la realización de análisis estadísticos distintos. A partir de estos datos podemos decir que la percepción de peso no parece ser importante por sí sola al momento de comparar el riesgo de trastornos alimenticios y las escalas de cólera.

Tabla 16

Diferencias entre las Escalas de Cólera y la Percepción de Peso (N = 113)

Escalas de Cólera	Percepción de Peso						U	Z	d
	Normal/Bajo			Subida					
	Media	Me	DE	Media	Me	DE			
Cólera Estado	12.1	11	3.0	11.6	10	2.6	1179.5	-0.977	
Colera Rasgo	29.4	29	6.1	28.4	28	5.9	1153	-1.056	
Cólera Temperamento	10.4	10	2.4	9.9	9.5	2.4	1164	-0.995	
Cólera Manifiesta	10.6	10	2.2	10.1	10	2.0	1167	-0.977	
Cólera Contenida	9.3	9	2.5	10.1	10	2.8	1117	-1.291	
Control de Cólera Manifiesta	14.6	15	2.7	14.6	15	2.8	1312	-0.051	
Control de Cólera Contenida	13.5	14	2.6	13.6	13	2.4	1272.5	-0.303	

Tabla 17

Diferencias entre las Escalas de Cólera y la Percepción de peso (N = 113)

Escalas de Cólera	Percepción de Peso						t	d
	Normal/Bajo			Subida				
	Media	Me	DE	Media	Me	DE		
Reacción de Cólera	19.0	19	3.9	18.4	18	3.7	0.761	
Expresión de la Cólera	27.8	26	7.3	28.0	27	7.0	-0.149	

Por otro lado, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas de cólera y la Escala de Desorden Alimentario. Entre estas relaciones significativas, las escalas que tuvieron una mayor fuerza de asociación según el Criterio de Cohen fueron: Cólera Rasgo, Reacción de Cólera y Cólera Contenida. Por lo que a mayor nivel de cólera en estas escalas, mayor el riesgo de presentar trastornos alimenticios. Estos resultados se presentan en la Tabla 18, en la que también se puede observar que la Escala de Desorden Alimentario obtuvo correlaciones significativas con las escalas de Cólera Temperamento, Control de la Cólera Contenida y Expresión de la Cólera.

Por otra parte, se encontró una correlación negativa entre la Escala de Desorden Alimentario y el Control de la Cólera Contenida. Este resultado tiene una importancia clínica porque sugiere que a mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio, menor el control cognitivo sobre la cólera.

Finalmente, cabe destacar que la escala de Cólera Estado no correlacionó significativamente con la Escala de Desorden Alimentario y tampoco obtuvo diferencias significativas al analizar los grupos en riesgo. Estos resultados no concuerdan con investigaciones previas realizadas en otros países (Waller et al., 2003), en las que sí se ha encontrado una relación significativa entre esta escala y los trastornos alimenticios. Sin embargo, cabe señalar que nuestro grupo de estudio no es una muestra clínica sino un grupo que se presume normal, y que el instrumento que hemos utilizado mide el riesgo general de presentar trastornos alimenticios, no un diagnóstico específico de estas patologías.

Tabla 18

Coefficientes de Correlación entre la Escala de Desorden Alimentario y las Escalas del IMECH (a. N por lista = 118)

	Coefficientes de Correlación								
	Cólera Estado	Cólera Rasgo	Cólera Temperamento	Reacción de Cólera	Cólera Manifiesta	Cólera Contenida	Control de Cólera Manifiesta	Control de Cólera Contenida	Expresión de la Cólera
Escala de Desorden Alimentario	0.054	0.329***	0.278**	0.344***	0.135	0.387***	-0.066	-0.184*	0.267**

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.



Capítulo 4

DISCUSIÓN

La adolescencia como etapa de desarrollo implica un proceso de crisis normal en el que se experimentan múltiples cambios físicos y sociales a los que el individuo debe adaptarse (Grieve, 2002). De acuerdo con Giudice (2006), la insatisfacción corporal se ha vuelto una característica común en esta etapa, al punto que actualmente se le considera parte del desarrollo normal, debido a que los cambios físicos y emocionales en la pubertad podrían llevar a un descontento con el propio cuerpo.

Si bien en la presente investigación no se ha medido la insatisfacción corporal, hemos encontrado que el 43.7% de nuestro grupo de estudio se encuentra inconforme con su cuerpo, lo cual podría estar reflejando esta tendencia de las adolescentes a estar insatisfechas con su cuerpo. Además, hallamos que el 71.17% del grupo estudiado se percibe subida de peso. Nos llama la atención que en este grupo también se encuentren adolescentes que reportan niveles de peso bajos y muy bajos. Si bien no contamos con información sobre el peso real de las adolescentes, es posible que un grupo de ellas presente una distorsión en la percepción de su peso.

Al analizar la Ficha de Datos Personales, observamos que la realización de ejercicios físicos y de dietas es una alternativa para lidiar con la inconformidad corporal, al presentarse como un medio para lograr o mantener el cuerpo deseado. Hemos encontrado que las dietas no sólo son realizadas por las adolescentes, sino también por algún miembro de su familia, generalmente la madre.

Este último hallazgo cobra sentido a la luz de lo que reportan autores como Gabbard (2000) y Zusman (2002), quienes señalan a la madre como uno de los principales actores en las patologías de alimentación. Pike y Rodin (1991) han encontrado en madres de hijas con un trastorno alimenticio, cierta irregularidad en sus propios hábitos de alimentación, mayor realización de dietas y una percepción distorsionada sobre sus hijas, que las llevaba a creer que estas últimas debían perder más peso. Por ello, pensamos que la familia tiene un papel importante en los hábitos de alimentación, y en la relación que la adolescente establece con la comida y su cuerpo.

Si bien hemos señalado que los cambios en el cuerpo y, la percepción y conformidad con el mismo cobran relevancia en el desarrollo adolescente, es importante mencionar el posible impacto de aspectos culturales y de los medios de comunicación en la conducta de las jóvenes. Actualmente, se está observando una “cultura light” que impone la delgadez como ideal de belleza y como valor social, y que enaltece el control sobre el peso y la comida. A través de la publicidad se vende esta figura perfecta que ha sido idealizada y validada por la sociedad. Los medios de comunicación no sólo muestran esta imagen deseada sino todos los métodos posibles para contrarrestar aquello que no corresponda con esta imagen (Hevia, 2003; Cervera, 2005). En una cultura que valora la belleza, la práctica de ejercicios y dietas, van incorporándose como hábitos normales en la población. Es así que, todas estas conductas hacen difícil identificar a aquellas adolescentes que se encuentran en riesgo de presentar trastornos alimenticios. Algo similar parece estar sucediendo para otros métodos de adelgazamiento o embellecimiento, como cirugías, laxantes, pastillas, etc. Lo cual puede abrir otras líneas de investigación en salud mental.

La relación anteriormente descrita entre el uso de estos métodos como una práctica común y, la inconformidad con el cuerpo y el deseo por cambiar alguna parte del mismo, se ha visto reflejada en las respuestas de varias adolescentes de nuestro estudio. En palabras de las propias adolescentes: *“no me gusta mi mandíbula inferior, me gustaría operarme”, “no es el cuerpo que yo quiero, por eso hago deporte y cuido mi alimentación”*. En otras respuestas el disgusto con el propio cuerpo y el deseo por cambiarlo, se encuentran asociados al estereotipo de belleza que venden los medios de comunicación: *“más me gusta el color de cabello castaño o rubio”, “me gustaría tener los ojos verdes”, “no me gusta mi barriga, nariz y orejas, son antiestéticos”*. Además, hallamos respuestas que podrían estar dando indicios sobre el descontento con el cuerpo en otros miembros de la familia: *“no me gustan mucho mis piernas y mis brazos son muy anchos, y es de genética, mi mamá es delgada pero tiene piernas gordas”*.

Así, creemos que los resultados del presente estudio evidencian cómo en la relación que la adolescente establece con su propio cuerpo están involucrados factores individuales, familiares y socioculturales.

La adolescente debe ajustarse a los cambios propios de su etapa y adaptarse a las demandas de la sociedad. El empleo de nuevas estrategias de regulación emocional juega un rol significativo en el ajuste a estas exigencias (Diamond & Aspinwall, 2003). Sin embargo, es importante diferenciar la inestabilidad de estas estrategias, propia de la etapa adolescente, de la ruptura de este proceso normal en el que se pueden observar conductas más relacionadas a un riesgo de patología.

Es así que los teóricos (Polivy & Herman, 2002; Hartley, 1999) señalan un *continuum* que permite situar a los trastornos alimenticios desde la conducta alimentaria normal hasta los cuadros diagnósticos propios de estos desórdenes. Así, en este *continuum* se pueden ubicar las personas que realizan dietas y ejercicios con fines estéticos, y que tienen todas las particularidades de un pensamiento anoréxico o bulímico, pero que no llegan a la severidad del cuadro diagnóstico.

Nuestro grupo de estudio se ubica en este *continuum*, ya que obtuvimos que el 38.1% de las adolescentes presenta el *Riesgo I*, el 13.8% el *Riesgo II* y el 10.3% el *Riesgo III*, lo cual concuerda con los niveles de riesgo reportados por Hartley (1999) y Rodríguez (2008). Las adolescentes que sólo se encuentran en el primer nivel de riesgo exhiben una sintomatología difusa que puede implicar algunos hábitos alimenticios aceptados en la cultura y otras conductas más peligrosas. En cambio, las que se ubican en los niveles de riesgo más altos presentan una sintomatología más específica de estos trastornos y conductas más distorsionadas.

Asimismo, encontramos similitudes en estos niveles de riesgo entre las adolescentes de colegios públicos y las de colegios privados, ya que si bien a manera descriptiva notamos un mayor número de adolescentes de colegios públicos en los niveles de *Riesgo II* y *III*, los cuales incluyen criterios diagnósticos, esta diferencia es mínima y no es estadísticamente significativa. Estos resultados coinciden con previas investigaciones realizadas en nuestro medio (Hartley, 1999; Martínez et al., 2003), que reflejan la presencia actual de los trastornos alimenticios en todos los estratos sociales.

De la misma manera, encontramos similitudes entre los niveles de riesgo y todos los niveles de peso obtenidos del IMC reportado por las adolescentes. Esto no corresponde con lo hallado por Rodríguez (2008), quien encontró un mayor riesgo en las adolescentes que reportan sobre peso, en comparación con las que reportan peso normal y bajo peso. A partir de estos resultados, creemos que el peso actual reportado por las adolescentes de nuestro estudio, no es un dato suficiente al momento de analizar el riesgo de trastornos alimenticios, y que es importante tener en cuenta el rol de otros factores, como la percepción de peso y la conformidad con el cuerpo, al momento de estudiar estas patologías.

Los resultados de nuestra investigación muestran que existe una relación significativa entre el riesgo de presentar trastornos alimenticios y, la experiencia y expresión de la cólera. Es a partir de estos datos que creemos que las adolescentes que se encuentran en riesgo de trastornos alimenticios están experimentando conflictos para afrontar este proceso de cambios que implica la adolescencia y tienen mayores dificultades para manejar emociones negativas como la cólera.

En este sentido, encontramos que en comparación con las adolescentes *Sin Riesgo I*, las que se hallan en este riesgo tienden a ser más impulsivas, a experimentar mayores estados de frustración y parecen ser más sensibles a las críticas y evaluaciones negativas por parte de los demás, ante las cuales suelen reaccionar con cólera. Asimismo, las adolescentes en *Riesgo I* presentan una mayor predisposición a experimentar y expresar la cólera que las que no tienen este riesgo. Además, si bien intentan contener y reprimir estos niveles de cólera, suelen expresarla y suprimirla de manera agresiva, sin

tener en cuenta la dirección de su expresión. Así, a pesar que en algunas situaciones logran contener la cólera, en otras ocasiones, en que esta emoción es muy fuerte o en que se ha acumulado por mucho tiempo, esta supresión no funciona y expresan la cólera de manera agresiva e intensa. La contención y acumulación frecuente de sentimientos negativos que no encuentran un canal de expresión saludable, puede volverse una especie de “bomba de tiempo” que en cualquier momento podría explotar, ocasionándole daño a otros o a sí mismas.

Al analizar la cólera en el nivel de *Riesgo II* también encontramos diferencias significativas: las adolescentes que exhiben una sintomatología más específica de trastornos alimenticios (*Riesgo II*) muestran una mayor tendencia a reaccionar con cólera cuando sienten que han sido tratadas de manera injusta o cuando reciben alguna crítica, en comparación con las que no se hallan en riesgo.

De la misma manera, encontramos diferencias significativas para el *Riesgo III*, ya que las adolescentes que presentan este nivel de riesgo experimentan una mayor predisposición a sentir la cólera como un rasgo de personalidad en comparación con las que no están en este riesgo. Esto quiere decir, que además de mostrar una mayor tendencia a reaccionar con cólera como las de *Riesgo II*, también experimentan y expresan la cólera de manera más frecuente en comparación con las adolescentes *Sin Riesgo III*.

Creemos que las diferencias significativas halladas entre la cólera y estos últimos niveles de riesgo (II y III), coinciden y refuerzan los resultados del *Riesgo I*. Si observamos con detenimiento vemos que las escalas en las que encontramos diferencias en los grupos de *Riesgo II* (Reacción de Cólera) y

Riesgo III (Cólera Rasgo), son las que obtienen un tamaño del efecto mediano, al examinar las diferencias entre las adolescentes en *Riesgo I* y *Sin Riesgo I*. Pensamos que estos resultados nos dan indicios sobre cómo funciona la cólera en grupos con una sintomatología más difusa de trastornos alimenticios, y en grupos de riesgo más cercanos a la patología. Así, creemos que al examinar niveles de riesgo más específicos también encontramos un patrón de cólera más específico y delimitado, que implica una mayor vulnerabilidad en la adolescencia porque se posiciona como un rasgo de personalidad. Ellas tendrían una mayor predisposición a sentir cólera y a reaccionar también con más cólera que la mayoría de personas.

En este mismo sentido, vemos que si bien la Cólera Contenida establece una diferencia significativa en el primer nivel de riesgo, no se encuentran diferencias al analizar el *Riesgo II* y *III*. A partir de esto pensamos que la estrategia de controlar y suprimir en el interior los sentimientos de cólera podría no funcionar cuando la adolescente presenta un riesgo mayor de trastornos alimenticios, ya que el incremento en la frecuencia y duración de la cólera se vuelve más difícil de manejar. Esto último concuerda con lo señalado por Hollenstein (2005), quien propone que la intensidad en la experiencia emocional, podría ocasionar un mayor esfuerzo en la modulación de emociones y una consecuente rigidez en el comportamiento que afectaría la flexibilidad para usar diferentes estrategias de regulación emocional.

En lo referente a la cólera y, el IMC reportado, la percepción de peso y la conformidad con su cuerpo, sólo se obtuvieron diferencias significativas para esta última. Así, encontramos que las adolescentes que se encuentran inconformes con su cuerpo suelen suprimir y guardar sus sentimientos de

cólera en mayor medida que las que sí se sienten a gusto con el mismo. Al parecer el nivel de peso reportado y la percepción del mismo, no son por sí solos factores significativos al analizar los sentimientos de cólera, pero el descontento con el propio cuerpo sí es un factor de riesgo que establece diferencias importantes con la misma, y que tiene sentido a la luz de lo observado en las adolescentes en *Riesgo I*.

Respecto a las correlaciones obtenidas, observamos que las escalas de cólera que se relacionan con el grupo en *Riesgo I*², también correlacionan de manera significativa con la Escala de Desorden Alimentario. Pensamos que esta coincidencia confirma que cuando la adolescente presenta un mayor riesgo de trastornos alimenticios, también experimenta sentimientos de cólera más constantes, elevados y frecuentes, y consecuentes dificultades para regularlos y expresarlos de manera saludable.

En base a esto podemos decir que las adolescentes que presentan una mayor predisposición a sentir y a reaccionar con cólera, y que muestran una mayor tendencia a contener y expresar estos sentimientos sin mediación; presentan mayores preocupaciones alrededor del peso y el cuerpo, mayores sentimientos de culpa sobre la comida, y utilizan más métodos de control de peso. Si bien estos pueden ser comportamientos actualmente comunes y aceptados en nuestra sociedad, vemos que en estas adolescentes se trata de conductas alimentarias riesgosas asociadas a una caracterización de la cólera que establece una diferencia considerable con quienes no presentan un riesgo.

Cabe señalar que en estas relaciones también encontramos un menor control cognitivo sobre la cólera en las adolescentes que presentan un mayor

² Estas escalas son: Cólera Rasgo, Cólera Temperamento, Reacción de Cólera, Cólera Contenida y Expresión de la Cólera.

riesgo de trastornos alimenticios. Si bien en esta correlación se encuentra una fuerza de asociación pequeña, pensamos que tiene una significación clínica, ya que nos llama la atención sobre la posible carencia de estrategias de regulación adecuadas para modular los sentimientos de cólera.

Por todo lo anterior, podemos afirmar que hay diferencias en las estrategias de regulación emocional entre las adolescentes que se encuentran en riesgo y las que no están en riesgo de trastornos alimenticios. Específicamente, a medida que las adolescentes presentan un mayor riesgo, experimentan mayores dificultades para emplear estrategias adecuadas que les permitan afrontar, tramitar y canalizar con éxito sus sentimientos de cólera.

Esto concuerda con lo revisado en la teoría, ya que el déficit en el procesamiento emocional, en el reconocimiento, en la descripción de las emociones y en el repertorio de estrategias de regulación emocional, es característico de las personas que padecen este tipo de trastornos (Bydlowski et al., 2005; Sim & Zeman, 2006; Sim, 2002).

Además, pensamos que esta falta de control sobre sus emociones, sobre los cambios en su cuerpo y sobre los posibles problemas en sus relaciones (familiares y amicales) característicos de la etapa adolescente, podría generar un deseo por controlar su propio cuerpo. En este sentido creemos que el control sobre la comida y el peso podrían volverse una manera de manejar sentimientos negativos como la cólera, al presentarse como un recurso ante la carencia de otras habilidades de regulación emocional. Esta relación ha sido analizada por otros investigadores (Sim, 2002; Serpell et al., 1999. En Polivy & Herman, 2002)

Si bien el grupo de estudio es parte de una población que se presume normal y se trata de un grupo en riesgo, no con un diagnóstico clínico, el supuesto de encontrar indicios de esta relación entre la cólera y el riesgo de trastornos alimenticios, motivó la realización del presente estudio, y creemos que los resultados expuestos nos permiten responder de manera afirmativa a nuestra pregunta de investigación, por lo que podemos decir que existe una relación significativa entre la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios. Lo anterior corresponde con los resultados obtenidos en previas investigaciones realizadas con mujeres que presentan trastornos alimenticios específicos como las reportadas por: Waller et al. (2003), quienes citan estudios como los de Milligan y Waller (2000) y, Séller, Cockell y Goldner (2000); y por autores como Truglia et al. (2006), quienes además citan otros estudios con resultados similares (Wilbur & Colligan, 1981; Geller et al., 2000; Crisp, 1983; Fava et al., 1995; Horesh, Zatsman & Apter, 2000). Meyer et al. (2005) también encuentran esta relación entre la cólera y los trastornos alimenticios, y reportan hallazgos similares de otros investigadores en grupos de mujeres clínicos y no clínicos (Macht, 1999; Geller, Cockell & Goldner, 2000; Fassino et al., 2001; Zaitsoff, Geller & Srikameswaran, 2002).

Por otro lado, consideramos importante señalar algunas limitaciones de nuestra investigación que deberán ser tomadas en cuenta para futuras investigaciones en el tema. En primer lugar, debemos decir que no se trata de una muestra representativa de la población, por lo que los resultados reportados tienen una generalización limitada. En segundo lugar, otra limitación ha sido no contar con baremos para el inventario de cólera, lo cual nos hubiera

permitido describir con mayor profundidad los sentimientos de cólera en las adolescentes.

Asimismo, de este estudio surgen futuras líneas de investigación. En primer lugar, hemos visto que tanto la expresión como la experiencia de cólera se encuentran relacionadas con el riesgo de trastornos alimenticios, por lo que sería significativo replicar estos resultados en poblaciones clínicas y analizar si existen asociaciones similares con la cólera en cuadros diagnósticos específicos (anorexia / bulimia). Además, sería interesante no sólo describir cómo es la cólera en estos cuadros patológicos sino examinar si existen diferencias en el manejo de la misma entre las personas que son diagnosticadas con el trastorno y las que se encuentran en riesgo.

Asimismo, creemos que sería interesante realizar una investigación cualitativa que permita ahondar en el reconocimiento y el manejo de sentimientos como la cólera en personas en riesgo o diagnosticadas con estas patologías.

Finalmente, nos gustaría concluir con algunas recomendaciones específicas para futuras investigaciones que utilicen los instrumentos empleados en el presente estudio.

En cuanto al ITA, consideramos que es un buen instrumento para medir el riesgo de presentar trastornos alimenticios, pero creemos que se debería revisar la validez de las áreas propuestas de manera tentativa por Harlley (1999), debido a que en recientes investigaciones (Herrera, 2008; Rodríguez, 2008) se han encontrado inconsistencias en la reproducción de los factores. Si bien Herrera (2008) analizó la validez de estas áreas en una muestra de varones, sería importante hacer lo mismo con un grupo de mujeres, ya que

disponer de estas áreas enriquecería los análisis sobre el riesgo de trastornos alimenticios.

Además, recomendamos que futuras investigaciones evalúen la posibilidad de utilizar sólo el último quintil para establecer el *Riesgo I*, ya que estadísticamente esto permitiría disponer de un criterio más riguroso de análisis que consideraría únicamente a las personas con puntajes más altos en el inventario.

Con respecto al IMECH, consideramos que sería importante revisar la redacción de los ítems pertenecientes a la escala Cólera Manifiesta en los que Moscoso y Reheiser (1996. En Moscoso, 1999) encontraron dificultades en el grupo de mujeres latinoamericanas, ya que Ugarriza (1998) se basó en esta primera versión del inventario para realizar la normalización del mismo en nuestro país. Creemos que las mejoras que pudieran realizarse deben hacerse a la luz de los últimos cambios lingüísticos que Moscoso (2000) ha efectuado en el instrumento, aunque teniendo en cuenta las particularidades de nuestra población. Por todo ello, se sugiere que las personas que deseen utilizar el IMECH consideren lo que se viene reportando en relación a la escala de Cólera Manifiesta con el fin de mejorar la adaptación del inventario a nuestro contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldrich, N. & Tenenbaum, H. (2006). Sadness, Anger and Frustration: Gendered Patterns in Early Adolescent's and Their Parents' Emotion Talk. *Sex Roles*, 775-785.
- Almenara, C. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66, No. 1.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, S.A.
- Balfour, L. (1996). Examining how avoidant coping and anger supresion relate to emotional eating in young women. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de Concordia University, Canada. N° AAT NN10822).
- Berger, K. (2004). *Psicología del Desarrollo: infancia y adolescencia*. 6ª Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Biesecker, G. (2001). Attachment to parents and peers and emotion regulation in middle adolescence. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de Tufts Universtity, EEUU. N° AAT 3017380).
- Bonne, O., Lahat, S., Kfir, R., Berry, E., Katz, M. & Bachar, E. (2003). Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. *Psychiatry, Interpersonal & Biological Processes*, 66, Iss. 3, 244-254.
- Brownell, K. (1988). Yo-Yo Dieting. *Psychology Today*, 22, Iss. 1, 78-84.
- Burney, D. (2006). An Investigation of Anger Styles in Adolescent Students. *The Negro Educational Review*, 57, 35-47.

- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. & Consoli, S. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, Iss. 4 pp. 321-329.
- Carroll, B. (2005). A retrospective exploration of the childhood and adolescent family mealtime environment of women with binge eating disorder. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de Alliant International University, San Francisco Bay, EEUU. N° AAT 3191967).
- Cavoto, K. (1999). The emotional environment of eating-disordered families: A comparison of anorexics and bulimics to normal and depressed controls. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de Tufts University, EEUU. N° AAT 9925231).
- Celada, J. (2003). *Anorexia & Bulimia: guía ilustrada para el tratamiento*. Lima. Editor: Impresos y Sistemas.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid. Editor: Pirámide.
- Delgado, D. (2001). Autopercepción y trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares de nivel socioeconómico alto y medio-alto. Lima: Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Dempsey, M. (1996). Coping and emotional regulation strategies in early adolescence: Relationship to behavioural functioning. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de The University of Texas at Austin EEUU. N° AAT 9705822).
- Diamond, L. & Aspinwall, L. (2003). Emotion Regulation Across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Processes. *Journal of Motivation and Emotion*, 27, No. 2, 125-156.

- Dillard, D. (1997). Anger and anger expression as related to DSM-IV bulimic symptomatology. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de Colorado State University, EEUU. N° AAT 3091419).
- Gabbard, G. (2000). Trastornos relacionados con sustancias y de la conducta alimentaria. *Psiquiatría dinámica en la práctica clínica*, 369-392.
- Giudice, J. (2006). Body image concerns of the adolescent female and the impact on self-esteem and life satisfaction. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de Fairleigh Dickinson University, EEUU. N° AAT 3208602).
- Grieve, P. (2002). Crisis de adolescencia: normalidad y patología. El aporte del psicoanálisis. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de Niños. Transiciones*, 4, 99-110.
- Hartley, J. (1999). Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares. Lima: Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hatch, H. & Forgays, D. (2001). A comparison of older adolescent and adult females responses to anger-provoking situations. *Adolescence*. Roslyn Heights, 36, Iss. 143, 557-571.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª ed. México, D. F. McGraw-Hill. Interamericana. Editores, S.A. De C.V.
- Herrera, T. (2008). Validez y confiabilidad del Inventario sobre trastornos alimentarios (ITA) en una muestra de adolescentes varones universitarios y pre universitarios de Lima Metropolitana. Lima: Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hevia, J. (2003). Imagen y realidad del cuerpo en el mundo de hoy. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima*, 6, 53-73.

- Hollenstein, T. (2005). Socioemotional flexibility at the early adolescent transition. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*, pp. 116. (Microfilmes de University of Toronto, Canada. N° AAT NR07678).
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental: Informe General. *Anales de Salud Mental*, 18, N° 1 y 2, 1-199.
- Investigadores y Consultores en Mercadeo S.A.C. (2006). Escala para calcular el nivel socioeconómico. (No publicada).
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 161, Iss. 12, 2215-2221.
- Laufer, M. (1997). Defining breakdown. En: Laufer, M. (Ed), *Adolescent breakdown and beyond*. (pp. 75-86). London: Karnac Books.
- Maganto, C. & Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología de la PUCP*, 20, 2, 197-223.
- 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, 234-269.
- Mendoza, A. (1999). Adolescencia, Familia y Contexto Social. En: Reusche, R. (Ed), *La adolescencia: desafío y decisiones*. (pp. 57-67). Lima: Ediciones Libro Amigo. UNIFÉ.
- Meyer, C., Leung, N., Waller, G., Perkins, S., Paice, N. & Mitchell, J. (2005). Anger and bulimic psychopathology: Gender differences in a nonclinical group. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 69-71.

- Moscoso, M. (1998). Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 2, N° 2, 47-68.
- Moscoso, M. (1999). Medición de la expresión de la cólera y hostilidad. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 3, N° 4, 169-188.
- Moscoso, M. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, N° 2, 321-343.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Global Database on Body Mass Index: an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition*. Recuperado el 22 de octubre de 2008, de <http://www.who.int/bmi/index.jsp>
- Paredes, N. (1999). Autonomía e Identidad en la Adolescencia. En: Reusche, R. (Ed), *La adolescencia: desafío y decisiones*. (pp. 335-340). Lima: Ediciones Libro Amigo. UNIFÉ.
- Pike, K. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating [Resumen]. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2).
- Perez, M., Joiner, T., & Lewinsohn, P. (2004). Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 1, 55-61.
- Polivy, J. & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53 (1), 187-213.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rodríguez, L. (2008). Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y

preuniversitarias. Lima: Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Ruzumna, J. (1999). Mood disturbances in bulimia nervosa: An analysis of affective changes during the binge-purge cycle. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de Northwestern University, EEUU. N° AAT 9932234).

Schillinger, S. (2002). Emotion management from late childhood through adolescence: The school as social context. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de University of Florida, EEUU. N° AAT 3056780).

Sim, L. (2002). Emotion regulation in adolescent females with bulimia nervosa: An information processing perspective. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*. (Microfilmes de The University of Maine, EEUU. N° AAT 3057876).

Sim, L. & Zeman, J. (2006). The Contribution of Emotion Regulation to Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, Iss. 2, 219-228.

Stephen, D. (2004). Anger Experience in Violent and Non-Violent Male Offenders. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*, pp. 72. (Microfilmes de University of Miami, EEUU. N° AAT 3141887).

Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C., Faravelli, C. & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, Anger and Eating Disorders: A review. *Psychopathology*, 39, Iss.2, 55-68.

Ugarriza, N. (1998). Normalización del Inventario Multicultural de la Expresión de Cólera-Hostilidad en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*, 1, N°1, 59-88.

Ugarriza, N. (1999a). Ansiedad Rasgo-Estado y expresión de la cólera-hostilidad en estudiantes de secundaria de colegios estatales. En Kapsoli, W. Dir.:

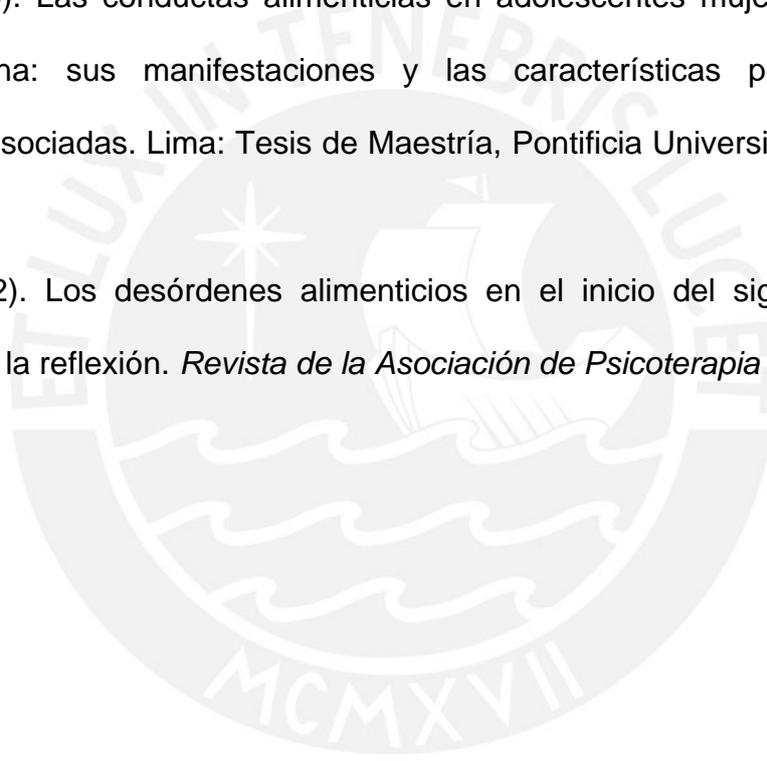
Modernidad y pobreza urbana en Lima, (pp. 127-170). Lima: Universidad Ricardo Palma.

Ugarriza, N. (1999b). Neuroticismo, expresiones emocionales y percepción de la violencia en escolares. *Persona*, 2, 79-110.

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*, 34, 118-124.

Zusman, L. (2000). Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas. Lima: Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Zusman, L. (2002). Los desórdenes alimenticios en el inicio del siglo XXI: una invitación a la reflexión. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de Niños*, 4.





ANEXO A

Criterios diagnósticos

A continuación presentamos un cuadro que resume los criterios establecidos por el APA (2002) para clasificar los trastornos alimenticios.

Tabla A1

Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa

Anorexia nerviosa
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable.
B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que significa el bajo peso corporal.
D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Tabla A2

Tipología de la anorexia nerviosa

Tipos de anorexia nerviosa
Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Tabla A3

Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa

 Bulimia nerviosa

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 personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- (2) 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 tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tabla A4

Tipología de la bulimia nerviosa

 Tipos de bulimia nerviosa

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.

Trastornos alimenticios no especificados

Se refieren a aquellos que no cumplen con todos los criterios para ninguna de las patologías de alimentación específica señaladas anteriormente. Así, se podrían cumplir todos los criterios para la anorexia, pero con la presencia de menstruaciones

regulares o que a pesar de existir una pérdida de peso significativa, éste se encuentre dentro de los límites normales. Además, podrían cumplirse todos los criterios para la bulimia, con la aparición de atracones y conductas compensatorias, pero por un tiempo menor al especificado. Así como, compensaciones pero después de ingerir pequeñas cantidades de comida, o que se mastiquen y expulsen cantidades importantes de comida, sin deglutirlas. Además, podría ser un trastorno por atracón (APA, 2002).



ANEXO B

Confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA)

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.928	51

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
ITA1	0.256	0.928
ITA2	0.529	0.926
ITA3	0.493	0.926
ITA4	0.527	0.927
ITA5	0.672	0.925
ITA6	0.285	0.928
ITA7	0.620	0.925
ITA8	0.701	0.924
ITA9	0.605	0.925
ITA10	0.101	0.929
ITA11	0.712	0.924
ITA12	0.376	0.927
ITA13	0.520	0.926
ITA14	0.425	0.927
ITA15	0.499	0.926
ITA16	0.394	0.927
ITA17	0.319	0.928
ITA18	0.692	0.925
ITA19	0.722	0.924
ITA20	0.552	0.926
ITA21	0.440	0.927
ITA22	0.411	0.928
ITA23	0.567	0.926
ITA24	-0.019	0.929
ITA25	0.418	0.927
ITA26	0.173	0.929
ITA27	0.189	0.929
ITA28	0.436	0.927
ITA29	0.751	0.924
ITA30	0.174	0.929
ITA31	0.599	0.926
ITA32	0.566	0.926
ITA33	0.528	0.926
ITA34	0.290	0.928
ITA35	0.311	0.928
ITA36	0.253	0.928
ITA37	0.342	0.928
ITA38	0.358	0.928
ITA39	0.352	0.927
ITA40	0.258	0.928
ITA41	0.573	0.926
ITA42	0.300	0.928
ITA43	0.449	0.927
ITA44	0.206	0.928
ITA45	0.494	0.927
ITA46	0.462	0.927
ITA47	0.421	0.927
ITA48	0.232	0.930
ITA49	0.331	0.928
ITA50	0.519	0.926
ITA51	0.537	0.926

Confiabilidad para las Áreas del Inventario sobre Trastornos Alimentarios

Área I: Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.908	13

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
ITA8	0.783	0.893
ITA7	0.702	0.897
ITA29	0.801	0.892
ITA18	0.719	0.897
ITA2	0.570	0.903
ITA11	0.721	0.896
ITA9	0.618	0.901
ITA19	0.752	0.895
ITA23	0.535	0.905
ITA15	0.558	0.903
ITA13	0.484	0.906
ITA1	0.317	0.913
ITA31	0.526	0.904

Área II: Métodos drásticos de control de peso

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.645	5

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
ITA22	0.605	0.556
ITA6	0.196	0.692
ITA34	0.528	0.554
ITA4	0.529	0.521
ITA16	0.368	0.631

Área III: Episodios de atracón alimentario

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.609	5

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
ITA17	0.570	0.419
ITA21	0.484	0.489
ITA40	0.139	0.654
ITA44	0.085	0.649
ITA27	0.530	0.449

Área IV: Escasa valoración de sí misma

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.666	5

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
ITA32	0.560	0.545
ITA41	0.575	0.542
ITA47	0.260	0.706
ITA33	0.492	0.581
ITA39	0.266	0.672

Área V: Métodos socialmente aceptados de control de peso

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.641	5

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
ITA25	0.314	0.623
ITA46	0.483	0.546
ITA38	0.409	0.581
ITA42	0.426	0.585
ITA43	0.385	0.592

Área VI: Sintomatología física asociada a trastornos alimentarios

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.554	6

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
ITA49	0.274	0.523
ITA35	0.353	0.489
ITA37	0.523	0.400
ITA10	0.076	0.605
ITA12	0.421	0.439
ITA36	0.180	0.553



ANEXO C

Cargas Factoriales con Rotación Promax para el ITA

Áreas propuestas por Hartley (1999)		Factores encontrados en el presente estudio					
		F1	F2	F3	F4	F5	F6
Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo	ITA1	0.33		-0.42			
	ITA2	0.57			-0.33	-0.20	
	ITA7	0.70		-0.26			
	ITA8	0.76					
	ITA9	0.64					
	ITA11	0.77			-0.20		
	ITA13	0.52	-0.24	-0.21			
	ITA15	0.57		-0.31			-0.43
	ITA18	0.74	-0.29				
	ITA19	0.76			-0.27		
	ITA23	0.59	-0.23		-0.25		
	ITA29	0.79	-0.29				
	ITA31	0.63					-0.37
Métodos drásticos de control de peso	ITA4	0.57	0.40		-0.28		-0.24
	ITA6	0.32		0.29	-0.24		0.44
	ITA16	0.44	0.43		0.24	-0.25	
	ITA22	0.44	0.60	0.27			
	ITA34	0.34	0.67			-0.33	
Episodios de atracón alimentario	ITA32	0.55		0.22	-0.35		
	ITA33	0.52		0.52			
	ITA39	0.39	0.52		-0.25		
	ITA41	0.59		0.35	-0.33		
	ITA47	0.44	-0.29				
Escasa valoración de sí misma	ITA10					0.53	0.26
	ITA12	0.37		0.48	0.33		
	ITA35	0.34		0.24	0.39	0.30	
	ITA36	0.29	0.27		0.29		-0.40
	ITA37	0.35		0.32	0.59		
Métodos socialmente aceptados de control de peso	ITA49	0.33		0.29	0.21	-0.24	0.27
	ITA25	0.48	0.35	-0.24		-0.35	0.21
	ITA38	0.38				0.52	
	ITA42	0.32	0.21	-0.27	0.28		0.68
	ITA43	0.45				0.52	
Síntomatología física asociada a trastornos alimentarios	ITA46	0.49		-0.28			
	ITA17	0.34	-0.52			-0.33	
	ITA21	0.45	-0.43			-0.24	
	ITA27	0.22	-0.56			-0.36	
	ITA40	0.28	-0.20	-0.28			0.23
ITA44	0.22		0.28	-0.32	0.34		

ANEXO D

Confiabilidad del Inventario Multicultural de la Cólera-Hostilidad (IMECH)

Cólera Estado

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.892	10

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
IMECH1	0.676	0.879
IMECH2	0.580	0.885
IMECH3	0.656	0.880
IMECH4	0.629	0.883
IMECH5	0.678	0.879
IMECH6	0.732	0.875
IMECH7	0.570	0.886
IMECH8	0.623	0.884
IMECH9	0.527	0.888
IMECH10	0.696	0.877

Cólera Rasgo

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.760	10

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
IMECH11	0.443	0.739
IMECH12	0.472	0.734
IMECH13	0.455	0.735
IMECH14	0.373	0.747
IMECH15	0.507	0.728
IMECH16	0.364	0.749
IMECH17	0.160	0.775
IMECH18	0.360	0.749
IMECH19	0.533	0.724
IMECH 20	0.610	0.717

Cólera Temperamento

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.738	6

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
IMECH11	0.560	0.680
IMECH12	0.592	0.666
IMECH13	0.513	0.689
IMECH15	0.580	0.668
IMECH17	0.023	0.820
IMECH20	0.691	0.642

Reacción de Cólera

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.693	4

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
IMECH14	0.445	0.648
IMECH16	0.546	0.583
IMECH18	0.413	0.667
IMECH19	0.504	0.611

Cólera Manifiesta

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.537	6

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
IMECH22	0.389	0.437
IMECH26	0.454	0.401
IMECH28	0.421	0.432
IMECH34	0.272	0.499
IMECH35	-0.022	0.641
IMECH43	0.279	0.494

Cólera Contenida

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.722	6

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
IMECH23	0.395	0.701
IMECH24	0.498	0.673
IMECH29	0.406	0.701
IMECH31	0.333	0.718
IMECH32	0.531	0.660
IMECH33	0.583	0.641

Control de la Cólera Manifiesta

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.789	6

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
IMECH37	0.464	0.774
IMECH38	0.635	0.736
IMECH39	0.628	0.735
IMECH40	0.515	0.763
IMECH41	0.628	0.736
IMECH42	0.385	0.794

Control de la Cólera Contendida

Alfa de Cronbach	Nº de Ítems
0.734	6

	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa de Cronbach si se Elimina el Ítem
IMECH21	0.515	0.688
IMECH25	0.567	0.669
IMECH27	0.332	0.736
IMECH30	0.430	0.710
IMECH36	0.458	0.701
IMECH44	0.557	0.673

ANEXO E

Cargas Factoriales con Rotación Promax para el IMECH

Escala de Colera		Factores encontrados en el presente estudio						
		1	2	3	4	5	6	7
Colera Estado	IMECH01	0.28	0.87	0.37	-0.23			
	IMECH02	0.25	0.83	0.25	-0.21			
	IMECH03	0.24	0.68	0.55				
	IMECH04	0.32	0.82	0.31				
	IMECH05	0.38	0.50	0.78				
	IMECH06	0.25	0.67	0.69		0.28	0.26	
	IMECH07		0.28	0.87				0.27
	IMECH08	0.26	0.32	0.87				
	IMECH09		0.58	0.46		0.31		
	IMECH10	0.52	0.53	0.75				
Colera Rasgo	IMECH11	0.66			-0.29	0.33		
	IMECH12	0.67				0.49		
	IMECH13	0.69	0.21	0.28	-0.34			0.23
	IMECH15	0.68	0.29	0.46	-0.37	0.29	0.22	
	IMECH17						0.45	
	IMECH20	0.77	0.31	0.25	-0.24	0.41		
Reaccion de Colera	IMECH14	0.21					0.69	
	IMECH16					0.23	0.72	
	IMECH18				-0.22		0.68	0.28
	IMECH19	0.32	0.34	0.30	-0.23	0.42	0.67	
Colera Manifiesta	IMECH22	0.57			-0.33		0.22	
	IMECH26	0.61		0.21	-0.36		0.21	0.32
	IMECH28	0.38			-0.22	0.24		0.60
	IMECH34	0.62	0.23	0.28	-0.22			
	IMECH35				0.31	-0.29		0.36
	IMECH43							0.75
Colera Contenida	IMECH23	0.50		0.22		0.48		
	IMECH24	0.27		0.28		0.61		
	IMECH29					0.61	0.25	
	IMECH31					0.54		0.42
	IMECH32	0.29	0.37		-0.22	0.66		
	IMECH33	0.30			-0.25	0.74		
Control de la Colera Manifiesta	IMECH37	-0.30	-0.21	-0.22	0.65			
	IMECH38	-0.41			0.80	-0.21		
	IMECH39	-0.33	-0.30		0.81			
	IMECH40	-0.49		-0.26	0.60	-0.43	-0.37	
	IMECH41	-0.38		-0.26	0.69	-0.36	-0.37	
	IMECH42	-0.28	-0.22		0.52		-0.24	
Control de la Colera Contenida	IMECH21	-0.50	-0.36		0.44			-0.39
	IMECH25	-0.63	-0.25	-0.30	0.32			-0.38
	IMECH27	-0.25						-0.54
	IMECH30	-0.59		-0.21	0.41			
	IMECH36	-0.53	-0.27		0.23		-0.29	-0.29
	IMECH44	-0.67	-0.26	-0.25	0.44			-0.35

ANEXO F

Consentimiento Informado

Señores padres de familia:

Mi nombre es Julieta Acevedo, soy estudiante de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y estoy realizando un estudio sobre las emociones en la adolescencia. Para ello necesito que un grupo de alumnas mujeres de 4to y 5to de secundaria de colegios públicos y privados de Lima respondan dos pruebas psicológicas sencillas.

Me dirijo a ustedes para pedirles su consentimiento para que su hija participe en mi estudio. Si aceptan les pido que llenen la ficha de datos personales adjunta a esta carta, y firmen el desglosable. La participación de su hija consistirá en responder las preguntas de dos pruebas que se aplicarán el (día) del (mes) en su mismo salón de clases, durante la hora de tutoría. Una de las pruebas es sobre las emociones y la otra sobre hábitos de la vida cotidiana. En ninguna de ellas tendrá que poner su nombre, la evaluación es anónima, por lo mismo no se tendrán resultados individuales, sino de todo el grupo. Estos resultados serán entregados al colegio para que sean tomados en cuenta para futuras intervenciones académicas.

Ya se han realizado las coordinaciones con el colegio y no se va a interferir de manera significativa con las actividades académicas, ya que las pruebas no van a tomarle a su hija más de 40 minutos.

Si usted acepta que su hija participe, por favor no se olvide de devolver este desglosable firmado y la ficha resuelta.

Muchas gracias,

Julieta Acevedo

Yo, _____ con DNI _____ acepto que mi hija _____ participe en el estudio de la señorita Julieta Acevedo sobre las emociones en la adolescencia.

Firma

ANEXO G

Ficha para Padres

A continuación le presentaremos diferentes preguntas que nos ayudaran a clasificarlo dentro de una categoría socioeconómica y poder analizar sus respuestas junto con la de otras personas que tengan un estilo de vida semejante al suyo. Por favor circular la opción que más se acerque a su estilo de vida o situación actual.

1.- GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL JEFE DE FAMILIA		3.- COMODIDADES DEL HOGAR	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasta primaria completa/secundaria incompleta 1 ▪ Secundaria completa 2 ▪ Superior no universitaria / univ. Incompleta 3 ▪ Universidad completa 4 ▪ Post-grado 5 		Por favor marcar con aspa todos los servicios con los que cuenta en casa:	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio doméstico <input type="checkbox"/> ▪ Lavadora <input type="checkbox"/> ▪ Teléfono fijo <input type="checkbox"/> ▪ Refrigeradora <input type="checkbox"/> ▪ Cocina <input type="checkbox"/> 	Podría escribir en este recuadro el número total (de las que marco) de COMODIDADES con las que cuenta en su casa <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>
2.- OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA		4.- SALUD: Hospitalización	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualmente busca empleo 1 ▪ Recibe dinero de familiares 1 ▪ Es pensionista o jubilado 3 ▪ Vive de sus rentas ó 3 ▪ Trabaja 4 		¿Cuál es el centro de salud al que normalmente asiste usted o su familia? (una resp.)	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital del Ministerio de Salud 1 ▪ Seguro Social 3 ▪ Clínica privada 5 	
Si el jefe de familia trabaja, por favor circular la opción de las que aparecen a continuación que más se acerque al trabajo que desempeña.		5.- MATERIAL PREDOMINANTE DE LA VIVIENDA	
		¿Cuál es el material predominante en las PAREDES de su casa?	¿Cuál es el material predominante en los TECHOS de su casa?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulantes, jardineros, empleados domésticos, albañiles, vigilantes, estibadores, obreros de limpieza pública, cobradores u otros similares 1 ▪ Choferes, municipales, sub-oficiales (guardia o sargento), obreros calificados, taxistas, ebanistas, electricistas, comerciantes, contratistas, capataz, empleados del sector público, agentes de seguridad, artesanos, gasfiteros u otros similares 2 ▪ Sector público/ independiente 2 ▪ Sector privado 3 ▪ Empleados de oficina (privado), Administradores, Alférez, Tenientes, Capitanes, Profesores, Jefes de sección, profesionales independientes, pequeños comerciantes, técnicos, Contadores, representantes de ventas, Profesores de institutos u otros similares 3 ▪ Mandos medios, jefes de área, gerentes de área y profesionales liberales (dependientes o independientes), Abogados, Ingenieros, Arquitectos, Sociólogos, Psicólogos, Administradores de Empresa, Médicos, Economistas, Químicos, Biólogos, Farmacéuticos, Contadores, Coroneles, Catedráticos, empresarios con no más de 20 trabajadores. 4 ▪ Altos cargos de la empresa, industria, comercio, militares, Iglesia, Empresarios, Diplomáticos, Directores, Gerentes, dueños de empresas con más de 20 trabajadores 5 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estera 1 ▪ Adobe/ quincha 2 ▪ Triplay/ madera prensada 3 ▪ Calamina 4 ▪ Madera 5 ▪ Prefabricado 6 ▪ Ladrillo sin revestir 7 ▪ Ladrillo revestido 8 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estera/Cartón/plástico triplay 1 ▪ Adobe/quincha 2 ▪ Calamina/eternit 3 ▪ Madera/prefabricado 4 ▪ Ladrillo sin revestir 5 ▪ Ladrillo revestido 6
		¿Cuál es el material predominante en los PISOS de su casa?	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tierra 1 ▪ Cemento 2 ▪ Vinílico 3 ▪ Madera 4 ▪ Mayólica(Cerámica)/loseta/Tapizó 5 ▪ Mosaico 6 ▪ Parquet/alfombra 7 	

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO H

Ficha de Datos Personales

▪ Datos generales

Edad: _____

Colegio: _____

Grado escolar: IV () V ()

Religión: _____

Lugar de nacimiento: Departamento _____

Provincia _____

¿En qué distrito vives? _____

 ¿Con quienes vives? Padre () Madre () Hermanos/as ()
 Abuelos () Tíos () Primos ()

 ¿Cuántos hermanos tienes? _____ Tu eres la: mayor ()
 la 2ª ()
 la 3ª ()
 la 4ª () Otros _____

○ ¿Cuántas personas viven contigo? _____

○ ¿Cuántas habitaciones para dormir hay en tu vivienda? _____

○ Hábitos e información personal

○ ¿Practicas algún ejercicio o deporte? Si () No ()

○ ¿Cuál? _____

○ ¿Con qué frecuencia? Todos los días ()

Interdiario ()

2 o 3 veces por semana ()

○ ¿Por qué lo practicas? _____

- ¿Cuánto mides? _____
- ¿Cuánto pesas? _____
- ¿Cuánto te gustaría pesar? _____
- ¿Estás a dieta actualmente? Si () No ()
- ¿Has hecho dieta anteriormente? Si () No ()
- ¿Alguien en tu familia suele hacer dieta? Si () No ()
- ¿Quién? _____
- ¿Te sientes a gusto con tu cuerpo? Si () No ()
- ¿Por qué? _____

- Si pudieras cambiar alguna parte de tu cuerpo, ¿cuál cambiarías?

- ¿Por qué? _____

ANEXO I

ITA

A continuación se te presentan un conjunto de afirmaciones. En cada una de ellas deberás elegir la opción de respuesta con la que te identifiques más. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

NUNCA	= 1
RARAS VECES	= 2
ALGUNAS VECES	= 3
MUCHAS VECES	= 4
FRECUENTEMENTE	= 5
SIEMPRE	= 6

En tu Hoja de Respuesta, encierra en un círculo el número que corresponda a tu elección.

Recuerda que no hay respuesta correcta ni incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia. Por favor, se lo más sincera posible en tus respuestas y no olvides responder a todas las afirmaciones.

1. Controlo mi peso.
2. Me da la impresión de que las chicas que conozco son más delgadas que yo.
3. Discuto con mis padres debido a mi alimentación.
4. Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso.
5. Siento que me valoro más cuando me veo delgada.
6. Fumo cigarrillos para evitar comer.
7. Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo.
8. Siento angustia al pensar que podría subir de peso.
9. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido.
10. Me despierto muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir.
11. Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.
12. Me siento cansada.
13. Me preocupo tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias.
14. Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios.

15. Trato de comer alimentos de pocas calorías.
16. Tomo pastillas para adelgazar.
17. Como en exceso.
18. Tengo gran sentimiento de culpa después de comer.
19. Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo.
20. Evito las reuniones porque en ellas tengo que comer algo con los demás.
21. Como con desesperación.
22. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso.
23. Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta.
24. Mastico la comida y luego la escupo.
25. Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido.
26. Se me hace difícil relacionarme con los demás.
27. Pienso en comida.
28. Tengo frío aunque haga calor.
29. Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso.
30. Se me suspende la regla.
31. Cuando controlo la comida me siento "dueña del mundo".
32. Pienso que no me acepto a mi misma.
33. Tengo momentos en los que me siento muy triste.
34. Uso laxantes para eliminar peso.
35. Me dan náuseas cuando como.
36. Tengo anemia por mis dietas.
37. Siento mareos.
38. Hago mucho ejercicio para bajar de peso.
39. Sueño que soy flaca.
40. Como a escondidas.

41. Siento temor a no ser aceptada por los demás.
 42. Me hago masajes adelgazantes.
 43. Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios.
 44. Siento rechazo por las personas gordas.
 45. Me cuesta trabajo dormir por las noches por pensar en todo lo que he comido durante el día.
 46. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo.
 47. Pienso que tengo que hacerme la cirugía plástica en algunas partes feas de mi cuerpo.
 48. Se me cae el pelo.
 49. Me siento irritable.
 50. Siento que los alimentos controlan mi vida.
 51. Evito comer cuando tengo hambre.
- ¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION!

HOJA DE RESPUESTA

Encierra en un círculo el número que corresponda

	Nunca	Raras Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Frecuentemente	Siempre
1	1	2	3	4	5	6
2	1	2	3	4	5	6
3	1	2	3	4	5	6
4	1	2	3	4	5	6
5	1	2	3	4	5	6
6	1	2	3	4	5	6
7	1	2	3	4	5	6
8	1	2	3	4	5	6
9	1	2	3	4	5	6
10	1	2	3	4	5	6
11	1	2	3	4	5	6
12	1	2	3	4	5	6
13	1	2	3	4	5	6
14	1	2	3	4	5	6
15	1	2	3	4	5	6
16	1	2	3	4	5	6
17	1	2	3	4	5	6
18	1	2	3	4	5	6
19	1	2	3	4	5	6
20	1	2	3	4	5	6
21	1	2	3	4	5	6
22	1	2	3	4	5	6
23	1	2	3	4	5	6
24	1	2	3	4	5	6
25	1	2	3	4	5	6

HOJA DE RESPUESTA

Encierra en un círculo el número que corresponda

	Nunca	Raras Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Frecuentemente	Siempre
26	1	2	3	4	5	6
27	1	2	3	4	5	6
28	1	2	3	4	5	6
29	1	2	3	4	5	6
30	1	2	3	4	5	6
31	1	2	3	4	5	6
32	1	2	3	4	5	6
33	1	2	3	4	5	6
34	1	2	3	4	5	6
35	1	2	3	4	5	6
36	1	2	3	4	5	6
37	1	2	3	4	5	6
38	1	2	3	4	5	6
39	1	2	3	4	5	6
40	1	2	3	4	5	6
41	1	2	3	4	5	6
42	1	2	3	4	5	6
43	1	2	3	4	5	6
44	1	2	3	4	5	6
45	1	2	3	4	5	6
46	1	2	3	4	5	6
47	1	2	3	4	5	6
48	1	2	3	4	5	6
49	1	2	3	4	5	6
50	1	2	3	4	5	6
51	1	2	3	4	5	6

ANEXO J

IMECH

Instrucciones

Parte 1: A continuación se dan una serie de expresiones que la gente usa para describir su rabia, cólera o enojo. Por favor lee cada frase y marca el número apropiado en la sección de respuestas que indica **cómo te sientes en este momento**. Ten en cuenta que cada número corresponde a lo siguiente:

1 = No en lo absoluto 2 = Un poco 3 = Mucho

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO...	No en lo absoluto	Un poco	Mucho
01. Me siento enojado (a)	1	2	3
02. Estoy colérico(a).	1	2	3
03. Me siento irritado(a).	1	2	3
04. Estoy furioso(a).	1	2	3
05. Tengo ganas de romper cosas.	1	2	3
06. Tengo ganas de gritar a alguien.	1	2	3
07. Tengo ganas de pegar a alguien.	1	2	3
08. Tengo ganas de golpear a alguien.	1	2	3
09. Tengo ganas de insultar a alguien.	1	2	3
10. Tengo ganas de destruir algo.	1	2	3

Instrucciones

Parte 2: A continuación se dan una serie de expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor lee cada frase y marca el número apropiado en la sección de respuestas que indica **cómo te sientes generalmente**. Ten en cuenta que cada número corresponde a lo siguiente:

1 = Casi nunca 2 = Algunas veces 3 = Casi siempre

CÓMO ME SIENTO GENERALMENTE...	Casi nunca	Algunas Veces	Casi siempre
11. Soy de carácter malhumorado.	1	2	3
12. Tengo un carácter terrible.	1	2	3
13. Pierdo la paciencia muy fácilmente.	1	2	3
14. Me enfado cuando hago algo bien y no es apreciado.	1	2	3
15. Me enojo muy fácilmente.	1	2	3
16. Me pone furioso(a) que me critiquen delante de los demás.	1	2	3
17. Me siento colérico(a) cuando cometo errores estúpidos.	1	2	3
18. Me enfado cuando hago un buen trabajo y recibo una evaluación pobre.	1	2	3
19. Me pone furioso(a) cuando alguien arruina mis planes.	1	2	3
20. Tengo un carácter colérico.	1	2	3

Instrucciones

Parte 3: Todos nos sentimos coléricos de vez en cuando, sin embargo, la gente varía en la manera de **reaccionar** cuando están enojados. Por favor lee cada frase y marca el número apropiado en la sección de respuestas el cual indica la frecuencia con la que

generalmente reaccionas cuando te enojas o sientes cólera. Ten en cuenta que cada número corresponde a lo siguiente:

1 = Casi nunca

2 = Algunas veces

3 = Casi siempre

CÓMO ME SIENTO GENERALMENTE...	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
21. Controlo mi malhumor.	1	2	3
22. Expreso mi cólera.	1	2	3
23. Me mantengo enojado (a) por muchas horas.	1	2	3
24. Me aparto de la gente.	1	2	3
25. Mantengo la calma.	1	2	3
26. Muestro mi enfado a los demás.	1	2	3
27. Controlo mi comportamiento.	1	2	3
28. Discuto con los demás.	1	2	3
29. Guardo el rencor y no se lo digo a nadie.	1	2	3
30. Puedo controlarme antes de enfadarme.	1	2	3
31. Soy muy crítico de los demás pero no lo digo.	1	2	3
32. Estoy más enojado(a) de lo que generalmente admito.	1	2	3
33. Me enojo mucho más de lo que la gente se da cuenta.	1	2	3
34. Pierdo el control.	1	2	3
35. Si alguien me molesta, le digo como me siento.	1	2	3
36. Controlo mi rabia.	1	2	3
37. Hago algo reconfortante para tranquilizarme.	1	2	3
38. Trato de relajarme.	1	2	3
39. Hago algo relajante para tranquilizarme.	1	2	3
40. Reduzco mi rabia lo más pronto posible.	1	2	3
41. Trato de calmarme lo más pronto posible.	1	2	3
42. Respiro profundo para calmarme.	1	2	3
43. Hago comentarios sarcásticos de los demás.	1	2	3
44. Mantengo el control.	1	2	3