

AFRONTAMIENTO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Zoraide Lugli y Eleonora Vivas
Universidad Simón Bolívar, Caracas (Venezuela)

Resumen

Comparar las estrategias de afrontamiento y de solución de problemas en mujeres con trastornos alimentarios subclínicos, mujeres en riesgo a padecer un trastorno alimentario y mujeres sanas. Las participantes fueron 33 mujeres de la población general, 33 mujeres en riesgo y 21 mujeres con anorexia o bulimia subclínica. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Test de Actitudes hacia la Alimentación, Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, Inventario breve de Solución de Problemas, Inventario de Afrontamiento. Los datos fueron analizados mediante la prueba Kruskal-Wallis, para las comparaciones «post hoc» se utilizó la prueba U the Mann Whitney. Las mujeres con trastornos alimentarios se diferencian por presentar deficiente habilidad para solucionar problemas, escasa búsqueda de apoyo y afrontamiento emocional funcional; caracterizándose por mayor uso de estrategias de afrontamiento emocional no funcional. Déficit en las destrezas adecuadas para afrontar problemas y situaciones estresantes en la vida diaria podrían conllevar al desarrollo de estrategias inadecuadas tales como dejar de comer o comer en exceso y purgarse. Los resultados encontrados constituyen una primera aproximación para entender el papel que juegan estas estrategias cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia o bulimia nerviosa.

PALABRAS CLAVE: *afrontamiento, solución de problemas, trastornos alimentarios.*

Abstract

The main aim of this paper is to compare coping and problem solving strategies in women with subclinical eating disorders, women at risk of eating disorders and healthy women. The participants involved were 33 healthy women, 33 at risk, and 21 with sub-clinical anorexia or bulimia. The following instruments were used: Eating Attitude Test, Composite International Diagnostic Interview, Problem Solving Inventory and Coping Inventory. Data were analyzed using a Kruskal-Wallis test and the Mann Whitney U test for the 'post hoc' comparisons. Women with eating disorders differ from the rest, as they have a deficient ability to solve problems, scarce seeking of support and functional emotional coping.

They are also characterized by a greater use of non-functional emotional coping strategies. Deficiencies in appropriate skills to solve problems and deal with daily stressful situations could result in the development of dysfunctional skills, such as self-starving or binge eating and purging. Results constitute a first attempt to the understanding of the role of these cognitive strategies in the development and maintenance of anorexia or bulimia nervosa.

KEY WORDS: *coping, problem solving, eating disorders.*

Introducción

Tomando en consideración la diversidad de alteraciones que se presentan en la anorexia y la bulimia nerviosa, existe un acuerdo general en considerar que la etiología de estos trastornos es multifactorial (Muñoz Perea, Turón Gil, 2002). Rosen, Reiter y Orosan (1995) sostienen que tanto la anorexia como la bulimia van más allá de un simple desorden de la conducta alimentaria. Estos trastornos abarcan tanto las conductas maladaptativas de la ingesta y control de peso, como la insatisfacción corporal extrema y otras psicopatologías que se han encontrado asociadas a la bulimia y a la anorexia (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986; Gleaves, Williamson y Barker, 1993; Garner, 1993; Gismero Gonzalez, 1996).

A pesar del consenso que existe entre los autores al considerar a los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) como una enfermedad plurideterminada, pocos estudios se han dirigido a abordar otros aspectos distintos a los ya bien conocidos en esta área: preocupación por el peso y la silueta (Fairburn y Cooper, 1989), imagen corporal (Mora y Raich, 1992), influencias socioculturales (Saldaña, 1994) características demográficas (Bemis, 1978; Shisslak, Crago, Neal, y Swain, 1987), personalidad (Johnson, 1982 cp. Shisslak, Crago, Neil y Swain, 1987), abuso sexual (Waller, 1993), y dinámica familiar (Strober, y Humphrey, 1987).

Reconociendo el papel de estas variables como factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno del comportamiento alimentario, resulta inquietante encontrar escasas investigaciones dirigidas a determinar el estatus de las estrategias conductuales y cognitivas de estas personas para enfrentarse a dichos eventos. Por ejemplo, Toro y Vilardell (1987) sostienen que los acontecimientos vitales estresantes, las dinámicas familiares conflictivas, los cambios corporales en la adolescencia, los trastornos afectivos y emocionales, las influencias socioculturales y el aislamiento social, entre otros, constituyen factores predisponentes y/o de mantenimiento de un trastorno del comportamiento alimentario. Cabría preguntarse sobre el estado de las estrategias cognitivas que poseen las personas que padecen un TCA para enfrentarse a dichas situaciones. En consecuencia, el presente trabajo pretende explorar dos estrategias cognitivas: la auto-percepción en las habilidades para solucionar problemas (solución de problemas) y la estimación de la capacidad de enfrentar situaciones estresantes (afrontamiento), en personas con TCA.

La habilidad para la solución de problemas ha suscitado poco interés en el área de los TCA. La investigación de Lauer, Gorzewski, Gerlinghoff, Backmund y Zihl (1999, cp. Korn, 2001) evidenció un deterioro en las funciones de atención y solu-

ción de problemas en pacientes con TCA, las cuales mostraban mejoría junto con la remisión clínica. Ochoa (1996) plantea una carencia en las habilidades para solucionar problemas (planificar soluciones y llevarlas a cabo) en personas con bulimia nerviosa, enfatizando que el entrenamiento en comunicación y resolución de problemas debe formar parte del tratamiento. No obstante, no se encontraron estudios que apoyen este supuesto.

Existen algunos estudios dirigidos a explorar el tipo de afrontamiento que manifiestan las anoréxicas y bulímicas ante la presencia de eventos estresantes, sin embargo, los resultados son confusos, debido quizá a la variedad de instrumentos para medir esta variable y a la diversidad de estrategias de afrontamiento que surgen como consecuencia de ello. Esto se ve reflejado en la revisión crítica llevada a cabo por Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) quienes encontraron 400 formas distintas de afrontamiento.

Por ejemplo Fryer, Waller y Kroese (1997) encontraron que los estresores y el afrontamiento dirigido a la emoción estaban directamente relacionados con las actitudes perturbadas hacia la comida. En otro estudio, Troop, Holbrey y Treasure (1998) detectaron diferencias en las estrategias de afrontamiento entre las personas con trastornos del comportamiento alimentario y las que no las padecen, donde las primeras resultaron ser menos efectivas en el afrontamiento: utilizaron más la evitación y la rumiación cognitiva y eran más propensas a atribuirse la culpa.

En otro estudio los resultados indicaron que las mujeres que presentan episodios bulímicos tienden a utilizar menos las estrategias de afrontamiento activo, planificación y búsqueda de apoyo emocional, al ser comparadas con mujeres que se han recuperado de la bulimia y mujeres sin historial de trastornos alimentarios (Yager, Rorty y Rosotto, 1995). De forma similar, las pacientes que han sido sometidas a tratamiento mostraron cambios significativos y favorables en las estrategias de afrontamiento, no obstante siguieron siendo más evitativas: mayor utilización de pensamientos reconfortantes y menor búsqueda y abordaje activo de apoyo social, al compararlas con el grupo de la población general (Bloks, Spinhoven, Callewaert, Willemsse-Koning y Turksma, 2001).

Ghaderi y Scott (2000) encontraron que las mujeres con una historia pasada u actual de un trastorno del comportamiento alimentario mostraron significativamente mayor nivel de escape-avoidancia y menor nivel de búsqueda de apoyo social y solución de problemas con un propósito dado, en comparación con las mujeres sanas y mujeres que nunca han hecho dieta.

En resumen, el tema de las estrategias cognitivas ha suscitado poco interés en el área de los TCA, subestimando el papel que pueden jugar en el inicio y mantenimiento de estas enfermedades. Pocos estudios se han interesado en las destrezas de solución de problema y los estudios realizados sobre afrontamiento muestran resultados contradictorios.

Se piensa que no sólo es importante explorar las cogniciones relacionadas con el comer, el peso y la imagen corporal. El efecto de las variables cognitivas va más allá de los síntomas básicos de los TCA, y la dificultad en el manejo e interpretación de diversas situaciones de la vida diaria pueden constituir un punto importante para el esclarecimiento teórico y planificación de tratamientos exitosos.

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación fue comparar las estrategias de afrontamiento y las estrategias de solución de problemas en mujeres sanas, mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario y mujeres que manifiestan anorexia o bulimia nerviosa subclínica².

Método

Se realizó un estudio transversal con de 90 mujeres entre 16 y 44 años, escogidas intencionalmente para la investigación. La muestra se dividió en tres grupos:

TRASTORNOS ALIMENTARIOS: 21 participantes, con diagnóstico previo de anorexia o bulimia nerviosa, que asistían a consulta psiquiátrica en diferentes clínicas privadas de la zona Metropolitana de Caracas, Venezuela. A su vez, estas participantes debían tener una puntuación superior a 20 en el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitude Test, EAT-40) y diagnóstico corroborado por las respuestas proporcionadas a la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). A pesar de haber sido diagnosticadas como anoréxicas o bulímicas por especialistas en el área, este grupo fue clasificado por las autoras como subclínico, por manifestar sólo 3 y 4 de las características consideradas como criterios diagnósticos según el DSM-IV para la anorexia o la bulimia nerviosa respectivamente.

Para obtener los grupos de población general y de riesgo, se solicitó la participación voluntaria y se aplicaron los instrumentos (ver parágrafo siguiente) a 216 estudiantes de sexo femenino, de una universidad de Caracas, Venezuela. De allí se seleccionaron aquellas que cumplieran con los requisitos descritos a continuación:

POBLACIÓN GENERAL: 33 participantes con una puntuación inferior a 10 en el EAT-40 y la ausencia de respuestas indicativas de un trastorno de alimentación proporcionadas a la CIDI.

RIESGO: 33 participantes con una puntuación superior a 20 en el EAT-40 y la ausencia de respuestas indicativas de un trastorno de alimentación proporcionadas a la CIDI.

Instrumentos

TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN (EAT-40, Garner y Garfinkel, 1979): Cuestionario destinado a evaluar las conductas y preocupaciones relacionadas significativamente con la ingesta alimentaria, el peso y el ejercicio. Contiene 40 ítems en una escala tipo Likert de 6 puntos, cuyas alternativas de respuesta van de «Nunca» a «Siempre». Se utilizó la traducción castellana validada por Castro, Toro, Salamero y Guimera (1991) en España. Castro y cols (1991) encontraron que una puntuación total por encima de 20 indica la presencia de conductas y actitudes sugestivas de un trastorno de alimentación. Para la presente investigación se tomará el punto

² El término subclínico fue adoptado de otros autores (Thelen, Farmer, Mann y Pruitt, 1990; Yager, Rorty y Rosotto, 1995).

de corte sugerido por estos autores debido a la dificultad de encontrar una muestra significativa de mujeres con TCA para hacer estudios de validez discriminante. Considerando que ambas culturas son hispanas se cree que los resultados encontrados en España pueden generalizarse a Venezuela, sin desestimar la ventaja que tiene el realizar estudios de validez propios.

En relación a la validez de constructo del EAT se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax en una muestra de 705 estudiantes de sexo femenino de 4 universidades de la ciudad de Caracas, Venezuela en edades comprendidas entre 16 y 36 años (Media=19,23 y $DT= 2,53$). Sobre la base de los autovalores y el gráfico de sedimentación de Catell se analizaron las soluciones factoriales de 3, 4 y 5 factores. La solución de 3 factores resultó la más satisfactoria por presentar mayor coherencia teórica, explicando el 27,47% de la varianza total. El factor 1 (13,65% de la varianza total) se denominó «Dietas y preocupación por la comida», agrupa 20 ítems y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,83. El factor 2 (7,66 % de la varianza total) se denominó «Ansiedad ante la alimentación y trastorno psicobiológico asociado», agrupa 13 ítems y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,62. El factor 3 (6,15% de la varianza total) se denominó «Presión social», agrupa 7 ítems y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,70. Para la prueba total se encontró un alfa de Cronbach de 0,83.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA INTERNACIONAL COMPUESTA (Organización mundial de la salud, 1993, Organización Mundial de la salud/Organización Panamericana de la salud, 1995): Entrevista estandarizada para la evaluación de los trastornos mentales (CID), diseñada a partir de los criterios establecidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) con la finalidad de proporcionar un instrumento objetivo para la evaluación y el diagnóstico clínico. En esta investigación se utilizó el apartado relativo a los trastornos de alimentación, bajo la asesoría de una especialista en el área. La entrevista se estructuró a partir de los elementos evaluados tanto en la versión infantil como en la de adultos del CID.

INVENTARIO ABREVIADO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (Vivas y Lugli, 1997): Evalúa la habilidad en la planificación de estrategias para la solución de un problema, así como la actitud hacia los mismos. Fue construido y validado para la presente investigación, partiendo del modelo de Solución de Problemas Sociales propuesto por D'Zurilla y sus colaboradores (D'Zurilla y Goldfried, 1971; D'Zurilla y Nezu, 1990; Maydeu-Olivares y D'Zurilla, 1995). Consta de 11 ítems contestados en una escala tipo Likert de cuatro puntos, cuyas alternativas de respuestas van de «nunca» a «siempre» y donde a mayor puntuación mayor habilidad para solucionar problemas.

Se evaluó la validez de contenido a través de 8 expertos en el área, quienes valoraron la conceptualización teórica y determinaron si las cuatro dimensiones establecidas representaban adecuadamente la variable a medir: Definición y formulación del problema, generación de alternativas, decisión e implementación/verificación. Se elaboraron 10 ítems por dimensión y se presentaron a los expertos quienes evaluaron la pertinencia a la dimensión, así como la redacción de los ítems y de las

instrucciones. En base a las sugerencias formuladas a las dimensiones se hicieron correcciones menores, así como a la redacción de los ítems. Los 40 ítems fueron aplicados a una muestra de 134 estudiantes universitarios entre 16 y 25 años de edad (Media=18,05, $DT=0,25$). Sobre la base de los siguientes análisis estadísticos se seleccionaron los 11 ítems que conformaron la versión final del inventario:

— Se calcularon los descriptivos de cada ítem, así como la polarización y asimetría de las respuestas. Se eliminaron los ítems cuyas medias fueran menor de 1 o mayor a 2, lo que indicaba que la mayoría de los sujetos respondían «nunca-raras veces» o «casi siempre-siempre» a las preguntas, y por lo tanto el ítem no resultaba discriminativo.

— Se revisaron las correlaciones de cada ítem con el puntaje total del inventario. Se seleccionaron aquellos ítems con una asociación mayor a .35 con el total de la prueba.

Se calculó la fiabilidad y validez en una muestra de 216 estudiantes universitarios entre 16 y 23 años de edad (Media=19,87, $DT= 2,18$). Se llevó a cabo un análisis de componentes principales con rotación varimax para determinar la validez de constructo. Se utilizó el criterio de extracción de los factores sobre la base de aquellos autovalores mayores a 1 y se analizó el gráfico de sedimentación de Catell. Para la interpretación de los factores sólo se consideraron aquellas cargas de los ítems mayores a 0,32 (Tabachnick y Fidell, 1983). Se encontraron 2 factores que explican el 54,3% de la varianza total. El factor 1 (42,9% de la varianza total) se denominó «Estrategias para la solución de problemas», agrupa 8 ítems referidos a los pasos para solucionar un problema y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,84. El factor 2 (11,5 % de la varianza total) se denominó «Actitud hacia los problemas», agrupa 3 ítems que hacen referencia a una orientación general positiva ante situaciones que ameritan una solución y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,74. Para la prueba total se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,79.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (COPE; Carver, Sheier y Weintraub, 1989): Destinado a determinar los estilos que utilizan las personas para afrontar situaciones estresantes o difíciles. Se utilizó una versión abreviada del cuestionario original, adaptado y validado para la presente investigación. Consta de 27 ítems en una escala tipo Likert de cinco puntos cuyas alternativas de respuestas van de «nunca» a «siempre». La versión original del COPE fue aplicado a 134 estudiantes universitarios entre 16 y 25 años de edad (Media=18,05, $DT= 2,60$) Sobre la base de los siguientes análisis estadísticos se seleccionaron los 27 ítems que conformaron la versión abreviada del inventario:

— Se calcularon los descriptivos de cada ítem, así como la polarización y asimetría de las respuestas. Se eliminaron los ítems cuyas medias fueran menor de 1 o mayor a 2, lo que indicaba que la mayoría de los sujetos respondían «nunca-raras veces» o «casi siempre-siempre» a las preguntas, y por lo tanto el ítem no resultaba discriminativo.

— Se revisaron las correlaciones de cada ítem con el puntaje total del inventario. Se seleccionaron aquellos ítems con una asociación mayor a 0,35 con el total de la prueba.

En una muestra de 216 estudiantes universitarios entre 16 y 23 años de edad (Media=19,87, DT= 2,18) se realizó un análisis de componentes principales para determinar la validez de constructo de la versión abreviada y se calculó la fiabilidad para cada factor (α de Cronbach). Se utilizó el criterio de extracción de los factores sobre la base de aquellos autovalores mayores a 1 y se analizó el gráfico de sedimentación de Catell. Se encontraron 10 factores que explican el 66,20% de la varianza total: búsqueda de apoyo social, instrumental y emocional (8,53% de la varianza total; $\alpha=0,70$; 4 ítems), afrontamiento directo al problema (7,62% de la varianza total; $\alpha=0,77$; 3 ítems), uso del humor (7,23% de la varianza total; $\alpha=0,61$; 2 ítems), concentración en el problema (7,14% de la varianza total; $\alpha=0,61$; 3 ítems), búsqueda de apoyo religioso (7,12% de la varianza total; $\alpha=0,50$; 2 ítems), negación y evitación (6,60% de la varianza total; $\alpha=0,81$; 4 ítems), afrontamiento emocional funcional (6,46% de la varianza total; $\alpha=0,73$; 2 ítems), emisión de conductas adictivas (5,53% de la varianza total; $\alpha=0,51$, 3 ítems), afrontamiento emocional no funcional (5,32% de la varianza total; $\alpha=0,57$, 2 ítem) y un factor residual que contiene un solo ítem, no relacionado con los demás: «Hago ejercicio físico» (4,62% de la varianza total; $\alpha=0,23$).

PESO Y TALLÍMETRO: Las participantes de los tres grupos fueron medidas y pesadas en balanza con tallímetro, debidamente calibrada.

Procedimiento

Las participantes del grupo de trastornos del comportamiento alimentario fueron contactadas a través de diferentes terapeutas especialistas en el área. Como primer paso se solicitó la participación voluntaria de las pacientes. Aquellas pacientes que dieron su consentimiento contestaron los instrumentos individualmente en la sala de espera de la consulta siquiátrica a la que asistían.

Paralelamente se aplicaron los instrumentos a una muestra de 216 estudiantes universitarios, quienes aceptaron participar en el estudio. Sobre la base de la puntuación obtenida en el EAT-40 y a las respuestas proporcionadas en el CIDI se seleccionaron las participantes de la población general (EAT menor a 20 puntos) y las participantes clasificadas como de «riesgo para el desarrollo de un trastorno de alimentación» (EAT mayor a 20 puntos).

Una vez clasificados los grupos se procedió a realizar el análisis estadístico de los datos y el análisis de los resultados obtenidos.

Resultados

Como primer paso, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables en cada uno de los grupos estudiados. Para la mayoría de las variables la prueba fue significativa lo que indicaba la ausencia de normalidad de los datos. Igualmente se realizó la prueba de Levene para determinar

la homocedasticidad de las variables. La significancia del estadístico en alguna de las variables señaló la heterocedasticidad de las varianzas. En consecuencia para las comparaciones entre los grupos se utilizaron estadísticos no paramétricos. Se aplicó la prueba Kruskal-Wallis para establecer si existían diferencias significativas entre los tres grupos, así como la prueba U de Mann Whitney para determinar entre cuáles grupos específicamente se encontraron esas diferencias.

Con la finalidad de poder comparar los grupos fue necesario controlar la variable edad. Tal y como se observa en la tabla 1, no hubo diferencias significativas en relación a ella. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto al índice de masa corporal.

En la tabla 1 también se presentan las medianas de cada grupo en las diferentes variables estudiadas y la significación de las diferencias entre los grupos, obtenidas a través del estadístico Kruskal-Wallis.

Tabla 1

Mediana de las variables exploradas y comparaciones entre grupos (Kruskal-Wallis)
Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela, 1997

VARIABLES	MEDIANA			
	Población general N= 33	Riesgo N= 33	TCA N= 21	P
Edad	20	20	18	NS
Índice de masa corporal	20,20	21,48	19,38	NS
Solución de problemas	25	27	22	0,003**
Afrontamiento:				
Afrontamiento directo al problema	8	9	8	NS
Búsqueda de apoyo emocional	9	8	7	0,009**
Negación y evitación (búsqueda actividad incompatible)	6	5	6	NS
Búsqueda apoyo religioso	3	3	3	NS
Afrontamiento emocional funcional (mostrar emoción abiertamente)	3	3	2	0,026*
Concentración en el problema	3	3	2	NS
Uso del humor	3	2	2	NS
Emisión conductas adictivas	0	0	0	NS
Afrontamiento emocional no funcional (culpabilización)	3	3	4	0,030*
Residual	2	3	2	NS

TCA= Trastorno del comportamiento alimentario; * = 0,05; ** = 0,01; NS= no significativo

Se evidenciaron diferencias significativas entre los tres grupos, relacionadas a las estrategias de solución de problemas ($X=11,864$, $gl=2$, $p\leq 0,01$), estilo de afrontamiento dirigido a la búsqueda de apoyo emocional ($X=9,395$, $gl=2$, $p\leq 0,01$), estilo de afrontamiento emocional funcional (mostrar abiertamente emociones) ($X=7,270$, $gl=2$, $p\leq 0,05$) y estilo de afrontamiento emocional no funcional (culpabilización) ($X=7,042$, $gl=2$, $p\leq 0,05$).

Se realizaron comparaciones post hoc para cada variable utilizando la prueba U de Mann Whitney. Se encontró que el grupo con TCA obtuvo significativamente menor puntuación que el grupo de riesgo y el grupo de población general en las estrategias de solución de problemas ($U= 198,000$; $p= 0,008$) y en el estilo de afrontamiento emocional funcional y ($U= 159,500$; $p= 0,016$), caracterizado este último por expresar las emociones. Por otro lado, el grupo de TCA obtuvo puntuaciones significativamente mayores en el estilo de afrontamiento emocional no funcional, donde la estrategia principal utilizada es culparse por lo sucedido, en comparación con la población general ($U= 190,000$; $p= 0,007$), y con el grupo de riesgo ($U= 226,000$; $p= 0,050$) donde la estrategia principal utilizada es culpabilizarse por lo sucedido.

Se encontró que en el estilo de afrontamiento dirigido a la búsqueda de apoyo emocional, el grupo de riesgo no se diferencia del grupo con TCA ni del grupo de población general. No obstante el grupo con TCA si se diferencia significativamente del grupo de la población general ($U= 167,000$; $p= 0,002$), mostrando menor uso de esta estrategia.

En la tabla 2 se presenta la relación de las diferencias entre los grupos de forma gráfica para facilitar su comprensión.

Tabla 2
Relación de las diferencias entre los grupos

Variable	Diferencias entre los grupos
<i>Solución de problemas</i>	PG = Riesgo > TCA
<i>Afrontamiento:</i>	
Búsqueda de apoyo emocional	TCA < PG = Riesgo = TCA
Afrontamiento emocional funcional	PG = Riesgo > TCA
Afrontamiento emocional no funcional	PG = Riesgo < TCA

TCA: Trastorno del comportamiento alimentario; PG: Población general

Discusión

La búsqueda de factores relacionados con los trastornos del comportamiento alimentario ha sido hasta el momento bastante extensa y con variados resultados. Si bien algunas variables han estado consistentemente ligadas a este trastorno, otras no han sido objeto de interés. En el presente trabajo se estudian dos variables de naturaleza cognitiva: las estrategias de afrontamiento y la solución de problemas.

Tal y como se mencionó anteriormente, la exploración de las estrategias cognitivas, más allá de los síntomas básicos de los TCA, podría arrojar indicios importantes para la planificación de tratamientos y programas preventivos exitosos.

Los resultados del presente estudio señalan que el grupo de personas con TCA se diferencia de manera significativa del grupo de personas de la población general y del grupo de personas en riesgo, manifestando menor uso de estrategias para solucionar problemas y menor uso de destrezas para afrontar sus emociones de manera abierta. A su vez presentan mayor uso de estrategias emocionales no funcionales para afrontar situaciones estresantes (tales como culpabilizarse por los eventos ocurridos) y menor capacidad para la búsqueda de apoyo emocional ante eventos estresantes, en comparación con la población general.

En líneas generales los resultados plantean que las personas con TCA presentan deficiencias en las estrategias cognitivas evaluadas. Es decir, estas mujeres se caracterizan por manifestar capacidades reducidas para solucionar problemas y dificultad para afrontar eficazmente la respuesta emocional que la ocurrencia de eventos estresantes puede dar a lugar (afrontamiento centrado en la emoción).

Lo anteriormente expresado puede ser explicado a partir del planteamiento de Johnson, Connors y Tobin (1987) quienes consideran que la presión cultural respecto al cuerpo de la mujer ha hecho que ellas desarrollen creencias de que si se mantienen muy delgadas, experimentarán sentimientos de control. Inicialmente las conductas de comer en exceso y purgarse son experimentadas como un comportamiento compensatorio entre la necesidad de ejercer control (manteniéndose delgadas) y la necesidad de comer. No obstante, como la frecuencia y duración de este tipo de comportamiento incrementa gradualmente, estas mujeres empiezan a sentir que están fuera de control, a pesar de la delgadez o peso alcanzado. Lo que en un inicio es considerado como el ejercicio del control sobre su peso, termina siendo todo lo contrario, donde dejar de comer o comer en exceso y purgarse, constituyen destrezas inadecuadas y maladaptativas a una situación que genera presión y tensión, como lo es el alcanzar el ideal del cuerpo femenino socialmente establecido y que para ellas resulta tan importante.

No es extraño entonces encontrar que estas mujeres presentan problemas para afrontar las emociones que produce la situación de «*control inicial-pérdida de control*», manifestando dificultades en la búsqueda de apoyo emocional y en la expresión de emociones, para intentar manejar la situación de forma inadecuada por medio de estrategias emocionales no funcionales, tales como culpabilizarse por no lograr el control y alcanzar el ideal deseado. De esta forma, es muy probable que sus emociones no les permitan aplicar las estrategias de solución de problemas eficazmente tal y como Lazarus y Folkman (1986) señalan, las emociones pueden interferir con la actividad cognitiva necesaria para afrontar adecuadamente una situación que genera estrés.

En consecuencia, bajo esta óptica, lo ideal sería la creación de programas de intervención donde se entrenen a estas mujeres en el uso de destrezas adaptativas para el afrontamiento de las emociones que surgen ante situaciones estresantes y en la solución de sus problemas, evitando así el uso de las estrategias inadecuadas que las lleven al extremo de la delgadez. Por ello se apoya el planteamiento de

Ochoa (1996) quien sostiene que para las personas en riesgo o con trastornos alimentarios es imprescindible aprender a conocer las propias limitaciones para poder prevenir o afrontar las conductas típicas de estas enfermedades; siendo indispensable en el control de la ingesta alimentaria la capacidad de adaptación y planificación de posibles soluciones a los problemas, así como la habilidad en la comunicación de emociones (equiparable a lo que hemos llamado «afrontamiento emocional funcional»).

En otro orden de ideas, al igual que otros autores (Troop, Holbrey y Treasure, 1998) el presente estudio encontró que las mujeres con TCA presentan menor búsqueda de apoyo emocional ante situaciones estresantes. Un hallazgo interesante de esta investigación es que las personas en riesgo a desarrollar un TCA no se diferencian significativamente del grupo de TCA como del grupo de la población general en el tipo de afrontamiento dirigido a la búsqueda de apoyo emocional. ¿Qué significado pudiera tener este resultado?

Pareciera lógico pensar que las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA tienen dificultad para solicitar ayuda, igual que las del grupo de TCA, pero podría pensarse que ante problemas graves son capaces de solicitar ayuda (búsqueda de apoyo emocional), quizá de una manera no asertiva o quizá con la misma capacidad que muestran las de la población general. Por ejemplo, estas mujeres podrían reconocer estar en riesgo y decidir acudir a algún especialista que guíe su conducta de dieta o ejercicios y lograr así mantenerse en un rango que las aleja de padecer un trastorno alimentario. Esta conducta de búsqueda de apoyo en expertos en el área también es lógico pensar que es típica de las mujeres sin historial de preocupación excesiva por el peso o la figura, quienes están atentas a mantenerse en forma pero utilizando estrategias adecuadas. En resumen, este resultado podría explicar por qué las mujeres con conductas sugestivas de un trastorno alimentario no terminan de desarrollar la enfermedad. La búsqueda de apoyo emocional podría estar actuando como un factor protector: En su preocupación por ser delgadas pero conscientes de la necesidad de mantenerse sanas, buscan ayuda para alcanzar su objetivo adecuadamente y evitar así el desarrollo de un trastorno del comportamiento alimentario.

La comprensión del papel que juegan las estrategias cognitivas como variables protectoras o de riesgo en el desarrollo de un trastorno de alimentación es de gran importancia para el manejo de esta enfermedad. Lamentablemente pocas investigaciones se han volcado a esta área y en ocasiones los resultados son contradictorios. Por tanto, los hallazgos de este estudio sólo pueden ser considerados como preliminares y deberán ser puestos a prueba en futuras investigaciones, con la finalidad de generar conocimientos válidos que puedan ser utilizados en la prevención y tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.

Referencias

- Bloks, H., Spinhoven, P., Callewaert, I., Willemse-Koning C. y Turksma A. (2001). Changes in coping styles and recovery after inpatient treatment for severe eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 397-415.

- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimera, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 104-126.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem Inventory. *Psychological Assessment*, 2, 156-163.
- Fairburn, C. G. y Cooper P.J. (1989). Eating disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 277-314). Nueva York: Oxford University.
- Fryer, S., Waller, G. y Kroese, B.S. (1997). Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 427-436.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: And index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1631-1635.
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2000). Coping in dieting and eating disorders. A population-based study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 273-279.
- Gismero González, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Gleaves, D.H., Williamson, D.A. y Barker, S.E. (1993). Confirmatory factor analysis of a multidimensional model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 173-176.
- Johnson, C., Connors, M.E. y Tobin, D.L. (1987). Symptom management of bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 668-676.
- Korn, M.L. (2001). *Eating disorders: New features and new treatments*. 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 4-8, 2001. Recuperado el 14 de julio de 2004 desde <http://www.Medscape.com>.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Maydeu-Olivares, A. y D'Zurilla, T.J. (1995). A factor analysis of the Social Problem-Solving Inventory using polychoric correlations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 98-107.
- Mora, M. y Raich, R.M. (1992). Diferentes aproximaciones teóricas a las alteraciones de la imagen corporal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 23, 55-63.
- Muñoz Perea M. y Turón Gil, V. (2002). Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 33-41.
- Ochoa, E.F.L. (1996). *De la anorexia a la bulimia*. Madrid: Aguilar.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). Manual de entrevistas. Versión medular 1.1*. Washington, DC: OMS.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (1995) *Clasificación Internacional de enfermedades. 10ª Revisión (CIE-10)*. Washington, DC: OMS.
- Rosen, J., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 77-84.
- Saldaña, C. (1994). Evaluación de trastornos del comportamiento alimentario. En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Evaluación conductual hoy* (pp. 537-570). Madrid: Pirámide.
- Shisslak, C.M., Crago, M., Neal, M.E. y Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 660-667.

- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and Critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Strober, M. y Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654-659.
- Tabachnick, B.G. y Fidell, L.S. (1983). *Using Multivariate Statistics*. Nueva York: Harper & Row, Publishers.
- Thelen, M.K., Farmer, McLaughlin-Mann, L.M. y Pruitt, J. (1990). Bulimia and interpersonal relationships: A longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 58-90.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Troop, N.A., Holbrey, A. y Treasure, J.L. (1988). Stress, coping and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-166.
- Vivas, E. y Lugli, Z. (1997, julio). *Inventario abreviado de solución de problemas: Construcción, validación y asociación con variables cognitivas*. Ponencia presentada en el XXVI Congreso Interamericano de Psicología, Sao Paulo, Brasil.
- Waller, G. (1993). Sexual abuse and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 771-775.
- Yager, J. Rorty, M. y Rosotto, E. (1995). Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with Nulimia nervosa but not between recovered women and non-eating-disordered control subjctcs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 86-94.