



Revista Latinoamericana de Psicología
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
revistalatinomaericana@fukl.edu
ISSN (Versión impresa): 0120-0534
COLOMBIA

2008
Yolanda Quiles Marcos / María Carmen Terol Cantero
AFRONTAMIENTO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN
ESTUDIO DE REVISIÓN
Revista Latinoamericana de Psicología, año/vol. 40, número 002
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Bogotá, Colombia
pp. 259-280

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



AFRONTAMIENTO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN ESTUDIO DE REVISIÓN

YOLANDA QUILES MARCOS

y

MARÍA CARMEN TEROL CANTERO¹

Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

ABSTRACT

We reviewed the role of coping in eating disorders, and the relation of this concept with other psychosocial variables. We reviewed the empirical studies published in the last 20 years about coping and psychosocial and clinical variables in eating disorders using Psyclit, Medline, Psycodoc, IME and ISOC. The results suggest that eating disorders patients make more use of avoidance and emotion oriented coping, and are less likely to respond with active attempts to solve or problem-oriented coping mechanism, than subjects without the disorder. This type of coping is also more frequently used by women with higher tendency to develop an eating disorder. Avoidance and emotion-oriented coping are associated with poorer psychosocial adaptation, whereas active and problem-oriented coping are associated with better health outcomes in these patients.

Key words: coping, eating disorders, anorexia, bulimia, adaptation.

RESUMEN

Se describen las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes con TCA, y su relación con otras variables psicosociales, valorando sus efectos sobre la salud. Se revisaron los estudios empíricos sobre afrontamiento y variables psicosociales y clínicas en los TCA en los

Continúa

¹ Correspondencia: YOLANDA QUILES MARCOS, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche, Edificio Altamira, Avda. de la Universidad s/n C.P. 03202, Elche (Alicante), España. Correo electrónico: y.quiles@umh.es

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

Palabras clave: afrontamiento, trastornos del comportamiento alimentario, anorexia, bulimia, adaptación.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe una preocupación excesiva por el peso y la figura que conduce, en muchas ocasiones, al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Entre los TCA conocidos existe una especial preocupación por la anorexia y la bulimia, dado que comportan graves anomalías en la ingesta y sus índices de prevalencia se han incrementado notablemente en las últimas décadas. En relación con la anorexia nerviosa, los estudios epidemiológicos realizados en España, señalan que el trastorno aparece en un 0,5% a 1% de la población, donde aproximadamente el 90% de los casos son mujeres. A pesar de que actualmente está aumentando el número de varones que desarrollan este trastorno la proporción que se estima es de 9:1. Por su parte, la bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia y presenta una prevalencia que oscila entre un 2-3% (Morandé, Celada & Casas, 1999; Pérez-Gaspar, Gual, De Irata-Estévez, Martínez-González, Lahortiga, F. & Cervera, 2000; Rivas, Bernabé y Castro, 2001). Investigaciones realizadas en países latinoamericanos informan de índices de prevalencia similares (Vázquez, López, Álvarez, Franco & Mancilla, 2004; Vázquez & cols., 2005).

En cuanto al origen de estos trastornos se ha señalado que en el 76% de los casos el inicio de la anorexia o la bulimia nerviosa está precedido por un acontecimiento estresante (Bennett & Cooper, 1999; Schmidt, Tiller & Treasure, 1993;

Schmidt, Troop & Treasure, 1999). Aquí se incluirían las situaciones o estímulos estresantes, o acontecimientos vitales que requieren de una respuesta de adaptación por parte del individuo de la que muchas veces no dispone; produciéndose un nivel de tensión, que en el caso de los trastornos alimentarios, puede conducir al inicio del trastorno. En este apartado se incluirían; las separaciones o pérdidas (fallecimiento de algún familiar, ausencia del hogar familiar, separación de los padres y conflicto entre ellos), la experimentación de contactos sexuales, fracaso personal (académico, deporte, relaciones interpersonales, etc.), un incremento rápido de peso, el comentario crítico de familiares, amigos o personas significativas con respecto al cuerpo, alguna enfermedad somática, sufrir algún accidente automovilístico con graves traumatismos y modificaciones corporales, así como la realización de actividad física en exceso (Calvo, 2002; George, Erb, Harris & Casazza, 2007; Rojo, Conesa, Bermúdez & Livianos, 2006; Vázquez *et al.*, 2005; Vázquez, Raich, Viladrich, Álvarez & Díaz, 2001).

No obstante, es necesario señalar que estos acontecimientos no son distintos a los que sufre la población general, sin embargo, la literatura muestra como estas pacientes los perciben como más intensos y amenazantes, así como no tienen confianza en su capacidad para resolverlos con éxito (Bittinger & Smith, 2003; Cattanach & Rodin, 1988; Crowther, Sanftner, Bonifazi & Shepherd, 2001). Del mismo modo, y en concreto las bulímicas, informan de un mayor impacto

del estrés frente a controles en situaciones de estrés inducido (Koo-Loeb, Costello, Light & Girdler, 2000), y además, en situaciones interpersonales el estrés en estas pacientes se ha relacionado con una la necesidad de “atracarse” (Tuschen-Caffier & Voegelé, 1999). Es así que, algunos trabajos sugieren que el trastorno es en sí mismo, un mecanismo de afrontamiento que estas pacientes utilizan para hacer frente al estrés (Anderson, Simmons, Martens, Ferrier & Sheely, 2007; Bittinger & Smith, 2003; Heatheron & Baumeister, 1991; Spoor, Bekker, Van-Strien & Van-Heck, 2007).

Por otra parte, otras investigaciones consideran el afrontamiento como un importante factor mediador entre el estrés producido por la enfermedad y la adaptación a la misma (Billing & Moss, 1981; Lazarus & Folkman, 1984; Kessler, Price & Wortman, 1985). Así por ejemplo, en otras enfermedades crónicas como el cáncer, el VIH o el dolor crónico, las investigaciones han puesto de manifiesto cómo el uso de estrategias de afrontamiento activo se relacionan con una mejor adaptación en estos pacientes (Carrobbles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003; Padierna y cols., 2004; Pastor & cols., 2000; Rodríguez, Esteve, López, 2000; Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig, Martín-Aragón, Neipp & Pastor, 2003). En el caso concreto de los TCA, la literatura señala que estas pacientes presentan un estilo de afrontamiento poco adaptativo, caracterizado por un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas y un menor uso de estrategias centradas en el problema (Ball & Lee, 2002; Bloks, Spinhoven, Callewaert, Willemse-Koning & Turksma, 2001; Christano & Mizes, 1997; García-Grau, Fusté, Saldaña & Bados, 2002; Ghaderi, 2003; Patxon & Diggins, 1997; Troop, Holbrey, Trowler & Treasure, 1994; Yager, Rorty, Rossotto, 1995).

Es así que, los trabajos efectuados hasta el momento confirman que el afrontamiento debe ser considerado como una variable de especial interés en el caso de los TCA con el fin de poder identificar una mejor adaptación, ya que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas

puede mantener y/o acentuar los síntomas en estos trastornos y dificultar su recuperación (Ball & Lee, 2002; Bloks, Spinhoven, Callewaert, Willemse-Koning & Turksma, 2001; Christano & Mizes, 1997; García-Grau *et al.*, 2002; Ghaderi, 2003; Yager, Rorty, Rossotto, 1995). Por esta razón, en este trabajo se plantean dos objetivos: el primero de ellos, conocer el papel del afrontamiento en los TCA, especificando las estrategias utilizadas y los instrumentos empleados para evaluarlo, a partir de los resultados obtenidos en los trabajos empíricos existentes. Y en el segundo, conocer la relación existente entre el afrontamiento con otras variables psicosociales consideradas en estos trastornos, valorando sus efectos beneficiosos sobre la salud.

MÉTODO

Se han revisado los estudios publicados sobre afrontamiento, y efectos psicosociales y clínicos en la evolución y tratamiento de los TCA en las siguientes bases de datos: Psyclit, Medline, Psycodoc, IME e ISOC. Además, también se utilizó como recurso las referencias bibliográficas de los estudios revisados. El criterio para la selección de descriptores y del periodo de búsqueda tuvo como objetivo acceder a todos aquellos trabajos empíricos que incluyeran la evaluación del afrontamiento en trastornos alimentarios, recogiendo las investigaciones de los últimos 20 años. En cuanto a los descriptores, se incluyeron las siguientes palabras clave: Afrontamiento, Coping, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa y Eating Disorders. La estrategia de búsqueda se llevó a cabo combinando por pares el descriptor de afrontamiento (coping) con los seleccionados en el caso de la muestra de estudio (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa y Eating Disorders). Sólo se encontraron resultados de la búsqueda en las bases de datos *Medline* y *Psyclit*.

Un total de 32 trabajos fueron seleccionados de los que 5 resultaron ser artículos teóricos de revisión del papel que distintos factores psicosociales, entre ellos el afrontamiento, tie-

nen en los TCA, y el resto, en los que se ha basado el presente estudio, son trabajos empíricos en los que se evalúa el afrontamiento en los TCA. Los restantes trabajos obtenidos en la búsqueda se descartaron por las siguientes razones; no estudiaban el afrontamiento en relación con los TCA (24), consistían en trabajos de revisión de tratamientos cuyos objetivos no se centraban en el afrontamiento en los TCA (8), la muestra estaba constituida por sujetos no sólo con un TCA, sino que le acompañaba otra psicopatología (abuso sexual, drogadicción, alcoholismo, etc) (9), o por individuos obesos (5), o por último, la población objeto de estudio eran familiares de pacientes con un TCA (4).

RESULTADOS

El análisis de los estudios seleccionados pone de manifiesto que se utilizan con mayor frecuencia diseños transversales en la investigación del afrontamiento en los TCA (87%). Las muestras utilizadas están constituidas bien por grupos de mujeres diagnosticadas de anorexia o bulimia nerviosa, que se comparan con población sana (61%) o bien por grupos de mujeres, en la mayoría de los casos estudiantes, en los que se intenta relacionar la mayor o menor tendencia a desarrollar un TCA con el uso de determinadas estrategias de afrontamiento. El tamaño muestral también es muy variable, oscilando entre 30 y 1157 sujetos, con edades comprendidas entre los 13 y los 39 años.

En la misma línea, también destaca la variedad de instrumentos de evaluación del afrontamiento utilizados, 13 distintos. El instrumento más empleado ha sido el WCQ (*Ways of Coping Questionnaire*) en 9 de los 23 estudios, diseñado para población general y que registra diferentes formas, cognitivas y comportamentales, de afrontar un estresor. Constituye a su vez la base de un grupo de instrumentos utilizados también en el estudio del afrontamiento en los TCA (COPE, UCL, CSI, WCC, WCCA). En segundo lugar, otros instrumentos empleados son el CI (*Coping Index*), la entrevista CSI (*Coping Strategy*

Interview), el CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*), el CSQ (*Coping Style Questionnaire*) y la escala específica para adolescentes, ACS (*Adolescent Coping Scale*), que en la misma línea que el anterior, evalúan las estrategias que los individuos usan ante las demandas de su enfermedad. Por su parte, el PSI (*Problem Solving Inventory*) no sólo es un instrumento de evaluación del estilo de afrontamiento (evitativo-aproximativo), sino que también ofrece información sobre la confianza que el individuo tiene en su capacidad para resolver problemas. En el trabajo de Freeman y Gil (2004), evalúan el afrontamiento diario utilizando una escala desarrollada en trabajos longitudinales (Stone & Neale, 1984) en la que seleccionan cuatro estrategias de afrontamiento: distracción, acción directa, apoyo social y aceptación.

Los resultados de la revisión de los diferentes estudios se han organizado en tres apartados. En el primero de ellos y dada la heterogeneidad de instrumentos utilizados, se realiza una clasificación del afrontamiento que permitirá concluir sobre los efectos del afrontamiento en términos de estrategias concretas, dimensiones o categorías; en el segundo apartado se muestran los resultados descriptivos y diferencias encontradas en afrontamiento en sujetos con un TCA; y en último lugar, se incide en las relaciones que el afrontamiento establece con diferentes variables psicosociales.

Clasificación de las estrategias de afrontamiento por dimensiones

A continuación se presenta una clasificación de las estrategias de cada instrumento según las dimensiones de afrontamiento presentadas anteriormente, atendiendo en primer lugar a las asignaciones a dimensiones que realizan los propios autores, al contenido de sus ítems, las descripciones de las estrategias y la semejanza del nombre con estrategias de otros instrumentos (ver cuadro 1).

CUADRO 1

Dimensiones de las estrategias de afrontamiento en los trastornos de la alimentación

INSTRUMENTO (*)	ESTRATEGIAS APROXIMATIVAS		ESTRATEGIAS EVITATIVAS	
	COMPORTAMENTALES	COGNITIVAS	COMPORTAMENTALES	COGNITIVAS
CI Coping Index (Billings y Moss, 1984)	Activo conductual (prob)	Activo cognitivo (emoc)		Evitación
PSI Problem Solvem Inventory (Heppner y Petersen, 1982)		Confianza capacidad solución problemas (prob) Autocontrol (prob/emoc)		Evitación
WCQ Ways of coping Questionnaire (Folkman y Lazarus, 1985)	Confrontación (prob) Búsqueda Apoyo Social (prob/emoc)	Aceptar responsabilidad (prob) Reevaluación positiva (prob) Autocontrol (prob/emoc)		Distanciamiento
	Planificación (prob)		Escape/Evitación	
CISS Coping Inventory for stressful situations (Endler y Parker, 1990)	Centrado Problema (prob) Centrado Emoción (emoc)		Divertimento	Distracción
			Evitación	
WCC Ways of Coping Checklist (Vitaliano <i>et al.</i> , 1985)	Centrado Problema (prob) Búsqueda Apoyo Social (prob/emoc)	Autoculpa (prob)		Pensamiento desiderativo
CSI Coping Strategy Inventory (Bifulco y Brown, 1996)	Solución problema (prob) Expresión emocional (emoc) Apoyo Social (emoc)	Reestructuración cognitiva (prob) Autocrítica (prob)		Pensamiento desiderativo
COPE (Carver, Scheir y Weintraub, 1989)	Afrontamiento activo (prob) Búsqueda Apoyo Instrumental (prob) Búsqueda Apoyo Emocional (emoc)	Planificación (prob) Refrenar afrontamiento (prob) Reevaluación positiva (emoc) Aceptación (emoc) Humor (emoc)	Alcohol/Drogas Desconexión conductual	Negación Desconexión mental
	Supresión distracción (prob) Religión (emoc)		Desahogarse	
WCCA Adolescent Ways of Coping Checklist (Vitaliano <i>et al.</i> , 1985)	Búsqueda apoyo social (prob/emoc)			
	Centrado Problema (prob) Centrado Emoción (emoc)			
CSQ The Coping Style Questionnaire (Roger, Jarvis y Najarian, 1993)		Racional (prob/emoc) Objetividad (prob/emoc)		Evitación
	Centrado Emoción (emoc)			

continuación

INSTRUMENTO (*)	ESTRATEGIAS APROXIMATIVAS		ESTRATEGIAS EVITATIVAS	
	COMPORTAMENTALES	COGNITIVAS	COMPORTAMENTALES	COGNITIVAS
UCL Utrecht Coping List (Schreurs <i>et al.</i> , 1985)	Búsqueda apoyo social (prob/emoc) Expresión emocional (emoc)	Reacción pasiva (prob/emoc) Pensamiento alentador (prob/emoc)		Evitación
ACS Adolescent Coping Scale (Frydenber y Lewis, 1997)	Solución problema (prob) Trabajar duro (prob)	Preocuparse (prob) Ignorar el problema (prob)	Reducción tensión Búsqueda distracción Actividad física Evitación ayuda profesional Evitación social No hablar del problema	Autoculpa Centrarse en lo positivo Pensamiento desiderativo
ESCALA (Stone y Neale, 1984)	Acción directa Apoyo social	Aceptación		Distracción

Prob: Centrado en el problema

Emoc: Centrado en la emoción

Como primer criterio, se clasifican las estrategias en dos categorías centrales *aproximativas* vs. *evitativas*, según se acerquen o alejen del estresor o de las emociones que provoca (Lazarus, 1981; Moos & Schaefer, 1986). Excepto en el caso del WCCA, todos los instrumentos presentan estrategias de ambas categorías, registrándose mayor número de aproximativas (N= 54; 65%) que de evitativas (N=29; 35%). El segundo criterio de clasificación atiende a la dimensión *comportamental* vs. *cognitiva*, incluyéndose en la categoría de afrontamiento cognitivo aquellas estrategias que implican un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones, y en la categoría de afrontamiento comportamental aquellas otras que conllevan un intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello (Lazarus & Folkman, 1984). Los instrumentos reflejan mayor número de estrategias cognitivas (N=35; 42,16%) que comportamentales (N=29; 34,93%), así como estrategias que se pueden ubicar en algún punto intermedio de la dimensión cognitivo-

comportamental (N=19; 22,89%). Estas estrategias mixtas, o bien incluyen una mezcla de ítems; o bien un ítem expresa tanto un comportamiento como un proceso de elaboración cognitiva, como por ejemplo, la toma de decisiones anterior a la acción (Ejemplo; “*desarrollé un plan de acción y lo seguí*”).

Por último, la dimensión *centrado en el problema* vs. *centrado en la emoción*, indicado en el cuadro con “*prob*” o “*emoc*” respectivamente, caracteriza los esfuerzos de afrontamiento según se dirijan al manejo de problemas o la regulación del distrés (Folkman & Lazarus, 1984). La ubicación de las estrategias en este continuo es aún más compleja que en la dimensión cognitivo-comportamental, ya que una misma acción puede dirigirse a solucionar el problema o la emoción en función del objetivo del sujeto que la realiza, el cual no es posible conocer, al menos con las formas de medida que se aplican (Aliaga & Capafons, 1986). Sin embargo, en el caso de las categorías aproximativas, el contenido de los ítems permite *a priori* su

clasificación, predominando las que se centran en el problema (N=38, 56,7%) sobre las centradas en la emoción (N=29, 43,3%). Por su parte, la evitación tiene como principal objetivo el alivio de la emoción, en cuanto que alejarse del problema es alejarse de la emoción que provoca (Billings & Moos, 1981). De este modo, sea en forma de escape o negación, podemos entender que las estrategias evitativas se orientan al polo centrado en la emoción (Lopez-Roig, Neipp, Pastor, Terol & Castejón, 1999).

Afrontamiento en los trastornos alimentarios

A continuación se exponen los resultados de los distintos trabajos en los que se ha evaluado el afrontamiento en relación con los TCA (ver Tabla 1), excepto el estudio de Tobin y Griffing (1995), que se ha considerado más oportuno incluir en el siguiente apartado al clasificar la muestra objeto de estudio atendiendo a la variable depresión, y el de Freeman y Gil (2004) que sólo incluye resultados del afrontamiento en estas pacientes en relación con variables de salud.

TABLA 1

Revisión resultados afrontamiento en trastornos alimentarios

AUTORES	MUESTRA	INSTRUMENTO	DISEÑO/ ANÁLISIS	RESULTADOS
Mayhew y Edelman, (1989)	N= 49 † Estudiantes Edad: 18-33 X= 21	CI Estrategias; Activo cognitivo Activo conductual Evitación	Transversal T-test	↑tendencia TCA <↓tendencia TCA Afrontamiento cognitivo y conductual ↑tendencia TCA >↓tendencia TCA Evitación
Soukup, Beiler y Terrell, (1990)	Grupo Edad BN: 33 † 22,8 AN: 12 † 25,3 C: 26 † 21,5	PSI Estrategias; Confianza capacidad solución de problemas Evitación Autocontrol	Transversal MANOVA	[AN y BN] < C Confianza capacidad solución problemas <i>Autocontrol</i> [AN y BN] > C Evitación
Neckowitz y Morrison, (1991)	Grupo Edad BN: 28 † 27,1 C: 30 † 29,5 *C: Realizan ejercicio físico con frecuencia y preocupadas por su peso	WCQ Estrategias; Confrontación Distanciamiento Autocontrol Búsqueda Apoyo Aceptación responsabilidad Escape-evitación Planificación Reevaluación positiva	Transversal ANOVA	- En situaciones íntimas y no íntimas BN > C { <i>Percepción</i> amenaza { <i>Escape y evitación</i> - En situaciones íntimas (BN=C) <i>Estrategias centradas emoción</i>
Janzen, Kelly y Soklofske (1992)	N= 164 † Estudiantes Edad: 20,1± 3,9	CISS Estrategias; Centrado en la emoción Centrado en el problema Evitación	Transversal Correlación Pearson	↑sintomatología BN (r+) centrado en la emoción ↑sintomatología BN (r-) centrado en el problema

continúa

AUTORES	MUESTRA	INSTRUMENTO	DISEÑO/ ANÁLISIS	RESULTADOS
Troop, Holbrey, Trowler y Treasure (1994)	<i>Grupo</i> BN: 66 † 26,7 <i>Edad</i> AN: 24 † 26,1 C: 30 † 25,6	WCC Estrategias; Evitación Pensamiento Desiderativo Centrado en el problema Búsqueda de Apoyo Autoculpa Tipos de problemas; Salud mental Relaciones Generales (económicos, salud física, futuro, trabajo)	Transversal ANOVA	<i>Estrategias:</i> BN > [AN = C] <i>Pensamiento Desiderativo</i> [BN=AN] >C <i>Evitación</i> BN < C <i>Búsqueda de Apoyo</i> <i>Tipos de problemas:</i> Salud mental, comida y peso [BN =AN= C] <i>Estrategias centradas en el problema y Autoculpa</i>
Yager, Rorty y Rossotto, (1995)	N=120 <i>Grupo</i> BN: 40 † 23,5 <i>Edad</i> RBN: 40 † 25,6 • RBNT • RBNNT C: 40 † 24,2	COPE: Estrategias; Centrado en el problema: Afrontamiento activo Planificación Supresión distracción Búsqueda apoyo instrumental <i>Centrado en la emoción:</i> Búsqueda apoyo emocional Reevaluación positiva Aceptación Negación Religión Afrontamiento menos adaptativo: Desahogarse Desconexión conductual Desconexión mental Alcohol/Drogas Uso del humor	Transversal ANOVA	BN< [RBN=C] <i>Afrontamiento activo</i> <i>Planificación</i> <i>Búsqueda Apoyo Emocional</i> Desahogarse RBNT > RBNNT <i>Afrontamiento activo</i> <i>Reevaluación positiva</i> RBNNT> RBNT <i>Desconexión conductual</i> <i>Desconexión mental</i>
Fryer, Waller y Kroese (1997)	N= 286 Estudiantes Edad: 13-16 X= 14,7	WCCA Estrategias; Centrado en el problema Centrado en la emoción Búsqueda Apoyo	Transversal Regresión Múltiple	↑tendencia TCA < ↓tendencia TCA Afrontamiento centrado en el problema Búsqueda apoyo social ↑tendencia TCA > ↓tendencia TCA <i>Afrontamiento centrado emoción</i>
Troop y Treasure (1997)	<i>Grupo</i> BN: 15 † 25,4 <i>Edad</i> AN: 17 † 23,3 C: 21 † 29,5	CSI Estrategias; <i>Comportamentales</i> Solución problemas Búsqueda de información	Transversal ANOVA T-test Chi-cuadrado	AN=BN=C Solución de problemas y búsqueda de información AN>[BN=C] Evitación cognitiva BN>[AN=C] Rumiación

continúa

AUTORES	MUESTRA	INSTRUMENTO	DISEÑO/ ANÁLISIS	RESULTADOS
	<i>Grupo Edad</i> BN: 15 † 25,4 AN: 17 † 23,3 C: 21 † 29,5	<i>Cognitivas</i> Optimismo Reevaluación positiva Evitación cognitiva Rumiación <i>Atribución</i> <i>responsabilidad</i> Autoculpa Sentimiento responsabilidad Culpar a los demás		
Patxon y Diggins, (1997)	N= 149 Estudiantes Edad: 20,52± 3,86 <i>Grupos</i> B: Atracón: 15 † R: Restrictivas: 61 † C: 73 †	WCQ	Transversal MANOVA Correlación Pearson	C=B=R <i>Estrategias afrontamiento</i> ↑tendencia TCA (r+) { Evitación cognitiva Pensamiento desiderativo
Koff y Sangani, (1997)	N=128 Estudiantes Edad: ζ	CISS	Transversal Pearson	↑tendencia TCA > ↓tendencia TCA <i>Centrado emoción</i> <i>Evitación</i>
Troop, Holbrey y Treasure (1998)	<i>Grupo Edad</i> BN: 21 † 29,7 AN: 12 † 23,6 C: 21 † 27,2	CSI	Transversal T-test	<i>Comportamentales</i> BN=AN=C <i>Solución problema</i> BN < [AN=C] <i>Búsqueda información</i> <i>Cognitivo</i> C>[AN=BN] <i>Optimismo y Reevaluación positiva</i> C<[AN=BN] <i>Rumiación y Evitación cognitiva</i> <i>Atribución Responsabilidad</i> <i>Problema</i> BN>[AN=C] <i>Autoculpa</i>
Nakahara, et al., (2000)	<i>Grupo Edad</i> BNP: 20 † 22,1 BNNP: 6 † 22,3 ANR: 11 † 21,6 ANP: 11 † 22,4 C: 22 † 21,2	WCQ	Transversal T-test	(BNP y BNNP) < C <i>Solución problemas y Reevaluación positiva</i> ANP < C <i>Solución de problemas</i> [ANP y ANR] < C <i>Reevaluación positiva</i>
Ghaderi y Scott, (2000)	<i>5 Grupos</i> 1:TCA actual: 23 † 2:TCA pasado: 52 † 3: Dieta actual: 132 † 4:Dieta pasado:342 † 5: C: 427 † Edad: 18-30	WCQ	Transversal ANOVA Tukey	1>[2, 3, 4 y 5] <i>Evitación / Escape</i> [1y 2] < [3, 4, 5] <i>Solución de problemas</i> <i>Confrontación</i> <i>Búsqueda de apoyo social</i>
Koo-Loeb, et al., (2000)	N= 53 † Población General Edad: 18-30 años	WCQ	Transversal ANOVA	↑tendencia TCA > ↓tendencia TCA <i>Evitación Autoculpa</i>

continúa

AUTORES	MUESTRA	INSTRUMENTO	DISEÑO/ ANÁLISIS	RESULTADOS
Nagata <i>et al.</i> , (2000)	Grupo BN: 73 † 22,6 ANR: 45 † 21,2 ANP: 43 † 24,5 C: 97 † 23,4	CISS	Transversal ANOVA T-test Chi-cuadrado	BN>[C y ANR] <i>Centrado emoción</i> BN< C <i>Centrado problema</i> ANP>C <i>Centrado en la emoción</i> [ANR y BN] < C Evitación centrada en la diversión
Blaase y Elklit, (2001)	Grupo TCA: 22 † 24,6 EX TCA: 45 † 26,0 C: 33 † 26,2	CSQ Subescalas : Pensamiento Racional Objetividad Afrontamiento emocional Evitación	Transversal Kruskal-Wallis	TCA > [EX TCA y C] <i>Afrontamiento emocional</i> Evitación TCA < [EX TCA y C] Pensamiento Racional Objetividad
Bloks <i>et al.</i> , (2001)	Grupo BN: 42 † 24,7 AN: 68 † 25,8 ANR: 21 † ANP: 47 †	UCL Estrategias: Afrontamiento activo Reaccion paliativa Evitación Búsqueda apoyo Reacción pasiva Expresión de emociones Pensamientos alentadores	Longitudinal T1: Antes tratamiento T2: Después del tratamiento T3: 6 meses tras el alta T-test Regresión	BN=AN ANR > ANP Afrontamiento Activo Búsqueda Apoyo T2 ↔ T1 [AN y BN] >C Evitación, Distracción, Pasividad [AN y BN] < C Afrontamiento activo Búsqueda de apoyo social T3 [AN y BN] >C <i>Pensamientos alentadores</i>
Bennett y Cooper (2001)	Grupo TCA: 42 † 26,7 C Dieta: 4 † 24,8	WCQ Estrategias: Centrado en la emoción Centrado en el problema	Transversal Spearman	TCA > C Dieta <i>Centrado en la emoción</i> TCA = C Dieta <i>Centrado en el problema</i>
Valdés y Arroyo (2002)	Grupo BN: 42 † AN: 68 †	WCQ	Transversal Contraste medias Pearson Anova	AN { (+) Búsqueda de Apoyo Social (+) Reevaluación Positiva BN { (+) Huida-Evitación (+) Búsqueda Apoyo [BN > AN] Huida-Evitación
Ball y Lee (2002)	Grupo TCA: 162 † 19-24 C: 249 † 18-24	WCQ	Longitudinal T1: Línea base T2: a los 6 meses ANOVA Chi-cuadrado	T1 TCA>C <i>Pensamiento desiderativo,</i> <i>Autoculpa</i> <i>Reducción de tensión, Evitación</i> <i>Objetividad/Imparcialidad</i> T2 T2=T1
García-Grau <i>et al.</i> , (2002)	N=186 † Población general Edad: 14-18 X= 15,9	ACS Estrategias: Centrado en el problema	Transversal MANOVA	↑tendencia TCA > ↓ tendencia TCA Evitación del castigo

continúa

AUTORES	MUESTRA	INSTRUMENTO	DISEÑO/ ANÁLISIS	RESULTADOS
		Evitación del castigo Evitación hedonística Evitación del apoyo social		
Bittinger y Smith (2003)	N= 48 † Población general Edad: 18-35	CISS	Transversal ANOVA ANCOVA MANOVA	↑tendencia TCA > ↓tendencia TCA <i>Centrado emoción</i> ↑tendencia TCA = ↓tendencia TCA <i>Evitación</i>
Ghaderi, (2003)	N= 1157 † Población general Edad: 18-32 T1: Línea base N=1157 T2: 2 años N= 807	WCQ	Longitudinal T-test Chi-cuadrado	↑tendencia TCA > ↓tendencia TCA <i>Evitación/Escape</i>
Bloks, Van Furth, Callewaert y Hoek, (2004)	N=146 Grupos NoTCA= 50 PTCA= 70 TCA= 26	UCL	Longitudinal 2,5 años	NoTCA < [PTCA y TCA] estrategias evitativas
Lugli y Vivas, (2006)	N=87 Grupos NoTCA= 33 Riesgo TCA= 33 TCA= 21	PSI CI	Transversal	TCA < [Riesgo TCA y NoTCA] Solución de problemas Búsqueda de apoyo

Símbolos: † : Mujer, ↑: elevada, ↓: baja, <: menor que, >: mayor que, ≠: diferentes, ¿: se desconoce; =: igual a; (r+): correlación positiva; (r-): correlación negativa.

Abreviaturas: AN: Anoréxicas; ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva; ANP: Anorexia Nerviosa Purgativa; BN: Bulímicas, BNP: Bulimia Nerviosa Purgativa, BNNP: Bulimia Nerviosa No Purgativa; C: Control; EX TCA: Trastorno del Comportamiento Alimentario en el pasado; N: Tamaño muestral; NoTCA: Total recuperación; PTCA: Recuperación total; RBN: Recuperadas de la bulimia, RBNT: Recuperadas totalmente de la bulimia (conductual y psicológicamente), RBNNT: No recuperadas totalmente (sólo conductual); TCA: Trastorno Comportamiento Alimentario; X: Media≠

La revisión de los estudios sobre afrontamiento y trastornos alimentarios pone de manifiesto la existencia de diferencias de afrontamiento entre mujeres con un TCA y sin el trastorno. Tanto anoréxicas como bulímicas utilizan en menor medida estrategias de afrontamiento aproximativas, mientras es muy común en ellas la evitación, el escape, la negación y el pensamiento desiderativo para enfrentarse a las demandas de su enfermedad (García-Grau *et al.*, 2002; Ghaderi & Scott, 2000; Koff & Sangani,

1997; Koo-Loeb *et al.*, 2000; Lugli & Vivas, 2006; Mayhew & Edelman, 1989; Neckowitz & Morrison, 1991; Patxon & Diggins, 1997; Soukup, Beiler & Terrell, 1990; Troop, Holbrey, Trowler & Treasure, 1994; Troop, Holbrey & Treasure, 1998). Así, por ejemplo, Troop *et al.* (1994) muestra como anoréxicas y bulímicas utilizan más estrategias evitativas que un grupo de estudiantes universitarias con las que se les compara, y en particular, las bulímicas usaban más estrategias de pensamientos desiderativos y

menos de búsqueda de apoyo social. Similares resultados muestra el trabajo de Neckowitz y Morrison (1991), donde las bulímicas utilizaban más estrategias de escape y evitación que un grupo de jóvenes que realizaban ejercicio físico con frecuencia y estaban preocupadas con su peso, con las que se les comparaba. Este tipo de estrategias las utilizaban tanto en situaciones que consideraban difíciles o incómodas (estresantes), que habían mantenido tanto con personas conocidas (íntimas) como desconocidas. Además, los trabajos que comparaban las estrategias de afrontamiento entre pacientes ya recuperadas del TCA con otras que todavía lo padecían, muestran como estas últimas seguían presentando menos estrategias de afrontamiento activo, como la planificación y la búsqueda de apoyo y más estrategias evitativas (Blaase & Elklit, 2001; Ghaderi & Scott, 2000; Yager, Rorty & Rossotto, 1995).

Si nos centramos en la clasificación del afrontamiento *centrado en la emoción vs. centrado en el problema*, la revisión de los trabajos ha mostrado que estas pacientes utilizan más estrategias centradas en la emoción que en el problema. Así, el uso de la confrontación, la búsqueda de apoyo e información y la planificación son menos frecuentes en ellas (Bennett & Cooper, 2001; Fryer, Waller & Kroese, 1997; Janzen, Nelly & Saklofske, 1992; Koff & Sangani, 1997; Lugli & Vivas, 2006; Nagata, Matsuyama, Kiriike, Iketani & Oshima, 2000; Tobin & Griffing, 1995; Yager *et al.*, 1995). Al igual que ocurría con el uso de estrategias evitativas, cuando se compara pacientes con un TCA en el pasado con pacientes con un TCA actual, los resultados muestran que estas últimas frente a las primeras, siguen utilizando con mayor frecuencia estrategias centradas en la emoción, mientras que son más frecuentes las estrategias centradas en el problema en las jóvenes ya recuperadas (Blaase & Elklit, 2001; Nagata *et al.*, 2000).

Cuando se ha comparado el uso de estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico los resultados han mostrado que las bulímicas frente a las anoréxicas utilizaban más estrategias evitativas, de autoculpa, pensamientos desiderativos y

rumiación que las anoréxicas, además también era más frecuente en ellas las estrategias centradas en la emoción (Nagata *et al.*, 2000; Troop *et al.*, 1994; 1997; 1998; Valdés & Arroyo, 2002).

Aquellos trabajos donde la muestra de estudio estaba clasificada en función de su mayor o menor tendencia a desarrollar un TCA también señalan como aquellas jóvenes con mayor tendencia a desarrollar el trastorno presentaban más estrategias evitativas y centradas en la emoción que aquellas donde el riesgo era menor (Bittinger & Smith, 2003; Fryer *et al.*, 1997; García-Grau *et al.*, 2002; Ghaderi, 2003; Janzen, Kelly, Soklofske, 1992; Koff & Sangani, 1997; Koo-Loeb *et al.*, 2000; Mayhew & Edelman, 1989).

Afrontamiento en relación con otras variables

Los resultados planteados hasta el momento adquieren especial relevancia para el objetivo de este trabajo si atendemos al papel que juega el afrontamiento y las relaciones que establece con las variables con las que se ha analizado; depresión, ansiedad, insatisfacción corporal, autoestima, impulsividad, severidad del trastorno, así como con la adaptación psicosocial. En cuanto a la *depresión*, los estudios revisados sugieren que distintos niveles de depresión conllevan la puesta en marcha de diferentes estrategias de afrontamiento. Así, tanto en anoréxicas como en bulímicas se muestra que niveles mayores de depresión están relacionados con un menor uso de estrategias centradas en el problema, y mayor de centradas en la emoción y evitativas. Así por ejemplo, las bulímicas con altos niveles de depresión presentan menos estrategias de búsqueda de apoyo y de afrontamiento activo (Espeleage, Quittner, Sherman & Thompson, 2000; Tobin & Griffing, 1995; Troop *et al.*, 1994; Patxon y Diggins, 1997; Yager *et al.*, 1995). En cuanto a la *ansiedad*, el estudio de Valdés (2002), en el que se relacionan las estrategias de afrontamiento con las dimensiones de *ansiedad* (estado/rasgo), pone de manifiesto la vinculación entre la huida-evitación y la ansiedad rasgo, es decir, a mayor nivel de ansiedad más elevado es el uso de estrategias evitativas.

Respecto a la variables *insatisfacción corporal* y *autoestima*, en mujeres con mayor riesgo a desarrollar un TCA, cuanto mayor es la insatisfacción corporal mayor es el uso de estrategias centradas en la emoción y menor las centradas en el problema (Koff & Sangani, 1997). Al igual que la variable anterior, la autoestima está asociada de forma negativa con el afrontamiento centrado en la emoción, de modo que a mejor autoestima menor es el uso de este tipo de estrategias (Fryer *et al.*, 1997). Lo contrario ocurre con la *impulsividad*, que en el caso de las bulímicas, mantiene una relación positiva con el afrontamiento centrado en la emoción (Nagata *et al.*, 2000).

Con relación a la *severidad del TCA*, el uso de estrategias de afrontamiento aproximativas, como la planificación y la búsqueda de apoyo emocional, está asociado con menor sintomatología y preocupación por la comida y la enfermedad, así como con una menor duración de la enfermedad y mejor adaptación, mientras que las estrategias evitativas se relacionan con un mayor número de atracones y vómitos (Bloks *et al.*, 2004; Freeman & Gil, 2004; Yager *et al.*, 1995). La relación tanto de las estrategias evitativas y las centradas en la emoción con un mayor número de síntomas del TCA también se presenta en aquellas mujeres que tienen un elevado riesgo de desarrollar el trastorno pero que no lo padecen. Así, por ejemplo, Koff y Sangani (1997), en un grupo de adolescentes, mostró como una mayor sintomatología característica del TCA era predicha por un mayor uso de estrategias centradas en la emoción, mientras Fryer *et al.*, (1997) puso de manifiesto como la búsqueda de apoyo social predecía menor sintomatología característica del TCA. Respecto a la *adaptación psicosocial*, los trabajos revisados tam-

bién ponen de manifiesto que el uso de estrategias evitativas y centradas en la emoción en estas pacientes está relacionado con una peor adaptación, mientras que las estrategias aproximativas y centradas en el problema se relacionan con mejores resultados en salud. Cabe destacar el estudio longitudinal, de 2 años y medio de seguimiento, de Bloks (2001; 2004), en el que evalúa qué estrategias de afrontamiento están asociadas con la recuperación, en términos de un mejor funcionamiento psicosocial, en 146 pacientes que han estado ingresadas o que han seguido su tratamiento en hospitales de día. Para ello compara tres grupos de pacientes, el primero de ellos está formado por pacientes diagnosticadas de un TCA que están totalmente recuperadas tras dos años y medio después de haber recibido tratamiento, el segundo son pacientes parcialmente recuperadas, y el último, pacientes, que tras el tratamiento no han manifestado ninguna mejora. Sus resultados ponen de manifiesto diferencias significativas en cuanto a las estrategias de afrontamiento entre los tres grupos. De modo que el grupo de pacientes totalmente recuperadas utilizan con menor frecuencia estrategias evitativas que los otros dos, dos años y medio después del tratamiento. Posteriormente realizó un análisis predictivo para determinar qué estrategias de afrontamiento se relacionaban con la recuperación, y comprobó que el uso de estrategias de afrontamiento activo, como la confrontación y la búsqueda de soluciones, así como la búsqueda de apoyo social y un bajo uso de estrategias evitativas predecían la recuperación. Estos resultados son coherentes con los de Yager *et al.* (1995), quien señala que el uso de estrategias de afrontamiento aproximativas, como la planificación, se relaciona con una menor duración de la enfermedad.

TABLA 2

Revisión resultados otras variables psicosociales en los trastornos alimentarios

AUTORES	INSTRUMENTO	RESULTADO	
		V. PSICOSOCIAL	AFRONTAMIENTO Y V. PSICOSOCIAL
Janzen, Kelly y Soklofske (1992)	BULIT : Bulimia Test (Smith y Thelen, 1984)	Sintomatología TCA	Sintomatología BN (r+) centrado emoción Sintomatología BN (r-) centrado problema
Troop, Holbrey, Trowler y Treasure, (1994)	BDI : Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961)	Depresión	<u>En AN</u> : Depresión (r+) Pensamiento desiderativo Depresión (r-) Afront. Centrado Problema <u>En BN</u> : Depresión (r+) Evitación Depresión (r-) Búsqueda Apoyo Social
Tobin y Griffing, (1995)	BDI	Depresión	[LD y DM] > [ND y DS] <i>Centrado en la emoción</i> [LD y DM] < [ND y SD] <i>Centrado en el problema</i> SD > [ND, LD, DM] <i>Autocrítica y Expresión emocional</i> [LD y MD] > SD <i>Búsqueda apoyo, evitación y pensamiento desiderativo</i> ND=LD=MD=SD <i>Reestructuración cognitiva</i> ≠ Niveles Depresión ⇔ ≠ Estrategia afrontamiento Depresión (r+) Evitación "desconexión"
Yager, Rorty y Rossotto, (1995)	BDI EAT-SADS-L (Espitzer y Endicott, 1979)	Depresión Severidad Bulimia	En BN: Depresión (r-) Afrontamiento Activo Planificación (r-) Síntomas bulímicos Preocupación comida Duración de la enfermedad Búsqueda Apoyo (r-) Síntomas bulímicos Emocional Preocupación enfermedad
Fryer, Waller y Kroese, (1997)	SCANS : (Slade y Dewey, 1986) EAT-26 : (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982)	Autoestima Sintomatología	Autoestima (r-) Percepción de estrés Afrontamiento Emoción Búsqueda apoyo social (r-) síntomas TCA
Koff y Sangani, (1997)	Criterios elaborados al efecto	Imagen Corporal Negativa	Centrado Emoción (r+) Insatisfacción corporal Distorsión tamaño Insatisfacción corporal (r+) Distracción Insatisfacción peso (r-) Centrado problema Diversión social

continúa

AUTORES	INSTRUMENTO	RESULTADO	
		V. PSICOSOCIAL	AFRONTAMIENTO Y V. PSICOSOCIAL
Patxon y Diggens, (1997)	DEBQ-Res: Restraint Scale of the Dieting Behaviour Questionnaire (van Strein <i>et al.</i> , 1986) BULIT: BDI EDI: Eating Disorder Inventory (Garner <i>et al.</i> , 1983)	Restricción alimentaria Atracarse la comida Depresión Autoconocimiento Aversivo; Insatisfacción Corporal Tendencia a la delgadez Perfeccionismo	[B = R] > [B] > C Depresión (r+) Los atracones y la depresión están relacionadas con la evitación. Sin embargo el usar estrategias de evitación no es predictivo de darse atracones cuando la depresión no está presente. (el uso de las estrategias de evitación estaría más relacionado con la depresión que con el hecho de atracarse). Evitación (r+) Depresión Impulsividad (r+)Afrontamiento centrado emoción Sintomatología TCA (r+) Evitación Centrado emoción <u>En AN y BN:</u> Afrontamiento Activo (r+) ajuste psicológico Afrontamiento Activo (r-) Síntomas TCA y Psicopatología Evitación (r+) Distracción (r-) Ajuste psicológico Búsqueda apoyo (r+) ajuste psicológico (r-) Síntomas TCA
Ghaderi y Scott, (2000)	Cuestionario elaborado al efecto	Depresión	Evitación (r+) Depresión
Nagata <i>et al.</i> , (2000)	IBQ: Impulsive Behavior Questionnaire (Nagata <i>et al.</i> ¿) EDI	Impulsividad Conductas impulsivas Multimpulsividad Síntomas TCA	Impulsividad (r+)Afrontamiento centrado emoción Sintomatología TCA (r+) Evitación Centrado emoción
Bloks <i>et al.</i> , (2001)	EDES: Eating Disorder Evaluation Scales (Vandereycken, 1993) SCL-90-R: Sympton Checklist 90 Revised (Derogatis, 1977)	Severidad TCA Psicopatología	<u>En AN y BN:</u> Afrontamiento Activo (r+) ajuste psicológico Afrontamiento Activo (r-) Síntomas TCA y Psicopatología Evitación (r+) Distracción (r-) Ajuste psicológico Búsqueda apoyo (r+) ajuste psicológico (r-) Síntomas TCA
Bennett y Cooper, (2001)	EAT-26	Síntomas TCA	Afrontamiento centrado problema (r-) Síntomas Afrontamiento centrado emoción (r+) Síntomas Apoyo instrumental (r+) Síntomas TCA Apoyo emocional Apoyo informacional Síntomas TCA } (r-)
Valdés y Arroyo (2002)	STAI	Ansiedad Estado/ Rasgo	Huida-Evitación (r+) Ansiedad Rasgo
Ball y Lee, (2002)	EDI: Eating Disorder Inventory (Garner <i>et al.</i> , 1983)	Síntomas TCA	Evitación (r+) Síntomas TCA

continúa

AUTORES	INSTRUMENTO	RESULTADO	
		V. PSICOSOCIAL	AFRONTAMIENTO Y V. PSICOSOCIAL
Bittinger y Smith, (2003)	BDI	Depresión	↑Evitación (r+) ↓Depresión
Ghaderi, A. (2003)	SEDS : Survey for eating disorders (Götestam y Agras, 1995)	Síntomas TCA	Evitación/Escape(r+) Síntomas TCA
Bloks, Van Furth, Callewaert y Hoek, (2004)	LIFE : Longitudinal Interview follow-up evaluation (Keller <i>et al.</i> , 1987)	Severidad TCA y Funcionamiento Psicosocial	Seridad TCA (r-) Estrategias evitativas Reacción pasiva Adaptación (r+) { Confrontación Búsqueda de apoyo social
Freeman y Gil, 2004	DEBQ : Dutch Eating Behaviour Questionnaire (van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986)		Atracción { (r+) Distracción (r-) Apoyo Social

Signos: †: Mujer, ↑: Elevada, ↓: Baja, <: menor que, >: mayor que, ≠: diferentes, ¿: Se desconoce; =: igual a; (r+): correlación positiva; (r-): correlación negativa.; (+): Más; (-): Menos;

DISCUSIÓN

Los resultados de la revisión de los diferentes trabajos en los que se han analizado las estrategias de afrontamiento en pacientes con un TCA muestran como estas pacientes presentan una menor efectividad en su respuesta de afrontamiento al compararlas con controles. Es así que, tanto anoréxicas como bulímicas utilizan en menor medida estrategias de afrontamiento aproximativas y centradas en el problema, y sin embargo es muy común en ellas la evitación y las estrategias centradas en la emoción (Bennett & Cooper, 2001; Fryer *et al.*, 1997; Ghaderi & Scott, 2000; Janzen *et al.*, 1992; Koff & Sangani, 1997; Lugli & Vivas, 2006; Mayhew & Edelman, 1989; Nagata *et al.*, 2000; Neckowitz & Morrison, 1991; Patxon & Diggins, 1997; Soukup *et al.*, 1990; Tobin & Griffing, 1995; Troop *et al.*, 1994; 1998; Yager *et al.*, 1995). Además este mayor uso de las estrategias evitativas y centradas en la emoción ya está presente en las mujeres con mayor tendencia a desarrollar el trastorno (García-Grau *et al.*, 2002; Koff & Sangani, 1997;

Koo-Loeb *et al.*, 2000). Esta forma de afrontamiento puede deberse a la poca confianza que tienen estas pacientes en su capacidad de resolver problemas (Soukup *et al.*, 1990). De esta manera, no ponen en marcha estrategias de afrontamiento como la confrontación, la búsqueda de apoyo social o de información que están relacionadas con un mejor ajuste psicológico (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002; Soukup *et al.*, 1990; Valdés & Arroyo, 2002). En un principio, la *evitación* puede servir para disminuir el estrés y la ansiedad, y permitir un reconocimiento gradual de la enfermedad, que perciben como amenazante. De este modo, obtienen el tiempo necesario para la asimilación de la información estresante y para la movilización de esfuerzos para cambiar el entorno o conseguirse protección. En ocasiones, el uso parcial o mínimo de la evitación puede conducir a un aumento de la esperanza y el coraje, incluso a largo plazo tiene consecuencias positivas, ya que puede facilitar la aproximación. Sin embargo, estos beneficios potenciales de las estrategias evitativas desaparecen si no se combinan con otras aproxi-

mativas. Esto puede ser lo que ocurra en estas pacientes, que usan la evitación no para prepararse para la aproximación a su problema, sino para escapar de las emociones negativas que les provocan las situaciones estresantes, que en estas pacientes están relacionadas con la comida y con aspectos corporales (Bittinger & Smith, 2003; Christiano & Mizes, 1997).

Christiano y Mizes (1997) consideran que son dos los factores que estarían facilitando el mayor uso de la evitación en estas pacientes. El primero de ellos sería la percepción de soledad, de no contar con el apoyo de los demás, y el segundo, su dificultad para identificar y controlar sus emociones. Respecto al primero de ellos, y cómo se ha demostrado en diversos estudios las mujeres con un TCA perciben menos apoyo emocional, instrumental e informativo que la población sana (Benett & Cooper, 2001; Quiles, Terol & Quiles, 2002; Rorty *et al.*, 1999; Tiller, Sloane, Schmidt, Troop, Power & Treasure, 1997). Además, y cómo han puesto de relieve los estudios revisados, no utilizan la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento, debido en parte a sus pobres relaciones sociales (Tobin & Griffing, 1995; Troop *et al.*, 1994; 1998; Yager *et al.*, 1995). En consecuencia, esta percepción de soledad, de no contar con nadie para enfrentarse al problema les puede conducir a elegir la evitación como estrategia más efectiva para enfrentarse a su problema. En cuanto al segundo factor, la dificultad para identificar y controlar sus emociones, se ha demostrado cómo estas pacientes usan el atracón o la purga como una estrategia para evitar o mitigar las emociones negativas. Incluso, como se ha señalado anteriormente, se ha llegado a considerar los síntomas propios del trastorno (vómitos, restricción alimentaria) como estrategias de afrontamiento en sí mismas, ya que estas conductas se realizan para disminuir el nivel de tensión que se produce en este trastorno (Troop, 1997; 1998). De este modo, para las bulímicas, el atracarse de comida sería una estrategia para el alivio emocional del estrés y para evitar la autoevaluación negativa. En ellas el comer con desmesura se asocia con una reducción de la tensión, de la ansiedad y de la culpa, así el

malestar que precede al atracón se reduce tras éste. Lo mismo ocurre con la purga, frecuentemente a través del vómito, que cumple la función de disminuir la ansiedad que produce la comida, mecanismo que mantiene el trastorno (Troop, 1998). No obstante, para otros autores, el mayor uso de estrategias evitativas en estas pacientes está más relacionado con los niveles de depresión que presentan que con los síntomas del trastorno en sí (García, 2004; Tobin & Griffing, 1995; Troop *et al.*, 1994; Espeleage *et al.*, 2000; Yager *et al.*, 1995). Incluso señalan que a mayor depresión más frecuente es el uso de la evitación (Bittinger & Smith, 2003). Esta relación también se ha puesto de manifiesto en muestras de pacientes con distintas patologías (Billing & Moss, 1984; Marx, Williams & Claridge, 1992). Sin embargo, esta explicación plantea la necesidad de contrastar los mecanismos de influencia depresión-afrontamiento diseñando estudios longitudinales, pues así es como se podría evaluar el estado depresivo como respuesta a la enfermedad y el cambio que este estado provoca en las distintas formas de afrontamiento a largo plazo.

En cuanto al uso de estrategias centradas en la emoción, esta forma de afrontamiento es característica cuando no se posee información precisa y adecuada sobre el problema y cuando se cree que éste es incontrolable (Lazarus & Folkman, 1984; Ridder & Schreurs, 1996; Rodríguez-Marín, 1995). Esto es algo que ocurre en estas pacientes, el perfeccionismo que las caracteriza y la rigidez mental que presentan, que hace que atribuyan cualquier situación de ansiedad y/o malestar a la comida o al peso, impide el procesamiento de la información relevante relacionada con el acontecimiento estresante, lo que dificulta a su vez la resolución del problema (definición del problema, generación de alternativas y tras su evaluación su puesta en marcha) (Bittinger & Smith, 2003; Christiano & Mizes, 1997).

Respecto a los estudios revisados, también cabe destacar que tanto el uso de estrategias centradas en la emoción y la evitación para afrontar los problemas se han presentado como

un factor de riesgo para desarrollar un TCA cuando se ha evaluado la existencia de diferencias en las estrategias de afrontamiento entre mujeres con menor o mayor tendencia a desarrollar un TCA, ya que se ha establecido que estas últimas utilizan más estrategias evitativas y centradas en la emoción. Así por ejemplo, Mayhew y Edelman (1989) mostraron que las estudiantes con mayor tendencia a desarrollar un TCA presentaban más estrategias evitativas y menos afrontamiento activo, tanto cognitivo como conductual. Fryer *et al.*, (1997) mostró cómo en un grupo de chicas estudiantes, con una edad media de 14 años, las estrategias de afrontamiento centrado en el problema, cómo la búsqueda de apoyo social, predecía un menor riesgo para desarrollar un TCA. En esta misma línea, Koff y Sangani (1997) comprobaron cómo aquellas mujeres con mayor riesgo de desarrollar un TCA utilizaban más estrategias centradas en la emoción y menos en el problema. En este sentido, algunos autores consideran estas estrategias (evitativas y centradas en la emoción) como variables predictivas de los TCA (Ball & Lee, 2002; García-Grau *et al.*, 2002; Janzen *et al.*, 1992; Koff & Sangani, 1997; Koo-Loeb *et al.*, 2000; Mayhew & Edelman, 1989; Patxon & Diggins, 1997).

En cualquiera de los casos, ambos tipos de estrategias, evitativas y centradas en la emoción, se han relacionado con una peor adaptación en estas pacientes, mientras que las estrategias aproximativas y centradas en el problema se relacionan con mejores resultados en salud. Así, mientras la distracción y la evitación, respectivamente, se asocian con un peor ajuste psicológico y mayor nivel de ansiedad, la búsqueda de apoyo y el afrontamiento activo se relacionan con mejores niveles de este ajuste (Bloks *et al.*, 2001; Valdés & Arroyo, 2001). Esta forma de afrontamiento explicaría el mantenimiento y la perpetuación de estos trastornos, ya que las estrategias centradas en el problema y las aproximativas, están relacionadas con la recuperación y un mejor ajuste de la enfermedad. Así en los TCA la planificación y la búsqueda de apoyo está relacionada de forma negativa con la severidad del trastorno, la preocupación por la comida y la duración de la enferme-

dad. Y a su vez, la reevaluación positiva del problema y la reestructuración cognitiva se relacionan de forma positiva con la recuperación y ajuste (Ball & Lee, 2002; Bloks *et al.*, 2001; Ghaderi & Scott, 2000; Janzen *et al.*, 1992; Yager *et al.*, 1995). Por lo tanto, cualquier intervención dirigida a los TCA debería incluir el entrenamiento en este tipo de estrategias, así como enseñar a estas pacientes a realizar evaluaciones más precisas de las situaciones estresantes, ya que este estilo de afrontamiento menos adaptativo está relacionado con el mayor impacto que producen en ellas las situaciones estresantes, así como la mayor vulnerabilidad que presentan ante temas asociados con la comida y la imagen corporal (Bittinger & Smith, 2003).

A pesar de la importancia contrastada del afrontamiento en los resultados de salud y adaptación en estas pacientes, las conclusiones sobre estrategias concretas deben ser considerados con cautela debido a las dificultades que presenta la evaluación del afrontamiento. Entre otras razones se apunta; la complejidad del concepto, el gran número de instrumentos utilizados para valorarlo, la falta de criterios comunes para delimitar el contenido y el número adecuado de estrategias y dimensiones (López-Roig y cols., 1999; Ridder, 1997; Skinner *et al.*, 2003). La revisión de trabajos que presentamos apoya la necesidad de reflexionar sobre el diseño de estudios que traten de mostrar el papel de afrontamiento en la enfermedad; los diseños transversales simples; los análisis de relación de una única estrategia junto con otras muchas; el estudio del afrontamiento como respuesta situacional puntual frente al concepto de “proceso” que enmarca teóricamente la investigación; o la necesidad de considerar las pautas más estables de afrontar además de las respuestas situacionales, son algunas de las cuestiones a tener en cuenta si pretendemos conocer el papel real de este proceso (Lazarus, 1993; López-Roig y cols., 1999). De todo esto se deriva la necesidad de un mayor desarrollo investigador centrado en el afrontamiento y los TCA, donde se concreten las dimensiones del afrontamiento relevantes en los TCA y se utili-

cen diseños longitudinales que permitan conocer el papel del afrontamiento no sólo en el curso del trastorno sino también en el inicio y en la remisión del mismo. Ya que los estudios transversales no permiten concluir si esta menor efectividad en su afrontamiento es una característica que precede al TCA o si por el contrario es resultado del proceso de enfermedad, como apunta Blaase (2001) en su trabajo, en el cual compara pacientes con un TCA con sujetos recuperados del trastorno. En este estudio se pone de manifiesto que las estrategias de afrontamiento desadaptativas en estas pacientes son consecuencia de la enfermedad que pade-

cen, ya que sujetos recuperados del trastorno presentan estrategias adaptativas. Por lo tanto, esta autora concluye afirmando que los problemas de afrontamiento en las pacientes con un TCA aparecen una vez el problema está instaurado y no serían una causa del mismo. No obstante, los resultados de estas investigaciones son de gran interés para la elaboración de programas de prevención e intervención dirigidos a pacientes y grupos de población de riesgo, donde se fomentaría el entrenamiento de estrategias de afrontamiento más adaptativas y la evaluación de situaciones estresantes.

REFERENCIAS

- Aliaga, F. & Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: Revisión crítica de la "Escala de Modos de Afrontamiento". *Ansiedad y Estrés*, 2, 17-26.
- Anderson, D. A., Simmons, A. M., Martens, M. P., Ferrier, A. G. & Sheehy, M. J. (2007). The relationship between disordered eating behaviour and drinking motives in college-age women. *Eating behaviors*, 7 (4), 419-422.
- Ball, K. & Lee, C. (2002). Psychological stress, coping and symptoms of disordered eating in a community of simple of young australian women. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 71-81.
- Beato, L. & Rodríguez, T. (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Psiquis*, 6 (21), 50-55.
- Bennett, D. A. & Cooper, C. L. (1999). Eating disturbance as a manifestation of the stress process: a review of the literature. *Stress Medicine*, 15, 167-182.
- Bennett, D. A. & Cooper, C. L. (2001). Psychological discriminators of subjects at different stages of the eating disturbed spectrum. *Personality and Individual Differences*, 30, 917-929.
- Bifulco, A. & Brown, G. W. (1996). Cognitive coping response to crises and onset of depresión. *Social and Psychiatric Epidemiology*, 31, 163-172.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Bittinger, J. N. & Smith, J. E. (2003). Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping responses in women with disordered eating. *Eating Behaviors*, 4, 89-106.
- Blaase, H. & Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: Permanent or transient features?. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 467-478.
- Bloks, H., Spinhoven, P., Callewaert, I., Willemse-Koning, C. & Turksma, A. (2001). Changes in coping style and recovery after inpatient treatment for severe eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 6, 397-415.
- Bloks, H., Van-Furth, E., Callewaert, I. & Hoek, H. (2004). Coping strategies and recovery in patients with severe eating disorder. *Eating Disorder: The Journal of Treatment and Prevention*, 12 (2), 157-169.
- Bousoño, M., González, P. & Bobas, J. (1994). *Psicobiología de la Bulimia Nerviosa*. Madrid: EDIDE.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Carrobes, J. C., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, C. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3), 420-426.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cattanach, L. & Rodin, J. (1988). Psychosocial components of the stress process in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 1, 75-88.

- Crhristiano, B. & Mizes, J. (1997). Appraisal and coping deficits associated with eating disorders: implications for treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 263-290.
- Crowther, J. H., Sanftner, J., Bonifazi, D. Z. & Shepherd, K. L. (2001). The role of daily hassles in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 449-454.
- Endler, N. S. & Parker, D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Espeleage, D. L., Quittner, A. L., Sherman, R. & Thompson, R. (2000). Assessment of problematic situations and coping strategies in women with eating disorders: initial validation of a situation-specific problem inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22, 3, 271-297.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during the three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Freeman, Y. & Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 204-212.
- Fryer, S., Waller, G. & Kroese, B. (1997). Stress, coping and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 427-436.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1996). The adolescent coping scale: multiple forms and applications of a self report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 224-235.
- García, C. (2004). Anorexia and depression: depressive comorbidity in anorexic adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 7 (1), 40-52.
- García-Grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldaña, C. & Bados, A. (2002). Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 116, 116-120.
- George, V., Erb, A., Harris, C. & Casazza, K. (2007). Psychosocial risk factors for eating disorders in Hispanic females of diverse ethnic background and non-Hispanic females. *Eating Behaviors*, 8 (1), 1-9.
- Ghaderi, A. (2003). Structural modelling analysis of prospective risk factors for eating disorders. *Eating behaviours*, 3, 4, 387-396.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2000). Coping in dieting and eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 273-279.
- Heatherton, T. F. & Baumesiter, R. F. (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heppner, P. P. & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 66-75.
- Janzen, B. L., Kelly, I. W. & Saklofske, D. I. (1992). Bulimic symptomatology and coping in a nonclinical sample. *Perceptual and Motor Skills*, 75, 395-399.
- Kessler, R. C., Price, R. H. & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 50-58.
- Koff, E. & Sangani, P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 51-56.
- Koo-Loeb, J. H., Costello, N., Light, K. & Girdler, S. S. (2000). *Psychosomatic Medicine*, 62, 539-548.
- Lazarus, R. S. (1981). The stress and coping paradigm. En: C. Eisdorfer, D. Cohen & A. Kleiman (eds.). *Theoretical bases for psychopathology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer. [Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986].
- López-Roig, S., Neipp, M. C., Pastor, M. A., Terol, M. C. & Castejón, J. (1999). Afrontamiento del cáncer: una revisión empírica. *Revista de Psicología de la Salud*, 11 (1-2), 141-173.
- Lugli, Z. & Vivas, E. (2006). Afrontamiento y solución de problemas en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 14 (1), 101-113.
- Mayhew, R. & Edelman, R. J. (1989). Self-esteem, irrational beliefs and coping strategies in relation to eating problems in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 10, 5, 581-584.
- Marx, E. M., Williams, J. M. & Claridge, G. C. (1992). Depression and social problem solving. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 78-86.
- Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1986). Life transactions and crises: a conceptual overview. En: R. H. Moos (ed.). *Coping with life crises: an integrated approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Morandé, G., Celada, J. & Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 215-219.

- Nagata, T., Matsuyama, M., Kiriike, N., Iketani, T. & Oshima, J. (2000). Stress coping strategy in Japanese patients with eating disorders: Relationship with bulimic and impulsive behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 280-286.
- Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Yamanaka, G. & Sasaki, T. (2000). Coping skills in Japanese women with eating disorders. *Psychological Reports*, 87, 741-746.
- Neckowitz, P. & Morrison, T. L. (1991). Interactional coping strategies of normal weight bulimic women in intimate and nonintimate stressful situations. *Psychological Reports*, 69, 1167-1175.
- Padierna, C., Fernández-Rodríguez, C., Pérez-Álvarez, M., Amigo, I., González-Menéndez, A., Gracia, J. M., Fernández-Martínez, R. & Peláez, I. (2004). Medida de las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos paliativos: propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 21 (1), 15-27.
- Pastor, M. A., López-Roig, S., Lledó, A., Martín-Aragón, M., Pons, N., Rodríguez-Marín, J., Sánchez, S., Terol, M. C., Fernández, J., Tovar, J., Ibero, I., Rosas, J. & Salas, E. (2000). Afrontamiento y Estado de Salud en la Fibromialgia. En J. Fernández, J. Herrero & A. Bravo (Eds.). *Intervención Psicosocial y Comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida*. (pp. 322-328). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Patxon, S. J. & Diggins, J. (1997). Avoidance coping, binge eating and depression: an examination of the escape theory of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 83-87.
- Penley, J. A., Tomaka, J. & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 6, 551-603.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irata-Estévez, J., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F. & Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.
- Quiles, Y., Terol, M. C. & Quiles, M. J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 2, 313-333.
- Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. & Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 63-72.
- Raich, R. M. (1999). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Ridder, D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology and Health*, 12, 417-431.
- Ridder, D. & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 1, 71-82.
- Rivas, T., Bernabé, R. & Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga. *Salud Mental*, 24, 25-31.
- Rodríguez, M. J., Esteve, R. & López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12 (3), 339-343.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S., Martín-Aragón, M. & Pastor, M. A. (2003). Apoyo social, afrontamiento y estado de salud en los pacientes oncológicos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 25, 37-51.
- Roger, D., Jarvis, J. & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Rojo, L., Conesa, L.L., Bermúdez, O. & Livianos, L. (2006). Influence of stress in the onset of eating disorders data from two-stage epidemiologic controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68 (4), 628-635.
- Ruiz, P. M. (1999). *Guía práctica prevención de los trastornos alimentarios*. Zaragoza: Calidad Gráfica.
- Schmidt, U., Tiller, J. & Treasure, J. (1993). Psychosocial factors in the origins of bulimia nervosa. *International Review of Psychiatry*, 5, 51-60.
- Schmidt, U., Troop, N. A. & Treasure, J. (1999). Events and the onset of eating disorders: correcting an "age old" myth. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 83-88.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B. & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 2, 216-269.
- Soukup, V. M., Beiler, M. E. & Terrell, F. (1990). Stress and coping style in eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 5, 592-598.
- Spoor, S. T., Bekker, M. H., Van-Strien, T. & Van-Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping and emotional eating. *Appetite*, 48 (3), 368-376.

- Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Terol, M. C. (1993). *Afrontamiento y Apoyo Social en la Enfermedad Crónica*. Memoria de Licenciatura. Universidad de Valencia.
- Tiller, J. M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. & Treasure, J. L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(1), 31-38.
- Tobin, D. L. & Griffing, A. S. (1995). Coping and depresión in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 4, 359-363.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. & Cuesta, L. (1989). Eating Attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Troop, N. A. (1998). Eating disorders as a coping strategy: a critique. *European Eating Disorders Review*, 6, 229-237.
- Troop, N. A., Holbrey, A., & Treasure, J. L. (1998). Stress, coping and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-166.
- Troop, N. A., Holbrey, A., Trowler, R. & Treasure, J. L. (1994). Ways of coping in women with eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 535-540.
- Troop, N. A. & Treasure, J. (1997). Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to life-events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 373-385.
- Tuschen-Caffier, B. & Vogele, C. (1999). Psychological and physiological reactivity to stress: an experimental study on bulimic patients restrained eaters and controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 333-340.
- Valdés, M. & Arroyo, M. C. (2002). Coping strategies and anxiety: preliminary survey on a sample of women with eating disorders. *Ansiedad y Estrés*, 8, 1, 49-58.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Álvarez, G., Ruiz, A. & Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual: Revista de Psicología Clínica de la Salud*, 12 (3), 415-427.
- Vázquez, R., Raich, R., Viladrich, M. C., Álvarez, G. & Díaz, J. M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 325-335.
- Yager, J., Rorty, M. & Rossotto, M. A. (1995). Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating disordered control subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 86-94.

Recepción: Noviembre de 2006

Aceptación final: Diciembre de 2007