

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICOS



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TESIS DOCTORAL:

RESILIENCIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

PRESENTADA POR:

VIRGÍNIA ÂNGELA MENEZES DE LUCENA E CARVALHO

BAJO LA DIRECCIÓN:

DR. D. MIGUEL PÉREZ FERNÁNDEZ

SALAMANCA-2015

RESILIENCIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TESIS DOCTORAL REALIZADA POR:

Virginia Ângela Menezes de Lucena e Carvalho

DIRIGIDA POR:

Dr. D. Miguel Pérez Fernández.

DEPOSITADA EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

NOVIEMBRE 2015

El Dr. D. Miguel Pérez Fernández, Profesor Titular del Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca,

CERTIFICA QUE:

El presente trabajo de investigación titulado “Resiliencia y Trastornos de la Conducta Alimentaria, realizado por la doctoranda Dña. Virginia Ângela Menezes de Lucena e Carvalho, Licenciada en Psicología por el Centro Universitário de João Pessoa, UNIPÊ, se ha desarrollado bajo mi dirección y supervisión, reuniendo, a mi juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor científico para obtener el Grado de Doctor en Psicología a través del programa de doctorado en Psicología Clínica y de la Salud.

Y para que conste, firmo la presente en Salamanca,

A 15 de noviembre de dos mil y quince,

Fdo: Dr. D. MIGUEL PÉREZ FERNÁNDEZ.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS, a DIOS, por mi existencia.

GRACIAS a Danilo y Martina por alegrar cada día de mi vida.

GRACIAS, al Dr. Miguel Pérez Fernández, mi director de tesis, por su inteligencia, habilidades sociales, empatía, competencia, autoeficacia y sabiduría. Sobre todo, por la amistad y confianza que ha depositado siempre. Mi eterno agradecimiento.

GRACIAS, al Dr. Bernardino Fernández Calvo, por la larga trayectoria histórica a mi lado, brindando cariño, apoyo, complicidad, solidaridad, compañerismo, y por el tiempo dedicado en ayudarme con la tesis. Mi especial reconocimiento e infinita gratitud, por su excelente contribución en la tesis.

GRACIAS, al Dr. Pedro Manuel Mateos García, por su cortesía, amistad y apoyo académico al dejarme pasar los cuestionarios en sus clases. Este trabajo hubiera posible sin su ayuda.

GRACIAS, a la facultad de Salamanca y al doctorado en Psicología Clínica y de la Salud por darme la oportunidad de realizar este doctorado, y a todos los profesores que siempre me trataron con simpatía y respeto.

GRACIAS, a la Universidad Federal de Paraíba y al Departamento de Medicina Interna, donde soy profesora, por el soporte académico y financiero.

GRACIAS, a mis amigos, Severino Ramos, Coordinador del Curso de Medicina y a Eduardo Sergio, Director del Centro de Ciencias Médicas, CCM, de la Universidad Federal da Paraíba, por establecieron una verdadera amistad y una red de apoyo social, afecto y resiliencia.

GRACIAS, a Cándida, Boanerges, Dora y Lia, ejemplos de resiliencia, por estar siempre a mi lado en las adversidades de la vida, ayudándome a superálas.

GRACIAS, a mí excelente hermana del alma, Aura Valdés Lorenzo, por el respeto, amistad, consideración, y complicidad, y por ser la amiga cierta de las horas inciertas.

GRACIAS, a todos que los que me ayudaron de forma directa o indirecta para la conclusión de este doctorado.

GRACIAS, la Universidad Federal de la Paraíba, UFPB, y al Departamento de Medicina Interna, DMI, donde soy profesora, por el apoyo académico y financiero.

GRACIAS, a mis amigos, Severino Ramos, Coordinador del Curso de Medicina y a Eduardo Sergio, Director del Centro de Ciencias Médicas, CCM, de la Universidad Federal de la Paraíba, por establecieron una verdadera amistad y una red de apoyo social, afecto y resiliencia.

A los individuos resilientes que vivenciaron alguno TCA y salieron fortalecidos por ellos.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas, caracterizadas por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Así, los medios de comunicación y el mundo de la moda sustentan la imagen de la extrema delgadez, sinónimo de éxito, seguridad y felicidad, como un canon de belleza en la sociedad contemporánea. La insatisfacción con la imagen corporal y los métodos para perder peso, no sanos, puede suponer un riesgo para la salud y colocar a las personas en situaciones de vulnerabilidad para los TCA. No obstante, la literatura, apunta que existen otros factores psicosociales que pueden jugar un papel opuesto; esto, consiguen proteger los individuos cara a los TCA. En este sentido, cabe destacar que la resiliencia, como capacidad de recuperarse contra la adversidad y rehacerse, puede constituir uno de estos factores. **OBJETIVO.** Estudiar la resiliencia y su relación con los TCA en una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca. **MÉTODO.** Fueron entrevistadas 365 alumnas, procedentes de diferentes provincias de España, con una edad media de 21,38 años (DT = 2,53), de las cuales el 61,5 vivía en pisos de estudiantes. Las alumnas fueron sometidas a una entrevista para determinar la presencia de trastornos de la conducta alimentarias (TCA) y evaluar diferentes predictores de los mismos. Los cuestionarios utilizados fueron los siguientes: a) un cuestionario sociodemográfico en el que se solicitaban datos de tipo sociodemográfico para valorar variables personales, familiares y del contexto académico; el índice de masa corporal (IMC); La escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003), para medir la resiliencia; el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT-40; Garner

& Garfinkel, 1979), para evaluar las variables relacionadas con las actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa; y, por último, el Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987), encaminado a detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal.

RESULTADOS. El 68,8% de las alumnas presentaban un peso normal, el 20% un peso bajo y el 10,4% manifestaron sobrepeso según el índice de masa corporal (IMC). El 31,8% de las estudiantes informó de la presencia de obesidad en la familia, siendo la madre responsable del 37,1% de los casos, mientras que 11,8% de las jóvenes entrevistadas relataron caso casos de anorexia o bulimia en la familia, de los cuales estos TCA lo presentaba la propia entrevistada en el 18% de los casos. Los mayores porcentajes de TCA se encontraron entre las alumnas que relataban vivir solas (33,3%) o haber repetido algún curso de psicología (24,4%). Un dato a reseñar fue la asociación que encontramos entre los TCA con la diferencia que hay entre la medida antropométrica real de la alumna y aquella que considera ideal. Concretamente, la probabilidad de tener probable TCA fue 2,16 veces mayor en el grupo con alta diferencia de peso, y 1,66 ($p = 0,010$) veces mayor en el grupo con alta diferencia en la talla ($p = 0,049$). También, las alumnas que relataron historia presencia de obesidad o de anorexia o bulimia en la familia fueron respectivamente 1,85 y 3,25 veces más propensas a tener trastornos de la alimentación. Por otro lado, las alumnas con baja resiliencia fueron 1,66 veces más propensas a tener TCA. Además, los datos demostraron que las jóvenes con baja resiliencia fueron 1,82 veces más propensas para ser perfeccionistas, 1,82 ineficaces, 1,86 desconfiadas interpersonalmente, 1,87 inseguras, 1,57 para tener alta consciencia, 1,80 alto miedo de la madurez. La probabilidad de presentar un TCA fue 5,85 veces más alta en aquellas alumnas que peores actitudes hacia la comida, evaluadas con el EAT. Así, la probabilidad de

presentar TAC fue todavía más alta (6,33) entre aquellas alumnas que puntuaron alto en la subescala TCA dieta, esto es, entre aquella que realizan más tipos de dietas, e entre las alunas con mayor insatisfacción con el propio cuerpo (6,17 veces más alta). Finalmente, encontramos que los predictores de los TCA fueron: la diferencia antropométrica entre la talla real y la ideal (OR = 2,93; p = 0,01), presentar antecedentes de anorexia o bulimia en la familia (OR = 2,86; p = 0,02), tener actitudes altas hacia la comida (OR = 2,37; p = 0,02) y mayor insatisfacción con la propia imagen corporal, que presentó los mayores efectos, variando de 5,47 a 5,79. **CONCLUSIÓN.** La resiliencia parece que puede prevenir contra los TCA. Aunque estos datos precisan ser confirmados en nuevos estudios, a priori, los resultados de la presente investigación parecen indicar que este constructo psicológico podría ser utilizado en los programas de prevención contra los TCA, en la perspectiva de la promoción de la salud mental y calidad de vida de las personas.

Palabras claves: resiliencia; trastorno de la conducta alimentaria; insatisfacción por la imagen corporal; estudiantes universitarias.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Eating disorders (ED) are psychiatric disorders characterized by pathological behavior involving food intake and an obsession with weight control. In this context, the media and the fashion world promote the image of extreme thinness as synonymous with success, security, happiness, and as a symbol of beauty in contemporary society. Dissatisfaction with body image and unhealthy weight loss methods can pose a risk to health and put people in a situation of vulnerability to eating disorders. However, the literature suggests that there are other psychosocial factors that may play an opposite role. They might protect individuals from eating disorders. In this regard, it is noteworthy that resilience, the ability to recover and rebuild from adversity, can be one of these factors. **OBJECTIVE:** to study the association between resilience and ED in a sample of students from the School of Psychology at the University of Salamanca. **METHOD:** 365 female students were interviewed from different provinces of Spain, with a mean age of 21.38 years ($SD = 2.53$), of which 61.5 lived in student dormitories. The students were interviewed to determine the presence of ED and to evaluate different predictors of them. The following questionnaires were used: a) a sociodemographic questionnaire to collect data on personal, family and academic variables as well as the Body Mass Index (BMI); b) the scale of Connor-Davidson on Resilience (CD-RISC, Connor, and Davidson, 2003) to measure the resilience; c) the Test of Attitudes toward Food (EAT-40, Garner and Garfinkel, 1979) to assess variables related to attitudes and behaviors associated with anorexia nervosa; and d) the Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper and Fairburn, 1987) to detect attitudes, behaviors and influences regarding body image. **RESULTS:** 68.8% of the

students have a normal weight; 20% have underweight and 10.4% showed overweight considering the body mass index (BMI); 31.8% of students reported obesity in the family, and the mother is the family representative regarding this feature in 37.1% of cases, while 11.8% of the interviewees reported cases of anorexia or bulimia in the family, and the interviewee reported having one of these ED herself in 18% of cases. The highest percentages of ED were identified among the students who reported to live alone (33.3%) or to have repeated a course in psychology (24.4%). An association was found between ED and the difference between the actual anthropomorphic measurement of the student and the one she considers ideal. Specifically, the likelihood of having ED was 2.16 times higher in the group with high difference in weight, and 1.66 times ($p = 0.010$) higher in the group with high difference in height ($p = 0.049$). Furthermore, students who reported the presence of obesity and anorexia or bulimia in the family were respectively 1.85 and 3.25 times more likely to have eating disorders. Students with low resilience were 1.66 times more likely to have eating disorders. In addition, the data showed that girls with low resilience were 1.82 times more likely to be perfectionists, 1.82 times to be ineffective, 1.86 times to be interpersonally suspicious, 1.87 times to be insecure, 1.57 times to have high awareness, 1.80 times to be have high fear of maturity. The probability of having an ED was 5.85 times higher in those students who had the worst attitudes toward food, evaluated by EAT-40. The probability of ED was even higher (6.33) among those students who scored higher on the ED diet subscale, that is, those who go on more types of diets, and those students with more dissatisfaction with their own body (6.17 times higher). Finally, we found the following predictors of ED: the anthropomorphic difference between the actual and the ideal height (OR = 2.93; $p = 0.01$), a history of anorexia or bulimia in the family (OR = 2.86; $p = 0.02$), high attitudes toward food (OR = 2.37; $p = 0.02$) and greater

dissatisfaction with body image, which showed the greatest effects, ranging from 5.47 to 5.79. **CONCLUSION:** resilience seems to prevent ED. Although these data need to be confirmed in further studies, a priori, the results of this study suggest that resilience as a psychological construct could be used in programs to prevent ED in the perspective of promoting mental health and quality of life.

Key words: resilience; eating disorders; dissatisfaction with body image; university students.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de las medidas antropométricas y la edad de los estudiantes.....	370
Tabla 2. Descrição das médias de idade dos pais e mães das estudantes.	372
Tabla 3. Descripción de los análisis de las imágenes	380
Tabla 4. Asociación entre los TCA e las variables sociodemográficas de las alumnas.	381
Tabla 5. Asociación entre TCA e a diferencia entre medidas antropométricas reales e ideales.	382
Tabla 6. Asociación de los TCA con emociones negativas e obesidad/anorexia/bulimia en la familia.	383
Tabla 7. Asociación entre resiliencia y TCA.....	383
Tabla 8. Asociación entre resiliencia e Ineficacia.	385
Tabla 9. Asociación entre resiliencia y Perfeccionista.	385
Tabla 10. Asociación entre resiliencia y desconfianza interpersonal.	385
Tabla 11. Asociación entre resiliencia y consciencia.	386
Tabla 12. Asociación entre resiliencia y Medo madurez.....	386
Tabla 13. Asociación entre resiliencia e Inseguridad.	386
Tabla 14. Asociación entre resiliencia y Búsqueda por la delgadez.	387
Tabla 15. Asociación entre resiliencia y Bulimia.....	387
Tabla 16. Asociación entre resiliencia e Insatisfacción con la imagen corporal.	387
Tabla 17. Asociación entre resiliencia y ascetismo.....	388
Tabla 18. Asociación entre resiliencia e Impulsividad.....	388
Tabla 19. Asociación entre EAT total y la presencia de TCA.	389
Tabla 20. Asociación entre EAT dieta y la presencia de TCA.....	389
Tabla 21. Asociación entre la subescala de bulimia del EAT y la presencia de TCA .	390

Tabla 22. Asociación entre la subescala de control oral del EAT y la presencia de TCA	390
Tabla 23. Asociación entre el IMC y la presencia de TCA	391
Tabla 24. Asociación entre la presencia de TCA y el desempeño en el BSQ	392
Tabla 25. Modelo multivariado das variáveis que explicativas do TCA.	393

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edificación de la resiliencia: la "casita". Adaptado de Vanistendael (1996).	128
Figura 2. Mandala de la resiliencia de Wolin y Wolin (1993). Adaptación, Puerta (2002).	131
Figura 3. El ser humano - Interacción biopsicosocial. (Menezes de Lucena, 2000).	152
Figura 4. Los impactos internos y externos inherentes al ser humano (Menezes de Lucena, 2000).	153
Figura 5. Pirámide alimenticia. Tomada de Adam (2014).	235
Figura 6. Obesidad visceroportal y obesidad femoroglútea. Portal educação (2013).	254
Figura 7. Clasificación de los tca, (dsm-iv-tr- apa, 2002).	270
Figura 8. Clasificación de los TCA (DSM-5 – APA, 2013).	351

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Diferentes enfoques de la resiliencia.	49
Cuadro 2. Constructos afines de la resiliencia.....	61
Cuadro 3. Clasificación del IMC modificada, OMS, 2010.	250
Cuadro 4. <i>Producciones históricamente referentes anorexia nerviosa y bulimia nerviosa</i> (Modificada de: Kaye, Strober, Stein, & Gendall, 1999; Cincihilla 2002)....	300
Cuadro 5. Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa DSM-IV-TR-APA, 2004.	309
Cuadro 6. Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa DSM-IV-TR; APA, 2004.	312
Cuadro 7. Criterios diagnósticos para el TCANE DSM-IV-TR; APA, 2004.	316
Cuadro 8. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Atracón DSM-IV-TR; APA (2004).	321
Cuadro 9. Criterios diagnósticos para el trastorno pica APA, DSM-5- 2013.	332
Cuadro 10. Criterios diagnósticos para el trastorno de rumiación DSM-5-APA, 2013.	335
Cuadro 11. Criterios diagnósticos para el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos DSM-5; APA, 2013.	337
Cuadro 12. Criterios diagnósticos para el trastorno anorexia nerviosa, DSM-5-APA, 2013.	340
Cuadro 13. Criterios diagnósticos para el trastorno bulimia nerviosa DSM-5; APA, 2013.	342
Cuadro 14. Criterios diagnósticos para Trastorno de atracones DSM-5; APA, 2013...	346
Cuadro 15. Criterios diagnósticos para el trastorno otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado DSM-5; APA, 2013.	348

Cuadro 16. Criterios diagn3sticos para el trastorno alimentario o de la ingest3n de alimentos no especificado DSM-5; APA, 2013.	350
--	-----

ÍNDICE DE SIGLAS

AN	Anorexia Nerviosa
A.E.	Autoestima
APA	American Psychological Association
APGAR	Adaptación. Participación. Ganancia. Afecto. Recursos.
ARFID	Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
BED	Binge Eating Disorder
BES	Bienestar Subjetivo
BN	Bulimia Nerviosa
BSQ	Body Shape Questionnaire
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDNOS	Eating Disorder Not Otherwise Specified
EAT	Test de Actitudes hacia la Comida
IC	Insatisfacción Corporal
ICD	International Classification of Diseases
IMC	Índice de masa corporal
ITC	Inventario de Temperamento y Carácter
LOC	Locus de Control
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
OSFED	Other Specified Feeding of Eating Disorder

PP	Psicología Positiva
SC	Sentido de Coherencia
TA	Trastorno por Atracón
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
TCANE	Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
TSOE	Trastorno Sin Otra Especificación
UFED	Unspecified Feeding or Eating Disorder,
WHO	World Health Organization

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	25
PARTE I	30
MARCO TEORICO	30
CAPITULO PRIMERO	31
1. RESILIENCIA, UNA NUEVA EPISTEMOLOGIA PARA EL DESARROLLO HUMANO	31
1.1. Psicología positiva y resiliencia	31
1.2. Reseña histórica de la resiliencia (etimología)	36
1.3. Resiliencia individual	42
1.4. Revisión conceptual de resiliencia	48
1.5. Constructos afines y resiliencia	60
1.6. Hardiness o personalidad resistente	64
1.7. Sentido de coherencia	69
1.8. Paradigmas protección/riesgo	75
<i>1.8.1. Paradigma protección</i>	<i>77</i>
<i>1.8.2. Paradigma riesgo</i>	<i>85</i>
1.9. Resiliencias: familiar, comunitaria, académica, social y emocional	89
<i>1.9.1. Resiliencia familiar</i>	<i>89</i>
<i>1.9.2. Resiliencia comunitaria</i>	<i>99</i>
<i>1.9.3. Resiliencia académica</i>	<i>107</i>
<i>1.9.4. Resiliencia social</i>	<i>108</i>
<i>1.9.5. Resiliencia emocional</i>	<i>108</i>
1.10. Desarrollo humano y conducta resiliente	109
<i>1.10.1. Conducta resiliente</i>	<i>114</i>
1.11. Promoción de la resiliencia: vínculo afectivo y procesos transgeneracionales 117	
<i>1.11.1. Promoción de la resiliencia</i>	<i>117</i>
<i>1.11.2. Vínculo afectivo y procesos transgeneracionales</i>	<i>120</i>
1.12. Resiliencia y metáfora de la casita	126
<i>1.12.1. Resiliencia</i>	<i>126</i>

1.13. Mandala de la resiliencia y fuentes interactivas	130
<i>1.13.1. Mandala dela resiliencia</i>	130
<i>1.13.2. Fuentes interactivas en el modelo resiliencia</i>	134
1.14. Resiliencia: trabajo, autoeficacia y engagement	136
<i>1.14.1. Trabajo</i>	136
<i>1.14.2. Autoeficacia</i>	142
<i>1.14.3. Engagement</i>	144
1.15. Resiliencia y contextos clínicos	148
1.16. Autoestima	168
1.17. Humor y Optimismo	169
1.18. Esperanza	171
1.19. Bienestar subjetivo y felicidad	173
1.20. Perdón	176
1.21. Resiliencia y trastorno de la conducta alimentaria	181
CAPITULO SEGUNDO	195
2. SOCIEDADES PÓST MODERNAS ACCIDENTALES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUSTA ALIMENTARIA	195
2.1. Sociedades póst modernas accidentales	195
2.2. Meios de comunicación: fabrica de ideales	203
2.3. Moda: distames de belleza y estetica	210
2.4. Adolescencia y metamorfosis	217
2.5. Alimentación y dieta	229
2.6. Obesidad y estigma social	244
2.7. Imagen corporal: delgadez, éxito y felicidad	258
2.8. Origen evolutiva de los trastornos de la conducta alimentaria y criterios diagnosticos, DSM-IV-TR	268
<i>2.8.1. Anorexia nerviosa</i>	272
<i>2.8.2. Bulimia nerviosa</i>	287
<i>2.8.3. Anorexia nerviosa 307.1 (F50.0)</i>	307
<i>2.8.4. Bulimia nerviosa 307.51 (F50.2)</i>	311
<i>2.8.5. Trastornos de la conducta alimentaria no especificado: TCANE 307.50 (F50.9)</i>	314
<i>2.8.6. Trastorno por atracón</i>	317

2.9. DSM-5 y los cambios en los trastornos de la conducta alimentaria	325
2.9.1. <i>Trastorno pica</i>	330
2.9.2. <i>Trastorno rumiación</i>	333
2.9.3. <i>Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos</i>	336
2.9.4. <i>Anorexia nerviosa</i>	339
2.9.5. <i>Bulimia nerviosa</i>	342
2.9.6. <i>Trastornos de atracones</i>	344
2.9.7. <i>Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado</i>	347
2.9.8. <i>Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado</i>	349
PARTE II	355
ESTUDIO EMPÍRICO	355
CAPITULO TERCERO	356
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	356
3.1. Diseño	356
3.2. Planteamiento del problema	356
3.3. Propuestas de objetivos e hipótesis.....	365
3.3.1. <i>Objetivo general</i>	365
3.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	365
3.3.3. <i>Hipótesis.....</i>	366
CAPITULO CUARTO	369
4. MÉTODO	369
4.1. Participantes.....	369
4.2. Instrumentos.....	374
4.2.1. <i>Cuestionario sociodemográfico</i>	374
4.2.2. <i>Índice de masa corporal (IMC).....</i>	375
4.2.3. <i>The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003)....</i>	375
4.2.4. <i>Test de Actitudes hacia la Comida” (Garner y Garfinkel, 1979)</i>	376
4.2.5. <i>El Cuestionario sobre Forma Corporal (Body Shape Questionnaire-BSQ; Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987)</i>	377
CAPITULO CINCO.....	379
5. RESULTADOS	379
5.1. Rasgos atribuidos a la imagen corporal.....	379

5.2. Correlatos entre los TCA y las variables sociodemográficas.....	380
5.3. Relación entre IMC, CD-RISC, EAT y BSQ.....	383
CAPITULO SEIS	394
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	394
6.1. El perfil de los participantes	394
6.2. Asociación de los TCA con las variables sociodemográficas	397
6.3. Resiliencia y presencia de TCA	398
6.4. Insatisfacción con la imagen corporal y presencia de TCA	401
CONCLUSIONES	405
REFERENCIAS	409
ANEXOS	481
Cuestionario de datos socio demográficos e imagen corporal	482
Cuestionario de resiliencia	488
Inventario EAT-40.....	490
Cuestionario BSQ	492
CD-CONTENIDO DE LA TESIS	494
Notas.....	495



INTRODUCCIÓN

En las sociedades postmodernas de consumo, globalizadas, los individuos se dejan influenciar por los medios de comunicación, que evidencian el rechazo a la gordura, y una extrema valorización de la delgadez como signo de belleza, éxito personal y autocontrol. Este mensaje es direccionado principalmente al sexo femenino y puede generar insatisfacción corporal y el ansia hacia la delgadez, conllevando a los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

El cuerpo extremadamente delgado y una baja autoestima, además la imagen corporal negativa, representan el común denominador de los TCA, desencadenados también por la presión social, divulgada desde la publicidad y ejecutada por los medios de comunicación de masa, incluso cuando el peso corporal se halla adentro de los límites normales (Cheney, 2012).

Los TCA, describen una realidad clínica obscura que tiene una gran repercusión en la dinámica familiar del paciente, además del sistema socio-sanitario y familiar, considerando que estas patologías, por su complicación y gravedad, sobrellevan implicaciones de etiopatogénias y problemas en el desarrollar diagnóstico, tratamiento, y pronóstico adecuados. Además de algunas peculiaridades el curso de la enfermedad; de varios años, la existencia de comorbidades que consiguen cursar con otros trastornos mentales y en algunos casos la existencia de recaídas aun cuando los pacientes se creen curados (*American Psychiatric Association*, 2002, 2013).

Enmarcado no paradigma de la psicología positiva, encontrase la resiliencia, que se describe como el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, calcado en un afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo (Fergus & Zimmerman, 2005). La

resiliencia parte de la premisa que el individuo puede vivenciar las adversidades de la vida y salir fortalecido por ellas. Los TCA son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de los pacientes. Pero en lugar de centrar la atención en el contexto patológico, que mantienen las situaciones adversas, la resiliencia centra su atención en la observación de aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo y la superación de la vulnerabilidad y construye un ambiente más sano y positivo para estos pacientes.

Este nuevo modelo de pensamiento positivo, el cual rescata las virtudes y fortalezas del individuo, es de grande relevancia en los contextos clínicos. Esta perspectiva propone una nueva estrategia de prevención e intervención en el patológico. De este modo, se proporciona una mayor comprensión y conocimiento empírico de los factores que protegen al sujeto de los efectos nocivos de las adversidades, permitiendo el diseño de métodos prácticos de promoción de factores positivos, para asegurar un desarrollo favorable que contribuya a superar las disfunciones físicas o mentales, procesos de angustia y disforia de los pacientes.

El enfoque de resiliencia es aquel que describe la existencia de recursos protectores contra los daños o riesgos, atenuando sus efectos y transformándolos en factores de superación de las situaciones difíciles (Gruhl, 2009). En este contexto de las adversidades, los TCA son patologías complicadas por la gravedad de la sintomatología coligada, a elevada resistencia al tratamiento y el riesgo de recaídas (Vitello & Lederhendler, 2000). Debido a estos factores, los TCA constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades *desarrolladas y occidentalizadas* (Peláez, Labrador, & Raich, 2005).

Considerando el ascenso de la prevalencia de los TCA en las sociedades post-modernas, y la importancia que la resiliencia tiene dentro de la teoría de la investigación

del desarrollo humano y de la mejora de la salud, esta tesis contempla el estudio de la resiliencia y los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de universitarias.

La tesis, está estructurada en dos partes: la primera parte, concierne al **marco teórico**, en el cual se realiza una revisión de la literatura compuesta de dos Capítulos. *El capítulo primero*, se discute los presupuestos y paradigmas teóricos de la resiliencia. Ya en *el capítulo segundo*, se evidencia las sociedades post-modernas occidentales y los TCA, donde ambos temas son expuestos y discutidos. A continuación se presenta, la segunda parte, que corresponde el **estudio empírico**, donde se perfila los procesos utilizados para realización de la investigación, y engloba los capítulos tercero, cuarto, quinto y sexto. En el **capítulo tercero**, se recoge el planteamiento del problema, la formulación de los objetivos e hipótesis, y los aspectos éticos de la investigación. En el **capítulo cuarto** se describe la muestra, la metodología desarrollada y el análisis estadístico empleado, en el **capítulo quinto** se exponen los resultados obtenidos y el **capítulo sexto** se discuten los mismos. Finalmente se ofrecen las **conclusiones** de la tesis. También se citan las **referencias bibliográficas**, que constan de fuentes documentales primarias y secundarias, y los **anexos** pertinentes al contenido de la misma.

Fenix auis vnica



No se puede transformar o tachar el pasado, mientras, se puede cambiar la forma de concebirlo y de esta manera pasar la hoja, y crecer a partir de la adversidad con esperanza y optimismo realistas en un futuro mejor.

PARTE I
MARCO TEORICO

CAPITULO PRIMERO

1. RESILIENCIA, UNA NUEVA EPISTEMOLOGIA PARA EL DESARROLLO HUMANO

El tenor a ser evidenciado en el presente capítulo, es pertinente a la psicología positiva y la resiliencia, como también se pondrá de manifiesto algunos contenidos básicos vinculados a construcción de la resiliencia. A continuación, se correlaciona la resiliencia con distintos constructos positivos. Además se asocia la resiliencia al contexto clínico, como también a los trastornos de la conducta alimentaria, TCA.

1.1. Psicología positiva y resiliencia

La resiliencia es un término muy relacionado con la Psicología Positiva (Seligman, 1999). Como recalca Manciaux (2001), la resiliencia se encaja en el paradigma de la psicología positiva y dinámica que fomenta la salud física y psíquica del individuo. Cabe mencionar, que los historiales actuales de la Psicología Positiva precedentemente de su categorización como entidad propia, son las producciones incluidas en el movimiento humanista. Hay que subrayar, los pensadores de esta perspectiva teórica, principalmente Abraham Maslow y Carl Rogers, los cuales, rescataron un enfoque positivo del ser humano en respuesta a los paradigmas predominantes en la época como eran el psicoanálisis y el conductismo (Hervás, 2009), Sin embargo, se considera que el fundador de la Psicología Positiva, (PP), es Martin Selligman, que fundamenta el desarrollo de la Psicología Positiva, relacionado al

tratamiento de la de la patología, vinculado a los aspectos positivos de la psique humana, sus fortalezas y potencialidades (Perugini & Solano, 2010).

A partir de este nuevo prototipo psicológico, ha existido un interés creciente por obtener informaciones acerca de sujetos que a pesar de haber vivido experiencias traumáticas y ser invadidos por emociones negativas como tristeza, ira o culpa, desarrollan estrategias y se muestran competentes y capaces de sentir emociones positivas y disfrutar de una conducta asertiva en la sociedad. Esta se concentra en el positivo del individuo, no obviamente en el negativo, que es lo que la psicología más se ha dedicado, principalmente la clínica estudiado e investigado. La resiliencia instiga a averiguar alternativas más allá del determinismo para proponer nuevos recursos de superación de experiencias negativas a través de las emociones positivas que conlleven a la libertad.

La Psicología Positiva cobra relevancia como movimiento de investigación de las potencialidades y cualidades humanas, con énfasis en las virtudes en oposición a la psicología tradicional y su vehemencia en los componentes psicopatológicos. Concibe al hombre desde las dificultades de la existencia, sus capacidades para enfrentarse con los infortunios cotidianos, no obstante, busca fundamentalmente la comprensión de los fenómenos psicológicos positivos y de las estrategias para aumentar el bienestar subjetivo de las personas, tanto sanas como enfermas. Se trata de una psicología que adopta en lugar de un paradigma patogénico, un modelo salutogénico para la conceptualización, investigación, diseño y aplicación de intervenciones efectivas en situaciones traumáticas (Stuhlmiller & Dunning, 2000). A pesar de reconocer la necesidad de una perspectiva positiva de salud, la evidencia empírica disponible pone de manifiesto que, de una forma general, no se sigue haciendo énfasis en la ausencia de

enfermedad. Es decir, las investigaciones se suelen centrar más en la patología, que en construir salud (Fernández-Ríos & Buéla-Casal, 1997).

Uno de los precursores más importantes de la Psicología Positiva, fue el psicólogo experimental Martín Seligman, que durante el año 1998, en la condición de Presidente de la *American Psychological Association* (APA), produjo artículos que discutían la necesidad de revisar y diversificar el foco de intervención de la psicología clásica, todavía centrada en modelos patológicos de salud. Esta proposición adquirió más relevancia a partir de este mismo año, cuando se realizó una reunión en Yucatán (México), con el objetivo de crear una Psicología Positiva, orientada hacia una perspectiva que pueda enmarcarse dentro de una especialidad de la psicología que vislumbra estudiar y comprender, a través de la investigación científica, los procesos y mecanismos que subyacen a las virtudes, cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología clásica (Mattar, 2003).

Otro suceso importante para la legitimación de la Psicología Positiva fue la publicación en edición especial en 2001 del periódico *American Psychologist*, donde evidencia la tentativa de los psicólogos contemporáneos en adoptar una visión más proclive a contemplar los potenciales, las emociones positivas y las capacidades humanas (Sheldon & King, 2001). En este contexto se dio paso al surgimiento la Psicología Positiva, con el objetivo de investigar y comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano, tales como emociones positivas, el amor, el optimismo, la felicidad, el contento, la seguridad, la esperanza, la confianza, la capacidad de perdonar, el humor, el hedonismo etc., y los efectos que éstas tienen en la vida de las personas y en las sociedades en que viven. Se trata de un nuevo paradigma, la Psicología Positiva, desarrollado fundamentalmente en el siglo XXI.

Para Seligman y Csikszentmihalyi (2000), la psicología clásica priorizó lo patológico y siguiendo esta trayectoria, se olvidó de los aspectos emocionales constructivistas, tales como el bienestar, la satisfacción, la paz, el placer, el perdón, etcétera, ignorándose los beneficios que éstos proporcionan a los individuos. Según Keyes y Haidt (2002), esta nueva vertiente propone estudiar el comportamiento humano, no sólo en términos de déficits o síntomas patogénicos, sino desde una perspectiva cuyo núcleo de atención se centra en los aspectos positivos o en las capacidades intelectuales y emocionales de los individuos. Tal vez, uno de los principios más difíciles de rescatar por la psicología positiva es curiosamente la línea filosófica de postulados hedonistas fundamentalmente propagados en la cultura occidental (Cuadra & Florenzano 2003). Los rasgos positivos, que incluyen las fortalezas y virtudes y las habilidades generales como la inteligencia o la capacidad artística, entre otras, dentro de estos rasgos se incluyen el valor, la objetividad, la integridad, la equidad, la bondad y la lealtad entre otras, es un esfuerzo por mostrar que es necesario considerar la subjetividad y los potenciales humanos.

Al respecto, las fortalezas del carácter son características psicológicas que el sujeto expresa ante circunstancias determinadas y provocan emociones positivas auténticas, como el optimismo, la fe, la esperanza, la honestidad, la perseverancia, la capacidad de fluir (flow o experiencia óptima), la competencia percibida, entre otros (Pérez, Bonnefoy, Cabrera, Peine, Muñoz, Baquedano, & Jiménez, 2011). Las fortalezas son infinitamente reconocidas y apreciadas, aunque difícilmente un individuo consiga demostrar todas. Las fortalezas del carácter son un subconjunto de rasgos de la personalidad a los que se le otorgan un valor moral (Peterson & Park, 2009).

La psicología positiva representa un nuevo punto de vista desde el que entender la psicología y la salud mental que viene a complementar y apoyar al ya existente

explorando principalmente las fortalezas de los individuos. La psicología positiva concibe al hombre desde una perspectiva biopsicosocial, enmarcado en las dificultades de la existencia, los conflictos, pero también en la búsqueda de felicidad y bienestar subjetivo de los individuos, protagonistas de una vida harmónica y placentera. Esta nueva vertiente psicológica busca el fomento de estrategias para aumentar el estado de felicidad de las personas, tanto sanas como con enfermas, y sus capacidades para enfrentarse con las adversidades y salir fortalecidas por ellas.

Para Seligman (2003), enseña uno de los objetivos prioritarios de la PP es comprender científicamente la felicidad, término tan elusivo que fue tesis de la filosofía y de las religiones en distintos contextos históricos. Uno de los primeros en investigar el tema de la felicidad fue Mihael Csikszentmihalyi, de origen húngaro quien, al observar que algunos compatriotas sufrieron los horrores de la guerra y podían luego adaptarse y tener una vida feliz en el exilio, se preguntó ¿cuáles eran las características que les permitía lograrlo? Con esa motivación comenzó a realizar estudios descriptivos que trataron de establecer los parámetros que influyen para tener una vida feliz o en bienestar subjetivo. Entretanto una aproximación más científica, que implica investigaciones cuantitativas y sistemáticas, comenzó primero con la psicología humanística y luego después con la psicología experimental, como respuesta a disforia de las sociedades coetáneas.

A raíz de lo anterior, la Psicología Positiva, es definida como el estudio científico del funcionamiento psíquico óptimo (Seligman, 2005), se propone experimentar e investigar temas como el amor, la capacidad de perdonar, la espiritualidad, el humor, los valores, las emociones positivas, las fortalezas de carácter, la resiliencia y la sabiduría, entre muchos otros, dejados de lado por las corrientes mayoritarias dentro de la psicología orientadas a reparar el daño. Esta puede ser

comprendida como la ciencia que estudia la experiencia subjetiva y emociones positivas, las tendencias individuales, como también los rasgos de personalidad positivos.

La realidad de las sociedades contemporáneas demuestra que el simple hecho de vivir es estresante, que situaciones ansiógenas forman parte de lo cotidiano y cualquiera, en el violento escenario actual, puede estar expuesto a graves acontecimientos como ataques terroristas, terremotos, accidentes, abusos deshonestos, “mobbing”, desempleo, etcétera. Estas situaciones que causan disforias, que parecen difíciles o imposibles de superar forman parte de lo cotidiano, individual y colectivo (Sheldon & King, 2001). Sin embargo, hay individuos o grupos que sufren situaciones de tragedias o de acontecimientos vitales estresantes, que parecen difíciles o imposibles de superar. No obstante, muchas veces despliegan una serie de estrategias de “coping” (afrontamiento) para adaptarse a lo cotidiano y no sólo la superan, sino que salen renovados y enriquecidos al vivenciar la problemática fundamental la vida, situaciones existencialmente problemáticas. A esa reacción se denomina *Resiliencia*, que es la capacidad de resistir y rehacerse de situaciones potencialmente traumáticas. Entre los fenómenos indicativos de vida saludable se destaca este constructo, cuyo discurso dominante es de relevancia en la ecología del individuo en interacción con su entorno.

1.2. Reseña histórica de la resiliencia (etimología)

El término resiliencia tiene su génesis en el latín, en el vocablo “resilio”, que significa “volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar”. La Real Academia Española de la Lengua define resiliencia como la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe. En inglés, el concepto “resilience” se emplea para definir la “tendencia que tiene

un cuerpo a volver a un estado original o el tener poder de recuperación”. En este contexto, la noción de resiliencia proviene de la física, odontología, medicina, ecología, y en particular del campo de resistencia de materiales. Revelan cierta familiaridad con este vocablo, que hace referencia a resistencia de materiales. Un material resiliente es aquel que puede doblarse pero que no llega a quebrarse. Expresa las cualidades de un resorte: resistir a la presión, doblarse con flexibilidad y recobrar su forma original. Esta imagen de un resorte que rebota refleja una parte de la realidad de la resiliencia.

La resiliencia es la propiedad de un sistema que, al adaptar su estructura al cambio, conserva, no obstante, al menos la misma trayectoria después de una perturbación. De este modo, el sistema preserva su estructura cualitativa. En Medicina, la osteología emplea el término resiliencia para significar la capacidad de los huesos de crecer en el sentido correcto después de una fractura (Suárez, 1993). El término "resiliencia" fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas.

Para ejemplificar la resiliencia, se utiliza la metáfora del elástico que, tras una tensión inicial, vuelve al mismo estado. Sin embargo, lo mismo no ocurre en la conducta humana, existe una dicotomía, considerando que la resiliencia no supone un “feedback” al estado anterior, ni tan poco consiste en borrar la historia de vida, sino superar el trauma y seguir adelante. El primero que utilizó en sentido figurado el concepto de resiliencia, tomándolo prestado de la terminología física, fue Bowlby (1992), quien la definió como el resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir. La resiliencia significa una interacción de factores individuales, familiares y contextuales, que permiten al ser humano, sobreponerse a las privaciones de la vida y rehacerse sobre ellas.

Mattar (2003) indica que en diferentes países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, etcétera, la resiliencia está presente en los medios de comunicación, y de forma coloquial es utilizado por las personas. La investigadora canadiense Martineau (1999) cita algunas posturas sobre resiliencia, y muestra ejemplos de las contradicciones del uso coloquial cuando personas célebres son consideradas "resilientes" a partir de los medios de comunicación, tanto por conservar como por finalizar sus matrimonios. Personas u objetos (desde neumáticos de coches hasta cremas hidratantes) que de tanto resistir y provocar cambios, son también consideradas como "resilientes" en los anuncios de periódicos o en la televisión (Fraser, Richman, & Galinsky, 1999). La resiliencia se encuentra en lo cotidiano, en las prácticas informales, las personas se clasifican como resilientes o no resilientes, lo que conlleva obviamente a una descaracterización, y la concomitante pérdida de identidad del concepto.

En este sentido, Villalba (2003) comparte la idea de que la resiliencia aparece actualmente como una expresión común utilizada a diario, no existe un consenso sobre su definición ya que son muchos los autores, incluso las marcas comerciales, que incorporan el concepto en sus trabajos. El término está asociado con tensión, estrés, ansiedad, situaciones traumáticas, resistencia, construcción y reconstrucción, etc. La promoción de la resiliencia demanda diversos saberes declarativos y operativos, mantiene correlaciones interdisciplinarias tanto en ámbitos clínicos, en "setting" terapéutico, como en ámbitos no clínicos, asistencial-preventivo: comunidades y familias para que logren bienestar y satisfacción con la vida.

Desde los años ochenta, en Psicología se configura el estudio del fenómeno de la resiliencia como un constructo psicológico y objeto de revisión. Concretamente, este tema hace fortuna en los últimos años al protagonizar publicaciones, encuentros, y congresos internacionales, los cuales proponen su encuadre en la perspectiva de la

Psicología Positiva, como tema importante para discusión, investigación y quehacer cotidiano de los profesionales, principalmente los socio-sanitarios y de la educación.

Las bases históricas para el concepto de invulnerabilidad o la resistencia, fueron establecidas por un cuerpo del trabajo publicado en los años 70 tempranos (Anthony, 1974; Garmezy, 1971; Garmezy & Neuchterlien 1972; Garmezy, Masten, Nordstrom, & Terrorese, 1979) y las investigaciones de las poblaciones específicas de niños y de adolescentes resistentes siguieron (Anthony, 1987; Garmezy, 1974; Garmezy & Rutter, 1983; Werner & Smith, 1988). La terminología utilizada en psicología como precursora de la resiliencia, es la invencibilidad o invulnerabilidad, que fue introducida en la psicopatología por Anthony en 1974, psiquiatra infantil, se debe a el protagonismo en la noción de invulnerabilidad que describe que los niños vivenciaban prolongados períodos de adversidades y estrés psicológico, y aun así, denotaban salud emocional y autoeficacia (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1985; Werner & Smith, 1992). Este concepto se refiere a que frente al mismo riesgo no todos los niños presentan al final los mismos trastornos, y que los factores personales juegan un papel considerable y constituyen así una vulnerabilidad mayor o menor.

La psicología ha asimilado el concepto de resiliencia para explicar aquella forma de comportamiento que se manifiesta en individuos que, a pesar de vivir bajo las condiciones más adversas, presentan salud emocional, competencia, y logran adaptarse y alcanzar una buena calidad de vida. Según Zimmerma y Arunkumar (1994), resiliencia e invulnerabilidad no son términos equivalentes, la resiliencia alude a la capacidad de superar los infortunios de la vida, lo que no significa que el individuo salga de la adversidad indemne, ilesa, como denota la invulnerabilidad.

Michael Rutter (1970), un epidemiólogo y psiquiatra británico, con dilatada trayectoria en este tema, es considerado uno de los importantes precursores de la

resiliencia, al fomentar numerosas publicaciones y revisiones empíricas, que orientan pautas de intervención en esta área. Interesante resulta evidenciar sus estudios, que remiten al inicio de la década de 70. Realizó algunas investigaciones de género (masculino y femenino) provenientes de lugares desechos por los conflictos. Estos estudios se realizaron en Gran Bretaña y constituyeron un paso importante en el desarrollo del concepto. Para Rutter (1970), el interés por estudiar el concepto de resiliencia deviene al menos de tres áreas de investigación: a) de las diferencias individuales; b) de los estudios sobre temperamento; y c) de las distintas formas en que éstos enfrentan las situaciones de la vida. Es un fenómeno que alberga la esperanza de una vida satisfactoria.

Los orígenes de resiliencia se sitúan a partir de investigaciones longitudinales claves realizadas por Emmy Wener (1955) psicóloga americana, de la Universidad de Davis (California) y su equipo, quien acompañó el desarrollo de los niños nacidos en Hawái en familias con problemas. Además de estos investigadores, en los Estados Unidos, Masten y Tellegen (1984) y Garmezy (1991) investigaron la resiliencia en madres esquizofrénicas o deprimidas. Además de las aportaciones de estos autores, la resiliencia emerge a partir de las contribuciones de otros científicos (Csikszentmihalyi, 1999; Cyrulnik, 2002; Gianfrancesco, 2003; Manciaux, 2003; Theis, 2003).

Greene y Conrad (2002), destacan que la resiliencia también surgió como resultado de los estudios de los factores de riesgos de trastornos del desarrollo y de psicopatología. La resiliencia se ha convertido en la protagonista de dinámicas alternativas de intervención social con individuos, grupos y comunidades que promueven y refuerzan las características resilientes, provocando una dicotomización con el histórico paradigma de riesgo. El concepto de resiliencia ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad (Poseck, 2004; Tomkiewicz, 2001).

Considerando algunos individuos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, pueden desarrollarse de forma saludable y confiar en su capacidad e iniciativa para emprender un futuro digno.

Uno de los estudios sobre resiliencia a subrayar fue la investigación realizada por Werner y Smith (1982), desarrollada durante 40 años, que se inició en 1955. La revisión no abordaba a priori la resiliencia, sino que investigaba las secuelas causadas por la pobreza, en el desarrollo físico, psíquico, y social de los niños. Las investigadoras siguieron a 698 niños concebidos en medio de la indigencia en la isla de Kauai en Hawái. Éstos fueron evaluados con un año de vida. En este momento, se entrevistó a sus padres. El proceso de evaluación se refiere a las edades de 2, 10, 18 y 32 años, es decir, desde el periodo prenatal hasta la edad adulta. La investigación utilizó la metodología prospectiva o longitudinal, que consiste en seguir a intervalos relativamente regulares una muestra determinada, la estudiada fue de niños desasistidos (Vanistendael & Lecomte, 2002).

Desafortunadamente estos niños convivían con estrés perinatal, disfunciones familiares y psicopatología parental, pasaron privaciones, y una tercera parte vivió experiencias traumáticas y/o fue asistido por familias estructuralmente dañadas por acontecimientos vitales estresantes como ruptura de pareja, divorcio con ausencia del padre, adicciones, trastornos mentales, etc. Muchos explicitaron patologías físicas, psíquicas, y conductas sociales desadaptativas, como desde el punto de vista de los factores de riesgo se esperaba. No obstante, lo sorprendente aconteció, algunos alcanzaron un crecimiento sano y adaptativo, éstos fueron considerados y denominados por las investigadoras como resilientes. Sin embargo, ser resiliente no significa recuperarse en el sentido estricto de la palabra, sino crecer hacia nuevas perspectivas de una vida significativa.

La discusión concerniente a resiliencia se inicia en el ámbito de la psicopatología, dominio en el cual se constató con perplejidad e interés, que algunos de los niños desarrollados en familias en las cuales uno o ambos padres padecían de alguno trastorno, y que lo habían sido durante el proceso de desarrollo de sus hijos, no presentaban carencias en el plano biológico ni psicosocial, sino que por el contrario, alcanzaban una adecuada calidad de vida (Werner, 1989). A priori, la resiliencia tiene su génesis a partir del análisis de conductas individuales y puntuales, inicialmente contradictorias e imprevistas, que sugerirían situaciones aisladas y chistosas, sin embargo, con el discurrir del tiempo se ha ido observando que la resiliencia es frecuente en muchos individuos (Vanistendael, 2001). Constatando que contra toda esperanza, algunos niños terminan por hacerse adultos felices y constructivos (Lösel, 1994).

1.3. Resiliencia individual

Cabe esclarecer que la resiliencia no tiene una connotación de característica individual, aunque semánticamente se denomine resiliencia individual. Alude a un proceso dinámico de aprendizaje y de interacción e intercambio de recursos de la persona con su entorno, se desarrolla en un contexto micro y macro social, donde las características individuales, hacen parte de la comunicación interpersonal, del individuo con su medio. El constructo resiliencia es un todo constituido por partes interrelacionadas: individuo, familia y contexto ecológico. Para Gardiner (1994), la resiliencia, perfila una dinámica en la que recursos personales y sociales que se manifiestan interactuando de tal manera que constituyen a su vez, una gama de conocimientos prácticos (autoeficacia, competencias, habilidades, valores, convicciones, significados y conductas asertivas, etc.) que permiten al individuo, a

familia y a comunidad una labor colectiva objetivando la solución de conflictos y afrontar con éxito las adversidades de su realidad. No cabe duda de que, las dimensiones: individual, familiar y comunitaria en su conjunto, intercambian características, estableciéndose entre ellos una relación de mutua influencia y ayuda.

La resiliencia es un fenómeno cuyo estudio científico comienza a desarrollarse desde la disciplina de la psicología, si bien viene avalado por numerosas historias de vida y literatura, que han abordado la reflexión y estudio sobre personas que han vivido situaciones adversas extremas y han superado las mismas a través de una reconstrucción positiva. En ese sentido, las investigaciones que giran en torno al concepto de resiliencia tratan de desvelar cómo personas que se han visto expuestas a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; y aún a pesar de haber sido desarrolladas en entornos de alta adversidad, en condiciones que aumentaban las posibilidades de presentar psicopatologías y desadaptaciones sociales, se desarrollan psicológicamente sanas y socialmente exitosas. A pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida, lograban una vida sana, viviendo en un medio insano, además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar & Zingler, 1991; Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982 como citado en Werner & Smith, 1992).

Como ejemplo de experiencia traumática y superación, se evidencia el psiquiatra austríaco, Víktor Frankl, quien sobrevivió en un campo de concentración, y fue capaz de llegar a la libertad, después de la guerra, mediante la búsqueda de un sentido para su existencia. Superviviente de los campos nazi y conocido por el desarrollo del concepto de psicología existencial y la logoterapia, es precisamente una situación excepcionalmente difícil lo que da al hombre la oportunidad de crecer existencialmente más allá de sí mismo. Así que, una experiencia traumática es siempre negativa, pero lo

que suceda a partir de ella depende de las características de personalidad de cada individuo. En la mano del hombre está elegir su opción, que o bien puede convertir su experiencia negativa en victoria, la vida en un triunfo interno, o bien puede ignorar el desafío y limitarse a vegetar y a derrumbarse, “el hombre que se levanta es aún más fuerte que el que no ha caído,” (Frankl, 1946). Ratificando esta postura de fortalezas y virtudes se destaca a Sartre: “Lo importante no es lo hacen de nosotros, sino lo que nosotros hacemos de lo que hicieron de nosotros” y a Cyrulnik: “Cambiaremos nuestra visión de la desgracia y, a pesar del sufrimiento, buscaremos lo maravilloso”. (Vanistentdael, 2001).

Otro ejemplo de individuo resiliente es Boris Cyrulnik neuropsiquiatra y psicoanalista, sobreviviente al holocausto, que a los seis años de edad consigue escapar de un campo de concentración, del que jamás regresó y ni tan poco supo de su familia. Empieza entonces para el joven huérfano una etapa errante por centros y familias de acogida. A sus ocho años, la asistencia pública francesa lo instala en una finca agrícola donde está a punto de convertirse en un niño granjero analfabeto; se convierte, sin embargo, en un médico, neurólogo, psiquiatra y psicoanalista, empeñado en entender sus propias ganas de vivir. No es por casualidad, que el haya sido la primera persona en Francia en investigar este fenómeno. La resiliencia es una capacidad dinámica que puede ser desarrollada, pero su adquisición no es permanente en tanto y cuanto no se continúe trabajando sobre ella, corroborando esta perspectiva de resistir y rehacer se manifiesta la resiliencia como un fenómeno existente entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y señalan que se puede crear y transmitir fe y esperanza, aún en las circunstancias más extremas. La resiliencia viene corroborada por la historia de vida exitosa de muchos individuos que se han visto expuestos a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con

una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar & Zingler, 1991; Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982, 1992).

De acuerdo con Poseck (2004), en el caso de la resiliencia, la investigación ha demostrado que este es un fenómeno común, y son muchas las personas que consiguen hallar beneficio en la vivencia traumática, en el proceso de lucha que han tenido que emprender. De hecho, unos dos tercios de los supervivientes de experiencias traumáticas encuentran caminos a través de los cuales beneficiarse de su lucha contra los abruptos cambios que el suceso traumático provoca en sus vidas (Tedeschi & Calhoun, 2000).

Revalidando esta postura, Rutter (1985) explicita que a través de la identificación fenomenológica de características micro sociales promotoras de salud de supervivientes a situaciones traumáticas, sobre todo de niños y jóvenes, que vivían o habían vivido en su infancia en situaciones de alto riesgo y expuestos a condiciones de vida altamente estresantes, lograban sobreponerse constructivamente, mientras otros se hacían adultos desadaptados y problemáticos.

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida saludable. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, proporcionando una interlocución entre el individuo y su ambiente familiar, social y cultural. Se trataría entonces de un proceso interactivo entre las características individuales y su ambiente. Rutter (1992) destaca que la resiliencia tiene sus bases en los elementos personales y ambientales y se refiere a las aportaciones del enfoque psicobiológico, en términos del análisis de la interacción que en forma recurrente se da entre las personas y el medio ambiente; además, destaca el rol activo que tienen los individuos frente a lo que les ocurre. Sin embargo, este dinamismo no sólo se refiere a metamorfosis individuales, sino que apunta hacia la idea de la

interacción del individuo con su medio, en la continua interrelación que existe entre las características personales y las características del medio donde este se encuentra circunscrito (Melillo & Suárez, 2002).

Considerando lo anterior, Rutter (1987) y Luthar y Zigler (1991), destacan la resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan el crecimiento saludable individual, aunque éste haya vivido eventos traumáticos. La complejidad del constructo resalta la interacción entre las circunstancias adversas y los factores de protección internos y externos al individuo.

La resiliencia no es un fenómeno inusitado ni excepcional, muy al contrario es un fenómeno usual que surge a partir de funciones y procesos adaptativos, común al ser humano. A título individual, por su origen genético, cada ser humano, posee una determinada fuerza biológica y ciertas vulnerabilidades; pero es a nivel familiar donde se gesta las condiciones objetivas/subjetivas, para desarrollar una adaptación entre sus características personales y las necesidades y capacidades de los padres, ambos como individuos y como pareja (Masten, 2001).

La resiliencia no es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, como la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida, y que puede manifestarse de muy diferentes formas en distintas culturas (Manciaux, Vanistendal, Lecomte, & Cyrulnik, 2001).

Es importante, subrayar que el afrontamiento aunque sea una variable íntimamente relacionada con la resiliencia, no es sinónimo de ella. Puede hasta ocurrir un solapamiento entre ambas. Los recursos de afrontamiento carecen de factores protectores y de riesgo, más bien constituyen una parte importante del proceso y de la constelación de variables que favorecen la resiliencia (Greve & Staudinger, 2006).

Es sustancial comprender la resiliencia como un proceso de superación de la adversidad y responsabilidad individual, familiar, social, y política ya que este fenómeno puede ser promovido con la participación de padres, educadores, curas, políticos, profesionales que trabajan en el ámbito de programas psicosociales, socio sanitarios, y de la comunidad. Esta postura, comparten otros importantes investigadores contemporáneos, como Luthar, Cicchetti y Becker (2000), y Masten (2001), también defienden claramente el carácter procesual de la cuestión de la resiliencia. Es de gran importancia la introducción de la resiliencia en la salud pública y en las ciencias sociales, una vez que ha abierto nuevas perspectivas de análisis e intervención social en la realidad. Al estudiar la resiliencia desde las ciencias sociales, se hace hincapié en su relación con la pobreza, caracterizando aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente competentes y saludables, creativos y socialmente exitosos.

La conducta resiliente no supone la ausencia de emociones negativas, de hecho, necesita de ellas. Recientemente, la investigación ha demostrado que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas. (Calhoun & Tedeschi, 1999; Folkman & Moskowitz, 2000; Shuchter & Ziskook, 1993). Efectivamente, el individuo resiliente se destaca por la capacidad de sentir emociones positivas y de reconstruir una vida contenta y productiva. Además, logra ser competente en diferentes dominios y presenta características que lo emparenta con sus iguales, posee un alto nivel de cualificación en distintas áreas, ya sea intelectual, emocional, estrategias de afrontamiento, motivación al logro autosugestionada, autoestima elevada, sentimientos de esperanza, autoeficacia, optimismo, autonomía e independencia, entre otras (Benard, 1999).

La resiliencia suscita del colectivo de profesionales la empatía, una postura humanizada hacia el prójimo. Es rehacerse para potenciarse, es analizarse para proyectarse en aprendizajes que enfatizan la solidaridad, el apoyo, la comprensión, es decir, de acuerdo con Vanistendael (1994), es la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias arduas y complejas. Frente al énfasis en estados negativos, se ha construido una nueva perspectiva centrada en las cualidades humanas positivas, buscando así factores que favorecen al bienestar subjetivo (B.E.S). Es específica de cada cultura y hace una llamada a la responsabilidad colectiva.

1.4. Revisión conceptual de resiliencia

En la actualidad, la resiliencia presenta diversas definiciones. Ratificando que el concepto se encuentra en fase de construcción y elaboración, sin embargo, éste cobra relevancia en los diversos ámbitos de intervención: psicología, ciencias sociales, educativas, de la salud y específicamente, de la salud pública. El término resiliencia fue motivo de estudio en las últimas décadas y surgen distintas definiciones con elementos esenciales comunes a todas.

Wernery y Smith (1982) plantean que el tema resiliencia resulta importante, porque a partir de su conocimiento es posible fomentar el diseño de políticas de intervención. Para discutir el concepto de resiliencia, es necesario priorizar y referenciar los textos producidos por órganos que tienen un papel preponderante e investigadores reputados en este tema. Considerando estos criterios selectivos, se exponen los principales conceptos sobre la resiliencia en los cuadros a seguir:

Cuadro 1. Diferentes enfoques de la resiliencia.

AUTOR	AÑO	CONCEPTO
Werner y Smith	1982	Recalcan la resiliencia a partir de la historia de adaptaciones exitosas del individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresares.
Masten y Garmezy	1988	Argumentan que la Resiliencia es el proceso, la capacidad de o el resultado de una adaptación exitosa a pesar de circunstancias retadoras y amenazantes.
Lösel, Blieneser y Köfer	1989	Explican la resiliencia como el enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida, severamente estresantes y acumulativas.
Richardson, Neige, Jensen y Kumpfer	1990	Resaltan la resiliencia como un proceso de lidiar con acontecimientos vitales disociadores, estresantes o amenazadores de un modo que proporciona al individuo destrezas protectoras y defensivas adicionales a las previas a la disociación resultante del acontecimiento.
Rirkin, Hoopman. In: Henderson y Milstein	1991	Puntualizan la resiliencia como la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad, y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy.
Benard	1991	Justifica la resiliencia como la capacidad para desarrollar rasgos o cualidades que permiten al individuo ser resiliente, tales como el éxito social (flexibilidad, empatía, afecto, habilidad para comunicarse, sentido del humor y capacidad de respuesta); habilidad para resolver problemas (elaborar estrategias, solicitar ayuda, creatividad y criticidad); autonomía (sentido de identidad, autosuficiencia, conocimiento propio, competencia y capacidad para distanciarse de mensajes y condiciones negativas); propósitos y expectativas de un futuro prometedor (metas, aspiraciones educativas, optimismo, fe, y espiritualidad).
Flach	1991	Destaca la resiliencia, como la capacidad de desintegrarse y reintegrarse,

		controlando las amenazas de ruptura de equilibrio sin conllevar a mayores consecuencias, para el desarrollo del individuo
Bowlby	1992	Definió la resiliencia, como el resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir.
Rutter	1992	Enfatiza que la resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida "sana" en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Se trataría entonces de un proceso interactivo entre las características propias de los niños y su ambiente.
Wolin y Wolin	1993	Puntualizan la resiliencia como la capacidad de sobreponerse, de soportar las penas y de enmendarse a uno mismo.
Osborn	1993	Designa la resiliencia como un concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños pequeños
Cicchetti, Rogosch, Lynch, y Holt	1993	Aborda la resiliencia como el funcionamiento competente de individuos, a pesar de severa adversidad vivida.
Gardiner.	1994	Destaca que la resiliencia es una interacción creativa entre los recursos personales y los recursos sociales
Higgins	1994	Enfoca la resiliencia como un proceso de auto encausarse y crecer.
ICCB, Institute on Child Resilience and Family	1994	Caracteriza la resiliencia como la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
Garmezy	1994	Aborda la Resiliencia como las habilidades, destrezas, conocimiento, insight (introspección) que se acumula con el tiempo a como las personas

		luchan por levantarse de la adversidad y afrontar retos. Es un continuo y desarrollador fondo de energía y destreza que puede ser utilizado en las luchas actuales
Vanistendael	1994	Explica que la resiliencia es la capacidad de una persona o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones de vida difíciles, y esto de una manera socialmente aceptable.
Grotberg	1995	Entiende la resiliencia como la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado positivamente por ellas.
Suárez	1995	Enfoca la resiliencia como una combinación de factores que permite, al ser humano, afrontar y superarlos problemas y adversidades de la vida.
Suarez	1995	Marca la resiliencia como una combinación de factores que permite al ser humano, afrontar y superar y adversidades de la vida.
Gordon	1996	Expresa la resiliencia es la habilidad de crecer, madurar e incrementar la competencia de cara a circunstancias adversas y obstáculos, recurriendo a todos sus recursos, tanto personales como ambientales.
Saleebey	1996	Esboza la resiliencia como una articulación continua de capacidades y conocimiento derivados a través de la interacción de riesgos y protecciones en el mundo.
Walsh	1996	Nombra la resiliencia como un potencial del individuo para emerger de una situación marcadamente destructiva, donde aun así, sale fortalecido.
Infante	1997	Percibe la resiliencia como una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiéndose por estos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica, y respetando las características personales.
Kirby y Fraser	1997	Correlacionan riesgo y resiliencia formando un continuo, en el que cada dimensión representa el lado opuesto de la otra. La fuente para actualizar la resiliencia proviene del propio ecosistema de uno, y la resiliencia es una

		capacidad que está en cada ser humano
Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla	1997	Plantean la resiliencia como la habilidad para superar la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. Considera la resiliencia como el resultado de la interacción entre atributos personales, apoyo familiar, y aquellos recursos provenientes de la comunidad.
Blue	1997	Enuncia la resiliencia como la capacidad de trascender las circunstancias difíciles de su ambiente infantil para transformarse en adulto de éxito y adaptado
Haynal	1999	Expresa la resiliencia como la capacidad en términos psíquicos, de atribuir significado a una experiencia inicialmente sin sentido, elaborándole y así logra superarla.
Lemay	1999	Señala la resiliencia como la capacidad de asignar significado a un suceso traumático.
Cyrułnik	1999	Explicita que la resiliencia es un proceso de superación de problemas diversos, construyéndose como sujeto en la adversidad. Es sistémica y dinámica, ocurre debido a las interacciones entre el individuo en desarrollo, su ambiente y las personas circunscritas.
Bouvier de vínculos afectivos.	1999	Enumera la resiliencia como un fenómeno psicológico construido a partir de la identificación con personas significativas y la de manutención
Bouvier	1999	Considera la resiliencia como un fenómeno psicológico construido a partir de la presencia de figuras significativas y de la consolidación de vínculos.
Luthar, Cicchetti y Becker	2000	Manifiesta la resiliencia como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.
Manciaux, Vanistendael, Lecomte, y	2001	Argumentan que la resiliencia es la capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la fatalidad de un trauma puede ser superado a través de los recursos del sujeto.

Cyrułnik.		
Richardson	2002	Muestra la resiliencia como una metáfora que alberga teorías de diversas disciplinas, y pone de relieve la psiconeuroinmunología, filosofía, psicología, medicina oriental, neurociencias, ecología, sociología y antropología.
Theis	2003	Aclara que la resiliencia se refiere a la capacidad humana para superar una situación desfavorable extrema, y salir de ella fortalecido y transformado positivamente, con una reconstrucción personal y con un nuevo sentido de vida.
Menezes de Lucena y Ramos	2006	Denotan la resiliencia, como un constructo biológico, psicológico, social y cultural, que algunos individuos manifiestan debido a su modelo autobiográfico, y al uso de estrategias de “active coping “, que facilitan sobrepasar las adversidades del cotidiano, y reconstruir su existencia pautada en emociones positivas, proyectando un futuro lleno de esperanza y éxito..
Santa Cruz y García	2008	Describen la resiliencia se refiere a aquellas capacidades de los sujetos que les permiten atravesar situaciones de adversidad y resurgir creativamente fortalecidos
Grulh	2009	Considera que la resiliencia es la capacidad de adaptación o capacidad de resistencia, la cual permite a las personas retomar su posición original como una goma elástica o volver a quedar siempre derechas, con independencia de lo que acontezca.
Granada y Alvarado	2010	Plantean, una visión sociopolítica de la resiliencia, en la cual la creen como “la conservación, despliegue y desarrollo de las dimensiones humanas en contextos de adversidad, entre los que se destacan la dimensión crítica y la dimensión política que no se subordinan a la sobrevivencia, sino que por el contrario, se transforman en discurso político, en posiciones de denuncia y de acción social transformadora ante el mundo.,

Kotliarenco, e Irma	2011	La resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales.

Al intentar elaborar un análisis de algunas concepciones pertinentes a la resiliencia, supra citadas, se verifica que ésta se encuentra en fase de construcción y debate. Desde hace algunos años ha comenzado a manejarse el concepto de resiliencia como aquella cualidad de las personas para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdidas. La resiliencia puede ser considerada como un concepto multifacético, amplio e innovador, que facilita adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores de riesgo o acontecimientos vitales estresantes. La resiliencia está pautada en dos aspectos fundamentales: la resistencia ante la destrucción y la autoeficacia para reconstruirse sobre el caos y el desorden.

Observase que las definiciones, anteriormente evidenciadas, enfatizan las características del individuo resiliente y en su contenido encuéntrase: resistencia, habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, estrategias de afrontamiento delante de la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial, habilidades cognitivas, construidas para afrontar la adversidad y superarlas. Además acentúan dos factores fundamentales, que se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. Los procesos positivos, viabilizan una vida sana, mismo que conviva en un contexto insano, y estos procesos tienen lugar a través del tiempo, en interacción del sujeto con su ambiente familiar social y cultural. En la

Resiliencia actúan algunos factores de protección que sirven de estrategia al sujeto frente de la adversidad y hostilidad hallada en su contexto., tales como propensión la aproximación social, humor positivo y ritmo biológico constante. Coexisten otros factores tales como las emociones positivas que pueden compensar e inclusive prevenir los de las consecuencias nocivas que acarrear las vivencias derivadas de los contextos problemáticos y con mucha pobreza y adversidad.

Para poner en marcha, la resiliencia, es necesario que el individuo utilice algunos atributos personales y contextuales, surgiendo de una gran heterogeneidad de influencias ecológicas que confluyen para producir una reacción positiva frente a una amenaza importante. Los mecanismos individuales conciernen a un temperamento flexible, activo, la habilidad para resolver problemas, buena capacidad de adaptación y competencias relacionales y sociales.

La resiliencia se trata de un fenómeno que integra componentes biológicos, psicológicos, sociales, económicos, emocionales, cognitivos, conductuales, culturales, étnicos. Los factores relacionados al medio ambiente están estrechamente vinculados: a familia, los amigos y al apoyo social, o sea, una serie de características y habilidades de ajuste propias del individuo, factores protectores que constituyen una labor interactiva y pueden hacer posible el crecimiento humano, mientras se fortalece. La resiliencia, aunque requiere una respuesta individual, no es una característica individual, ya que está condicionada tanto por factores individuales como ambientales, emergiendo de una gran heterogeneidad de influencias ecológicas que confluyen para producir una reacción excepcional frente a una amenaza importante. Este postulado afirma que son las fuentes del contexto ecológico, que ofrecen o fomentan la resiliencia en los individuos.

El desarrollo de la resiliencia es el proceso de crecimiento saludable y activo, en el cual el individuo protagoniza su historia de vida. Algunas definiciones apuntan la

resiliencia como un constructo multidimensional matizado por la subjetividad de relaciones interpersonales, singularidad, realidad contextual, estrategia de afrontamiento ante un acontecimiento estresor, emociones positivas, aprendizaje, beneficio, etc. Sin embargo, otras señalan las variables intervinientes en la resiliencia en cuanto a su carácter funcional: universal/circunstancial, adaptación/superación, innato/adquirido, duradera/efímera, vulnerabilidad-protección, resistencia al estrés relativa/absoluta.

La resiliencia no es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa del, ciclo vital, y que puede expresarse distintos perfiles en diferentes culturas (Manciaux, 2001).

La resiliencia no es un fenómeno inusual ni extraordinario, muy al contrario es un fenómeno común que surge a partir de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001). Uno de los aspectos importantes a destacar son algunas características de la resiliencia: nunca es total, no implica una resistencia absoluta al daño, ni es aplicable a todas las circunstancias de riesgo, ni es un rasgo intrínseco ni una característica inalterable del individuo, o lograda para siempre, no es un atributo totalmente innato, ni totalmente adquirida.

Para Bernard (1999), Grotberg (1995), Luthar y Cushing (1999), Kaplan (1999) Masten (1999) y Rutter (1999), etcétera, denotan la resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del entorno y del individuo interactúan en una relación recíproca que posibilita al individuo adaptarse a pesar de amenazas significativas para el desarrollo saludable. La literatura ha sido reiterativa en indicar que, existen tres posibles fuentes de factores que, en calidad de protectores, promueven conductas resilientes. Estos son: a) los atributos personales; b) los apoyos del sistema familiar; y c) aquellos provenientes de la comunidad. Entre los fenómenos indicativos de vida

saludable se destaca la resiliencia cuyo discurso dominante incide en la ecología del individuo en interacción con su contexto histórico; cultural; económico, social y con su historia de aprendizaje.

La resiliencia emerge en un contexto socio-cultural y académico complejo, marcado por la postmodernidad. Esta influencia se refleja en que es éste un concepto multidimensional, interdisciplinario y operativo en los diferentes ámbitos. Tiene concebido, nuevas perspectivas de intervenciones micro y macro sociales, y preferentemente en niños y en adolescentes, aunque contempla también en menor canon la adultez y en escasa proporción tangencia la última etapa de la vida, la vejez. Retrata historias de adaptaciones exitosas en individuos que se han vistos expuestos a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar & Zingler, 1991; Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982, 1992).

Tal vez cabría plantearse algunas dificultades en relación a la resiliencia: la inexistencia de una definición consensual, ni poseer un parámetro incuestionable, además hace falta un instrumento de evaluación uniforme (Slap, 2001). Los conceptos señalan que para el fenómeno resiliencia las explicaciones todavía permanecen pendientes, al desconocerse los procesos que le subyacen, ya que este fenómeno se estudia a posteriori, se analizan las respuestas emitidas. Desde luego, el conocimiento de este proceso es de fundamental relevancia para poder avanzar en el tema. Aun así, en la última década se está dando un incremento teórico-metodológico e investigativo que conlleva a un creciente interés en definir y señalar los factores que facilitan valerse de este constructo. Fraser, Richman y Galinsky (1999) enfocan que el concepto de resiliencia está generando aportaciones de gran interés a los profesionales de la

intervención socio-sanitaria; sin embargo, en el contexto académico donde tuvo su génesis, recibe numerosas críticas.

Villalba (2003) también destaca algunas críticas a la resiliencia que Greene y Conrad (2002) esbozan en su revisión del concepto. Subrayan el uso del término resiliencia como muy vago. Además, la dificultad principal consiste en definirla, debido a la complejidad de este constructo, y que las reacciones subjetiva de los individuos para circunstancias aparentemente similares pueden variar, así como sus niveles de conciencia y respuesta ante un acontecimiento amenazador. Desde un punto de vista similar, Luthar, Cicchetti y Becker (2000) manifiestan los elementos más debatidos en relación al concepto de resiliencia: ambigüedad en las definiciones y en el uso de la terminología, variabilidad en el fenómeno de resiliencia, y polémica teórica que pone en cuestión la utilidad científica del concepto resiliencia.

La resiliencia tiene muchas veces un carácter camaleónico, varía a lo largo del tiempo de acuerdo con las circunstancias, con el desarrollo del individuo o del sistema, y con la calidad de estímulos a los que están expuestos. Se edifica a partir de la interacción del individuo con su contexto, en el cual muestra la capacidad que tiene de superar estas situaciones adversas, potencialmente traumáticas, reconstruyéndose positivamente. Por tanto, reafirma la capacidad de sentir bienestar subjetivo como inherente a todo ser vivo.

Dada la importancia que las ideas mencionadas adquieren para una posible explicación de la resiliencia, se constata que la resiliencia rompe con la clásica concepción determinista de la existencia, es un nuevo paradigma transformador que implica que la persona traumatizada se supera y se rehace, con emociones positivas y la esperanza de un futuro exitoso. El concepto de resiliencia hace frente las concepciones fatalistas precedentes, como que las adversidades tienen necesariamente

efectos devastadores sobre las personas, que quienes logran vencerlas salen lacerados, resentidos y desconfiados por el amargo episodio pasado; la resiliencia les permitirá en el futuro ser personas que crean en la felicidad, el amor, la esperanza, en fin, en la humanidad.

Ratificando esta perspectiva, es fundamental comprender la resiliencia como un proceso de superación de la adversidad por el individuo que pone en marcha estrategias eficaces de afrontamiento, sin excluir la responsabilidad social y política, ya que este constructo puede ser promovido con la participación de padres, educadores, políticos, profesionales del ámbito de políticas públicas, con programas psicosociales, socio sanitarios, etcétera., y de la Sociedad Civil y del Estado, que pueden promover de forma coadyuvante este fenómeno. Henderson y Milstein (2003) enuncian que la resiliencia genera una revolución filosófica que se distancia del modelo de desarrollo humano fundamentado en la patología a un modelo apoyado en la salud en el bienestar subjetivo del individuo.

Las diferentes definiciones del concepto de resiliencia enfatizan características que perfilan el individuo resiliente, tales como: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, afrontamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, habilidades cognitivas, resistencia a la destrucción; desplegadas frente a las situaciones vitales adversas, estresantes, etc., que les permite atravesarlas y superarlas.

Considerando las numerosas concepciones a cerca de la resiliencia, resulta casi imposible elegir una definición única, no obstante, es difícil para los investigadores proponer una definición impar, sin embargo, a de Menezes de Lucena (2006), que discurre la resiliencia, como un constructo biológico, psicológico, social y cultural, que algunos individuos manifiestan debido a su modelo

autobiográfico, y al uso de estrategias de “active coping “, que facilitan sobrepasar las adversidades del cotidiano, y reconstruir su existencia pautada en emociones positivas, proyectando un futuro lleno de esperanza y éxito. Como también la de Kotliarenco, y Irma (2011), que afirman ser la resiliencia un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales.

La Resiliencia proyecta cuestiones sobre el temperamento, los factores de personalidad, el ambiente y los recursos personales; la comprensión de todos ellos será de interés para sus medios de poner en práctica. Como el resultado ocurrirá en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales. Aunado a que, la composición y/o interacción entre los caracteres del individuo (intrínsecos) y su contexto familiar, social y cultural (extrínsecos) viabilizan superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Esto es dinámico considerando que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación mutua que permiten al individuo una edificación saludable de su desarrollo y de un ajuste social positivo al contexto donde está insertado.

Considerando que la resiliencia es un constructo multidimensional es relevante denotar algunos constructos relacionados a este fenómeno.

1.5. Constructos afines y resiliencia

Como ya se ha mencionado, la Psicología Positiva propone una nueva mirada hacia la humanidad, promueve la búsqueda de los rasgos personales constructivos y de

las emociones positivas. Enmarcado en el contexto de la psicología positiva, está la resiliencia, mencionada por la mayoría de sus estudiosos como la competencia que resulta de un proceso activo, progresivo. Ella no implica en una resistencia incondicional a la destrucción, ni es compatible a todas las circunstancias de riesgo, ni es un rasgo intrínseco, ni una característica inalterable del individuo. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la fatalidad de un trauma puede ser superado a través de los recursos del sujeto (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, & Cyrulnik, 2001).

En la contemporaneidad, con el avance técnico-científico en el área de la investigación, surgen metodologías más sofisticadas que permiten definir, mensurar, comprender y explicar los rasgos positivos humanos. En el marco teórico y empírico sobre la resiliencia, investigadores de varios ámbitos del conocimiento, están desarrollando actualmente diversos estudios en los que se averiguan las relaciones entre algunos constructos y este fenómeno.

La búsqueda de lo que constituye la resiliencia, condujo los investigadores, a explorar los rasgos personales tales como el bienestar subjetivo, el optimismo, la autoestima, la felicidad, la autodeterminación, la esperanza, la creatividad, la gratitud, etc. Uno de los aspectos importantes a destacar es la relación de la resiliencia con los constructos aludidos, y los estudios realizados por diferentes investigadores. A continuación señalase los cuadros de los constructos afines de la resiliencia.

Cuadro 2. Constructos afines de la resiliencia

AUTOR	AÑO	CONCEPTO
Eisenberg y Strayer	1987	Espiritualidad
Lennon y Eisenberg.	1987	Empatía

Dubow y Tisack	1989	Apoyo Social
Michael Rutter	1989.	Hogares uniparentales
Garnezy	1990	Resistencia al estrés, invulnerabilidad
Luthar	1991	Competencia Social, inteligencia
Luthar y Zigler	1991	Pobreza ; miseria
Bernard	1991	Habilidad en resolución de problemas
Grottberg	1992	Stress
Werner y Smith	1993	Protección/ riesgo y coping,
Wiolin y Wiolin	1993	Independencia; introspección
Everstine y Everstine	1993	Trauma
Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target	1994	Procesos transgeneracionales; Autonomía
Lösel	1994	Afrontamiento efectivo
Vanistendael	1994	Participación Social
Diener	2000	Bienestar subjetivo
Emmons y Crumpler	2000	Gratitud
Lubinski y Benbow	2000	Excelencia, nivel de inteligencia
McCullough y Snyder	2000	Olvido
Myers	2000	Fe
Petterson	2000	Optimismo
Schwartz	2000	Autodeterminación
Snyder	2000.	Esperanza
Zinder y McCullough	2000	Sueños
Cyrułnik	2002	Creatividad
Yaumbre y Sells	2003	Perdón
Lindström	2003	Sentido de coherencia

Seligman	2003	Psicología Positiva y emociones positivas
Melillo, Rubbo y Morato	2004	Educación
Menezes de Lucena	2006	Engagement

En la revisión teórica sobre resiliencia, se demuestra la existencia de un fuerte vínculo entre el resiliencia y los constructos demostrados. Villalba (2003) evidencia que la revista *American Psychologist* publicó en el año 2000, un número especial, en que ha descrito algunos conceptos relacionados con la resiliencia e incluyen las citas referenciadas en este año. La autora citada, acentúa también que ha habido un número especial del *Journal of Social and Clinical Psychology* dedicado a las fortalezas, virtudes, y características positivas. Las cualidades resilientes descritas en este número incluyen moralidad y autocontrol, gratitud, olvido y esperanza. En este contexto, Fuentes y Torbay (2003) mencionan la relación entre resiliencia y creatividad, y destacan que Cyrulnik (2002), uno de los autores de referencia, plantea cómo es que la creatividad llega a ser un factor protector en resiliencia. Así, apunta que a través de la simbolización se mejoran las situaciones adversas con actividades creadoras, artísticas, científicas y de otra índole.

La resiliencia, por tanto, representa la potencialidad humana de resistir a los estresores vitales, construida por diversos factores protectores que posibilitan su elaboración y que no son excluyentes entre sí. Comparten esta concepción, diversos autores (Cyrulnik, 2002; Gianfrancesco, 2003; Manciaux, 2003; Theis, 2003) emprenden la resiliencia, enfatizando los factores protectores en tres categorías: a) Institucionales para generar una cultura resiliente; b) Contextuales referidos a factores protectores familiares, de la escuela y de la comunidad; y c) Personales descritos a los

factores protectores intrapsíquicos. Consideran que la resiliencia deviene de las elaboraciones del individuo en su interrelación con su contexto ecológico, y la apropiación de las experiencias tanto propias como las adquiridas en el intercambio con otras personas y otras realidades. De las categorías aludidas, los factores individuales tienen más relevancia, y más precisamente los factores protectores de que puede disponer la persona para reaccionar y trascender positivamente situaciones de adversidad extrema y ambientes de alto riesgo.

Como ha sido subrayar, se encuentra en el contexto de la literatura científica sobre resiliencia, diferentes constructos afines, dentro estos, se evidencia, dos que se enmarcan en la Psicología Positiva de forma relevante. Hardiness o Personalidad Resistente (Kobasa) y Sentido de Coherencia. (Antonovsky), que asumen una visión optimista de la naturaleza humana. Y una remarcable capacidad de encontrar sentido y de superar las experiencias traumáticas de la vida. A continuación se destaca algunos conceptos los cuales a través de la estructura de personalidad del individuo, fomenta la resiliencia.

1.6. Hardiness o personalidad resistente

El concepto de robustez o hardiness, que según Levav (1995 como citado en Kotliarenko, Cáceres, & Fontecilla, 1997), podría ser considerado afín al de resiliencia, que ha sido definido como una característica de la personalidad que en algunas personas actúa como reforzadora de la resistencia al estrés.

Dentro de un grupo de variables personales merece ser destacado el constructo denominado personalidad resistente o hardiness (Kobasa & Maddi, 1977; Kobasa, 1982a). Gran número de investigaciones han probado un efecto reiterado de esta

variable en la relación estrés - salud (Banks & Gannon, 1988; Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Nagy & Nix, 1989). Igualmente se ha observado una relación inversa entre personalidad resistente y Burnout (McCranie, Lambert, & Lambert, 1987; Nowack, 1986; Moreno-Jiménez, González, & Garosa, 2000a; Oliver, 1993).

El concepto de firmeza o personalidad resistente (Kobasa, 1982b; Kobasa & Maddi, 1977) se sitúa en el contexto de la psicología existencial (Maddi, 1988), próximo a las propuestas situacionales de la personalidad (Mischel, 1968) con visos de ser un concepto clave en la psicología social del estrés y la salud (Kobasa, 1982a). La acuñación de este concepto se basa en dos ideas de la psicología de la época: I) el papel activo del individuo; el individuo puede crear y reaccionar ante acontecimientos significativos en su vida; tolerar, e incluso llegar a enriquecerse de las situaciones estresantes (Allport, 1955; Bandura, 1978; Brehm, 1966; Fromm, 1947). La orientación optimista del ser humano, al entender que el funcionamiento humano permite distinguir lo que es posible modificar de aquello que es inalterable, y emplear toda su energía para cambiar aquello que realmente puede ser modificado.

En este contexto, Kobasa (1979) desarrolla un modelo de personalidad que denomina hardy personality o hardiness, y lo define como una tendencia de orientación optimista ante el estrés; actúa, pues, como modulador en relación con el estrés, al disminuir el alcance y dureza de sus consecuencias sobre la salud. De acuerdo con Kobasa, un individuo firme o con fortaleza es capaz de preservar su salud ante altos niveles de estrés, mientras que los individuos que adolecen de firmeza probablemente enfermarán cuando se enfrenten a elevados niveles de estrés. Los individuos resistentes son sujetos comprometidos e identificados con su propia tarea, convencidos de que pueden actuar y mantener el control sobre sus resultados y con una clara orientación al cambio y hacia situaciones nuevas marcadas por el desafío y la novedad.

Las variables o rasgos de personalidad que se examinan ahora, junto con la que viene a continuación (Sentido de Coherencia) son consideradas factores propios del enfoque salutogénico de salud. Dicho enfoque propone un concepto de salud como variable dinámica que oscila entre dos polos opuestos: enfermedad y bienestar de la persona. Es dinámica porque depende tanto de las variables orgánicas (personales) como de las variables contextuales. Los modelos salutogénicos resaltan la significancia de las variables personales del sujeto, destacando las variables estables que identifican un estilo conductual de la persona.

Las personas que presentan alguna de estas dos formas de organización de la personalidad (hardiness o sentido de coherencia) se caracterizan por un menor nivel de vulnerabilidad al estrés, y, en consecuencia, al SB y a la secuela de sintomatologías variadas que se pueden derivar del mismo.

La personalidad resistente se caracteriza por tres dimensiones: el compromiso (commitment), el desafío (challenge) y el control (control). Estas dimensiones no son concebidas como formas internas y estáticas, sino como formas de acción y compromiso basado en las situaciones de cada momento.

El compromiso (commitment) es la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida (familia, relaciones interpersonales e instituciones sociales) e identificarse con el significado de los trabajos propios. Esta cualidad implica en el individuo el reconocimiento personal de las propias metas y la apreciación de la habilidad personal de tomar decisiones y mantener sus valores (Moreno-Jiménez, González, y Garrosa, 2000b). Supone la consideración positiva del valor de la propia acción y una cierta confianza en la relación interpersonal con los demás. El compromiso con uno mismo proporciona a la persona un conjunto de creencias que contribuyen a minimizar la percepción de amenaza ante los diferentes sucesos que tienen lugar en su

vida. Para algunos autores (Coelho, Hamburg, & Adams, 1974) la auto comprensión es esencial para la percepción adecuada y el manejo competente de cualquier situación de la vida. Las personas con compromiso poseen tanto las habilidades como el deseo de enfrentarse exitosamente a las situaciones de estrés. De ahí que esta cualidad haya sido propuesta como moderadora de los efectos del estrés (Peñacoba & Moreno, 1998).

El desafío o reto (Challege) lleva a los sujetos a la concepción de la vida en todos sus aspectos como proceso de cambio permanente; supone una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias, y proporciona flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad (Moreno-Jiménez et al., 2000b), al inducir a considerar el cambio como característica habitual de la historia y de la vida, presentándolo, de esta manera, como un hecho natural y deseable (Berlyne, 1964; Csikszentmihalyi, 1975). Se basa, pues, en la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es una oportunidad y un incentivo para el crecimiento y el desarrollo de la persona. Permite percibir e integrar de forma real la amenaza, incluso ante los acontecimientos estresantes más inesperados. En definitiva, el desafío modera o aminora el poder estresante de los acontecimientos vitales haciendo que dichos acontecimientos se presenten como estimulantes más que como amenazantes.

Por este motivo, la tendencia que valora las situaciones de estrés como un desafío es más saludable que la tendencia a hacerlo como amenaza. Las personas que realizan este tipo de valoración ante el estrés son, por tanto, individuos cognitivamente adaptativos o flexibles y con buena tolerancia a la ambigüedad.

El control se caracteriza como la convicción que tiene la persona de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Alude a la creencia o sentimiento de que uno mismo puede influir, con conocimiento y destreza, en el desarrollo de los eventos que experimenta en la vida diaria. Quienes piensan así consideran que no son ajenos al

desarrollo de los episodios en que están presentes, y que pueden influir en ellos, alterando o modificando su curso. Ello les hace pensar que pueden utilizar los sucesos en su propio beneficio, al menos parcialmente, por lo cual la percepción o capacidad de control sobre los acontecimientos externos les permite o posibilita la adecuación o adaptación ante los ambientes estresantes. Diferentes estudios han demostrado que un sentido del control personal puede reducir los efectos negativos que tiene el impacto de los eventos estresantes sobre la persona (Cooper, Kirkcaldy, & Brown, 1994; Daniels & Guppy, 1992; Ingledew, Hardy, & Cooper, 1997; Smith, Spelten, & Norman, 1995). Los individuos que presentan un fuerte sentido de control no sólo intentan hallar explicaciones a las acciones de los demás, sino que además nunca pierden la perspectiva de la propia responsabilidad en dichas acciones.

La personalidad resistente debe considerarse, pues, como un concepto multidimensional en el que los tres componentes están claramente relacionados (Peñacoba-Moreno, 1998). Engloba un conjunto de actitudes, creencias, cogniciones y conductas que tienden a aislar a los individuos de los efectos que sobre la salud tienen los eventos más estresantes de la vida. Este constructo parece inducir a estrategias de afrontamiento adaptativas, y a la percepción de los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento y de mejora de las propias competencias. También parece actuar afectando de forma indirecta a las estrategias de afrontamiento y favoreciendo la búsqueda de apoyo social. Por último, probablemente favorece la disposición hacia estilos de vida saludable que reducen la probabilidad de aparición de la enfermedad (Maddi & Kobasa, 1984). Los individuos con personalidad resistente se enfrentan de una forma aparentemente activa y optimista a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes (Kobasa, Maddi, & Paccetti, 1982).

Los efectos de resistencia o hardiness parecen ser diferentes en hombres y en mujeres; las relaciones entre hardiness, estrategias de afrontamiento y neuroticismo son distintas en ambos sexos. Se ha probado que, en mujeres, la búsqueda de apoyo social tiene un efecto moderador entre la personalidad resistente y la salud, a diferencia de lo que ocurre en los hombres, en quienes no se ha constatado este tipo de relación (Williams, Wiebe, & Smith, 1991).

El constructo o dimensión de personalidad resistente guarda relación con otras tendencias o conceptos de personalidad que pueden funcionar o no como factores protectores contra el estrés. Se han desarrollado estudios que relacionan la Personalidad Resistente con el patrón de conducta Tipo A, el Sentido de Coherencia, la Hostilidad, el Optimismo, la Autoestima, la Autoeficacia, el Neuroticismo o el Locus de Control (ver Funk, 1992; Peñacoba-Moreno, 1998).

1.7. Sentido de coherencia

Otro enfoque, simultáneo al de personalidad resistente aunque con menor repercusión académica hasta el momento, es el del Sentido de Coherencia (SC), acuñado por Antonovsky en 1979. Si el modelo desarrollado por Kobasa intentaba establecer las bases de una Psicología Social de la Salud, el propuesto por Antonovsky se enmarca en el proyecto del desarrollo de una Sociología de la Salud (Moreno-Jiménez, González, & Garrosa., 1999).

El origen de este enfoque del SC se encuentra en una investigación desarrollada por Antonovsky acerca del porcentaje de mujeres supervivientes a un campo de concentración femenino de la II Guerra Mundial. A pesar de haber sido expuestas

durante años a las experiencias más adversas, estresantes, agotadoras y envilecedoras, a algunas de estas mujeres se les diagnosticó un estado razonable de salud física y mental. La novedad del análisis de Antonovsky radicaba en que éste concluyó que su estado de conservación se debía a variables personales; era especialmente el resultado de un conjunto de características que él denominó SC. Antonovsky mantenía que las mujeres con alto SC habían desarrollado mecanismos eficaces de adaptación. Lo que este especialista se planteó fue, en definitiva, descubrir qué factor o factores habían hecho que estas mujeres supervivientes preservaran su salud; su acierto radicó en adoptar esta línea de investigación, en lugar de buscar relaciones entre estresores y enfermedades (Antonovsky, 1987a).

La base del enfoque de Antonovsky radica en el mismo concepto de salud, que es elaborado como un continuo entre la enfermedad y la plenitud física y psíquica, de forma que resulta imposible hablar en términos absolutos de un estado de salud o de enfermedad. La salud y la enfermedad serían los polos opuestos de un continuum en el que se desplaza el individuo en su ciclo vital desde el nacimiento a la muerte.

El origen de este enfoque del SC se encuentra en una investigación desarrollada por Antonovsky acerca del porcentaje de mujeres supervivientes a un campo de concentración femenino de la II Guerra Mundial. A pesar de haber sido expuestas durante años a las experiencias más adversas, estresantes, agotadoras y envilecedoras, a algunas de estas mujeres se les diagnosticó un estado razonable de salud física y mental. La novedad del análisis de Antonovsky radicaba en que éste concluyó que su estado de conservación se debía a variables personales; era especialmente el resultado de un conjunto de características que él denominó SC. Antonovsky mantenía que las mujeres con alto SC habían desarrollado mecanismos eficaces de adaptación. Lo que este especialista se planteó fue, en definitiva, descubrir qué factor o factores habían hecho

que estas mujeres supervivientes preservaran su salud; su acierto radicó en adoptar esta línea de investigación, en lugar de buscar relaciones entre estresores y enfermedades (Antonovsky, 1987a).

Para Antonovsky (1987a) el SC es un constructo de carácter universal, puesto que no se refiere a un estilo particular de afrontamiento sino a factores que, en cualquier cultura y en cualquier individuo, son una base para el éxito en un afrontamiento del estrés; visto así, el SC trasciende a la clase social, al sexo, a la religión o a la cultura. El SC es relativamente estable después de los 30 años de edad (Antonovsky, 1987 b).

Otro elemento específico del modelo es el énfasis en los aspectos activos de la conducta y de la persona en general; lo esencial desde la perspectiva de Antonovsky no es tanto conocer lo que lleva al sujeto a la enfermedad, sino lo que le conduce a la salud. Basándose en esta perspectiva, propone que ambos tipos de conductas – la de salud y la de enfermedad – no son simplemente opuestas, sino que son más bien diferentes; por ejemplo, fumar, beber, o consumir drogas son actividades que pueden conducir a la enfermedad, pero la simple abstinencia no conduce a la salud. Frente al enfoque patogénico de la salud, cabe oponer un enfoque centrado en el desarrollo positivo de la salud; a esto es a lo que Antonovsky (1979) denomina Enfoque Salutogénico.

Antonovsky (1990) mantiene que el SC no es un rasgo específico de la personalidad, ni tampoco un estilo particular de afrontamiento; es más bien una orientación disposicional generalizada, una habilidad para seleccionar el correcto afrontamiento en una situación determinada. Según Moreno-Jiménez et al. (1999), el SC no constituye una línea de conducta fija y preestablecida, como puede ser un rasgo de personalidad, sino más bien una estrategia frente a problemas y dificultades que se presentan. Antonovsky (1990) rechaza identificar el sentido de coherencia con otras variables personales o sociales vinculadas positivamente a la salud, como pueden ser la

autoestima o el apoyo social; él caracteriza estas variables como recursos de resistencia generalizados. Así, mientras que el resultado de tales recursos sería promocionar al individuo experiencias y situaciones favorables al desarrollo de la salud, el sentido de coherencia sería el componente cognitivo resultante de tal conjunto de experiencias. En este sentido, el modelo propuesto por Antonovsky enfatiza claramente los componentes cognitivos del sujeto.

Según Antonovsky (1987a), el sentido de coherencia es una orientación global que expresa el grado en que uno mismo posee un sentimiento de confianza profundo, dinámico pero perdurable, acerca de los siguientes factores: Que los estímulos que nacen en el curso de la vida de los ambientes interno y externo de la misma persona son estructurados, predecibles y explicables (comprensibilidad); Que cada uno dispone de recursos para satisfacer las exigencias de estos estímulos (manejabilidad); Que estas demandas son desafíos, dignos de que la persona se implique en ellos y les haga frente (significatividad).

Para Antonovsky (1987a), el SC está formado por tres dimensiones teóricas y empíricamente relacionadas: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

Comprensibilidad. El ámbito de la comprensibilidad es considerada como el componente cognitivo del constructo. Es la propensión del sujeto a considerar la realidad natural e interpersonal como estable, ordenada, consistente y predecible. Ello permite tener un sistema cognitivo estructurado capaz de anticiparse y prever los acontecimientos, o, al menos, de integrarlos dentro de un marco de probabilidades. Este componente capacita al sujeto con unas pautas de conducta adaptativas y realistas frente a los más diversos acontecimientos, y con una actitud flexible a los cambios futuros.

Manejabilidad. Esta dimensión es comprendida como el componente instrumental del constructo. Se trata de la medida en que el individuo percibe que tiene los recursos

disponibles para afrontar las demandas del ambiente. Los recursos pueden ser dinero, experiencia o apoyo social; incluso pueden tener una base filosófica o religiosa, según la cual todo saldría bien, “de acuerdo con la voluntad de Dios”. Esta dimensión apunta el grado en que los sujetos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio se encuentran a su disposición.

Significatividad. Es la esfera considerada como la dimensión motivacional y el principal componente dentro de la teoría del SC; procura al individuo los recursos para afrontar las situaciones. El sujeto puede comprender la demanda (comprensibilidad), puede creer que tienen condiciones para hacerlo (manejabilidad), pero la significatividad da la respuesta a la pregunta “¿por qué debería?”. Es el sentimiento de que los estímulos tienen sentido, y de que la vida es un reto ante el que merece la pena comprometerse y realizar una inversión emocional, desarrollando una conducta orientada a una meta. Una elevada significatividad es síntoma de una visión comprometida de ciertas áreas de la vida, para las cuales es necesario evaluar si es importante emplear tiempo, esfuerzos y energía.

Según estas dimensiones, el SC alude al modo de percibir y controlar el ambiente con el objetivo de lograr una acción apropiada y significativa, y engloba un conjunto de creencias acerca de uno mismo y acerca del mundo propio. Reivindica que toda situación debe ser interpretada (Antonovsky, 1979). Por consiguiente, este modelo se centra específicamente en variables de tipo cognitivo, que buscan en los acontecimientos y hechos cotidianos un marco comprensivo y de contextualización cognitiva, así como la capacidad de manejabilidad de los acontecimientos, y el significado que los mismos tienen en el esquema individual de jerarquía de valores y creencias.

Antonovsky (1987a) propone un enfoque transaccional del estrés en el sentido que le dan Lazarus y Folkman (1986); el estrés es el resultado de una relación entre el sujeto y su entorno. Considerando los diferentes mecanismos propuestos para explicar la incidencia del SC sobre la salud, el principal es la relevancia que tiene el sistema perceptivo del sujeto sobre el estímulo potencialmente amenazante. Un individuo caracterizado por el SC, tiende a considerar como aceptables, y por tanto como no amenazantes, los problemas y dificultades que tiene que afrontar. Para Antonovsky, el sentido de coherencia interviene en la apreciación cognitiva del estresor y en la elección de los modos de afrontamiento más eficaces, dada la situación concreta en la que el sujeto se encuentra. Por ejemplo Kalimo y Vuori (1990) y Taylor y Aspinwall (1996) estiman que el SC puede influir en la percepción de los estímulos amenazantes en el trabajo.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, una persona con un fuerte sentido de coherencia experimenta un ambiente lo suficientemente estructurado como para permitirle anticipar los sucesos y los desafíos de la vida como posibles, loables y razonablemente manejables para ser abordados (Kivimäki, Kalimo, & Tuppinen, 1998) y afrontar con éxito las situaciones estresantes.

La resiliencia como ya fue señalada esta corroborada por historias de vida exitosas en individuos que se han visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores, habilidad para surgir de la adversidad, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, 1994; Luthar & Zingler, 1991; Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982 como citado en Werner & Smith, 1992).

El concepto resiliencia hizo fortuna, suscitando atención en ámbito académico y ha generado tan prolífico desarrollo en las ciencias sociales, psicología y más recientemente en la salud. En concreto, si ello es así, es porque esta noción permite, por un lado, dar cuenta de la complejidad de la conducta y la subjetividad humana, y por otro, ofrece un marco teórico para pensar los cambios necesarios en sociedades que, principalmente as latino-americanas, sufren procesos de empobrecimiento y de exacerbación de la inequidad. (Melillo, Suárez, & Rodríguez, 2005). Además tanto la resiliencia, como la personalidad resistente cuanto el sentido de coherencia, son consecuencia del intercambio entre el individuo y su contexto ecológico, en interacción con los factores de riesgo y los factores de protección.

1.8. Paradigmas protección/riesgo

La teoría de resiliencia y riesgo trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras. Esta teoría arguye que hay factores internos y externos que protegen contra el estrés social o el riesgo a la pobreza, la ansiedad o el abuso. El Locus de Control (LOC) es un tipo de expectativa generalizada propuesto por Rotter para referirse a la expectativa que las personas tienen de que sus acciones serán efectivas para controlar el ambiente (Rotter, 1966). Es decir, con la expectativa de control, se hace referencia al grado en que las personas sienten que tienen control sobre sus vidas. Es, pues, una creencia sobre el control personal. Desarrollado bajo la perspectiva del aprendizaje social, el locus de control interno-externo ha sido conceptualizado como una expectativa generalizada respecto de las relaciones causales percibidas entre la conducta y sus consecuencias.

Este tipo de medida se fundamenta en la Teoría del Aprendizaje Social (Rotter, 1954) que mantiene que las expectativas y el valor del refuerzo son variables relevantes de la persona para determinar la potencialidad de aparición de una conducta, dentro del catálogo conductual que posee una persona, en una situación determinada o específica. Para este autor la Teoría del Aprendizaje Social (Rotter, 1954) propone que la posibilidad de que se manifieste una conducta en una situación psicológica específica, es función de la expectativa de que esa conducta lleve a un particular refuerzo en esa situación, así como del valor del refuerzo.

El LOC alude a la percepción, atribución y expectativa que un sujeto posee sobre las contingencias que determinan la administración efectiva de premios y castigos (García-Moja, 1995). Además, Rotter (1966) considera que la expectativa de control es una característica global, relativamente estable a través del tiempo y de las situaciones. Este tipo de expectativa generalizada, con respecto al control de reforzamiento de la conducta, permite diferenciar a las personas a lo largo de un continuo entre dos extremos; el LOC interno y el LOC externo (Rotter, 1966). De ahí que los sujetos que puntúan en cada uno de los extremos de este constructo se denominen “internos” o “externos” respectivamente.

El LOC externo es la percepción de que los acontecimientos positivos o negativos no están relacionados con la propia conducta, quedando, pues, fuera del control personal. Por su parte, el LOC interno se puede definir como la percepción de que los acontecimientos positivos o negativos son consecuencia de las acciones personales y, por lo tanto, pueden estar potencialmente bajo el control personal (Lefcourt, 1976). Por consiguiente, el LOC evalúa la medida en que la persona cree que los resultados están determinados por el esfuerzo personal y la capacidad más que por el destino, la casualidad u otras fuerzas (Parkes, 1994). El individuo con LOC interno se

caracterizará por la creencia de que lo que le ocurre es resultado de su propia conducta y actitudes, mientras que el sujeto con LOC externo tiende a creer que los acontecimientos son resultado de la suerte, la fatalidad, o el poder de otras personas. Los individuos “internos” perciben que tienen control de la situación, lo que influye en las expectativas de afrontamiento, al hacer que experimenten un menor sentimiento de amenaza ante los estresores que los “externos”.

Como señala De Diego (1990), al internalizar tiende a proporcionar operatividad y efectividad a los sujetos para enfrentarse a determinadas situaciones vitales. El locus de control interno está asociado con la sensación de que se puede iniciar el cambio, y que una actitud proactiva es mejor que una reactiva frente a las situaciones, puede ser considerado como uno de los elementos más centrales en las personas resilientes. Los internos tienden a usar con mayor probabilidad afrontamientos centrados en los problemas que los externos (Solomon, Mikulincer, & Avitzur, 1988). El constructo de locus de control interno correlaciona en positivo con el paradigma protección.

1.8.1. Paradigma protección

Michael Rutter (1985) estudió los factores de protección entre las situaciones contextuales y la respuesta del individuo y los factores protectores, que han sido definidos como aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del individuo y mitigan el riesgo de que surja un desarrollo patológico. Rutter (1990) define los conceptos de vulnerabilidad y mecanismo protector como la capacidad de modificar las respuestas que emiten los individuos ante a las

situaciones de riesgo. El concepto de vulnerabilidad explícita, de alguna forma, la intensidad de la reacción frente a estímulos que en circunstancias normales conduce a una desadaptación. Lo contrario ocurre en las circunstancias en las cuales actúa un factor de atenuación que es considerado como mecanismo protector. Se entiende, de esta manera, que vulnerabilidad y mecanismo protector, más que conceptos diferentes constituyen el polo negativo o positivo de uno mismo. Lo esencial de ambos conceptos, es que son sólo evidentes en combinación con alguna variable de riesgo.

Según Rutter (1985), el concepto factor protector se refiere a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. El factor protector alude a las influencias o situaciones propias del individuo o de su realidad que aumentan su capacidad para afrontar la adversidad o descender la probabilidad de desarrollar desajuste psicosocial aún con la presencia de factores de riesgo. Son factores de protección: habilidades sociales y de resolución de problemas, competencia escolar, sentido del humor, autoestima elevada, creatividad autonomía, o tolerancia a las frustraciones, entre otras. En este sentido, los factores de protección, se utilizan con la finalidad de mitigar los efectos de riesgo; involucran también variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales. Los factores de protección, son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática o son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott, & Hill, 1999).

Considerando los aportes de la epidemiología social, esta hace hincapié en la importancia de los factores protectores, que sirven como escudos para favorecer el desarrollo sano de los seres humanos. Es decir que las actuales tendencias en

prevención, están orientadas hacia la promoción de factores de protección, no quedándose en sólo en la identificación de los factores de riesgo, sino que se actúa en construcción de resistencias, hacia procesos protectores que incidan en la reducción de conflictos de comportamiento.

El enfoque de resiliencia describe la existencia de verdaderos escudos protectores contra fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, atenuando así sus efectos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil. Ambos enfoques se complementan y se enriquecen, posibilitando analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces. Las adversidades de la vida incitan al individuo a descubrir los componentes de resiliencia: vulnerabilidad, resistencia, construcción, e incluso la reconstrucción, ésta última representada por una actitud optimista hacia un futuro lleno de esperanza.

Señala Rutter (1985), un mismo factor puede ser de riesgo y/o protector (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias. Esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean destructivas, recibir de adultos significativos los modelajes apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas que son parte del devenir humano. Los mecanismos protectores poseen un carácter dinámico que hacen que ninguno sea estable en el tiempo para cada una de las personas, ni menos aún para las situaciones. La orientación religiosa, por ejemplo, puede frecuentemente tener una función estabilizadora cara a una situación adversa. Sin embargo, dentro del contexto de determinadas sectas puede convertirse en un riesgo para la salud mental.

En la búsqueda de los factores de protección y de fomento a resiliencia, se encuentra la espiritualidad, la vivencia de la cultura espiritual y de la solidaridad, son algunas fuentes que conforman el apoyo y recursos de los que las personas resilientes se sirven para superar la adversidad y dominar los acontecimientos de su vida. El sentido de la vida, la comprensión de la realidad, el sentimiento mesiánico (de liberación), la confianza en una “justicia superior”..., la pertenencia a un grupo. La esperanza que aporta la presencia de la idea de “Redención”, Frankl (1994). La espiritualidad, es percibida, como una experiencia de la trascendencia o de la immanencia. Desarrollar en el individuo, su capacidad de descubrir un sentido, una significación y una coherencia en la vida a partir de la espiritualidad y de la práctica religiosa, posibilitará el rescate, de la fortaleza interior para afrontar las dificultades como un proceso de aprendizaje, conllevando a veces en cambios de valores.

La Espiritualidad se trata de una dimensión de la personalidad que se desarrolla en lo más intrínseco, identificándose con uno mismo, que interacciona con los valores culturales en un sistema de creencias, símbolos, concepción del mundo y significado de vida. La esfera espiritual se pronuncia en ideas, sentimientos, actitudes y conductas de unidad e integridad interna y hacia el contexto, alcanzando a conformar con la maduración un sustentáculo fundamental de la identidad y el auto trascendencia.

La espiritualidad frecuentemente se asocia a fenómenos de comunión con percepciones, imágenes y símbolos que representan relaciones de conexión entre el sí mismo y determinados objetos y sucesos del mundo y el universo. Lo espiritual puede ser interpretado y relacionado a orígenes de un orden superior de la naturaleza y el universo, y a una mística religiosa. Frecuentemente estas experiencias espirituales y su práctica son vividas con aceptación, gozo y paz interior.

Puerta (2002) ratifica que hay una estrecha relación entre resiliencia y espiritualidad. Como lo son numerosas las investigaciones que hablan de cuán determinante resulta en la vida de un ser humano, la espiritualidad y especialmente en sus motivaciones para actuar y para vivir. En concreto, tener algo o alguien en quien creer firmemente, que le dé sentido y significado profundo a la lucha y a la existencia misma. Es algo que está estrechamente ligado con la dimensión de trascendencia del ser humano, que abarca la fe desde la perspectiva religiosa y también desde la capacidad para descubrir la belleza que está presente en sí mismo, en los demás, en el medio natural y en la cultura.

Las diferentes reuniones religiosas desde que no sean alienantes, también pueden proporcionar un espacio de desarrollo personal en el cual hay posibilidad de reelaborar y dotar de significado ciertos fenómenos y personas. Considerando que proporciona al individuo, la interacción con un contexto diversificado de relaciones interpersonales que no sólo está compuesto por la familia nuclear, sino también de parientes y vecinos. Esta interacción puede otorgar una ayuda en la educación en valores no consumistas y el rescate de la espiritualidad y de la trascendencia se hacen cada vez más urgentes como variables que ayudan en el fomento de la resiliencia. No obstante, puede instaurarse como un factor de riesgo, al involucrarse en sectas o culto ideológicamente dañino para la homeostasis física y mental.

Además de la espiritualidad, puede ser considerado como un vector de protección, la empatía, definida como una respuesta emocional oriunda de la percepción del estado o condición de otra persona, manteniéndose congruente con esta situación (Eisenberg & Strayer, 1987). La familia es considerada como un importante factor protector para la resiliencia individual, por ejemplo Barnard (1991), explicita varios factores relacionados con la familia: Un buen ajuste entre los padres y el niño,

mantenimiento de rituales familiares, confrontación proactiva de los problemas, mínimo conflicto en el hogar durante la infancia. Como también la ausencia de divorcio durante la adolescencia y una relación productiva e afectiva entre el niño(a) con su madre, genera factores de protección. Además, otro factor importante de protección es la vincularidad que asociada con la red de apoyo incondicional que un ser humano demanda para disfrutar del sentimiento de pertenencia del mundo, de la sociedad, del país, de la comunidad y de la familia.

Para Cloninger (1994), la personalidad es un complejo sistema jerárquico que puede ser naturalmente concebida en distintas dimensiones psicobiológicas del temperamento y el carácter. Está definida por las diferencias individuales en los sistemas de adaptación implicados en la recepción, procesamiento y almacenaje de la información sobre el entorno. El autor, objetivando investigar el constructo espiritualidad como una dimensión de la personalidad y estudiar los diferentes estilos o perfiles de espiritualidad. Considera la espiritualidad como una dimensión de la personalidad que habita y se desarrolla en lo más íntimo, identificándose con el sí mismo, que se integra con los valores culturales en un sistema de creencias, símbolos, visión del mundo y sentido de la vida personal. Cloninger ha desarrollado, en 1994, el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) un método de evaluación de la personalidad que intenta valorar las siete dimensiones de su modelo de personalidad; cuatro del Temperamento y tres del Carácter, apoyado en los conocimientos emanados de la psicobiología de la conducta.

Lo espiritual puede ser interpretado y relacionado a orígenes de un orden superior de la naturaleza y el universo, y a una mística religiosa. Frecuentemente estas experiencias espirituales y su práctica son vividas con aceptación, gozo y paz interior. Un factor protector puede no constituir un suceso agradable; en ciertas circunstancias,

eventos no placenteros y potencialmente peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares. Los factores protectores manifiestan sus efectos ante la presencia de un estresor, y modifican la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable: autoestima, sociabilidad, don de inspirar simpatía, sentido del humor, proyecto de vida, apoyo social, estrategias de adaptación (coping).

La epidemiología social, también investiga la existencia de factores, que sirven como escudos para favorecer el desarrollo de los individuos, los factores protectores. Es decir que las actuales tendencias en prevención, van orientadas hacia la promoción de factores de protección. Brooks (1994), destaca factores de protección para el ser humano: Individuales, familiares y contextuales. Esta postura es corroborada por Kotliarenco (2001), que los señala:

Factores personales, (mejor autoestima, mayor motivación al logro, mayor sentimiento de autosuficiencia, menor tendencia a sentimientos de desesperanza, mayor autonomía e independencia, habilidades de afrontamiento, fe y esperanza, y expectativas, autonomía, proyección social mayor, empatía).

Factores familiares, cohesión, calidez y bajo nivel de discordia, valores familiares pro social, bajo estrés familiar, adecuada interacción padres - hijos/as, adecuada supervisión y disciplina, vínculo padres - hijo/a, modelo de roles positivos, fuerte familia extendida, altas expectativas, familia: educa, apoya, contiene, familia: orienta, aconseja.

Factores sociales y ambientales, (estímulos adecuados y reconocimiento de los intentos de adaptación). Y (sistema de creencias y valores, sistema de relaciones sociales, espacios privados y públicos, sistema político- económico, sistema educativo, pautas de niño).

Los factores protectores, son mecanismos mediadores, cuya función es mitigar los efectos de riesgo e involucran variables constitucionales psicológicas y sociales. Estas variables, producen respuestas positivas en la familia, en el entorno y en el individuo incrementando la posibilidad de establecer una autoestima positiva, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades. Estos factores positivos, potencian oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas, conductuales y emocionales para afrontar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias e incrementar el locus de control interno. Posiblemente si un individuo, dispone de factores protección potente podrá resistir a conductas poco saludables que frecuentemente resultan de elementos de estrés o de riesgo. Los factores de protección interna circunscriben la autoestima y el control interno, mientras que los factores externos son principalmente el apoyo social de la familia y la comunidad, tales como modelos positivos o servicios de salud (Luthar & Zigler, 1991; Rutter, 1987).

De acuerdo a Bernard (1991), las características que distinguen a los individuos adaptables son la capacidad social, las habilidades de resolución de conflictos, autonomía y tener un sentido de propósito. Aunque el medio social de estos individuos está marcado por el riesgo, también tienen cualidades protectoras, incluyendo personas que se preocupan y les apoyan. Así que los Factores de Protección, son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática o son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott, & Hill, 1999).

Cyrułnik (2002), Gianfrancesco (2003), Manciaux (2003) y Theis (2003) ratifican que los factores protectores: *Institucionales*, para lograr una cultura resiliente; *Contextuales* para fomentar conductas asertivas, a través de los familiares, de la escuela

y de la comunidad y personales de auto-referentes intrapsíquicos, no son excluyentes entre sí, se relacionan y facilitan también la construcción de la resiliencia. En este sentido, Garmezy y Masten (1994) corroboran los factores de protección: características individuales, como auto-estima, inteligencia, habilidad en resolución de problemas, autoeficacia y competencia social; así como el apoyo afectivo transmitido por familiares. Así que es a través de un vínculo positivo con los cuidadores y el apoyo social externo, pródigo por otras personas significativas del contexto de la escuela, de la iglesia o de grupos de auto-ayuda que fomenta en el individuo el fortalecimiento y la protección. Walsh (1996) reitera la familia como factor de protección y la importancia de identificar y fortalecer los elementos básicos de resiliencia. Esta incluye procesos interaccionales tales como: la cohesión, flexibilidad, comunicación abierta, habilidades para solucionar problemas, y sistemas de creencia afirmativos o de apoyo en general proporcionado por este grupo de normalización, la familia.

Los factores de protección son producto de la interacción de atributos personales/contexto, donde cada uno de estos dos elementos denota una participación activa. Dentro ellos se destaca los factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia: **a)** familia contenedora con buena comunicación interpersonal; **b)** alta autoestima; **c)** proyecto de vida elaborada, fuertemente internalizado; **d)** locus de control interno bien establecido; **e)** sentido de la vida elaborado, **f)** permanecer en el sistema educativo formal, que permiten al individuo vivenciar la resiliencia para afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida.

1.8.2. Paradigma riesgo

Para Jessor (1991), Pandina (1996), Rodríguez (1995), Suárez y Krauskopf (1995), el riesgo viene a ser la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo, de un grupo o de una sociedad. Estos investigadores conciben por factor de riesgo, a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia genera la vulnerabilidad para sucesos indeseables adversos en una persona, en una familia o comunidad. Como ha sido señalado, los factores de riesgo representan todas aquellas características, hechos o situaciones propias del individuo o de su entorno, que aumenten la posibilidad de desarrollar desajustes psicosociales.

Es fundamental aludir que existen factores de riesgo, los cuales consisten en situaciones estresantes (resultado de la interacción del individuo con su contexto), que afectan a la vulnerabilidad de una persona, desprendiéndose por ésta última la predisposición a la pérdida de la homeostasis. Son aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir. También constan entre los factores externos los factores de riesgo que pueden actuar como causantes o moduladores de un daño, los cuales ponen en vulnerabilidad la integridad psíquica, moral espiritual y social.

Los factores de riesgo pueden generar conductas de riesgo, las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites logran desviar o comprometer el desarrollo psicosocial durante la infancia y la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. Es importante mencionar que existen factores de riesgo, los cuales consisten en situaciones estresantes (resultado de la interacción del individuo con el ambiente), que afectan la vulnerabilidad del individuo, la predisposición a la pérdida de la homeostasis. Entre ellas se debe considerar: la pobreza, la drogadicción, ausencia de

hogar, la desestructuración familiar, las enfermedades y discapacidades. De este modo, la resiliencia refuerza los factores protectores y reduce la vulnerabilidad frente a las situaciones de riesgo (abuso de drogas, suicidio, embarazo temprano, fugas de hogar, etc.).

El enfoque de riesgo se centra en variables biológicas, psicológicas sociales y económicas. Además de las enfermedades crónicas, estigmáticas, discapacidades, adicciones químicas, trastornos psiquiátricos, pobreza crónica, estrés, malos tratos, ausencia de paz, injusticia social, irrespeto a los derechos humanos. Como también desigualdad social, exclusión socio económica, familias sin hogar, terrorismo de estado, exclusión de los derechos humanos, familia con pobres vínculos entre sus miembros; violencia intrafamiliar; autoestima baja. Otros factores riesgos: pertenecer a un grupo con conductas de riesgo; deserción escolar; proyecto de vida débil; locus de control externo; bajo nivel de resiliencia, entre otros, en que los síntomas y características se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico, psicológico y social. El riesgo vendría a ser la característica que amenaza la homeostasis de un individuo, familia o comunidad, que conlleva a una mayor probabilidad de daño a la salud.

La resiliencia es de naturaleza dinámica, sin embargo puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad del ser humano. Firby y Fraser (1997) correlacionan riesgo y resiliencia formando un continuo, en el que cada dimensión representa el lado opuesto de la otra.

Cabe destacar entonces, cómo la interacción de factores de riesgo (patogénicos), hace imprescindible el estudio de los mismos, para prevenirlos. Pero también es necesario analizar su contraparte, los llamados factores protectores (que son salugénicos). Estos, a diferencia de aquellos que responden al modelo epidemiológico,

ponen el énfasis en la promoción de la salud. Se verifica entonces, cómo la interacción de factores de riesgo (patogénicos), hace imprescindible el estudio de los mismos, para prevenirlos. Pero también es necesario analizar su antagonista, los llamados factores protectores (que son salugénicos).

Es importante destacar que una misma variable puede actuar bajo distintas circunstancias, tanto en calidad de factor de riesgo como de factor protección. Por ejemplo: el hecho de que alguien pueda quedarse sin empleo puede ser considerado en el momento que el evento ocurre como un factor de riesgo. Sin embargo, puede actuar como factor de protección adquisición de otro empleo mejor en relación con el anterior, y el alejamiento de acontecimientos amenazantes que se generaban en su espacio de trabajo.

Desarrollar la resiliencia, no significa que el individuo haya superado todas las experiencias traumáticas, no se es resiliente para toda y cualquier situación. No se trata de un fenómeno universal (Cyrynik, 1999). Interaccionado con los factores de riesgo existen los factores de protección, que se destacan como características potenciales en la promoción de la resiliencia. Garmezy y Masten (1994) identificaron tres factores de protección: a) *características individuales*, como autoestima, inteligencia, capacidad para resolución de problemas y competencia social; b) *apoyo afectivo* transmitido por personas de la familia, a través del vínculo positivo con los cuidadores; c) *apoyo social* externo, promovido por otras personas significativas o escuela, iglesia y grupos de ayuda.

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo no actúan aisladamente en el individuo, sino ejerciendo una interacción contextual donde se establecen complejas relaciones. Se considera que las experiencias vivenciales negativas están presentes en el día a día del individuo, inevitables para cualquiera, lo

diferencial son los límites y posibilidades evaluadas por cada uno. El conocimiento de este proceso es imprescindible para comprender los mecanismos que subyacen a los factores protectores y a la resiliencia en general. La promoción de la resiliencia es el resultado de la interacción equilibrada entre factores de riesgo, factores protectores y rasgos personales del ser humano. Las experiencias de éxito aumentan la confianza y la eficacia de la familia, lo cual va a favor del desarrollo de la resiliencia.

1.9. Resiliencias: familiar, comunitaria, académica, social y emocional

El planteamiento de las resiliencias, está asociado siempre con una estrategia de vida para afrontar: tensión, estrés, ansiedad, situaciones traumáticas, así que, demanda una incursión a través de los diferentes contextos: individual, familiar, comunitario, académico, social y emocional. A pesar de las adversidades sufridas por una persona, estas resiliencias protegen al individuo de los efectos nefastos y de las deletéreas condiciones del ambiente humano y social. Así que el individuo, mismo que se encuentre en este contexto, consigue desarrollar estrategias de afrontamiento activo, con vistas a lograr salud y bienestar subjetivo. La resiliencia es una capacidad universal, es la aptitud para soportar las crisis y adversidades. En concreto, de forma positiva el bien estar, ante las características de las crisis recurrentes que afectan profundamente su estilo de vida. Consecuencia de una interacción entre algunas características innatas y las adquiridas, donde la familia y la comunidad son recursos potenciales que el individuo tiene para desarrollar aún más la resiliencia.

1.9.1. Resiliencia familiar

La familia es el primer grupo socialización, cuyo núcleo se educa y forma al individuo. Además, cuya funcionalidad va a permitir que sus miembros sean personas autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a la vida. En la familia se reproduce las estructuras sociales fundamentales. A partir de ese modelo cada familia elabora su propia dinámica, en general, a través de mitos, tradiciones y valores. Se asimilan los contenidos de la cultura y también la ideología de grupo, compuesta por valores, representaciones y creencias que proveen de los sistemas culturales. Sirve de defensa contra lo que podría amenazar al equilibrio familiar y también permite el cambio en la familia. La resiliencia familiar procura identificar y fomentar los procesos fundamentales que permiten a sus miembros afrontar con más eficacia a las crisis sean internos o externos a las familias y emerger fortalecidos de ellas.

Por lo tanto la Resiliencia, familiar es un constructo reciente (Hawley & DeHann, 1996). En la acepción contemporánea la resiliencia familiar, se trata de un concepto de gran utilidad. Este tipo de resiliencia, permite conocer e identificar procesos interactivos fundamentales que pueden activar las familias para soportar desafíos disociadores y recobrase. Como por ejemplo: La globalización ha traído cambios profundos en los modos de producción, en la sociedad, en el sistema económico, en las relaciones sociales y en las comunicaciones. No obstante, no deja de ser más preocupante sus consecuencias sobre las familias inquietadas debido a los cambios vividos y por el entorno de alta competitividad del mercado. Además, la desigual distribución de la riqueza principalmente en Latina América, considerando que muchas familias sobreviven circundadas de la pobreza y del padrón ínfimo permitido a existencia humana.

Al adoptar la perspectiva de la resiliencia, se deja de percibir a las familias necesariamente como entidades dañadas, cambiando la perspectiva de abordarlas. Concibiéndolas como capaces de reafirmar sus posibilidades de minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad y construye de un futuro positivo. Este enfoque se fundamenta en la convicción de que tanto el crecimiento del individuo como el de la familia pueden alcanzarse a través de la labor, colaboración y superación ante la adversidad (Walsh, 1996).

El modelo familiar es como una unidad del microsistema, reproduce las estructuras sociales fundamentales. Representa el locus inicial del proceso de socialización humana, códigos de comunicación, el cuidado, el crecimiento y el desarrollo intelectual y cultural del individuo. La familia tiene la responsabilidad de proteger la integridad física, psicológica, social y cultural de su progenie, orientando a s distanciarse de amenazas circundantes. Pueden ser del contexto, o de relaciones sociales, institucionales que amenacen su integridad física o psíquica y progresivamente va asignando estas funciones de auto-cuidado y reparación.

Rudi Dallos (1996), investigador de sistemas familiares, considera la tríada como elemento básico de la vida de la familia. Un niño tiene un padre y una madre, y empezar a diferenciar entre estas dos personas se caracteriza como uno de los requisitos fundamentales para el desarrollo de su sentido de identidad. Este investigador, plantea que, en las dos últimas décadas, un cuerpo creciente de investigaciones sistémicas ha mostrado que para evaluar el funcionamiento individual y familiar sano, importan más los procesos que la forma de la familia. Incluyen como elementos básicos de la resiliencia los procesos de cohesión, flexibilidad, comunicación franca, resolución de problemas y reafirmación del sistema compartido de creencias, que modela las conductas. Es fundamental que la familia apoye el crecimiento del individuo, pueda

analizar las nuevas experiencias que emergen de lo cotidiano, comparta las necesidades de los nuevos roles y pueda, desde una perspectiva empática, guiar, aconsejar, colaborar, supervisar, en el marco de una aceptación afectiva dinámica del sistema familiar.

En general, la familia tiene un repertorio de normas interactivas que instauro un código de derechos y deberes, negociaciones pertinentes sobre premios y castigos. Sin embargo, existen familias que poseen un conjunto de reglas que muy a menudo son implícitas, pero suelen hacerse visibles cuando comienzan a tornarse disfuncionales. No cabe duda que la familia se trata del ámbito más significativo y de referencia de aprendizaje, afectividad, vivencial, social y cultural. Además, responsabilizase por la transmisión de los parámetros universales para el individuo que son, el cuidado, el crecimiento, la generación de la calidad emocional de las relaciones, no sólo a nivel familiar, sino escolar, laboral y de tiempo libre. Además el desarrollo de los hijos y la transmisión de pautas éticas, morales y culturales asertivas. El modelo eco-sistémico-familiar comprende al ser humano, enmarcado en un contexto ecológico y evolutivo en su red diversa de interacción en la cotidianeidad.

La familia es una célula importante que se encuadra y contribuye en el desarrollo de la resiliencia. La familia es considerada como resiliente al reaccionar positivamente ante los factores de riesgo. En este tenor, la familia, educa a sus miembros en el afrontamiento de las dificultades y repasando una fuerza colectiva que les permite superar las adversidades en el futuro. En el núcleo de la familia se perfilan algunos elementos facilitadores de la resiliencia, como la presencia de apoyo incondicional por al menos una persona competente y emocionalmente estable, creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significados en los tiempos difíciles. La

familia está ubicada en el contexto micro sistémico, aunque mantiene una interlocución con los sistemas macro sociales y sus miembros son influidos por estos contextos.

El modelo familiar, es un modelo cultural en pequeño. La familia es el primer grupo de sociabilización, en cuyo reto es educar para la vida, y formar al individuo, fomentando la transmisión de ideales, valores universales y peculiares, pensamientos, representaciones, creencias y conceptos de la sociedad a la que pertenece. Hace parte del rol familiar promover: la cortesía, la tolerancia, la tranquilidad, y el apoyo. Además contemplar y gratificar en forma explícita las actitudes positivas, la colaboración, la empatía y el uso del sentido de humor, el razonamiento, el perdón o la compensación, caso sea pertinente, como parte de la conducta positiva, cotidiana aprendida, cuya funcionalidad va a permitir o no a sus miembros sean autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a la vida, de forma adaptativa. Este repertorio de pautas cuando internalizados ayudan en un enfoque de resiliencia que orienta las intervenciones familiares a través del manejo, la resolución de sus problemas a fortalecerse (Walsh, 1998). Por lo tanto, los elementos fundamentales de la resiliencia familiar serían: cohesión, que no descarte la flexibilidad; comunicación franca entre los miembros de la familia; reafirmación de un sistema de creencias comunes, y resolución de problemas.

Walsh (1998) elabora un concepto sistémico de la resiliencia, demarcado por un contexto ecológico y evolutivo, y conceptúa la resiliencia familiar, atendiendo a los procesos interactivos que fortalecen con el transcurso del tiempo tanto al individuo como a la familia. Denota algunos elementos básicos de la resiliencia familiar: cohesión, que no descarte la flexibilidad; comunicación franca entre los miembros de la familia; reafirmación de un sistema de creencias comunes, resolución de problemas y conversaciones que vislumbren a elaboración de contenidos y significados compartidos

acerca de la vida, o de acontecimientos perjudiciales, con coherencia narrativa y con un sentido dignificado para sus protagonistas.

Aún más interesante es el hecho de reconocer los problemas, las limitaciones y que hay que afrontar. Para tanto es necesaria una comunicación franca, objetiva, lógica y nítida acerca de ellos; registrar los recursos personales y colectivos existentes. Además organizar y reorganizar las estrategias y metodologías tantas veces como sea necesario, revisando y evaluando los logros y las pérdidas. Hay que destacar como dicen Castells y Silber (1998), que las familias con conflictos predisponen a que los hijos tengan más problemas que las familias en que no hubo ruptura. A estos desequilibrios de la dinámica familiar que se producen, que pueden implicar en desestructuración y reestructuración de todo el sistema familia o no, en esto sentido es importante utilizar el APGAR familiar.

El APGAR familiar se trata de un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas. La prueba de APGAR familiar puede ser útil en la detección de problemas como técnica sencilla de cribado. El investigador, Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, diseñó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar y diagnosticar la función de la familia. Sus parámetros fueron construidos sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los presupuestos fundamentales de la función FAMILIAR: 1. Adaptación, 2. Participación, 3. Ganancia o crecimiento, 4. Afecto y 5. Recursos. El apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar. Debido a su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se

identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Este instrumento fue elaborado para evaluar la dinámica y funcionamiento familiar en distintos estratos socio-económicos y en diversos contextos socioculturales; además, aporta informaciones que señalan la integridad de componentes importantes de la estructura familiar.

¿Por qué algunos grupos familiares tiene la capacidad de soportar las crisis y adversidades y emergen de ellos fortalecidos mientras que otros se hunden?

McCubbin y McCubbin (1988) investigaron la tipología de las familias resilientes, y señalan como siendo aquellas que hacen cara a los problemas y los superan de forma satisfactoria. Los grupos familiares que consiguen recobrase, tiene particular capacidad de implementar, e identificar ciertos procesos claves que les permiten afrontar y superar las dificultades. Ellos logran desarrollar una dinámica interna que contribuyen a un funcionamiento saludable. La forma en que una familia hace frente a tales desafíos es decisiva para la recuperación. Además cada familia una posee una singularidad y contempla una dinámica propia de interaccionar con sus componentes y con su entorno. Desarrolla estrategias de afrontamiento y recursos muy potentes para afrontar ciertos conflictos y desafíos que pueden ser eficaces en un contexto familiar y no tener la misma eficacia en otras familias, debido la peculiaridad.

Walsh (1996) destaca algunos factores que facilitan la construcción de la resiliencia familiar. La naturaleza de la familia, sobre todo, la cohesión, la ternura y la preocupación por los niños dentro de la familia. La disponibilidad de fuentes de apoyo externo, clima educacional abierto, y con límites claros; el género; el desarrollo de intereses y vínculos afectivos. Como la relación con pares y el haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva.

En este contexto, la resiliencia relacional, tiene especial importancia una coherencia narrativa que ayude a los miembros de la familia a conferir sentido a sus experiencias de crisis, y genere colaboración, eficacia y confianza en la superación de los retos que sufre la familia. La resiliencia relacional incluye los esquemas organizativos, los procesos de comunicación y de resolución de problemas, los recursos comunitarios y la reafirmación de los sistemas de creencia. La resiliencia familiar involucra procesos que fomentan la resiliencia relacional como unidad funcional. Al consolidar algunos de los factores de protección: la relación familiar positiva; la competencia materna, o presencia de apoyo incondicional por al menos una persona competente y emocionalmente estable, construcciones afectivas (apego). Estos aspectos positivos, conllevan a la asimilación, el desarrollo de valores constructivos, creencias que promuevan la unidad familiar. Además de la búsqueda de significados en contextos conflictivos, la construcción de sólidas redes de apoyo y sistemas sociales más amplios los cuales fomenten vínculos comunitarios, está en la base de los desarrollos exitosos.

En la actualidad, que las familias están movidas por el estrés y las incertidumbres derivadas de los grandes cambios económicos, políticos y sociales, la necesidad de robustecer la resiliencia familiar es más urgente que nunca. Siguiendo la trayectoria, Walsh (1998) desarrolla algunos procesos fundamentales para el fomento de la resiliencia familiar: y lo denomina: Funcionamiento Familiar Efectivo, que aborda tres aspectos: Sistema de Creencias Familiar, Padrones de Organización y Procesos de Comunicación. A continuación se elabora una síntesis de los procesos-fundamentales de la resiliencia en familias.

SISTEMA DE CREENCIAS (el corazón y el alma de la resiliencia)

- Atribuir sentido a la adversidad.

- Valorización de las relaciones interpersonales (sentido de pertenencia)
- Contextualización de los estresores como parte del ciclo de vida de la familia
- Sentido de coherencia en las crisis: como desafíos administrables
- Percepción de la situación de crisis: creencias facilitadoras o constrictivas
- Mirada Positiva Iniciativa (acción) y perseverancia
- Motivar y estimular (foco en el potencial)
- Esperanza y optimismo: confianza en la superación de las adversidades
- Confrontar lo que es posible: aceptar lo que no puede ser cambiado
- Transcendencia y espiritualidad
- Valores, propuestas y objetivos de la vida
- Espiritualidad: fe, comunión y rituales
- Inspiración: creatividad y visualización de nuevas posibilidades
- Transformación: aprender y crecer a través de las adversidades.

PADRONES DE ORGANIZACIÓN

- Flexibilidad
- Capacidad para transformaciones: reformulación, reorganización y adaptación
- Estabilidad: sentido de continuidad y rutina
- Cohesión
- Apoyo mutuo, colaboración y compromiso
- Respeto a las diferencias, necesidades y límites individuales
- Fuerte y liderazgo: proveer, proteger y guiar crianzas y miembros vulnerables
- Búsqueda de reconciliación y reunión en casos de relaciones problemáticas
- Recursos sociales y económicos
- Movilización de la familia extensiva y de la red de apoyo social

- Construcción de una red de trabajo comunitario: la familia trabajando junta
- Construcción de la seguridad financiera: equilibrio entre trabajo y exigencias familiares.

PROCESOS DE COMUNICACIÓN

- Claridad
- Mensajes claros y consistentes (palabras y acciones)
- Aclaraciones de informaciones ambiguas

Expresiones emocionales

- Sentimientos diferentes son compartidos (la felicidad, el dolor; la esperanza y el miedo)
- Empatía en las relaciones: tolerancia de las diferencias
- Responsabilidad por sus propios sentimientos y comportamientos sin procurar culpables
- Interacciones placenteras y satisfactorias
- Colaboraciones en la solución de problemas
- Identificación de problemas, estresores y alternativas
- Abanico de ideas con creatividad
- Toma de decisiones compartida: negociación, reciprocidad y justicia
- Focalización en los objetivos: dar pasos concretos; aprender a través de los errores
- Postura proactiva: prevención de problemas, resolución de crisis, preparación para futuros desafíos (Walsh, 1998, como citado en Yunes, 2003).

Otros elementos relevantes para la promoción de la resiliencia familiar, es el apoyo irrestricto, incondicional de algún adulto significativo, familiar o no, el afecto, el amor recibido, y los atributos positivos personales y el apoyo comunitario. La resiliencia procura identificar y apuntar los procesos interactivos fundamentales que permiten a las familias soportar los mecanismos disociadores y recobrarlos.

en un contexto ecológico y evolutivo, se proclama el concepto de resiliencia familiar destacando los procesos interactivos que fortalecen con el transcurso del tiempo tanto al individuo como de la familia. El optimismo y la esperanza, factores elucidarios de la resiliencia, solicitan apoyo social para modificar la situación y las perspectivas de la familia. La familia que cumple el papel de repasar un conjunto de creencias y narrativas compartidas y que fomenten sentimientos de coherencia, optimismo, esperanza, colaboración, afrontamiento activo, eficacia y confianza, elementos que son esenciales para la garantizar la unidad funcional. Al suminístralos generan estrategias para mitigar el estrés y afrontar experiencias traumáticas y reconstruir significativamente la vida. El enfoque de la resiliencia familiar puede aplicarse a una amplia gama de problemas de salud mental, así como en los campos de la asistencia al individuo, la educación de la familia, los tribunales de menores, la organización de la comunidad y el asesoramiento religioso (Walsh, 2004).

1.9.2. Resiliencia comunitaria

Del mismo modo en que se avanzó en la identificación de conductas resilientes en el plano individual y familiar se ha podido avanzar hacia la identificación de pilares de Resiliencia Comunitaria. En tal sentido, el aporte latinoamericano, al concepto, ha sido importante. Los estudiosos de procesos de resiliencia comunitaria sostienen que las claves explicativas no están en las características individuales, sino en las condiciones sociales, en las relaciones grupales y en aspectos culturales y de valores de cada sociedad. A título de ejemplo, en el tipo de desastre natural más frecuente en América Latina, los terremotos y sismos de considerable intensidad se ha constatado que hay comunidades que muy pronto se organizan y reconstruyen mejor los servicios y funciones, sin embargo, otras se mantiene en situación de privación.

¿Por qué algunas comunidades tienen la capacidad de soportar las crisis y adversidades y emergen de ellas fortalecidas mientras que otras se hunden?

La resiliencia comunitaria, se trata de una concepción latinoamericana, reciente y de gran importancia en el contexto colectivo. Orientada para el desarrollo desde las capacidades de la libertad, sustentabilidad, equidad, empoderamiento y productividad, considerando al sujeto como ser en potencia y centro de este proceso, que denota el esfuerzo por el bien común. Estas capacidades positivas y el desarrollo de la construcción de ciudadanía, son los soportes que facilitan y potencian la resiliencia comunitaria, uno de los objetivos del desarrollo comunitario.

Desarrollada teóricamente por Néstor Suárez Ojeda (2001), que estudia y observa los desastres, las calamidades, las catástrofes, los infortunios que sufre una comunidad produciendo dolor y pérdida de vidas y recursos, pero muchas veces genera un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante. La construcción de sólidas redes de apoyo y sistemas sociales más amplios fomenten vínculos comunitarios solidarios y facilita la resiliencia comunitaria presente en todo tipo de comunidades. Las comunidades sanas para niños y adolescentes son lugares con un propósito compartido de interés por las personas jóvenes. Se destacan por ser entornos relacionales e intergeneracionales que favorecen y enfatizan el apoyo, el empoderamiento, los interrelacionamientos y las oportunidades (Benson, 1998).

La comunidad se compone por un contingente de individuos, que comparten el mismo espacio físico, urbano o rural, ideales, y llevan a cabo un conjunto de acciones, e interacciones, basadas en esperanzas, valores, creencias y significados compartidos. Revelan comportamientos humanos que tienen un sentido común y expectativas constructivas. Así que entre sus miembros existe una organización y cohesión social,

participan en distintos grados en ideologías políticas, sociales y culturales, incluidas la salud y educación.

Las comunidades varían mucho en cuanto a su magnitud, perfil socio-económico y cultural, pueden habitar en caseríos aislados, en aldeas muy organizadas, en pueblos o en ciudades. Sin embargo, tienen en común: la participación, el liderazgo positivo, la identidad cultural, la cooperación, la solidaridad, la autogestión, la formación de redes y de espacios de concentración, todo para lograr equidad. Estas capacidades positivas y el desarrollo de la construcción de ciudadanía son ejes sobresalientes que facilitan y potencian la resiliencia comunitaria, objetivo central del desarrollo comunitario.

De acuerdo con Ojeda (2001), a partir de la observación de cada desastre o calamidad que sufre una comunidad, conllevando al dolor, la pérdida de vidas y de recursos materiales, muchas veces genera un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante. Eso permitió establecer los pilares de la resiliencia comunitaria: las explicaciones de los procesos de resiliencia comunitaria afirman que la esencia esclarecedora, no está en las características individuales, sino en las condiciones sociales, en las relaciones grupales y en aspectos culturales y de valores de cada sociedad. El investigador ha constatado que existen comunidades que rápidamente se organizan y reconstruyen mejor los servicios y funciones.

La observación sistemática de los procesos constructivos colectivos posibilitó reconocer y jerarquizar algunas categorías, en el escenario de muchas otras. Las categorías seleccionadas como pilares de resiliencia comunitaria resultaron ser cuatro :

- a) autoestima colectiva, que enaltece la satisfacción por pertenecer a la propia comunidad;
- b) identidad cultural, edificada en la interacción durante el desarrollo

implicado en la aculturación de usos, costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, canciones, etcétera., conllevando la sensación de pertenencia; **c)** humor social, que se refiere a la capacidad de vislumbrar comedia en la propia tragedia, para superarla; y **d)** honestidad estatal, en contra de la corrupción que consume los vínculos sociales, la solidaridad, fruto de un lazo social sólido.

La observación de los procesos constructivos colectivos permitió identificar y jerarquizar algunas condiciones, en el marco de una larga lista inicial. Los cuatro pilares de resiliencia comunitaria resultaron ser: **a)** autoestima colectiva; **b)** identidad cultural; **c)** humor social y **d)** honestidad estatal. Como antítesis de estos pilares, fueron identificadas condiciones que restringen la resiliencia comunitaria, e inhiben la capacidad social organizada de reacción ante la adversidad colectiva. Entre estos anti pilares cabe mencionar: el malinchismo (actitud de quien denota apego, admiración a lo extranjero, con menosprecio a lo propio), el autoritarismo, el fatalismo y la corrupción.

La sustentabilidad de políticas de desarrollo comunitario e igualdad de oportunidades orientadas a fortalecer el capital social, tiene como factores fundamentales; el desarrollo de capacidades comunitarias como: la participación, el liderazgo positivo, la identidad cultural, la cooperación, la solidaridad, la autogestión, la conformación de redes y de espacios de concertación, todo tendientes a lograr equidad. Estas capacidades positivas y el desarrollo de la construcción de ciudadanía, son ejes sobresalientes que facilitan y potencian la resiliencia comunitaria principalmente en países donde el modo de producción es capitalista y a ideología vigente es neoliberal.

El neoliberalismo surge al interior de la cultura moderna y, sin pretenderlo de manera explícita, produce efectos estructurales que generan pobreza y que venían actuando desde mucho antes del auge neoliberal en la década de los ochenta. En 1973 se produce la segunda crisis cíclica del capitalismo del siglo XX, fomentadora de la

implantación del neoliberalismo que denota como una de las ambiciones inmediatas es la de reducir masivamente la intervención del Estado, tanto en el aspecto social como el campo económico. El neoliberalismo, hoy día, al oponerse a la intervención redistributiva del Estado, perpetúa y amplía la desigualdad socioeconómica tradicional. Es evidente, que el neoliberalismo no es una alternativa para los países pobres del Tercer Mundo, mismo así fue implantado “*El Proyecto Neoliberal en América Latina*”.

La introducción del neoliberalismo, se vinculó con los regímenes militares y la implantación del terror de Estado. Por esto las llamadas “transiciones hacia la democracia”, han tenido un fuerte lazo con el legado autoritario de las dictaduras militares. El neoliberalismo y la globalización son fenómenos de las sociedades modernas y se convierten en protagonistas de los últimos años del siglo XX. La globalización busca desarrollar un nuevo proceso al interior de la economía mundial, a través de la universalización de los medios de comunicación y de algunos valores culturales, entendiendo que América Latina no sea excluida de la lógica capitalista (modelo vigente en la economía mundial). La exclusión y la pobreza son epidemiológicas en Latinoamérica y en los países desfavorecidos por la globalización y la concentración económica, y la insólita implantación de las políticas neoliberales. Además del riesgo que conllevan la enfermedad y el deterioro personal, familiar y social, el horizonte es yermo, desolador. Sin embargo, no es posible resignar y ni tan poco desistir de los valores humanos y sociales bajo el pretexto de la modernización y globalización (Petras, 1997).

En la mayoría de las comunidades latino americanas la representación social de lo cotidiano se inserta en relaciones políticas, culturales y ecológicas, de absurda desigualdad y exclusión social, violencia, discriminación de género y etnia, que conllevan a distintas formas de pobreza. Además, el Estado no responde a esta

problemática con políticas de acción protegida, no garantiza salud, educación, seguridad social, capacitación, otras formas de producción, creación de empleos y de organización de la sociedad, que permitan la relación interactiva entre las diferentes clases sociales y contextos ecológicos campo-ciudad. No obstante, el Estado incorpora el proyecto neoliberal, la globalización, pertinente a los productos, expropiando la fuerza de trabajo de este proceso global (Ferrer, 1993).

La globalización de la economía, el Estado Neoliberal y sus políticas discriminatorias, conllevan a diversos segmentos de la población a la exclusión social y a pobreza, o acaso pertenecer a clases sociales minoritarias en situación de penuria, son marcadores proclives que pueden generar mal estar subjetivo, representado por la frustración, la depresión, la angustia y estrés en algunos sectores de la población. Persiguiendo esta trayectoria, autores como Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target (1994) aportan que algunos padres portadores de patologías mentales graves como la esquizofrenia, o quizá que padezcan de otros cuadros de alteraciones psicopatológicas, probablemente genere problemas de conducta debido al contexto de escasez que están circunscritos de privación y estrés. La situación que genera un mayor daño, es aquella en la cual están presentes tanto la estigmatización, la pobreza como la patología mental (Sameroff, Arnold, & Seifer, 1992).

Un modelo económico como el neoliberal, que genera mayor pobreza y desigualdades, no puede ser implementado en contextos ya tan infaustos como el latino americano. Para mitigar los efectos del empobrecimiento y exclusión social una de las alternativas posibles es la construcción de la resiliencia comunitaria que se expresa en la capacidad y potencial, de ciertos contingentes poblacionales demuestran al afrontar las desventuras de la vida, a través de una labor colectiva. La socialización que canaliza hacia las virtudes de los individuos y lograron derrotar a la adversidad, las

desigualdades sociales y las diferencias de clases, signos que caracterizan las sociedades contemporánea.

El capital social del desarrollo comunitario tiene como elementos básicos: la participación, el liderazgo positivo, la identidad cultural, la cooperación, la solidaridad, la autogestión, la conformación de redes de apoyo y de espacios de concertación todo hacia a lograr equidad de sus miembros. Corroborando y la manutención de políticas de desarrollo comunitario y de la resiliencia, que por su vez, provoca la modificación y el fortalecimiento de las formas de control, participación y compromiso hacia la construcción de nuevos paradigmas para la transformación de la realidad social a través de la acción colectiva (Manciaux, 2003).

De acuerdo con Ojeda (2001), las explicaciones de los procesos de resiliencia comunitaria afirman que la esencia esclarecedora, no está en las características individuales, sino en las condiciones sociales, en las relaciones grupales y en aspectos culturales y de valores de cada sociedad. La investigadora ha constatado que existen comunidades que rápidamente se organizan y reconstruyen mejor los servicios y funciones. En el ámbito comunitario la observación sistemática de los procesos constructivos colectivos posibilitó reconocer y jerarquizar algunas categorías, en este escenario se destacan los siguientes factores de protección: presencia de iguales y otras personas en la comunidad, que se encuentra unido a una ideología humanitaria, o escala de valores que pueda transmitir elementos normativos positivos, la adquisición de las habilidades y destrezas para activar la creatividad, autoestima colectiva, identidad cultural, honestidad administrativa, y liderazgos auténticos y solidaridad.

La resiliencia comunitaria apunta que las claves explicativas no están sólo en los atributos personales, sino en la interacción de éstos con las relaciones grupales, sociales, culturales y con valores de cada ecosistema. De igual modo, fueron identificadas

algunas conductas resilientes a nivel individual y familiar, y se han podido identificar de pilares de resiliencia comunitaria que potencian la organización y reconstrucción (mejor los servicios y funciones), de comunidades víctimas de calamidades públicas. En este sentido, el aporte latino americano a la resiliencia comunitaria ha sido importante, al realizar investigaciones utilizando metodologías de corte transversal o longitudinal, cuantitativas o cualitativas, contribuyendo para una nueva epistemología que ratifica poner en marcha, programas de desarrollo humano y comunitario, articulando éstas nuevos resultados interdisciplinarios que congregan las áreas del conocimiento interesadas en la activación de la resiliencia individual, familiar y comunitaria.

Lo que hace que un individuo desarrolle la capacidad de ser resiliente es la formación de personas socialmente competentes que tengan la capacidad de tener una identidad propia y útil, que sepan tomar decisiones, establecer metas y esto involucra lugares sociales que implican a la familia a los amigos y las instituciones de gobierno de cada país (Ramírez, 1995).

Principalmente en el contexto latino americano y otros con adversidades similares, se hace de fundamental necesidad promover la Resiliencia Comunitaria que armoniza en positivo con la capacidad autogestionaria de grupos y el desarrollo de la participación comunitaria, para satisfacer las necesidades básicas o garantizar unas mínimas condiciones de la calidad de vida. Considerando las realidades latinoamericanas, donde el Estado estaba ausente o deficitario y la asistencia es reemplazada y consolidada debido la intervención de los organismos no gubernamentales (ONGS), cuyas las propias comunidades son asesoradas para afrontar miseria socio-económica y transformarla en un aspecto positivo, garantizando su supervivencia.

El modelo de la resiliencia señala una perspectiva y un énfasis en la interacción de los recursos y capacidades personales, grupales y comunitarias, para afrontar consecuencias negativas en contextos de riesgo y permiten lograr una salud desde lo individual hasta lo colectivo. La resiliencia favorece la acción de los factores de protección sobre los de riesgo y permite tener una perspectiva más optimista de la vida.

Luthar (1993) enfoca tres tipos de resiliencia: académica, social y emocional. Utiliza esta división buscando un mayor discernimiento metodológico y didáctico del constructo. Algunos mecanismos mediadores pueden actuar en la respuesta del individuo y proteger o mitigar situaciones difíciles y estresantes en relación al contexto de aprendizaje. Los recursos personales son una fuente importante de resiliencia, y es ahí donde la autonomía, el control de impulsos, la empatía, autoeficacia, auto competencia, estrategias de afrontamiento eficaces, entorno competente y motivador, y apoyo familiar, constituyen variables de protección al abordar la complejidad de los dilemas humanos. Tal como se indicaba, la familia es un vector primordial en la transmisión de los valores éticos, morales y normativos, que facilita el desarrollo de la resiliencia en los tres ámbitos enfocados.

1.9.3. Resiliencia académica

La resiliencia académica, es caracterizada por el desempeño intelectual y competencia es capital en las tareas escolares: El desarrollo de destrezas; de resolución de problemas y aptitudes sociales. La adquisición de capacidades de desempeño, no solo laborales, sino interpersonales, es otra estrategia importante para superar situaciones difíciles. El transculturalismo, el relativismo cultural que tiene distintos modos de enfrentar las relaciones interpersonales, y la adecuación del individuo, hacia

estas diversas posibilidades se ha mostrado de gran importancia para poder afrontar situaciones complejas, sean académicas, sean sentimentales, sean familiares.

Cuando la resiliencia académica está disminuida o escasa, existen alternativas que pueden fortalecerla, como entrenamiento en resolución de problemas, utilización de técnicas de estudio, aprendizaje de nuevas estrategias de asimilación de contenidos. Además, otras tácticas pueden ser utilizadas el apoyo docente para ayudar a los estudiantes más vulnerables y la apertura de oportunidades amplía los campos de su experiencia, le ofreciendo credenciales para una nueva inserción exitosa.

1.9.4. Resiliencia social

Este tipo de resiliencia se refleja en las relaciones interpersonales positivas, matizada por habilidades sociales, capacidad de empatía, competencia social y sentimiento de aceptación y pertenencia a grupos sociales. Mantener un vínculo estable con la escuela y los compañeros, también recibir apoyo social de la familia y de los amigos. El desarrollo de este tipo de resiliencia está relacionada con la inserción del individuo en los diversos grupos sociales: familia, escuela, trabajo, deporte, y disfrutar de una interacción exitosa, bien como de modelos sociales que promuevan un aprendizaje constructivo.

1.9.5. Resiliencia emocional

Para potenciar la resiliencia emocional, Rutter (1993) marca algunos componentes como esenciales: las experiencias positivas que conllevan a emociones y sentimientos constructivos, tales como: autoeficacia, autonomía, auto competencia

autoestima positiva, capacidad para manejar de forma asertiva los cambios, seguridad en reconocer sus posibilidades y límites, repertorio amplio en resolución de problemas. Desde un punto de vista similar, Luthar (1993) y Zirmmermann y Arunkumar (1994) argumentan que el locus de control interno, la empatía y la competencia social, son factores que promueven este tipo de resiliencia.

1.10. Desarrollo humano y conducta resiliente

Algunos autores (Wolin & Wolin, 1992, Grotberg, 1995; Kotliarenco, Cáceres, & Álvarez, 1996), denotan que existen características personales resilientes, en la infancia, adolescencia y edad adulta, para lo cual desarrollan un esquema basado en las etapas del ciclo vital. El primer círculo de la resiliencia se centra en la infancia o niñez; el segundo, en la adolescencia; y el tercero, en la edad adulta. Sin embargo, se considera pertinente la inclusión de la vejez en este postulado, una vez que el universo de aprendizaje humano es continuo, tiene lugar desde el nacimiento hasta la muerte. Las fases de la vida representan un locus de intervenciones para crear nuevas oportunidades de fomentar el desarrollo de la resiliencia. Es la oportunidad para que el niño, el joven, el adulto y el anciano, que reconstruyan su realidad y establezcan horizontes de aprendizaje y vínculos positivos con su entorno. Es indudable, que en esta última etapa vital, también puede ser abordada como un proceso de asimilación de nuevos conocimientos que puede ocurrir con cambios cuantitativos y cualitativos, posiblemente más significativos.

Lo anterior se enmarca dentro de la siguiente idea: se propone el cuarto ciclo de la resiliencia hacia la vejez, considerando que la resiliencia no es un fenómeno inusual ni extraordinario, muy al contrario es un fenómeno común que surge a partir de

funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001). Es un proceso de superación de la adversidad por el individuo que pone en marcha estrategias de afrontamiento, sin excluir ninguna fase del desarrollo humano. La resiliencia es una característica que se puede aprender y se desarrolla cuando no existe espontáneamente en el individuo. Este fenómeno gracias a una serie de factores protectores que la sostienen y que contrarrestan el efecto perjudicial de la adversidad, es decir, puede ser adquirido en cualquier etapa de la vida. Es por esto, que en todos períodos de la vida del ser humano, representan una alternativa de posibilidades e intervenciones para desarrollar oportunidades de fomentar la resiliencia. El fomento de la resiliencia puede ocurrir en cualquiera fase del ciclo vital el niño, el joven, el adulto y el anciano, desde reconstruyan su realidad y establezcan nuevos y positivos vínculos que les permitan desenvolver sus potencialidades en la dinamización de procesos de crecimiento.

Fomentar la resiliencia en la ancianidad, posiblemente mejora la salud y conlleva a una mejor calidad de vida. Grau (1998) se refiere a la calidad de vida como una valoración subjetiva por parte del individuo, a partir de sus propios significados, del modo como ellos perciben y afrontan su contexto. Desde esta perspectiva personal, no es pertinente hablar de calidad de vida sin contemplar las diferencias individuales, sin hacer hincapié en lo subjetivo. No se puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto; cada uno debe ser capaz de evaluar sus satisfacciones e insatisfacciones con la vida, reconocer sus valores y potencialidades, y en qué apunta al crecimiento, al fortalecimiento interior y al cultivo de la autoestima. Explorando las cualidades y fortalezas que han permitido afrontar positivamente experiencias hostiles, y lo más importante, sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas mayores.

Estimular un comportamiento resiliente en la vejez implica potenciar una Gerontología Resiliente, centrada en las cualidades humanas positivas, identificando así

factores que contribuyen al bienestar subjetivo y desarrollo de las capacidades necesarias para sobreponerse a la adversidad, superándola o transformándola, logrando construir una vida significativa y saludable. En cuanto a la subjetividad, es relevante asignar la cognición y la emoción, variables mediadoras la para valoración y comprensión de la realidad, de la vida personal, de las experiencias, etc., como medio posible de alcanzar el propio bienestar subjetivo y calidad de vida.

Considerando que la Gerontología contempla el estudio del proceso de envejecimiento y la vejez, desde la perspectiva multi e interdisciplinaria, se ha orientado hacia la investigación y comprensión de problemáticas biológicas, psicológicas, sociales, éticas, jurídicas, económicas y culturales, logrando un acervo de conocimientos que ha permitido generar teorías acerca del envejecimiento con senilidad. En este sentido, es fundamental proponer la renovación y reconducir el estudio del envejecimiento, con la finalidad de desarrollar nuevas formas de intervención que se basen no tanto en la patología y en el tratamiento, sino en un modelo más positivo, salutogénico, centrado en la sanidad y en la prevención, pautado en intervenciones que faciliten la recuperación y el crecimiento personal, lo que implica tener en cuenta al anciano en su contexto bio-psico-socio-cultural, y marcar los modos específicos en que él logre la construcción de una conducta resiliente que fomente lograr el bienestar subjetivo.

La Gerontología Resiliente, necesita revisar y discernir la resiliencia asociada al desarrollo y el crecimiento humano, incluyendo diferencias en la etapa vital (vejez), y de género, a través de la investigación científica, los procesos y mecanismos que subyacen a una vejez exitosa, las fortalezas, virtudes, cualidades y emociones positivas del viejo, durante tanto tiempo ignoradas por la gerontología “clásica”. Esta nueva vertiente propone estudiar las conductas de los mayores no sólo en términos de déficits

o síntomas enfermizos, sino desde una mirada que pone el foco de atención en las perspectivas positivas o en las capacidades intelectuales y emocionales constructivas.

Se trata de que la Gerontología adopte en lugar de un paradigma patogénico, un modelo salutogénico, para la conceptualización, investigación, diseño y aplicación de intervenciones socio-sanitarias efectivas que fomenten la calidad de vida en la vejez.

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la resiliencia es la determinación de los factores personales que la promueven, como también ambientes facilitadores. Sin embargo, es exigua la investigación científica que se ha realizado en torno al tema de la vejez (Bonanno, 2004).

Cabría tal vez plantearse, ¿Por qué las investigaciones en el campo de la psicología, ciencias sociales, educación, medicina, salud pública, etcétera, sobre el fenómeno resiliencia no incluyen en su universo de participantes, sujetos con más de sesenta años para verificar como responden ante la adversidad, y si son capaces de resistir y rehacerse? Considerando que la esperanza de vida aumenta con el desarrollo de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario, el mismo cuestionamiento se hace a otras áreas del conocimiento, de comprobación de la resiliencia en ancianos, se remite en el ámbito de la Gerontología.

Wolin y Wolin (1992), Grotberg (1995), Kotliarenco, Cáceres y Álvarez (1996) desarrollan algunas características resilientes: ambiente facilitador: fomenta el acceso a la salud, educación, bienestar, apoyo emocional, reglas y límites familiares, estabilidad escolar y del hogar, etcétera. Además fuerza intrapsíquica: fomenta la autonomía, el control de impulsos, el sentirse querido, la empatía; habilidades interpersonales, que denota el manejo asertivo de situaciones, la solución de problemas, la capacidad de planeamiento. El individuo puede ser resiliente, puede tener la fortaleza intrapsíquica

suficiente y las habilidades sociales necesarias, pero si carece de oportunidades para educarse o trabajar, sus recursos se verán limitados, en cualquiera etapa del ciclo vital.

La resiliencia emerge en un contexto socio-económico, cultural, y académico complejo marcado por la postmodernidad. Esta influencia se refleja en que es éste un concepto multidimensional, interdisciplinario y operativo en los diferentes ámbitos y fases del desarrollo humano. EL fenómeno de la resiliencia, estimula nuevas perspectivas de intervención micro y macro sociales, y preferentemente en niños y en adolescentes, aunque contempla también en menor canon la edad adulta, y en exigua proporción tangencia la última etapa de la vida, la vejez.

La resiliencia puede actuar entonces, como herramienta adecuada para rescatar a los viejos frente a la adversidad. Mediante modelos positivos ellos van a ser reconocidos como grupo meta de alto valor para ellos y desarrollo de la familia y de la comunidad. Los viejos, como parte del capital humano y actor protagónico de su propio desarrollo, con derechos y capacidades para intervenir en su presente y lograr una participación efectiva en sus propios destinos y en el desarrollo colectivo. Por esto se constituyen en sujetos óptimos para ser estudiados debido a condición de algunos de individuos resilientes.

Desarrollar la resiliencia no se trata de una característica individual infantil o juvenil, así que puede ser promovida en contextos gerontológicos/geriátricos, que generen ambientes facilitadores con estructuras coherentes y flexibles, una relación cálida con el cuidador primario, utiliza una comunicación clara y objetiva, red de apoyo, estimule una atmósfera institucional democrática, contenedora, y con límites definidos y compatibles con esta fase de la vida. Brindar afecto proporcionando apoyo y aliento, administrar de forma asertiva los conflictos, respecto a la privacidad, proporcionando respaldo y aliento, participación en la toma de decisión y planificación, buscar una

conexión positiva entra la institución anciano-familia, etcétera. En fin, generar condiciones favorables para la promoción de la resiliencia en los ancianos

El reto será reconducir la respuesta de las familias y de los profesionales gerontológicos en facilitar la resiliencia, en el anciano.. Esto desafío contempla desarrollar estrategias de afrontamiento activo vislumbrando afrontar las adversidades, superálas y proyectar nuevas experiencias que cobren un significado positivo y fomenten un futuro lleno de esperanza y optimismo realista para el contingente de personas envejecidas.

1.10.1. Conducta resiliente

Es importante destacar el ego-resiliente, lo cual explicita una estructura de personalidad con perspicacia, fortaleza de carácter, plasticidad y contestación ante la diversidad de acontecimientos ambientales adversos. El ego resiliente es considerado como un predictor latente de la resiliencia, o sea, puede proteger los individuos de experiencia estresantes (Cicchetti & Rogosch, 1997). Las distintas concepciones sobre el constructo resiliencia, destacan algunas características de la conducta resiliente: habilidad; adaptabilidad; baja susceptibilidad; afrontamiento efectivo; capacidad; resistencia a la destrucción; conductas vitales positivas; temperamento especial; habilidades cognitivas, desplegadas frente a las situaciones vitales adversas , estresantes, que les permite atravesarlas y superarlas. Por lo tanto los individuos resilientes serían aquellos (en cualquier fase de la vida) que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la dificultad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres

competentes, pese a los pronósticos desfavorables. El interés en descubrir los factores resilientes va unido a la jerarquización de las acciones de promoción de la salud y a la búsqueda de intervenciones o actividades que, en lugar de prevenir daños específicos, tiendan a mejorar las condiciones de vida.

No se puede concebir que un individuo sea resiliente en una situación, y generalizar para todas las demás. Es inapropiado pensar en una persona con una conducta resiliente ante cualquier evento traumático. La resiliencia no es un atributo fijo, se transforma de acuerdo con el estado emocional del individuo, a lo largo de su desarrollo (Ruter, 1989). En concreto, los principales factores que facilitan una conducta resiliente son: el amor, la amistad, el descubrimiento del sentido de la vida, la autoestima, la percepción de control existencial. Según Myers y Diener (1995), son los mismos que favorecen el sentimiento de felicidad en los individuos que no vivieron experiencias traumáticas. Los resilientes extraen lecciones útiles de sus experiencias, reexaminan su vida, y adoptan una actitud constructiva ante la problemática fundamental de la vida.

En fin, los individuos resilientes son eminentes por tener un alto nivel de competencia en diversos dominios, ya sea intelectual, emocional, eficaces estrategias de coping, autoeficacia, motivación al logro autosugestionada, autoestima, sentimientos de esperanza, autonomía, e independencia, etcétera (Kotliarenco et al. 1997). No es tarea simple ser resiliente, pero es válido intentarlo no sólo por el bienestar propio, sino también por el contexto, que implica relaciones interpersonales positivas; ser resiliente refleja actitud comprometida consigo mismo y con la vida.

Lo que desarrolla la capacidad resiliente de un individuo es la formación de personas socialmente competentes, que tengan conciencia de su identidad y utilidad. Además que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor,

satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado. Consiste en una tarea diaria que involucra distintos lugares sociales, partiendo de la familia, las distintas instituciones, los gobiernos de cada país.

La resiliencia permite una nueva epistemología del desarrollo humano, enfatiza el potencial humano en todas las culturas. Es específica de cada una, y hace una llamada a la responsabilidad colectiva. Es necesario destacar la importancia de la resiliencia en las distintas etapas del desarrollo humano: niños, adolescentes, adultos y ancianos (O'Leary, 1998). Aunque ésta haya sido aplicada frecuentemente al estudio de niños en situaciones de extrema adversidad, sin embargo, su intervención no se restringe únicamente a este contingente poblacional y, de hecho, se investiga la resiliencia en las otras fases evolutivas, al igual que las tareas específicas correspondientes a cada etapa del desarrollo humano.

La resiliencia es parte del desarrollo humano y debe ser promovida en todas las etapas evolutivas (Grotberg, 1995; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; O'Leary, 1998). Es decir, si cada individuo está inmerso en un marco ecológico, entonces para comprender mejor el proceso de resiliencia es necesario considerar el ambiente y la cultura del individuo. En la resiliencia, los rasgos personales y la influencia del ambiente interactúan recíprocamente en la construcción y reconstrucción de la realidad objetiva y subjetiva.

El paradigma moderno de la resiliencia implica en una concepción holística de la realidad, de los problemas y dilemas existenciales, pues plantea que la activación de factores resilientes y promoción de la resiliencia. Según Fonagy (1994) y Fergusson y Lynskey (1996), estos factores son: inteligencia y habilidad de resolución de problema, pertenecer al género femenino, temperamento fácil, sentido del humor positivo, apego parental, desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos en circunstancias

familiares adversas y relación con pares. Que genera también cambios en los individuos; en las familias y comunidades los cuales están en continua interacción dialéctica.

1.11. Promoción de la resiliencia: vínculo afectivo y procesos transgeneracionales

1.11.1. Promoción de la resiliencia

La promoción de la resiliencia hace con que la calidad de vida sea también una construcción global de la sociedad, que hace posible un perfeccionamiento humano vigoroso, porque desarrolla la capacidad de sentir bienestar que es inherente al hecho de estar vivo. Así, la resiliencia permite una nueva perspectiva del desarrollo humano, en tanto que enfatiza el potencial individual, como la interacción con la realidad. Si bien, una vez dicho esto último, se puede evidenciar la correlación existente con el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1998), que versa sobre el desarrollo humano, donde el autor privilegia las interacciones del individuo con su contexto, que percibe y evalúa la realidad objetiva. Considerando esta perspectiva, el individuo resiliente pone de relieve su interacción con el contexto ecológico, basado en la percepción de la realidad y elabora sus cogniciones, hacia la construcción de ambas realidades: objetiva y subjetiva. El autor citado, señala que la realidad individual, familiar, social, y cultural, están organizadas de forma articulada; como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se correlacionan entre sí de forma dinámica.

La intervención con programas de desarrollo humano, demanda nuevas metodologías que las articulen con los procesos de autogestión, motivación, autoeficacia, creatividad, habilidades sociales, imaginación científica, académica, personal, familiar y comunitaria para construir alternativas de la activación de la Resiliencia. Las variables básicas que acciona el concepto son: la autoestima, el humor, la responsabilidad, la autocrítica, la cooperación, la ayuda mutua. La resiliencia tiene dos componentes fundamentales: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos, buscando las peculiaridades positivas, que fortalecen y conllevan a mejorar la calidad de vida presente y futura.

Kotliarenco, Caceres y Fontecilla (1997) manifiestan que Werner (1982, 1989) y Garnezy (1993) abordan los factores que facilitan la promoción de la resiliencia en niños expuestos a situaciones adversas. Estos son: características del temperamento, adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y de respuesta frente a otras personas; capacidad intelectual. Como también, la forma cómo ésta es utilizada; naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los niños; disponibilidad de fuentes de apoyo externo, tales como la escuela, agencias sociales, la iglesia, etcétera. Se observa que existe la influencia de una persona de referencia en la construcción de la resiliencia individual, familiar y comunitaria, que mantiene una interrelación concomitante, que no es excluyente de otras influencias como lo son las relaciones interpersonales y el apoyo social.

Wolin y Wolin (1993), en su Mandala de la Resiliencia, modelo de desarrollo de la resiliencia, argumentan que la resiliencia, se basa entonces en los llamados pilares de la misma, de los cuales el fundamental es la autoestima consistente, base de todos los otros pilares, consecuencia del cuidado afectivo del niño o adolescente por un adulto significativo. La persona de referencia de confianza se trata de alguien que los niños

pueden recurrir cuando tienen: dificultades, dudas, miedos, o se sienten amenazados por elementos estresores que ponen en riesgo su homeostasis física o psíquica.

La persona significativa, provee al individuo, de competencias y maniobras para libertarse de daños vivenciados o por venir, pese a las experiencias negativas, desarrollarían las condiciones objetivas y subjetivas, para aumentar la resistencia a las adversidades. Así que una persona de referencia, en la vida de los niños, a quien ellos puedan confiar, es cada vez más frecuente, no siempre puede ser algún familiar del niño, puede encontrarse en las guarderías, en los orfanatos y en las escuelas, en las iglesias o en la comunidad.

Luthar (1985) define la Resiliencia como: un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad. Los componentes esenciales que deben estar presentes son: La noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano. Hasta que el sujeto no se enfrenta a la adversidad, no se conoce cuál es su potencial de superación.

La adaptación positiva está ajustada a la variable propia de cada circunstancia. Un desarrollo positivo en una comunidad, no lo es en otro contexto. La resiliencia es un proceso dinámico que incluye todos los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano. La resiliencia, no es un rasgo fijo de personalidad. Constituye la variable ontogenética que se encuentra potencialmente pero debe ser promovida a lo largo de toda la vida.

La resiliencia, señala significativamente para la esperanza y el optimismo realista, sin negar o huir de las dificultades. Este constructo genera, un afrontamiento activo que aglutina las fuerzas y el capital social. Bourdieu (1985, p. 56) define capital social como siendo: “El agregado de los recursos reales o potenciales ligados a la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de

reconocimiento mutuo”. De lo anterior se desprende que transforman esos factores negativos en desafíos que llegan a convertirse en factores de superación, desde que utilicen sus fortalezas, asumiendo la potencialidad de cada individuo para desarrollarse, o el hecho de tener adecuados mecanismos de afrontamiento son factores que pueden promover la resiliencia.

La resiliencia vendría a expresar lo que el pensamiento humanista denominaría de potencialidades y posibilidades que existen en todos los individuos. En este sentido, es el hombre quien protagoniza su proceso histórico de metamorfosis a través del desarrollo del potencial humano, por medio de su propio esfuerzo y de su propia necesidad que conlleva la actividad.

1.11.2. Vínculo afectivo y procesos transgeneracionales

En la década de 1960, John Bowlby, psicoanalista inglés, empezó a observar, como influía negativamente sobre el niño el cuidado maternal inadecuado, y las consecuencias de todo ello a corto y largo plazo. Sin embargo, verificó cuán categórico era para la salud mental de los individuos haber vivido en etapas tempranas un vínculo afectivo y gratificante con sus padres u otro cuidador, persona significativa. Y, al revés, las severas secuelas que podía dejar un mal apego y, más aún, el abandono. El primero en desarrollar una teoría del apego fue John Bowlby, en el año 1969 y posteriormente revisada en los años 1973 y 1980. La teoría del apego desarrollada por Bowlby (1969) intenta construir una teoría del desarrollo de la personalidad.

La teoría del apego de Bowlby es un modelo que integra la etología, la teoría de las relaciones objetales, así como conceptos de la teoría de sistemas, la psicología cognitiva y el procesamiento de la información. Pautada en las premisas de seguridad

y afectividad el niño explora el entorno, las nuevas experiencias y relaciones. Desde que fue desarrollada la teoría del apego por Bowlby, ha sido posible mejorar la comprensión de los procesos de personalidad y diferencias individuales de los adultos. A su vez, las investigaciones realizadas posteriormente han permitido establecer una correlación entre el estilo de apego desarrollado durante la infancia y ciertas variables importantes durante la adultez. Esta interacción permite que la persona sea competente en la entrega de cuidado y apoyo (Bowlby, 1988 como citado en Sable, 1997).

Kotliarenco et al. (1997) señalan que Fonagy, Steele, Steele, Higgott y Target, (1994) destacan la teoría del vínculo, debido a la importancia que ésta tiene para una probable elucidación de la resiliencia. Estos investigadores elaboran sus planteamientos con base en la Teoría del Vínculo de Bowlby (1973), en la que el vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una sólo persona, y a través de la que se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y en espacios determinados. El apego es el vínculo afectivo que se infiere de una tendencia estable a buscar la proximidad, el contacto. Subyace a las conductas que se manifiestan, no de una forma mecánica sino en relación con otros sistemas de conducta y circunstancias ambientales.

El vínculo se refiere a la estructura particular en que un sujeto se conecta o se relaciona con el otro o los otros, creando una relación que es específica para cada caso y para cada contexto. Se sabe que los niños que tienen una interacción positiva con su madre o su cuidador logran internalizar la sensación de seguridad, lo que les permite ampliar sus emociones. En otras palabras al consolidar un vínculo afectivo estrecho con su madre u otro adulto, el niño adquiere la confianza básica, le permite alejarse de su madre con tristeza, pero sin un vacío existencial. A medida que el niño va creciendo, esta capacidad le facilita sostener relaciones duraderas con personas con sentimientos de amistad o ambivalentes. En la edad adulta, es capaz de aceptar a otros tanto con sus

valencias positivas o negativas, sin tener que idealizarlo y luego, desvalorizarlo. Esta representación interna, significa un recurso esencial que podrá utilizar en situaciones hostiles, aun cuando su madre no esté viva (Florenzano, 1991; Bertrán, Noemí, & Romero, 1998).

Bowlby (1988), en su teoría del apego, postula una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos y estrechos, es una forma de abordar la probabilidad de los individuos a formar vínculos afectivos consistentes con los demás y de expandir los distintos modos de exteriorizar emociones negativas de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida. En la infancia los lazos emocionales se establecen con los padres en busca de protección y apoyo, los cuales prosiguen a lo largo de todo el ciclo del desarrollo, pero complementados por nuevos lazos de acuerdo a los periodos evolutivos. Además, sostiene que el sistema de apego está compuesto de tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de sus cuidadores durante la historia de la evolución. El permanecer en cercanía de los cuidadores ayudaría para protegerlos de algún peligro o depredación. Los niños que poseen estas tendencias de apego, tendrían mayor probabilidad de sobrevivir, de llegar a la edad reproductiva y traspasar estas tendencias a futuras generaciones (Simpson, 1990).

El apego seguro se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo (Mikulincer, 1998).

El vínculo afectivo representa el factor protector más relevante en el desarrollo humano, que corresponde a una figura significativa para el niño, ya sea su madre u otro adulto con el cual pueda relacionarse forma cálida y estable. Los niños que disfrutan de un vínculo seguro durante los dos primeros años de vida, parecen adquirir una importante cantidad de atributos, tanto en niños en edad preescolar, como en etapas posteriores del desarrollo; estos atributos son característicos de niños recipientes. Para Fonagy et al. (1994), el beneficio que suministra un vínculo constante permite que el niño afronte sus dificultades inesperadas e imprevisibles. Sin embargo, cuando el vínculo no es permanente y seguro, el niño puede tener problemas para enfrentarse a situaciones negativas, limitando el uso del repertorio de estrategias de afrontamiento ante factores estresores.

El vínculo inseguro ha sido identificado entre los niños y sus padres como una señal importante de privación psicosocial, negligencia y/o maltrato. Por su parte, los comportamientos de desorganización han sido observados con mayor frecuencia en casos en que previamente haya estado presente alguna forma de carencia o maltrato severo. La no construcción de un vínculo estable y seguro puede conllevar el niño a desintegrarse, causando en el niño dificultad para expresarse y adaptarse. Esta situación disminuye la creatividad para enfrentarse a las adversidades, no exponiéndose a riesgos, limitando sus posibilidades de aprendizaje cognitivo, socio afectivo y motriz. La negligencia afectiva y el abuso emocional intenso y prolongado pueden hacer muy vulnerable al niño, volviéndose, por ejemplo, híper alerta a las reacciones emocionales de los demás y poco empático (Kotliarenco, 1996 como citado en Bertrán, Noemí, & Romero, 1998).

Bowlby (1998) no está de acuerdo con la teoría según la cual el niño desarrolla un vínculo estrecho con la madre porque ella lo alimenta (vínculo primario) y establece

una relación personal de dependencia con ella (vínculo secundario). Si fuese cierto, cualquier niño se apegaría a quien lo alimenta. Esta relación temprana en donde la madre, no sólo cuida y alimenta, acompaña y protege y acoge a su hijo, sino incluso se anticipa a las necesidades de éste generándose la sensación de un continuo de existencia que incluye procesos físicos como mentales del bebé, enlazados en los de mamá y papá. Fonagy (1999) señala una diferencia sustancial entre el pensamiento de Bowlby y las teorías dominantes del siglo XX, las cuales consideraban el vínculo emocional con el cuidador como una pulsión secundaria, constituida a partir de la satisfacción de las necesidades orales. El vínculo del niño con su madre ocurrió, cuando la integración es positiva.

Los estilos de apego se desarrollan en edad temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida (Griffin & Bartholomew, 1994). El funcionamiento mental está íntimamente relacionado con las interacciones precoces entre la madre y el bebé, en donde sucederá la transmisión transgeneracional y en donde el material inconsciente juega un factor fundamental. La transmisión intergeneracional, se trata de un continuo interactivo de filiación a la afiliación filiación, lazo que une a un individuo con su padre y/o madre, incluye la transmisión de la parentalidad; significa las relaciones de descendencia que une a dos generaciones, implica el engendrar así como la procreación. Afiliación; inscripción a un grupo, pertenencia o existencia de lazos (Larrouse, 1985).

Los procesos transgeneracionales, de acuerdo a Fonagy et al. (1994), en la resiliencia, indican que padres cuya biografía destaca una historia de escasez, negligencia y/o abuso, manifiestan una mayor disposición a tener conflictos durante las diversas fases de su vida familiar. Suelen presentar problemas de conducta, salud física y mental, y de educación con sus hijos, además de problemas relacionados con las

interacciones familiares; aunque se han analizado importantes excepciones. Como ejemplo, Fonagy et al. (1994) comprobaron que reiteradamente individuos que han sufrido episodios de maltratos, violencia, abandono, pobreza y riesgo de muerte durante su infancia, lograron ser padres eficaces. Sin embargo, la ausencia de padres competentes (modelado), puede generar conductas desadaptativas en el desarrollo infantil y demostrar posibilidades limitadas de asimilar modelos apropiados de ser padres, situación que facilita la vulnerabilidad.

Siguiendo a Kotliarenco et al. (1997), ésta enfatiza algunos predictores que Fonagy et al. (1994) evidencian, y que correlacionan positivamente como inhibidores de la repetición de patrones de conductas inadaptativas del pasado. Así, estos serían: a) un cónyuge apoyador, b) seguridad financiera, c) atractivo físico, d) alto coeficiente intelectual, e) experiencias escolares positivas, f) fuertes afiliaciones religiosas, g) sentido de eficacia en el rol de padres, y h) sentido de optimismo respecto de los niños. Estos predictores positivos, promueven la resiliencia que es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad.

La investigación empírica desde Bowlby (1973) hasta Fonagy (1999) en relación a la teoría del apego demuestra el valor decisivo de la vivencia de apego seguro como variable independiente para el desarrollo a pesar de la adversidad. La teoría del apego es de gran relevancia para la comprensión desarrollo humano, porque el conocimiento de éste, permite explorar distintas dimensiones del comportamiento humano: la relación existente entre los estilos de apego y procesos cognitivos, relaciones interpersonales, emociones y variables de la personalidad. Además, en relación a cuestión de la transgeneracionalidad, es primordial investigar el proceso subyacente al tipo de estrategias que desarrollan los padres competentes. Constituiría uno de los signos más importantes de los comportamientos resilientes.

1.12. Resiliencia y metáfora de la casita

1.12.1. Resiliencia

La resiliencia no configura una postura de conformarse delante de una situación difícil, sino la capacidad para sobreponerse a la adversidad e identificar aquellos factores que permiten buscar fortalezas para modificar los contextos hostiles. Una vez que surge la idea de posible adaptación o aceptación se debe explicitar sobre todo, la importancia de trabajar fundamentalmente bajo la perspectiva de metamorfosis de las variables de personalidad y concerniente a posibilidad de modificación del entorno, dejando más acogedor.

La énfasis en la promoción de la resiliencia, puede contribuir a modificar el concepto tradicional de factores de riesgo, al proveer estrategias para superación de las carencias: económicas, sociales y existenciales crecientes. Resulta imprescindible en las sociedades coetáneas, que los individuos desplieguen estrategias de afrontamiento y la adquisición de las habilidades y destrezas para activar los recursos que estén a su alcance para lograr una vida cotidiana de forma exitosa.

Lazarus y Folkman (1986) conciben el afrontamiento en términos de proceso, y lo definen como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Entendido así, el afrontamiento de una situación estresante depende de los recursos de afrontamiento que una persona posea. Estos autores defienden que existen grandes variaciones individuales tanto en la forma de evaluar el acontecimiento como en la de

afrontarlo. Esto es, cada individuo afronta un particular conjunto de circunstancias dentro del contexto de su historia personal única, y para entender la importancia individual de ese acontecimiento, es preciso situarlo en el contexto de la biografía del sujeto.

Desde esa perspectiva, el afrontamiento es un mediador de las emociones en la medida en que las reevaluaciones de la relación persona/ambiente producen cambios en la calidad e intensidad de las emociones (Folkman & Lazarus, 1988b). El afrontamiento activo estimula los factores protectores tanto internos como ambientales que mitigan el impacto de las situaciones negativas o estresantes, y proveen la resiliencia. Latack (1986) señala que las estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema tienden a ser más adaptativas que las estrategias centradas en la emoción o paliativas.

La resiliencia, denota el protagonismo del individuo y enfatiza las modalidades de afrontamiento exitoso del estrés. Provee el aprendizaje y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, de resistencia y superación de la adversidad. Así como estimula una reevaluación de la realidad que permita observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse paso a una transformación y un desarrollo más sano y positivo en medio de la adversidad.

La construcción de la resiliencia se ha resumido en una metáfora que nació en Santiago de Chile, que ha sido llamado internacionalmente "La Casita" que sintetiza los elementos básicos para edificar esta resiliencia. Pódese utilizar para hallar puntos fuertes y débiles del individuo y del entorno. Este método no excluye el diagnóstico profesional, ayuda, la casita es solo una herramienta de trabajo.

Stefan Vanistendael (2002), para justificar la promoción de la resiliencia, ha desarrollado un modelo, la imagen de una casita, donde cada pieza, representa un dominio de intervención que permitirá fortalecer la resiliencia. Recorrer a este signo,

como una estrategia que auxilia a intervenir acerca de las fortalezas y debilidades del individuo y de su entorno. Además este autor destaca la idea de la resiliencia como un proceso de construcción (véase figura 1).

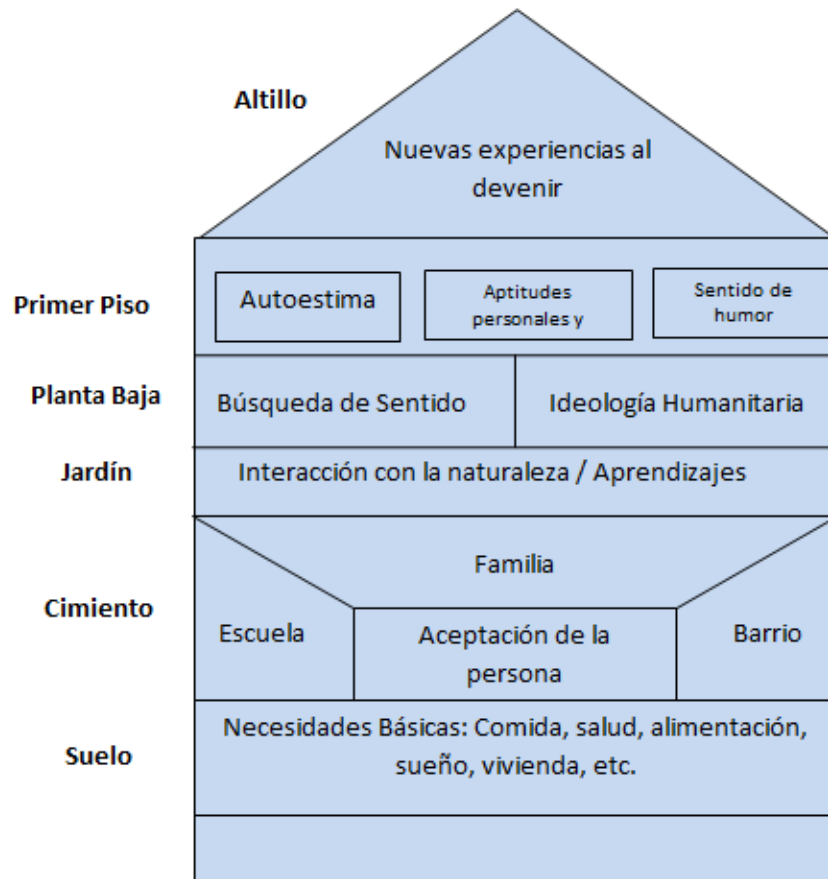


Figura 1. Edificación de la resiliencia: la "casita". Adaptado de Vanistendael (1996).

El suelo, representa las necesidades fisiológicas de base, como alimentación, sueño, los cuidados de salud; sueño etcétera.

El cimiento, está constituido por los vínculos, las redes de contactos formales e informales (la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de la escuela o del trabajo). Necesita usualmente de un vínculo fuerte y constructivo que sirva de referencia como mínimo de una persona.

La planta baja, se encuentra la capacidad fundamental de descubrir un sentido a la vida. Esto puede estar vinculado a una ideología de religiosidad, o a un compromiso político o humanitario que complementa la existencia, con el diseño de proyectos operativos

El jardín, se destaca por la interacción con la naturaleza, que puede brindar nuevos aprendizajes.

El primer piso, contempla diferentes habitaciones: la autoestima; las aptitudes personales y sociales; y el sentido del humor y otras estrategias de adaptación. La más importante es el sentido del humor, que es a menudo olvidado, pese a que constituye un componente importante en la resiliencia.

El altillo, está constituido por una gran habitación abierta hacia nuevas experiencias, al devenir. Significa la capacidad de creer en la dialéctica de la vida, es no es fijarse en el sufrimiento o en la desventura, y tener la capacidad de disfrutar de otras experiencias positivas.

De todo esto, hay que subrayar que la casita no caracteriza en absoluto una estructura rígida, ni tan poco aislada, hay una comunicación entre sí a través de las puertas y escaleras. Como la figura señalada, la resiliencia no se construye sola, sino gracias a los fuertes vínculos de afecto, factores transgeneracionales. Además de otros factores que promueven este fenómeno: características del temperamento, la estructura familiar, el apoyo social. La resiliencia es más que la aptitud de resistir a la destrucción preservando la integridad en circunstancias difíciles: es también la aptitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir basándose en las fuerzas propias del ser humano. No es sólo sobrevivir a pesar de todo, sino que es tener la capacidad de usar la experiencia sobre las situaciones adversas para proyectar el futuro. Tampoco puede hablarse de ella como un concepto unívoco y absoluto. Si bien

se entiende como una capacidad humana presente en las distintas comunidades, etnias y culturas, tiene rasgos particulares de acuerdo con los diferentes contextos en que se manifiesta.

La fuente de promoción de la resiliencia reconoce la fortaleza más allá de la vulnerabilidad. Apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, considera la ecología del ser humano como fuente de recursos y posibilidades para un desarrollo sano. Así que, se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, capacidad que probablemente sea tan antigua como la humanidad, y que seguramente, fue la única manera que tuvieron muchos pueblos y personas de resistir frente a la destrucción, y construir algo positivo.

La promoción de la Resiliencia sugiere que se active los mecanismos protectores sobre eventos críticos y posibilite un equilibrio armónico entre los estados de tensión y estrés naturales a la cotidianidad y los sucesos imprevistos e inesperados que desatan las crisis. Entre los factores que promueven la resiliencia, destaca: **a)** Las características del temperamento; **b)** la naturaleza de la familia; **c)** la disponibilidad de fuentes de apoyo externo (redes de apoyo social); **d)** capacidad para averiguar el significado de la vida, en estrecha relación con la vida espiritual y la fe religiosa, **e)** el desarrollo de intereses y vínculos afectivos; **f)** aptitudes y sentimientos de tener algún tipo de control sobre la propia vida; **g)** la relación con pares; **h)** sentido del humor y haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza, **i)** contar con una buena autoestima y **j)** tener autoimagen positiva.

1.13. Mandala de la resiliencia y fuentes interactivas

1.13.1. Mandala de la resiliencia

Wolin y Wolin (1993), al referirse a la resiliencia, utilizan el término *mándala*, que significa paz y orden interno. La *mándala* es un arquetipo milenario, de connotación trascendente, un símbolo utilizado en diversas culturas como la hindú o la egipcia, expresión también empleada por los indios navajos del suroeste de Estados Unidos. Como también, por los mayas y aztecas, o mexicanos, para designar la fuerza interna que hace que el individuo enfermo encuentre dentro de él la fortaleza para sobreponerse a la enfermedad. Estos autores referenciados manifiestan siete atributos o factores que caracterizan la resiliencia. Como demuestra la figura, dos a seguir:

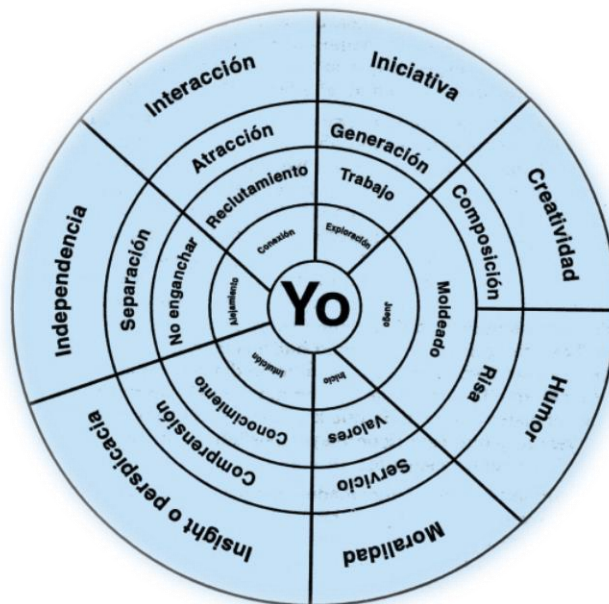


Figura 2. Mandala de la resiliencia de Wolin y Wolin (1993). Adaptación, Puerta (2002).

¿Qué características tiene una persona resiliente? Los Wolines han determinado los atributos o factores que caracterizan la resiliencia. Los investigadores explican su teoría apoyándose en los atributos personales de quienes poseen esta fuerza interna, *mándala*, y proporcionan algunas explicaciones para este signo de la resiliencia:

Introspección: eficacia para tener una relación intrapersonal, hacerse preguntas difíciles y darse una respuesta honesta se trata del “insight” o perspicacia.

Independencia: capacidad de precisar límites entre uno mismo y el entorno problemático, de quedarse alejado emocional y físicamente sin necesariamente aislarse.

Capacidad de relacionarse: habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, compensar la propia necesidad de afecto con la actitud de dedicación a otros.

Iniciativa: satisfacción por exigirse y poner a prueba quehaceres progresivamente más complejos.

Humor: descubrir lo divertido en la propia tragedia.

Creatividad: competencia para crear orden, hermosura y objetivos a partir del caos y el desorden.

Moralidad: capacidad para propagar el deseo personal de bienestar a toda la humanidad, y disposición en comprometerse con valores desde la infancia, principalmente partir de los 10 años.

Autoestima consistente: soporte de los propios valores vitales, recompensa del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo.

El modelo de desafío y los siete pilares de la resiliencia son una alternativa en la forma de observar y vivir la vida. No consiste en hacerse invulnerable a las distintas experiencias, u olvidar para siempre el daño de haber crecido en un contexto adverso. No se puede cambiar o borrar el pasado, entretanto, se puede cambiar la forma de entenderlo y de esta manera crecer a partir de la adversidad. Conlleva a preparar a los sistemas humanos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que no detiene el desarrollo integral sino que le permite encuadres y cambios de perspectiva. Adoptando perspectivas más positivas, frente las adversidades de la vida.

La resiliencia o la capacidad de resistir y rehacerse, presenta dos elementos importantes: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos (Vanistendael, 1994). Para este autor, la resiliencia, incluye además, la capacidad del individuo o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable. Promover la resiliencia es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad. Apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, según ellos perciben y enfrentan el mundo; la fuente para actualizar la resiliencia proviene del propio ecosistema de uno mismo, está en cada ser humano.

La resiliencia parte de la premisa de que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. La resiliencia se ocupa de avivar las habilidades para vivir, ofrece la posibilidad de desarrollar el pensamiento crítico, estar siempre atento a las opiniones de todos siempre tendiendo a construir a edificar en positivo. Evocar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse paso a un desarrollo más sano y positivo en medio de la adversidad. Alimentar su inteligencia emocional, moral y espiritual, respeto y gratitud a la naturaleza y al ser humano con sus diferencias.

Las habilidades para vivir son aquellas aptitudes necesarias del individuo para construir una conducta positiva que posibilite enfrentar eficazmente los retos de lo cotidiano. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) describe las “Habilidades para Vivir” como estrategias fundamentales: Capacidad para tomar decisiones; Habilidad para resolver problemas; Capacidad de pensar creativamente; Capacidad de pensar en forma crítica; Habilidad para comunicarse en forma efectiva; Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales; Conocimiento de sí mismo; Capacidad de establecer empatía; Capacidad de manejar las propias emociones

y habilidad para enfrentar el estrés. Éstas son estrategias que facilitan la Resiliencia, la capacidad de proteger la propia integridad ante las presiones, ante las crisis; la capacidad para construir conductas vitales positivas pese a las circunstancias difíciles a lo largo de su trayectoria evolutiva.

1.13.2. Fuentes interactivas en el modelo resiliencia

En la resiliencia, el Modelo de Desarrollo Psicosocial, elaborado por Grotberg (2001), congrega los aspectos que han demostrado tener una relación de las categorías positivas con la resiliencia, y añade el aspecto dinámico, como importante componente. De acuerdo con esta autora, los individuos resilientes congregan algunos rasgos de fortaleza para afrontar las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, siendo substancial observar cómo generar las categorías de factores resilientes que provienen de cuatro fuentes, que son:

YO TENGO,

Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.

Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.

Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.

Personas que quieren que aprenda a desenvolverme con autonomía.

Personas que me ayudan cuando estoy enfermo, en peligro, o cuando necesito aprender.

YO SOY,

Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.

Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.

Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

YO ESTOY,

Dispuesto a responsabilizarme de mis actos, y seguro de que todo saldrá bien.

YO PUEDO,

Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.

Buscar la manera de resolver los problemas.

Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.

Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.

Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Las características señaladas por Edith Grotberg (2001) denotan que los individuos para poder ser catalogados como resilientes carecen de tener varias de estas características positivas, para prevenir, minimizar o superar los efectos de la adversidad de su contexto y lograr una existencia llena de significado. Entretanto, señala que un individuo resiliente no necesita tener todas esas habilidades, pero una sola no es suficiente; no puede desarrollar su resiliencia si por ejemplo, tiene las herramientas sociales (soy /estoy) pero no tiene un ambiente favorable (tengo) para relacionarse. Sin embargo sí es necesario, que las combinaciones entre estos factores sean efectivas, y contengan al menos una habilidad en cada factor. La resiliencia puede manifestarse cualquiera momento del ciclo evolutivo, es la capacidad que algunos individuos desarrollan para superponerse a las dificultades y reconstruirse positivamente, apoyado en unos factores que suministran e incrementan dicha respuesta o sea es el sistema que se desarrolla por parte de un individuo, una familia o una comunidad para afrontar positivamente los infortunios.

Slap (2001) enfoca la resiliencia basada en la interacción de algunos componentes: factores individuales, contexto ambiental, acontecimientos a lo largo de la vida y factores de protección, los cuales protegerían al individuo de las situaciones adversas. El enfoque de resiliencia describe la existencia de verdaderos escudos protectores contra fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, atenuando así sus efectos y, a veces, transformándolas en factor de superación de las situaciones difíciles. Ambos enfoques se complementan y se enriquecen, posibilitando analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces. El desarrollo de la resiliencia, consiste en la habilidad de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir su historia basándose en las fuerzas propias del ser humano. No es sobrevivir a pesar de todo, sino tener la capacidad de usar la experiencia sobre las situaciones adversas para proyectar el futuro con esperanza.

1.14. Resiliencia: trabajo, autoeficacia y engagement

1.14.1. Trabajo

Dentro los fenómenos indicativos de una vida saludable se distinguen la resiliencia, porque valora los procesos que facilitan el afrontamiento de las adversidades, o sea, la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado positivamente por ellas (Grotberg, 1995) y el *engagement* constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el por altos niveles de energía mientras se trabaja (Strumpfer,

2003). El discurso hegemónico de ambos constructos destaca el protagonismo del individuo, en intercambio con su contexto ecológico.

El trabajo no representa para el hombre una actividad natural o instintiva, sino que se trata de una actividad organizada en el interior de un grupo social comunidad o sociedad (Roure-Mariotti, 1985). Por este motivo, el trabajo afirma la identidad y asegura una coherencia y una posición social (Pelicier, 1985). El trabajo puede definirse como toda actividad humana obligatoria intelectual o manual que, de una manera coordinada o sistemática, pretende producir algo útil a la sociedad a costa del esfuerzo personal.

Según Alonso-Fernández (1997), Freud, consideraba el trabajo como el vínculo más fuerte que une al individuo con la realidad, sin el cual aquél pone en peligro su salud mental, que puede ser arrollada por la fantasía y la emoción. De ahí que los indicadores sociales de salud mental guardan una íntima relación con la vida laboral.

En las sociedades pre capitalistas, el trabajo aparecía vinculado a la supervivencia, y no a la acumulación del excedente; en las sociedades primitivas no existían la división social del trabajo, la individualidad ni la competitividad en la producción, ni tampoco una distinción clara entre trabajo y tiempo libre, y la jornada laboral se prolongaba únicamente hasta la obtención de lo necesario para subsistir. Sin embargo en la actualidad el trabajo es un bien escaso y socialmente prestigiado; quien tiene un empleo es reconocido como afortunado, en la medida en que éste posibilita la propiedad privada y la acumulación de bienes de consumo. Además, el trabajo ha cobrado una gran importancia social, debido a su carácter de experiencia necesaria para la individualización y la maduración de la personalidad. Esta maduración es entendida desde un punto de vista afectivo (capacidad de ser independiente), emocional

(capacidad de dominar y controlar las emociones), y social (capacidad de aceptar a los otros y desarrollar relaciones armónicas con ellos) (Alonso-Fernández, 1997).

A pesar de que la experiencia laboral es una de las formas culturales más importantes del desarrollo personal, económico y social, la modificación de las condiciones de trabajo (tareas que tradicionalmente requerían fuerza muscular precisan ahora, muchas veces, de un esfuerzo intelectual motivado en gran medida por la informatización del proceso productivo), las relaciones interpersonales complejas, y un descenso en el número de trabajadores demandando resultados similares o incluso mejores, son factores que tienen repercusiones en el bienestar psicológico y en la salud de los trabajadores, en la medida en que favorecen la instauración de situaciones estresantes.

Dicho de otra manera, una sociedad en la cual las consideraciones humanistas y las relaciones de solidaridad han pasado a un segundo plano, en la que priman el individualismo, la competencia, la productividad, y la necesidad del individuo de sentir que el trabajo es la principal fuente de desarrollo personal y profesional, fomenta las condiciones objetivas para la insatisfacción laboral, además de los estresores señalados, la sobrecarga cobra relevancia en facilitar el estrés laboral.

El trabajo es una actividad humana y colectiva de transformación de la realidad que permite la adquisición de bienes de consumo a través de una recompensa económica que, de forma general, cubre las necesidades básicas; proporciona seguridad, relaciones sociales, autoestima y realización personal. La experiencia del trabajo, que afirma la identidad y asegura una coherencia y una posición social, se configura como una de las formas culturales más importantes para el desarrollo individual y social de la persona; por tanto, no debe convertirse en una forma de alienación, despersonalización o estrés.

En el contexto laboral, la sobrecarga o estimulación excesiva se produce cuando el trabajador se encuentra sometido a más exigencias de las que puede satisfacer. La sobrecarga cuantitativa se produce cuando se han de realizar muchas operaciones en poco tiempo, debido al volumen de trabajo, a la especialización y estandarización de tareas que se han de llevar a cabo, a la necesidad de una atención sostenida y a los apremios de tiempo o ritmo de trabajo elevado; esto da lugar a la aparición de la fatiga mental, y a la consiguiente disminución de la eficiencia del operador; de este modo, las mismas exigencias acaban suponiendo una carga mayor para aquél. La sobrecarga laboral supone una incidencia directa sobre el hábito de fumar, el incremento de la ansiedad y la disminución de la satisfacción laboral (Breslow & Bluell, 1960).

La sobrecarga cualitativa, en cambio, se refiere a las excesivas demandas intelectuales o mentales en relación con los conocimientos y habilidades del trabajador; es decir, la sobrecarga cualitativa tiene que ver con la dificultad excesiva del trabajo, y no con la superabundancia de éste. El estrés aparece cuando el sujeto no posee la autoeficacia y habilidad suficiente para realizar su tarea. Una medida frecuente encaminada a paliar la sobrecarga de trabajo es el alargamiento de la jornada laboral; este exceso de horas de trabajo no sólo incrementa la fatiga en el trabajador, sino que también puede afectar a sus relaciones sociales y a la vida familiar, circunstancia ésta que conlleva además una reducción de las oportunidades de apoyo social, tan importantes a la hora de afrontar y reducir el estrés.

Otro estresor importante es el control inadecuado sobre la tarea. El control es el grado en que un ambiente laboral permite al individuo controlar o dominar las actividades que realiza, y viene definido por el grado de autonomía, iniciativa y responsabilidad que dicho individuo posee. La autonomía se refiere a la medida en que el individuo puede planificar su trabajo y determinar los procedimientos para

desarrollarlo; es decir, la influencia del trabajador sobre el método de trabajo, el ritmo, las secuencias de las operaciones y el control sobre los resultados. La autonomía contribuye al sentimiento de responsabilidad del trabajador para con los resultados de su tarea. En la medida en que el trabajo proporcione al trabajador autogestión y responsabilidad, mayor será la probabilidad de que perciba que tiene control sobre el mismo. La falta de control produce consecuencias psíquicas y somáticas negativas propias del estrés. El excesivo control y la responsabilidad que conlleva también pueden tener consecuencias negativas (Hackman & Oldham, 1980).

El mundo laboral ha experimentado una metamorfosis importante en las últimas décadas en contexto sociocultural. Las nuevas tecnologías, exigencias del trabajo han originado la aparición de nuevos riesgos denominados psicosociales, relacionados en gran medida con el estrés laboral crónico, cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que requiere que la persona haga algo diferente en su forma de actuar o pensar en dicha circunstancia o por un tiempo prolongado.

El trabajo está considerado como una de las principales causas de estrés (Piñuel, 2004), que caracteriza el paradigma patogénico. Sin embargo, las ciencias de la salud, principalmente la medicina y la psicología, llevan tiempo dedicadas a comprender y tratar las enfermedades relacionadas con el estrés laboral, y desde los años setenta (Freudenberger, 1974; Maslach, 1977) se viene estudiando el Burnout o “síndrome de quemarse por el trabajo” como una respuesta al estrés laboral crónico integrada por tres dimensiones básicas: Agotamiento emocional (AG), Cinismo-despersonalización (CI) y Baja eficacia (EF) o realización personal en el trabajo (Maslach, 2003; Maslach & Jackson, 1981, 1986; Schaufeli & Buunk, 1996). Los autores Maslach y Leiter (1997) manifestaron que el Burnout es como una erosión del compromiso con el trabajo. Lo que comenzó en su día siendo un desafío laboral importante y con significado puede

convertirse para algunos trabajadores en algo desagradable, vacío y sin sentido. Aunque originariamente este síndrome se diagnosticó en profesionales cuyo núcleo del trabajo era prestar asistencia socio-sanitaria (Maslach & Jackson, 1981), más tarde, con la última versión del cuestionario (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996) se ha ampliado a todo tipo de ocupaciones. La energía del profesional puede transformarse en agotamiento, su implicación en distanciamiento y cinismo, y la eficacia laboral en ineficacia. El paradigma contemporáneo “*Engagement*” comienza a explorarse junto al Burnout que está considerado teóricamente su opuesto (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, & Grau, 2000).

La psicología positiva, también es preeminente en el ámbito laboral, se está prestando mayor atención a los estados positivos de la persona, a su buen ajuste y rendimiento en el trabajo, y no sólo a sus disfunciones (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Es el caso del constructo “*Job Engagement*” o “compromiso laboral”, considerado el polo opuesto del concepto de “Burnout” o estado laboral negativo (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Sin embargo, los individuos resilientes, aquellos que se sienten bien (*cope well*) y superan a pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida. (Migran & Palti, 1993) Además, las personas resilientes denotan vigor y motivación en el proceso productivo laboral, lo que caracteriza el constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo engagement que está representado por el por altos niveles de energía mientras se trabaja (Strumpfer, 2003). El discurso hegemónico de ambos constructos destaca el protagonismo del individuo, en intercambio con su contexto ecológico. Como estrategia de afrontamiento efectivo, en este sentido, la autoeficacia, juega un papel importante en el ámbito laboral.

1.14.2. Autoeficacia

En 1977, con la publicación de su artículo "*Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*" (Autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual), Bandura identificó un aspecto importante de la conducta humana: que los individuos crean y desarrollan sus autopercepciones acerca de su capacidad, mismas que se convierten en los medios por los cuales logran sus objetivos, y controlan lo que son capaces de hacer para interactuar, a su vez, de forma eficaz con su contexto.

Bandura (1990) define la autoeficacia (*self-efficacy*) como las creencias de las personas acerca de sus capacidades para movilizar su motivación, sus recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer el control sobre las exigencias de una tarea. La autoeficacia es un concepto desarrollado por Bandura (1977, 1999), que implica la creencia que tiene el sujeto de que puede adoptar adecuadamente las conductas y cogniciones requeridas para conseguir el éxito en una determinada situación que llevará a cabo en un futuro inmediato o próximo. De ahí que, como señala Bandura (1990), con el mismo conjunto de destrezas, las personas pueden tener un rendimiento pobre, adecuado o extraordinario, dependiendo de sus autos creencias de eficacia. Bandura (1997) advierte que una cosa es poseer destrezas autor regulatorias, pero otra es ser capaz de mantenerlas en situaciones difíciles cuando las actividades poseen escaso atractivo o interés. Se requiere un sólido sentido de eficacia personal para controlar los obstáculos a los esfuerzos autor regulatorios. La autoeficacia es una creencia motivacional.

La autoeficacia desempeña un papel especialmente importante entre las creencias motivacionales que pueden hacer con que se logre una competencia adecuada para excursión de la tarea con éxito. La autoeficacia se refiere a las propias creencias

sobre la capacidad para aprender o rendir efectivamente, mientras que la eficacia autorreguladora hace referencia a las creencias sobre el empleo de procesos de aprendizaje autorregulado, tales como establecimiento de metas, auto supervisión, uso de estrategias, autoevaluación y autorizaciones. Las creencias que las personas sostienen acerca de su autoeficacia es el producto de la interacción de cuatro fuentes principales (Bandura, 1986): **(a)** las experiencias anteriores; **(b)** las experiencias vicarias; **(c)** la persuasión verbal, y **(d)** los estados fisiológicos. Para Bandura (1997), el proceso de autorreflexión es tal que permite a los individuos evaluar sus propias experiencias y procesos de pensamiento, que la manera en que actúa la gente es producto de la mediación de sus creencias acerca de sus capacidades. A menudo éstas pueden ser mejores predictores del comportamiento que por los resultados de sus actuaciones previas. Una autoeficacia elevada sostiene la motivación y puede convertirse en un instrumento importante para fomentar el desarrollo de las actividades de forma constructiva.

Salanova, Grau, Llorens y Schaufeli (2001) subrayan el efecto directo desempeñado por la autoeficacia sobre el *engagement*, consiben que este constructo está modulado por la autoeficacia, una mayor eficacia profesional se asocia con mayores niveles de *engagement* (vigor, dedicación y absorción), lo que viene a ratificar en parte la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1997, 1999), que señala como uno de sus postulados que los altos niveles de autoeficacia se asocian , con una mejor salud y mayor motivación en el trabajo.

Con el propósito de comprender y explicar qué es lo que distingue a los individuos que afrontan eficientemente las dificultades del contexto laboral y de la vida en general y presentan una buena adaptación en presencia de factores de riesgo, se han investigado diversos constructos de personalidad como: Autoeficacia (Bandura, 1997,

1999), competencia (Rutter, 1985; Luthar, 1993), optimismo (Peterson, 2000), felicidad (Csikszentmihalyi, 1999), autoestima (Grotberg, 1995), sentido de coherencia (Lindström, 2003), hardiness (Kobasa & Pacceti, 1983), etc., todos ellos, denotan características o capacidades positivas de y expresan conducta resiliente.

Para promoción de la conducta resiliente, es necesario, por ejemplo: Demuestra una conducta asertiva: La expresión directa, honesta y apropiada de sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades. Las deficiencias en la asertividad dentro del contexto laboral, pueden tener consecuencias psicológicas y fisiológicas relevantes y pueden generar situaciones estresantes para los individuos. Si los efectos de la ausencia de asertividad son intensos, los sujetos reaccionan con repuestas poco adaptativas, con enfado y retiro (Gil-Monte & Peiró, 1997). Además, manifestar habilidades sociales que se trata la conducta socialmente habilidosa; es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresan los sentimientos actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, siguiendo un modelo adecuado a las situaciones y respetando esas conductas en los demás; tales conductas generalmente resuelven los problemas inmediatos de las situaciones, al tiempo que minimizan la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1993). La conducta resiliente en el trabajo puede facilitar el *engagement*.

1.14.3. Engagement

Como consecuencia del apogeo de la psicología positiva, también en el ámbito laboral, se está prestando mayor atención a los estados positivos de la persona, a su buen ajuste y rendimiento en el trabajo, y no sólo a sus disfunciones (Seligman &

Csikszentmihalyi, 2000). Es el caso del constructo “*Job Engagement*” o “compromiso laboral”, considerado el polo opuesto del concepto de “*Burnout*” o estado laboral negativo (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). El '*engagement*' fue definido por (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2000a) como 'un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el vigor, dedicación y absorción. Según estos autores, más que un estado específico y temporal, el *engagement* se refiere a un estado cognitivo-afectivo más persistente en el tiempo, que no está focalizado sobre un objeto o conducta específica.

En este momento comienza a explorarse junto al Burnout, el concepto de *Engagement* que está considerado su teóricamente opuesto (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, & Grau, 2000). El *engagement* es un estado mental positivo relacionado con el trabajo y determinado por Vigor, Dedicación y Absorción (Schaufeli et al., 2000). El Vigor (VI) se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mientras se trabaja, el deseo de invertir esfuerzo en la tarea que se está realizando incluso cuando aparecen dificultades en el camino. La Dedicación (DE) denota una alta implicación laboral, junto con la manifestación de un sentimiento de significación, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo. La Absorción (AB) ocurre cuando se está totalmente concentrado en el trabajo, mientras se experimenta que el tiempo “pasa volando”, y se tienen dificultades a la hora de desconectar debido a las fuertes dosis de disfrute y concentración en lo que se está haciendo.

Las propiedades de *Engagement* podrían considerarse como característica de un constructo positivo que, como otros (optimismo, felicidad, autoestima, etc.), han mostrado su relación con la Resiliencia. Strumpfer (2003) considera al *Engagement* junto a otros constructos positivos (significatividad, conducta proactiva o bienestar

subjetivo), como integrantes de una dimensión psicológica más amplia que denomina “Fortigenic”, similar al de Resiliencia.

Aunque la Resiliencia tuvo un pequeño valor predictivo sobre el “el corazón del Burnout”, que fue observado en el primer paso de la regresión jerárquica múltiple, este valor predictivo desapareció y el de las dimensiones de Vigor y Dedicación tuvieron mayor nivel de predicción. Estos resultados constatan que el efecto de la Resiliencia sobre el “corazón del Burnout” es indirecto; esto es, el efecto del *Engagement* media en la relación que existe entre la Resiliencia y el “corazón del Burnout”.

La Resiliencia probablemente predispone a menores niveles de Burnout en la medida que incrementa las dimensiones de *Engagement*. Es decir, en presencia de situaciones de adversidad laboral, los cuidadores más resilientes tienen la capacidad de utilizar su energía e implicación laboral para sobreponerse a las dificultades, adaptarse adecuadamente y experimentar emociones positivas, mientras que los cuidadores menos resilientes tienen predisposición a las emociones negativas, a sobrevalorar el riesgo e incrementar su efecto con cansancio e indiferencia en el trabajo.

Las condiciones adversas de una organización pueden ser cruciales en la etiología del Burnout (Maslach et al., 2001) y existen contextos tan difíciles que las variables individuales son insuficiente para resistir a sus efectos, pero de acuerdo con Strumpfer (2003), los individuos más resilientes también pueden sufrir de Burnout, aunque es mucho más probable que adquieran habilidades y competencias de *Engagement* en el trabajo. Estos autores animan a pensar que las propiedades de *Engagement* podrían considerarse características de un constructo positivo que, como otros (optimismo, felicidad, autoestima, etc.), han mostrado su relación con la Resiliencia. En este sentido, Strumpfer (2003) considera al *Engagement* junto a otros constructos positivos (significatividad, conducta proactiva o bienestar subjetivo), como

integrantes de una dimensión psicológica más amplia que denomina Fortigenic, similar al de Resiliencia.

La Resiliencia probablemente predispone a menores niveles de Burnout en la medida que incrementa las dimensiones de *Engagement*. Es decir, en presencia de situaciones de adversidad laboral, los individuos más resilientes tienen la capacidad de utilizar su energía e implicación laboral para sobreponerse a las dificultades, adaptarse adecuadamente y experimentar emociones positivas, mientras que los individuos menos resilientes tienen predisposición a las emociones negativas, a sobrevalorar el riesgo e incrementar su efecto con cansancio e indiferencia en el trabajo.

El uso de competencias sociales y fortalezas humanas por parte de los cuidadores actúan como factores protectores ante el riesgo de Burnout y estimula el compromiso y la eficacia laboral. Investigaciones futuras deberían incidir en el estudio de aquellos factores resilientes que funcionan como verdaderos escudos protectores contra fuerzas negativas y a favor de un desarrollo saludable en la persona. Sería conveniente elaborar nuevas formas de intervención que se basen no tanto en la remisión de síntomas psicopatológicos, sino en un modelo más positivo, salutogénico, centrado en la prevención y el bienestar psicológico, que fomente en los trabajadores su energía (vigor), implicación (dedicación) y concentración en el trabajo (absorción), así como la superación de experiencias traumáticas.

Es importante refrendar que el uso de competencias sociales y fortalezas humanas por parte de los individuos actúan como factores protectores ante el riesgo de Burnout y estimula el compromiso y eficacia laboral. Así que el fomento de los factores resilientes que funcionan como verdaderos escudos protectores contra fuerzas negativas y a favor de un desarrollo saludable del individuo con relación a diferentes esferas de la vida: Familia, trabajo, relaciones sociales, etc. que se apoyen no solamente en la

remisión de síntomas psicopatológicos, sino en un modelo más positivo, salutogénico, centrado en la prevención y bienestar, que estimulen en los trabajadores su energía (vigor), implicación (dedicación) y concentración en el trabajo (absorción) y superación de experiencias estresantes y traumáticas. El desafío será reconducir la respuesta humana ante las dificultades del cotidiano y del contexto laboral, ratificando los factores de protección que permiten el afrontamiento activo de las adversidades y proyectar que experiencias y aprendizajes son también consecuencias de eventos negativos, y que pueden ser reelaborados y cobraren un significado positivo.

1.15. Resiliencia y contextos clínicos

Es tan jodido enfrentarse al dolor. Sentimos la punzada del dolor y decimos "es culpa de ella, o de él, o culpa mía, o culpa de mi padre, o culpa de mi madre, o culpa de Dios..."Y tratamos de zafarnos... ¡y todo sucede en un segundo!, ¡sentimos dolor...juzgamos! ¡Fuera ese dolor! Luchamos contra el dolor como si fuera a destruirnos cuando en realidad, si lo aceptamos, lo que hará será curarnos (Shem, 1997, como citado en Poseck, 1994).

La Psicología no es sólo psicopatología y psicoterapia, es una rama de la ciencia que trabaja la complejidad humana. Se debe ampliar y reconducir el estudio de la respuesta humana ante el trauma con el objetivo, de desarrollar nuevas formas de intervención respaldadas en modelos más positivos, centrados en la salud y la prevención, que faciliten la recuperación y el crecimiento personal. Se trata de adoptar un paradigma desde un modelo de salud que ayude a conceptualizar, investigar, diseñar e intervenir efectiva y eficientemente en el trauma.

La psicología positiva es un enfoque prometedor que se está integrando a la psicología de la salud, reafirmando sus logros y ampliando aún más las perspectivas de intervención. La resiliencia es el eje central de la *Multicultural Mental Health Australia*, que puntualiza a la salud mental como la flexibilidad o resiliencia emocional y espiritual que capacita a los hombres a disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, los sufrimientos y las decepciones (*Health Education Authority Australia*, 1997).

Algunas características principales del enfoque de la psicología positiva, y determinados hallazgos en esta línea relacionados con la salud. Las entidades positivas. Se trata de conocer y estudiar los factores que promueven y configuran la salud psíquica. Serían la democracia, las libertades individuales y de información y las familias integradas. En el nivel individual, indaga en rasgo tales como la capacidad para el amor y la vocación, el valor, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, la originalidad, la espiritualidad, el talento y la sabiduría. En el nivel social explora las virtudes ciudadana y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos: la responsabilidad, el altruismo, la civilidad, la tolerancia y el trabajo ético. Además debe ir cambiando las expectativas culturales creando la consciencia social que el crecimiento no supone la ausencia de emociones negativas de hecho necesita de ellas (Martorelli & Mustaca, 2004).

Valga destacar que la resiliencia es útil tanto en contextos clínicos como no clínicos; se trata de una capacidad para sobreponerse a la adversidad, en la cual potencia la preparación de los individuos; de las familias y de las comunidades, vislumbrando acciones concertadas que enseñen a desarrollar mecanismos protectora es. Estos componen una mezcla de factores interactuantes y que solo adquieren sentido en función del todo contextual, además facilitan la emergencia y el desarrollo de la resiliencia. Por tanto, posiblemente, hay una parte que depende de aspectos

constitutivos del individuo que favorecen su desarrollo, pero también esta parte se ve influida por la respuesta que recibe del entorno. Esto involucra que un individuo se compromete a superar la situación de adversidad dentro de los cánones culturales en esta involucrado.

La resiliencia retrata una perspectiva dinámica e interactiva; no como un factor individual independiente del entorno, sino influenciado por las condiciones contextuales. Permitiendo establecer una relación de bienestar subjetivo y calidad de vida. Esta perspectiva, que se identifica con el constructivismo y el construccionismo social, en lugar de preguntarse por las causas del pasado individual que justifiquen el comportamiento actual o presente de las personas; se pregunta por cómo está organizado y significado el contexto interpersonal y los sistemas de creencias actuales de los participantes para que el comportamiento en cuestión sea adecuado.

La resiliencia puede ser considerada como un instrumento clínico que demanda un cuadro de profesionales con experiencia y una ideología humanitaria, donde sus principios se basan en la solidaridad, en la tolerancia y comprensión teórico-metodológica de los movimientos sociales: anti *apartheid*, no discriminación por razones de sexos, raza, homosexuales, ecología social, desigualdades socio-económicas, sin techos, religión o creencia política, y por la ciudadanía, entre otros. En relación a intervención clínica de los profesionales de la salud mental, en diferentes escenarios político, social y económico, es fundamental activar los procesos psicológicos de construcción y elaboración de realidades diferentes. Sin exclusión los de contingentes poblacionales y opciones ideológicas, sin alejarse de otros procesos conservadores, resistentes al cambio, que por su vez carecen también de intervención, pero con una comprensión y respeto por la adversidad e implicación que conllevan los nuevos paradigmas exigen en la actualidad otros órdenes mundiales.

La psicología positiva es un enfoque prometedor que se está integrando a la psicología de la salud, reafirmando sus logros y ampliando aún más las perspectivas de intervención. La resiliencia es el eje central de la *Multicultural Mental Health Australia*, que puntualiza a la salud mental como la flexibilidad o resiliencia emocional y espiritual que capacita a los hombres a disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, los sufrimientos y las decepciones (*Health Education Authority Australia*, 1997).

Algunas características principales del enfoque de la psicología positiva, y determinados hallazgos en esta línea relacionados con la salud. Las entidades positivas. Se trata de conocer y estudiar los factores que promueven y configuran la salud psíquica. Serían la democracia, las libertades individuales y de información y las familias integradas. En el nivel individual, indaga en rasgo tales como la capacidad para el amor y la vocación, el valor, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, la originalidad, la espiritualidad, el talento y la sabiduría. En el nivel social explora las virtudes ciudadana y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos: la responsabilidad, el altruismo, la civilidad, la tolerancia y el trabajo ético. Además debe ir cambiando las expectativas culturales creando la consciencia social que el crecimiento no supone la ausencia de emociones negativas de hecho necesita de ellas (Martorelli & Mustaca, 2004).

La salud del individuo es un complejo proceso respaldado en principio de la armonía entre factores biopsicosociales y cultural. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define: la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. Es en este contexto biopsicosocial (ver figura nº 3) donde debe entenderse la existencia del individuo junto con sus manifestaciones de salud o enfermedad. Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986, la ausencia de enfermedad se percibe en el equilibrio físico,

psíquico y social. Es decir, la salud constituye un complejo de bienestar biológico, psicológico y social, y no sólo una situación de ausencia de enfermedad. Esta visión de la OMS expande el concepto de salud, inaugurando una nueva concepción de la prevención, según la cual los problemas referentes a la salud mental, la insatisfacción en el trabajo y el estrés, adquieren identidad propia.

Esta misma visión es compartida por Antonovsky (1979) a través de la orientación salutogénica. La orientación salutogénica es un planteamiento sobre la salud que se distancia de la tradicional dicotomía salud / enfermedad, para proponer un continuo entre los polos bienestar / enfermedad. Para Antonovsky (1979), no existe nadie totalmente sano o totalmente enfermo: las personas se mueven continuamente entre la salud y la enfermedad. Esta perspectiva no busca los factores de riesgo que llevan a la enfermedad sino que está encaminada a determinar los indicadores del individuo y del contexto social que favorecen la salud (Moreno-Jiménez, González, & Garrosa, 1999).

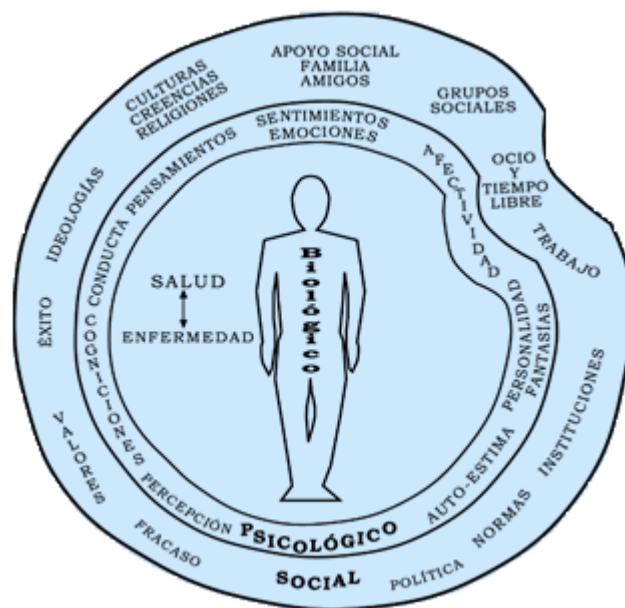


Figura 3. El ser humano - Interacción biopsicosocial. (Menezes de Lucena, 2000).

El ser humano, como parte de este proceso biopsicosocial, interactúa con su medio ambiente a través de los acontecimientos vitales que ocurren en su actividad diaria. En determinados momentos, tales eventos generan impactos en el ámbito interno y externo, solicitando demandas que circunstancialmente no pueden ser atendidas y que, probablemente, acarrearán una situación de estrés (ver Figura 4).

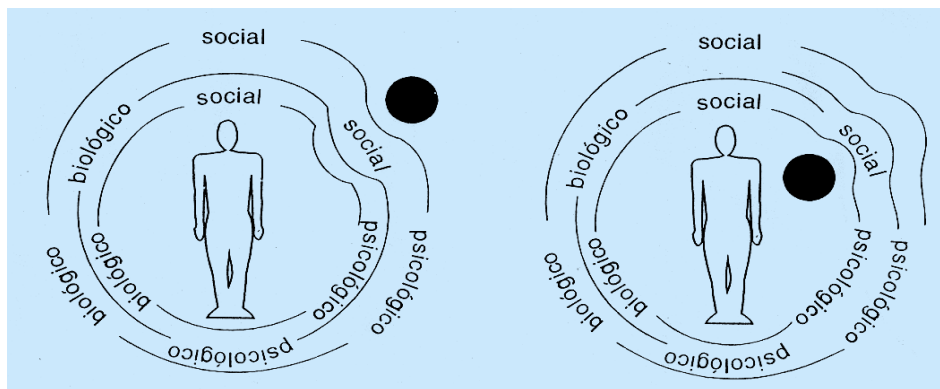


Figura 4. Los impactos internos y externos inherentes al ser humano (Menezes de Lucena, 2000).

En el campo de la salud, y en particular en el ámbito de la psicología la intervención y la investigación desarrolladas durante los dos últimos años, indican que han surgido nuevas variables que implican un desplazamiento desde un enfoque patogénico a uno salugénico (Casullo, 2000). En este sentido es importante focalizar la atención en los factores que promueven el individuo como un sujeto activo y fuerte, con una capacidad natural de resistir y reedificarse a pesar de vivenciar adversidades. El paradigma salutogénico, propone estudiar la conducta humana no sólo en términos de déficits o síntomas sino desde una perspectiva cuyo foco de la atención sea las

representaciones optimistas o la capacidad intelectual y emocional positiva de los individuos (Keyes & Haidt, 2002).

Una concepción compatible y que puede enmarcarse dentro de una rama de la psicología de reciente manifestación, es la psicología positiva, centrada en estudiar y comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano. La psicología positiva concibe al hombre desde una perspectiva biopsicosocial. Considera las dificultades de la existencia, los conflictos, pero también la búsqueda de felicidad y de las estrategias para aumentar el estado de bienestar de las personas, tanto sanas como con enfermas, y sus capacidades para enfrentarse con los infortunios cotidianos. Se trata de adoptar en lugar de un paradigma patogénico, un modelo salutogénico para la conceptualización, investigación, diseño y aplicación de intervenciones efectivas para el trauma (Stuhlmiller & Dunning, 2000).

La ciencia psicológica se ha sesgado en construir una concepción del individuo, como un sujeto eficiente y robusto, con capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de la experiencia de las desventuras. En este contexto emerge la psicología positiva como un movimiento de investigación, antagónico a la psicología tradicional y su énfasis en los aspectos psicopatológicos. Seligman y Csikszentmihalyi (2000) postulan que este gran énfasis de la psicología clásica en la enfermedad la ha hecho descuidar los aspectos positivos, tales como el humor, el bienestar subjetivo, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el amor, la felicidad, etcétera., ignorándose los beneficios que presentan y los efectos que estos tienen en la vida de los individuos y en las sociedades en que viven.

La resiliencia es un constructo vigoroso, que rescata los elementos positivos de cada individuo para modificar situaciones hostiles. En función del cual se desarrolla un nuevo enfoque con relación a la salud y a la posibilidad de trascender más allá de la

medicina (Suárez Ojeda, 2003). Uno de los mayores aportes de Boris Cyrulnik, investigador de gran envergadura, en Francia la resiliencia, que lleva varios años desarrollándola, señala la notabilidad que expresa la resiliencia y exhorta su importante papel en una relación privilegiada con la psicología positiva.

La resiliencia se incluye en ámbito socio-sanitario como un constructo operativo y relevante, en los programas de Promoción de la Salud y Desarrollo Integral del individuo que padece tensión, estrés, ansiedad, situaciones traumáticas o dilemas existenciales. La resiliencia es el proceso de desarrollo saludable y dinámico del individuo, en el cual la personalidad y la influencia del ambiente interactúan recíprocamente. Puede ser catalogada como un constructo contemporáneo, que aporta mecanismos de prevención y recursos internos para los individuos, las familias y comunidades, superar los infortunios y reconstruir las expectativas futuras.

El pensamiento contemporáneo psicológico, introduce el constructivismo como perspectiva filosófica, psicológica, pedagógica y como alternativa cultural. La resiliencia es una perspectiva, que se identifica con el constructivismo y el construccionismo social. Como cuerpo teórico de la psicología, se ha desarrollado la Psicoterapia Constructivista.

La ventana histórica del constructivismo es una corriente posmoderna, de la Teoría del Conocimiento que establece que el conocimiento de todas las cosas es un proceso mental del individuo, dicho proceso se desarrolla de manera interna conforme el individuo obtiene información e interactúa con su entorno. Tiene su génesis en la producción de significativos filósofos como Kant, Cassirer y Goodman, y en las de importantes psicólogos como: Wundt, Adler, Kelly, Piaget, Frankl, y Frank. La influencia de estos autores ha llevado paulatinamente a la psicología a asumir que su objeto de estudio es un sujeto epistemológico y, por consiguiente, el interés se centra en

el proceso mediante el cual el individuo construye, desarrolla y transforma significados acerca de su experiencia y de su realidad. En la actualidad, distintos autores contemporáneos como: Epstein, Erskine, Mahoney, Lidon, McCann, Perlman, Neimeyer, Freixas, Meichenbaum, De Shazer, White y Epston abogan que existen múltiples formas de interpretar la realidad. El constructivismo considera que el proceso de conocer, lejos de consistir en un intento de alcanzar una representación lo más fiel posible del mundo exterior “real”, supone una continua construcción activa del significado otorgado a la propia experiencia.

El constructivismo es principalmente una epistemología, que instituye que el conocimiento de la realidad es un proceso mental del individuo, dicho proceso se desarrolla de forma subjetiva de acuerdo con la información que el individuo obtiene e interactúa con su contexto. Uno de sus presupuestos fundamentales, hace referencia cuanto al conocimiento se crea a partir de los esquemas que la persona ya posee, es decir, con los que construyó en relación con el medio que lo rodea. Además es producto del lenguaje con que se comprende y se transmite las percepciones y que, sobre una misma realidad, pueden suministrarse diferentes interpretaciones y significados, todos ellos igualmente legítimos. El constructivismo es utilizado en el sentido de una meta teoría, o sea, un marco conceptual último, que restringe más no determina deductivamente las teorías substantivas que a este hacen referencia. El constructivismo posee un gran número de vertientes sistematizadas del pensamiento. Esta corriente, como todas las teorías e meta teorías, es un proceso históricamente inmerso en la cultura (Miró, 1994).

Para Edgar Morin (1998), el pensamiento complejo alberga en sí el principio de las solidaridades e implicaciones mutuas entre objetos separados y aislados arbitrariamente. Apela a que las partes y el todo, el todo y las partes se remitan

mutuamente. Se esfuerza por reconocer, allí donde estén en acción, las dialógicas de orden/desorden/organización. Concibe la implicación mutua entre sistemas y ecosistemas. Plantea sus objetos de conocimiento como el producto de una cooperación entre una realidad objetiva y las operaciones mentales de los observadores/conceptuados. En su movimiento, el autor denota que el pensamiento complejo tiende a: Superar el divorcio entre cultura científica y cultura de las humanidades, y establecer su necesario dialogo; situar el mundo humano, no como una esfera separada del mundo viviente, sino como algo que emerge de este que, asimismo emerge del mundo viviente; concebir la relación antro-po-bio-cosmologica a partir de los logros e incertidumbres del saber contemporáneo; cuestionar la razón humana, sus posibilidades y límites ; explorar el continente menos conocido de todos: el del espíritu humano que elabora el conocimiento.

El pensamiento complejo, difícilmente puede inserirse en el marco del sistema de pensamiento dominante, y no podría ser instaurado únicamente de forma institucional. La reforma de los principios/reglas que rigen los razonamientos y teorías es una tarea múltiple, que precisa la convergencia de esfuerzos que asume el desafío de promover un conocimiento que aporte la aptitud para el auto-conocimiento, que se abre a la solidaridad planetaria y cósmica, que no desintegra el rostro de los seres y los existentes. Semejante conocimiento no ordena sino organiza, no manipula sino comunica, no dirige sino anima tener un sentido de autoría sobre su vida y un futuro positivo.

En este sentido, el pensamiento complejo intenta articular dominios disciplinarios quebrados por el pensamiento disgregador y aspira al conocimiento multidimensional pero no aspira al conocimiento complejo. Uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad de una omnisciencia. Por eso, el pensamiento complejo

está animado por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento. El pensamiento complejo es ante todo un pensamiento que relaciona. Es el significado más cercano del término complejo (lo que está tejido en conjunto). Esto quiere decir que en oposición al modo de pensar tradicional, que divide el campo de los conocimientos en disciplinas atrincheradas y clasificadas, el pensamiento complejo es un modo de religación. Está pues contra el aislamiento de los objetos de conocimiento; reponiéndoles en su contexto, y de ser posible en la globalidad a la que pertenecen. De tal forma que es un proceso investigativo esencialmente interdisciplinario (Morin, 1996).

De acuerdo con Bruner (1986), hay dos formas de conocer la realidad: Paradigmática: su objetivo es la verdad consensuada por la comunidad científica, que trabaja con sus métodos tradicionales y Narrativa: sólo pretende la credibilidad; es el mundo de las historias y de las intenciones que transforman el tiempo. El constructivismo posmoderno considera que el cerebro no es un mero recipiente donde se depositan las informaciones, sino una entidad que construye la experiencia y elabora el conocimiento, los ordena y proporciona forma. La orientación fundamental de los constructivistas parte de Kant (y de su distinción entre el fenómeno y el noúmeno, o cosa en sí). Kant (siglo XVIII) había afirmado que la realidad no se encuentra fuera del individuo, sino que en cierto modo ha sido construida por el aparato cognoscitivo. Este es un planteamiento netamente kantiano, que analiza las principales facultades cognoscitivas.

La realidad es una construcción. Al dialogar, la realidad va se construyendo concomitante de acuerdo con la interacción con los interlocutores. Así es como, sobre la autobiografía, que es desarrollada y modificada con base en la realidad objetiva/ subjetiva y en la identidad, que se resinifica frecuentemente en virtud del contexto, de

las circunstancias, de interacción y de las características y expectativas, por supuesto, de uno mismo y del interlocutor. El conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad preexistente, sino de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y re-interpretada por la mente que va construyendo progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos y potentes (Bruner, 1986).

Al enfocar el constructivismo, se está haciendo mención a un conjunto de elaboraciones teóricas, concepciones, interpretaciones y prácticas que junto con poseer un cierto acuerdo entre sí, poseen también una gama de perspectivas, interpretaciones y prácticas bastante diversas y que hacen difícil el considerarlas como una sola. Modelo que mantiene que una persona, tanto en sus aspectos cognitivos, sociales y afectivos del comportamiento, no es un producto del ambiente ni un resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo en las relaciones cotidianas como resultado de la interacción de estos dos factores.

El construccionismo social., es una corriente de pensamiento en que comprende el mundo como productos sociales originario de las relaciones interpersonales, elaborados por los individuos, basado en el intercambio del conocimiento construido a lo largo de la historia de la humanidad. La prevalencia de dichos productos depende de los cambios sociales que se puedan producir, las convenciones científicas terminan siendo productos retóricos que justifican una visión determinada de los fenómenos intrínsecamente asociados a una orden social concreta (Ibáñez, 1992; Gergen, 1994; Lyddon, 1995). El pensamiento contemporáneo psicológico, introduce el constructivismo como perspectiva filosófica, psicológica, pedagógica y como alternativa cultural. La resiliencia es una perspectiva, que se identifica con el constructivismo y el construccionismo social.

El constructivismo social, es una corriente de pensamiento en que comprende el mundo como productos sociales originario de las relaciones interpersonales, elaborados por los individuos, basado en el intercambio del conocimiento construido a lo largo de la historia de la humanidad. La prevalencia de dichos productos depende de los cambios sociales que se puedan producir, las convenciones científicas terminan siendo productos retóricos que justifican una visión determinada de los fenómenos intrínsecamente asociados a una orden social concreta (Ibáñez, 1992; Gergen, 1994; Lyddon, 1995).

El constructivismo es un paradigma de conocimiento, lo cual discutí que no existe una sola verdad y realidad, sino múltiples verdades y realidades, que cuestiona la penetrabilidad a un saber indudable e inequívoco. Lo que garantiza un desarrollo sostenible y alejado de los paradigmas positivistas de la ciencia. No obstante, asumirlo como modelo de intervención, exige procedimientos colaboracionistas del terapeuta y cliente, para construir una historia diferente de los dilemas humanos objetos de intervención de la psicología clínica.

Para Neimeyer y Mahoney (1999), existen cuatro metáforas básicas del proceso psicoterapéutico en el constructivismo: a) la de la terapia como una ciencia personal, basada en la Teoría de los Constructos Personales de G. A. Kelly; b) la de la terapia como un desarrollo del sí-mismo; c) la de la terapia como una reconstrucción narrativa; y d) la de la terapia como una elaboración conversacional.

En el campo clínico, el constructivismo concibe la ayuda en términos de sentido; es decir, aborda el tratamiento hacia las posibilidades del desarrollo humano. Los cambios vendrán determinados por la estructura del cliente y la interacción con el terapeuta. Las actuaciones pertinentes al último, se encaminen a crear un contexto favorable para que el paciente reflexione acerca de que existen múltiples formas de interpretar la realidad y cómo se construye su realidad y acerca de las consecuencias

favorables y desfavorables derivadas de su forma de hacerlo. Además, promover, potenciar a través de la conversación terapéutica una negociación de nuevas modalidades de construcción que progresivamente desplacen a las problemáticas.

Los avances de la psicoterapia constructivista, más recientes se articulan en torno al empleo central del lenguaje y, más concretamente, de las narrativas personales, familiares y sociales en la organización del conocimiento. La importancia desempeñada por la narrativa. Ha sido contrastada al hombre con un narrador que representa al mundo, a las otras personas y a sí mismo a través de relatos personales significativos (Howard, 1991). La expectativa, es que el diálogo puede hacer surgir una historia re-significada, desde que el rol del terapeuta sea activo: no es un oyente activo, sino un facilitador que participa en la conversación con la intención de promover la creación de una realidad nueva, repleta de posibilidades, donde el cliente pueda desarrollarse con plenitud y encontrarse con todo y de reconocer su potencial para hacer los cambios necesarios en su realidad objetiva y subjetiva.

El escenario terapéutico se caracteriza principalmente por una relación intersubjetiva, es decir, una relación terapéutica en la que paciente y terapeuta están influyéndose mutuamente, la relación siempre es un inter juego de subjetividades. El fomento de la reflexividad considerase fundamental el vínculo terapéutico positivo. Considerando que la calidad de la relación terapéutica es uno de los factores predictores más importantes para la obtención de resultados terapéuticos positivos, el éxito del tratamiento proviene, de la forma substancial, de la calidad del vínculo entre psicoterapeuta y cliente. Luborsky (1976) define la Alianza Terapéutica como una entidad dinámica. Tratase de un predictor significativo del éxito terapéutico a través de orientaciones teóricas (Bachelor, 1991). Por un lado, Y por otro lado, se ha demostrado que las percepciones de los clientes sobre la alianza terapéutica en las primeras fases del

tratamiento (evaluadas mediante auto informes), predican el resultado probable en un período de semanas o meses (Horvath & Symonds, 1991).

Es importante asumir la interacción terapéutica y los sentimientos del terapeuta ante las reacciones del paciente a sus intervenciones. En estos casos el terapeuta también se involucra, reconociendo su participación en la relación. Por ello es ineludible que el terapeuta esté muy consciente y cauto con sus emociones y explore bien sus reacciones para ir perfilando el conocimiento sobre la interacción, vislumbrando profundizar su discernimiento sobre el núcleo relacional con el cliente.

Las perspectivas constructivistas ascendentes se caracterizan por conceptualizar la activación de las emociones, o la ausencia de simbolización de ellas, como elemento central de la emergencia de un proceso funcional o disfuncional. Así mismo, el factor causal de cambio, se le atribuye a la reorganización e innovación de la experiencia emocional. Es la emoción el elemento preponderante en la generación de permutas en los procesos psicológicos del individuo incluyendo a los aspectos narrativos de la experiencia (Greenberg & Safran, 1987; Greenberg, Rice, & Elliot, 1993).

A lo largo de los años 90, algunos pioneros comenzaban a aplicar una metodología más científica a temas vinculados a aspectos positivos y publicaron los resultados de nuevos estudios en libros como: Daniel Goleman (1996), *La Inteligencia Emocional*; Mihalyi Csikszentmihalyi (1998), *Experiencia Óptima* o Martin Seligman (2004), *Aprenda Optimismo*. Así que Seligman, recién elegido Presidente de *American Psychological Association*, en 1996, decidió instituir una área contemporánea del conocimiento: Psicología Positiva que investigaría las emociones positivas a través de una metodología sistemática y rigurosa; la cual está comprobando que las emociones positivas, sensaciones placenteras, para ocurran, requieren estrategias de afrontamiento

activo del individuo ante las adversidades cotidianas principalmente en las sociedades coetáneas.

Las sociedades contemporáneas en constante transformaciones, requiera como impredecible el desarrollo de sistema inteligente emociones para sobrevivir. Así, experimentase emociones negativas y positivas en grados variables y de intensidad diversa. Pódese vivenciar cambios de intensidad emocional violentos o graduales, bien hacia lo positivo o bien hacia lo negativo. El componente subjetivo de las emociones es el conjunto de procesos cognitivos relacionados con la respuesta emocional a determinados estados del entorno y cambios fisiológicos. El crecimiento postraumático no supone la ausencia de emociones negativas, sino la reinterpretaciones y la conversión en emociones positivas.

Es decir, toda emoción representa una dimensión o medida a lo largo de un continuo, que puede tomar valores positivos o negativos. Reconocer las propias emociones es algo esencial, ya posiblemente permite un mayor conocimiento de uno mismo y también consiente en saber canalizar y expresar esas emociones hacia los demás de manera adecuada. El manejo de las emociones, la creación deliberada de emociones positivas conlleva a un auto conocimiento y viene de la energía profunda de cambiar. Es necesario entrenarse en esto constantemente para lograr las emociones positivas que ayudan a salvaguarda la salud física y psíquica, además, sus propiedades influncian en el bienestar físico, mental y social los individuos.

Las emociones son reacciones que surgen ante determinadas situaciones y que se viví como una fuerte conmoción del estado de ánimo o de los afectos (Cano-Vindel, 1989). Frecuentemente, uno siempre tiene la impresión de que le faltan palabras y expresiones para describir con precisión sus emociones Es reconocido en la literatura la existencia de emociones positivas y negativas que tendrán diferentes consecuencias para

el organismo y se manifestarán de diferentes maneras. Las emociones positivas fundamentales serían aquellas que producen una experiencia emocional agradable, como: amor, simpatía, felicidad, amabilidad, gentileza alegría, confianza, diversión, aceptación, amistad, compasión. Igualmente los sentimientos asociados con la creatividad y crecimiento personal: paz interior, desvelamiento, fe, perdón, revelación, intuición, trascendencia. Mientras que las emociones negativas, serían aquellas que producen una experiencia emocional desagradable, como: ansiedad, ira, enfado, odio, venganza, furia, culpabilidad, desconfianza, envidia, dolor, gula, egoísmo. Desde el cognitivo, la evaluación y afrontamiento en relación con las emociones, las emociones positivas serán producidas por la evaluación de una situación como beneficiosa; y las emociones negativas, por la valoración de una situación como dañina (Fernández-Abascal, 1997b).

La experiencia de vida está circunscrita por emociones y suelen tener connotaciones placenteras o displacenteras agradables o desagradables. Todas las emociones tienen una función adaptativa, de supervivencia, en tesis, son bienhechoras, mirándolas desde la perspectiva adaptativa, aunque si se salen de los límites estándares y se vuelven crónicas, ya no son tan efectivas. Un uso inteligente del atributo emocional, delimita el mejor empleo que se puede hacer de las emociones positivas que además de cumplir funciones adaptativas, hacen más hedonista la existencia. Al mismo tiempo, parecen ejercer como factores de resistencia a la enfermedad y que guardan una estrecha relación con una mayor longevidad. Las emociones positivas, se trata de un campo de investigación de reciente aparición en el marco de Psicología de Positiva (Psicología de Emoción), que rápidamente ha traspasado los intereses académicos e investigadores, para llegar al gran público mediante artículos de divulgación y libros de autoayuda. Así como las emociones negativas hacen más vulnerables a las personas a

contraer enfermedades, pero no las causan, las emociones positivas ayudan a sobrellevar la enfermedad y favorecen el proceso de recuperación, pero por sí solas no logran mejorar a la persona (Fredrickson, 2001).

Las emociones positivas representan prácticas afectivas asociadas al hedónico, deleitable, placentero, gustoso, positivo o agradable, mediados por diferentes intensidades y permanencia temporal. Aunque demuestren la característica común de hacer más grata la vida, facilitar el contacto, las relaciones interpersonales, de disfrutar del tiempo y de compensar los efectos de las adversidades de la vida y emociones negativas. Así, las emociones positivas contienen, tanto emociones básicas como la alegría o la hilaración, como actitudes emocionales cognitivas como la felicidad o el amor, o características más estables en el tiempo y rasgos de personalidad como la esperanza, el optimismo disposicional.

Las emociones se constituyen mediante los mismos componentes subjetivos, fisiológicos y conductuales que expresan la percepción del individuo respecto a su estado mental, su cuerpo y la forma en que interactúa con el entorno (Davidoff, 1994). Los individuos positivos tienen expectativas exitosas sobre las emociones negativas. Además vivencian otras posibilidades que se derivan del optimismo hacia ellos y al mundo. En discrepancia, las personas inseguras esperan resultados negativos al vivenciar emociones negativas. Esta creencia, pesimista se emana de la ausencia de confianza que tienen de sus acciones. Las personas ansioso-ambivalentes, mostrarían mayor propensión a la ira que las personas seguras. Las personas evitativas, experimentan eventos habituales e intensos de enojo, y su género represivo y su tendencia a mostrarse de una forma positiva podría conllevar a estas personas a negar cualquier propensión a la ira (Mikulincer, 1998a).

Pekrun (1992) estudió los efectos producidos por las emociones positivas en la motivación intrínseca y la motivación extrínseca de tareas. Motivación intrínseca: la motivación intrínseca se puede conceptualizar como aquella que proviene de uno mismo, que está bajo su control y tiene capacidad para auto reforzarse. Se asume que cuando se disfruta produciendo una tarea se induce una motivación intrínseca positiva. Motivación extrínseca: la motivación extrínseca se define, en contraposición de la intrínseca, como aquella que procede de fuera y que conduce a la ejecución de la tarea. La satisfacción vital, incluye las dimensiones afectivas y cognitivas del sujeto. Las personas más felices son menos: autorreferentes, hostiles, abusadores y vulnerables a las enfermedades. También están más dispuestas a perdonar, a ser más generosas, tolerantes, confiables, energéticas, decididas, creativas, sociales y cooperadoras (Myers, 1993). Por lo tanto, es fundamental para fluir el bienestar subjetivo, desarrollar la habilidad para generar emociones positivas, desplegar una mayor competencia emocional, desenvolver la habilidad de auto motivarse, adoptar una actitud positiva ante la vida.

Goleman (1996) señaló como primer paso para vivenciar las emociones en positivo: conocer las propias emociones, para mantener una relación intrapersonal e interpersonal positiva. Además, denota otros aspectos primordiales: aprender a manejar las propias emociones y de los demás; lograr motivarse a sí mismo; reconocer las emociones de los otros, porque ésta es una condición básica para desarrollar las emociones positivas que permite una perspectiva empática, posiblemente sentir lo que siente el otro; abrir hacia perspectivas pro sociales y educación emocional, con ellos, evitar descontroles emocionales, y detener los efectos nocivos de emociones negativas y actitudes de intolerancia. En la actualidad es frecuente hablar de inteligencia emocional (Goleman, 1996), término que implica conocer las propias emociones y regularlas tanto personalmente como socialmente (autorregulación emocional). La inteligencia

emocional está relacionada con la motivación, ya que un individuo es inteligente emocionalmente en la medida que puede mejorar su propia motivación y disfrutar de sus relaciones interpersonales de forma positiva.

Según Poseck (2004) y Fredrickson y Tugade (2003), han llevado a cabo investigaciones posteriores a los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, donde hallaron que la relación entre resiliencia y ajuste tras los atentados estaba mediada por la experimentación de emociones positivas. Así, se afirma que las emociones positivas protegerían a las personas contra la depresión e impulsarían su ajuste funcional. De hecho, se ha sugerido que la experimentación recurrente de emociones positivas puede ayudar a las personas a desarrollar la resiliencia.

Por otro lado, parece ser que la experiencia y expresión de emociones positivas demandan a su vez emociones positivas en los demás, de forma que las redes de apoyo social se ven fortalecidas. Argumentan que la comprobación de emociones positivas no es más que el reflejo de un estilo resiliente de afrontar las situaciones adversas, también existe evidencia de que las personas resilientes utilizan las emociones positivas como estrategia de afrontamiento, por lo que se puede hablar de una causalidad recíproca. Así, que las personas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista. Las investigaciones psicológicas internacionales desarrolladas durante las dos últimas décadas, permite verificar que han surgido nuevas variables que implican un giro desde un enfoque patogénico a uno salugénico (Keyes & Haidt, 2002).

Puede replicarse que la comprobación de emociones positivas no es más que el reflejo de un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas, también existe demostración de que los individuos resilientes manejan las emociones positivas como estrategia de afrontamiento. Aún más, se ha hallado que las personas resilientes hacen

frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la creatividad y el pensamiento optimista (Fredrickson & Tugade, 2003).

1.16. Autoestima

La autoestima (A.E.) es definida como una sensación de competencia, auto aprobación o aceptación de sí mismo, y como una actitud o percepción positiva que el individuo desarrolla de sí mismo. En términos más llanos, se puede decir que la autoestima alude a un sentimiento de amor propio positivo. Como variable de personalidad indica la apreciación y el valor que el sujeto se concede a sí mismo, o el componente afectivo de las actitudes hacia uno mismo (Emmons & Dinner, 1985). La autoestima está constituida por dos factores físicos y tres psicosociales. La apariencia y la capacidad serían los dos factores físicos, mientras que la dignidad (o amor propio), la confianza social y la habilidad escolar, constituyen los factores psicosociales (Fleming & Courtney, 1984).

La autoestima es la función de evaluarse a uno mismo, por lo que implica por un lado un juicio de valor y por otro un afecto que le acompaña. La autoestima positiva está relacionada con afectos positivos como son el gozo, la confianza, el placer, el entusiasmo y el interés. La baja autoestima, por el contrario, va ligada a problemas psicosomáticos, invisibilidad social, miedo al éxito, fracaso escolar, etcétera (Moreno-Jiménez, Alonso, & Alvarez, 1997). Algunos estudios han indicado que la autoestima baja se encuentra asociada a un nivel de sintomatología mayor (Emmons & Diener, 1985; Robbins, Spence, & Clark, 1991).

La autoestima negativa conlleva afectos negativos como el dolor, la angustia, la duda, la tristeza, el sentirse vacío, la inercia, la culpa y la vergüenza. Una elevada

autoestima se encuentra asociada a la sociabilidad, la alta motivación del logro, el ajuste personal y los bajos problemas de ansiedad. La A.E. ha sido tradicionalmente relacionada con el afrontamiento de situaciones problemáticas y de estrés (Cox, 1978). La autoestima: está representada por el valor personal, la competencia que un individuo asocia a la imagen que tiene de sí mismo. La autoestima puede basarse en la elección por parte del sujeto de metas exteriores, y en la constatación del éxito o el fracaso en su intento por alcanzarlas. También puede desprenderse de la comparación entre varias imágenes de sí mismo que coexisten en el mismo sujeto; el yo real por un lado y por otro lado, el yo ideal, el yo que debería ser, la imagen que el sujeto supone que de él tienen algunas personas que lo conocen (Rouquette, 1992).

1.17. Humor y Optimismo

El humor y el optimismo representan la situación de reanimación por excelencia. El efecto conjunto de alto optimismo y humor reduce el impacto de los problemas diarios, de los entornos estresantes y de los problemas de salud. Existe desde antiguo un consenso popular acerca de las cualidades terapéuticas del humor, que además ahora parece refrendado por las ciencias modernas. Dixon (1980) argumenta que el humor es la única estrategia que tiene el ser humano para afrontar los procesos de estrés. Diferentes psicoterapeutas señalan el humor como un mecanismo de afrontamiento adaptativo (Cohen, 1977; Levine, 1977). Las personas que son capaces de reírse de sus tragedias y suele implicar el reconocimiento y la ternura ante lo imperfecto, el fracaso, la capacidad de admiración ante lo inesperado, y cuando la respuesta es una sonrisa, tal

vez no acabe con el sufrimiento. Quien logra reírse de sí mismo ganará en libertad interior y fuerza. Con el humor se dinamiza el potencial humano en situaciones límites.

Según Peterson (2000), el optimismo, mezcla componentes: cognoscitivos, emocionales y motivadores. Para este investigador los individuos más optimistas suelen ser más persistentes, triunfantes y denotan mejor salud. El optimismo, es un rasgo disposicional, que parece mediar entre los eventos externos y la interpretación personal, que se diferencia en su intensidad. En realidad, los individuos subjetivamente necesitan sentirse optimistas para hacer frente a las adversidades del cotidiano.

Avia y Vasquez (1999) manifiestan que el optimismo es un elemento constitutivo de la vida y por lo tanto es viable aprenderlo, ejercitarlo y cultivarlo. Lo concibe como la perspectiva de un devenir futuro positivo. Además, lo considera como una dimensión de la personalidad relativamente estable. Los optimistas son personas que sin negar la problemática de la vida, tienen esperanza y desarrollan estrategias activas de afrontamiento de la realidad. Recalcan el optimismo inteligente, como una perspectiva realista de asimilar los eventos, considerando que la vida esta mediatizada por diversos significados y cada uno lo construyen a lo largo de su desarrollo y colectivamente con el desenvolvimiento de su historia.

Martin y Lefcourt (1983) consideran que el humor puede ejercer un efecto moderador del estrés, en la medida en que proporciona un medio de comunicación de ideas estresantes que, de otra forma, serían sufridas por las partes implicadas en tales comunicaciones. Korotkov y Lavery (1989) observaron que el humor se relaciona significativamente con la elección de las estrategias o estilos de afrontamiento y con los niveles de estrés y ansiedad.

Reker y Wong (1985, 1988) mantienen que los optimistas examinan, evalúan y valoran las situaciones estresantes más positivamente que los pesimistas, y aplican una

notable variedad de estrategias de afrontamiento, que incluye la independencia, la aceptación y la auto superación. Por el contrario, las personas carentes de optimismo experimentan con mayor negatividad el estrés y usan el patrón de evitación o retirada para afrontar los eventos estresantes anticipados. Smith (1991) señala que el optimismo sirve tanto para moderar como para predecir las respuestas de afrontamiento en ambientes estresantes.

El optimismo amortigua, pues, el impacto de los eventos negativos de la vida, y además influye en el desarrollo de la autoestima de las mujeres (Verbrugge, 1996) y de su salud física y mental (Barnett & Baruch, 1985). El optimismo es un rasgo disposicional que parece mediar entre los eventos externos y su interpretación personal, rasgo que varía en su magnitud. Peterson (2000) considera que el optimismo involucra componentes cognoscitivos, emocionales y motivadores. Las personas más optimistas suelen ser más perseverantes, exitosas y con mejor salud física. El optimismo y la esperanza también resultan beneficiosos. Los individuos que posee muchas esperanzas es más capaz de resistir en acontecimientos penosas, incluidas las adversidades de la vida y dificultades médicas (Goleman, 1996).

Las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y energético, son personas instigadoras y abiertas a vivenciar nuevas experiencias determinadas por altos niveles de emocionalidad positiva. Considerándose que la comprobación de emociones positivas se trata de una conducta resiliente de afrontar los infortunios. Así, personas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista (Fredrickson & Tugade 2003).

1.18. Esperanza

Snyder (1989) define la esperanza como el proceso psicológico que crea un vínculo entre la persona y determinado(s) evento(s) o acontecimiento(s) positivo(s), sobre la base de dos principios: a) un sentido de determinación y energía para encontrar desafíos y metas, y b) la percepción para generar caminos que permiten alcanzar o lograr tales metas. La esperanza real no es una vía de escape, sino que descubre un potencial positivo existente.

La esperanza y el optimismo, también resultan beneficiosos. La gente que tiene muchas esperanzas es más capaz de resistir en circunstancias penosas, incluidas las dificultades médicas. En cuanto al optimismo hay diversas explicaciones. Una teoría propone que el pesimismo conduce a la depresión, que a su vez interfiere en el sistema inmunológico, con la consiguiente vulnerabilidad a las enfermedades; el optimismo haría lo contrario. Otra explicación indica que puede tratarse de que los pesimistas descuidan su propia persona; algunos estudios han descubierto que los pesimistas fuman y beben más, y hacen menos ejercicios que los optimistas, son en general más descuidados con su salud. Podría resultar que la fisiología del optimismo es de cierta utilidad biológica para la lucha del organismo contra la enfermedad (Goleman, 1996).

Diferentes investigaciones han encontrado que la esperanza es un predictor del ajuste psicológico entre personas que se encuentran en condiciones o ambientes estresantes (Elliot, Witty, Herrick, & Hoffman, 1991; Snyder, Irving, & Anderson, 1991). Es decir, la esperanza opera en situaciones estresantes que se perciben como amenazantes del yo. Por tanto, en los ambientes estresantes, la esperanza implicaría la capacidad del individuo para determinar y percibir las vías que permiten alcanzar las metas propuestas, y que se encuentran ausentes – al menos inicialmente – en dichas situaciones. La esperanza, o lo que es lo mismo, un sentido de meta y de dirección, y

una capacidad para generar metas personales y profesionales, permite a los reducir el estrés, al quitar importancia a los aspectos desfavorables del mismo e incrementar sus aspectos positivos (Sherwin, Elliott, Rybarczyk, Frank, Hanson, & Hoffman, 1992; Snyder, Irving, Sigmon, & Holleran, 1993). Goleman (1996) señala que el optimismo y la esperanza imposibilitan caer en la apatía, la desesperación o la depresión frente a las adversidades.

1.19. Bienestar subjetivo y felicidad

Bienestar subjetivo, calidad de vida, satisfacción vital, bienestar social, afecto positivo, hacen parte de una constelación que se relaciona con la felicidad. Frecuentemente se denomina felicidad, cuando se disfruta más emociones positivas y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas. La importancia de la subjetividad en la propia evaluación de la vida y el reconocimiento de que el bienestar incluye elementos más allá de la juventud y la prosperidad económica hay que reconocer que no son los más importantes, existen otros factores psicológicos, sociales, a y del entorno, condiciones objetivas, inciden en bienestar subjetivo. El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva. El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales, vislumbra a los estados de ánimo del sujeto, y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos, referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida (Cuadra & Florenzano, 2003).

En forma muy general, la felicidad puede plantearse como rasgo o como estado. Ello implicaría dos perspectivas o modos de abordar el tema. Uno, sería considerar la

felicidad como un estado general que se consigue a través de estados parciales o situacionales de felicidad y el otro, sería considerarla como un sentimiento general que hace leer positivamente las diferentes situaciones o avatares de la vida (Hernández & Valera, 2001). La felicidad es un concepto que engloba el BS y la satisfacción vital, por lo tanto, incluye las dimensiones afectivas y cognitivas del sujeto. Las personas más felices son menos autorreferentes, hostiles, abusadores y vulnerables a las enfermedades. También están más dispuestas a perdonar, a ser más generosas, tolerantes, confiables, energéticas, decididas, creativas, sociales y cooperadoras (Myers, 1993)

El Bienestar subjetivo (BES) es un área general de interés científico y no una estructura específica que incluye las respuestas emocionales de las personas, satisfacciones de dominio y los juicios globales de satisfacción de vida (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; DeNeve & Cooper, 1998). El bienestar subjetivo es solamente un aspecto del bienestar psicológico. Sin embargo, el marco subjetivo de la referencia implícito en el concepto de BES tiene la fuerza de ser basado en propia perspectiva interna del individuo, y da así prioridad y respecto a propia concepción referente a sus vidas. El BES reseña a lo que las personas piensan y sienten acerca de su proceso vital y a los desenlaces cognoscitivos y afectivos que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia y los episodios vivenciados.

Cuadra y Florenzano (2003) argumentan que el bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva. El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida). Ambas facetas se relacionarían con la dimensión subjetiva.

La felicidad es el grado con el cual una persona evalúa la calidad total de su vida presente, considerada en su conjunto, de manera positiva. En otras palabras, en qué manera aprecia una persona la vida que lleva. La felicidad como un estado general que se consigue a través de estados parciales o situacionales de felicidad y el otro, sería considerarla como un sentimiento general que hace leer positivamente las diferentes situaciones o avatares de la vida (Hernández & Valera, 2001). La felicidad está asociada a las emociones positivas y puede alcanzarse con el entrenamiento adecuado por sus experiencias vitales, a activar el lado del cerebro responsable de las buenas emociones, por lo que puede decirse que la tendencia natural de las personas es a estar más alegre que triste.

La felicidad es sobre todo una conquista y una responsabilidad individual, aunque mediatizado a través de las relaciones interpersonales y del contexto ecológico que interactúan e influyen en la toma de decisiones y en el control de uno mismo sobre su vida. Es fundamental la autoprotección conocerse, valorarse, explorar las fortalezas y debilidades, fomentar el espíritu de alegría y la empatía, identificar los límites para suministrar sin descuidarse y tener restrinjas para recibir. Además convivir con ilusiones y ideales, resolver los conflictos, vivir el presente con armonía, paz y aceptación, y proyectar el futuro triunfante; desarrollar un estilo de vida saludable que propicie la buena salud, congruentes con la identidad de uno y con el principio de la realidad.

La capacidad de estar de buen humor imprime sentido de perspectiva a adversidad. La risa puede ofrecer una liberación de las tensiones acumuladas y por tanto se espera que todo aquello que logre que el individuo se mantenga emocionalmente estable y lejos de experiencias desagradables logre contribuir a que el sistema inmunológico, funcione óptimamente (López, 1999). La finalidad de la meditación es

profundizar en la conciencia del momento presente, desarrollar las habilidades de la atención enfocada y cultivar emociones positivas como la felicidad y la compasión.

1.20. Perdón

El perdón, emoción positiva y de gran espiritualidad, es denotada por Yaumbre y Sells (2003) en un marco de un proceso de transgresión, donde el vínculo del sujeto con el transgresor, la transgresión, y sus secuelas se transforman de negativo a neutro o positivo. La fuente de la transgresión y por lo tanto, el objeto de perdón puede ser el propio individuo u otros o una situación percibida fuera del control personal. El vínculo negativo, está constituido por cogniciones, afectos, memorias o conductas que se generan cuando se recuerda el evento sucedido. Quien perdona, se libera de emociones aversivas, como el vínculo negativo, considerando que transforma un valor negativo en un valor “neutro” o en valor positivo. Cuando se perdona, el apego negativo desaparece y el individuo, puede disfrutar de emociones positivas.

El perdón enriquece la existencia porque le provee mayor capacidad de amar; al perdonar con prontitud y sinceramente, se le ofrece la posibilidad de comprender los transgresiones de los demás, actuando con humanidad en ayudar a que los corrijan y hagan reparaciones elaborarlos para volver a empezar nuevos vínculos interpersonales. Ambas cosas, el perdón y la reparación es asumir los viejos dolores y elaborarlos para no volver a empezar. Romper el ciclo de la confrontación. El perdón se caracteriza como un proceso intrapersonal. Sin embargo, la reconciliación interpersonal. La capacidad de renunciar a sentimiento de enojo y resentimiento, la reconciliación es un componente fundamental de perdón (Hargrave & Sells, 1997).

Enright, Freedman y Rique (1998) circunscriben la benevolencia como requisito para poder perdonar. Argumentan que la capacidad para perdonar demanda la voluntad de divorciarse al derecho de resentimiento, los juicios negativos, las emociones negativas hacia el agresor que ha lastimado o dañado. Facultando el disfrute de emociones positivas como: compasión, generosidad y aún amor hacia el infractor. El perdonar puede ser una conducta de compasión, para saber perdonar se necesita: Evitar interpretar las actitudes. No hacer juicios sin antes conocer el motivo de la intimidación. Si la equivocación surgió de una distorsión cognitiva, no hay porque seguir lacerándose: no hay que perdonar. Lamentase bastante cuando descubriese que no había motivo de mortificación, entonces deberse pedir perdón.

Hargrave y Sells (1997) aquilatan el perdonar como la capacidad de agregar esfuerzos vislumbrando restaurar sentimientos positivos como: amor y confianza para que agredidos (víctimas) y agresores (victimarios) puedan finalizar el vínculo destruido. Romper el ciclo de la confrontación y construir un proceso que supone: fomentar la oportunidad de compensación y lograr un cambio en los sentimientos del agredido sea de amistad y no de amenaza y analizar de forma conjunta (lastimado y lastimador), la dimensión del daño causado. El perdón quizá sea la esencia metafísica de la resiliencia y sin duda una necesidad psicológica. Es la interrupción de las emociones que generan disforia. Perdonar estar asociado con el bien estar subjetivo y en positivo con la salud psíquica (Mauger, Perry, Freeman, & Grove, 1992).

Neimeyer y Mahoney (1999) definen lo que podría ser la psicoterapia desde el punto de vista constructivista: un intercambio y negociación de significados interpersonales con el objeto de que el cliente pueda articular, elaborar y revisar las construcciones con las que organiza su experiencia y acción. Abordaje psicológica congruente con el paradigma moderno, la resiliencia, este apoyase en las variables

básicas que la acciona. Como ha sido destacado, el constructivismo supone que es el conocimiento el que construye la experiencia; mientras que el conocimiento es una representación directa del mundo. Por lo tanto esto compromiso sólo será posible caso se desarrolla la sensibilidad hacia el paciente, consciente en todo momento de la intersubjetividad y de la propia subjetividad y de los propios estilos de apego. De esta manera se establece una alianza terapéutica, que posibilita cambios en la aprehensión y construcción de realidad subjetiva y objetiva. Para los psicoterapeutas que intentan promover la resiliencia, es importante escrutar la táctica de establecer vínculos positivos o sea una buena alianza terapéutica en la que se logre llevar a cabo con el paciente expectativas y objetivos realistas. Además motivar e incrementar el paciente a adoptar conducta de participación y cooperación.

En síntesis, los recursos más relevantes que pueden ser trabajados en el “setting terapeutico” que suministran y/o aumentan la resiliencia:

Nivel emocional: desarrollar la inteligencia emocional: Ser consciente de sus sentimientos, su ideología y respetar a de los demás. .Intervenir a nivel cognitivo y afectivo, en la relación y significado del contexto interpersonal y los sistemas de creencias vigentes. Aprender a superar dificultades, trascender las emociones negativas y rehacerse. Fomentar las emociones positivas: autoestima; autoeficacia; humor y optimismo; esperanza; bienestar subjetivo; felicidad y perdón, prioritariamente, entre otras. Desarrollar actitudes flexibles y empáticas; la capacidad de expresar afecto y habilidades sociales, mantener relaciones interpersonales asertivas y actitudes de esperanza.

Nivel intelectual y cognitivo: fomentar el desarrollo del pensamiento crítico, validar una fluente narrativa personal generadora del diálogo y de la conversación. Analizar los discursos, que permiten concebir y redefinir modelos de realidad y de subjetividad de sí

mismo hacia transformar pensamientos negativos en positivos. Descubrir posibilidades, fortalezas y limitaciones. Discernir la interacción entre factores de protección y factores de riesgo Entrenar en resolución de problemas y toma de decisiones con objetividad y autonomía. Utilizar estrategias de afrontamiento activo, motivación de logro, la iniciativa y la creatividad; capacidad para resolver problemas, persistencia y esfuerzo. Percibir la importancia de los recursos psicológicos para afrontar la problemática cotidiana. Cambiar la estructura del pensamiento y la subjetividad, para poder afrontar las emociones negativas, como frustración, ira, odio, celos, miedo, ansiedad, tristeza, autocompasión y sentimientos de inferioridad. Plantearse objetivos positivos y perfile planes para alcanzarlos Desfrutar de la vida y vivir con armonía y felicidad con uno mismo y con los demás.

Nivel social: fomentar una ideología equitativa, justa, social y humanitaria; motivar la cooperación solidaria y la acción protegida. Desarrollar y/o ratificar los vínculos pros sociales positivos, y la capacidad para integrarse a grupos sociales. Mantener relaciones interpersonales asertivas y habilidad para comunicarse. Promover las habilidades para vivir para construir una conducta positiva que posibilite afrontar vigorosamente los desafíos de lo cotidiano. Estimular la empatía, la participación, la intersubjetividad, el éxito social, competencia, las relaciones afectuosas: sensibilidad, comprensión, respeto e interés por uno mismo y por el otro. Corroborar sentimientos de autoeficacia; una actitud cooperadora y segura; e incentivar los sentimientos de confianza. Utilizar las destrezas a la hora de relacionarse una vez que los estresores sociales provienen de la interacción con las demás personas o con grupos humanos del entorno. Valorar las aptitudes sociales y las redes de apoyo informales la familia y los amigos. Y sobre todo, tener el aprecio y la aceptación incondicional a lo mejor de una persona significativa.

Nivel existencial: fortalecer el locus de control interno y la autoestima consciente, trascender a las circunstancias desafortunadas y darle sentido al trauma y al sufrimiento. Fijar límites claros y consensuados; establecer expectativas realistas; planificación y elaboración de proyectos de vida. Desarrollar el autoprotección, y destacar la necesidad del cuidado de uno mismo. Fomentar una buena autoimagen y una alta valoración de sí mismo. Explorar las fortalezas y debilidades para transformar la adversidad en un desafío que pueda ser positivo. Entrenar en habilidades para la vida, cooperación, resolución de conflictos, destrezas comunicativas, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones, etcétera. Destacar la importancia de los procesos de aprendizaje que pueden generar un proyecto que otorgue de significado la vida y fortalezca el “self “, y permita la sensación de tener cierto control sobre la existencia.

La resiliencia como estrategia terapéutica de intervención constituye un enfoque innovador que resalta la promoción de los factores protectores del desarrollo humano, cuyo propósito no es solamente detectar los problemas, déficit, falencias, en fin, patología o reducir y prevenir la presencia de los factores de adversidad y riesgo, sino investigar y desarrollar virtudes y fortalezas humanas. Trabajar con la cultura de la esperanza para alterar las emociones negativas que puede afectar al individuo y así fomentar las propias capacidades y procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida saludable, mismo viviendo en un contexto desquiciado. Sin embargo, demanda de sus promotores asumir una cosmovisión diferente del mundo, una ideología solidaria y humanizada, comprometida con las transformaciones. Donde el profesional aporta elementos conceptuales y metodológicos para poner en marcha los cambios. Pero, en esencia son los propios individuos, familias y comunidades, quienes los potencian y proyectan los factores positivos. En concreto, que sobrelleven y afronten las condiciones adversas del cotidiano. Todo esto, en el marco de promoción y

estimulación de conductas asertivas y cooperativas indispensables para las interacciones positivas, que protagonicen una calidad de vida y un futuro repleto de esperanza.

1.21. Resiliencia y trastorno de la conducta alimentaria

El fenómeno Resiliencia se encaja en la vertiente contemporánea de la Psicología Positiva, como también en la dinámica de fomento de la salud. Además promotora de una nueva ideología para la epistemología humana, que explora la potencialidad constructiva del individuo y valora el ecosistema en que éste se desarrolla. Es decir, investiga las variables que promueven y facilitan al individuo afrontar los eventos vitales estresantes, superarlos y salir consolidado de ellos. Objetivando elaborar una correlación entre la resiliencia y los trastornos de la conducta alimentaria, perspectiva contemporánea, es relevante enfocar que los temas no cuentan con una única variable explicativa, unidimensional, sino que existen varios factores multidimensionales.

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías psiquiátricas. Se caracterizan por graves alteraciones en los modelos alimentarios, con consecuencias para la salud física y mental, para quienes los padecen y como también para su entorno familiar, (Chinchilla, 2003). En las últimas décadas se ha discutido, la influencia socio-cultural como uno de los factores de riesgos para los TCA, entre ellos se destacan: la idea del cuerpo perfecto, que ha alcanzado su máximo nivel de influencia, debido a moda, los medios de comunicación de masa, internet, televisión, revistas, verdaderos transmisores de una cultura de delgadez, perfección y de éxito. Preconizando, el

estereotipo físico: el cuerpo tubular y esquelético que caracteriza a mujeres independientes, agresivas y exitosas (Toro, 1996).

La idealización de las imágenes que presentan los medios de comunicación debe ser considerada como la más importante causa de fondo de los trastornos alimentarios. (Polivy & Herman, 2002). Cabe mencionar, otra perspectiva también fructífera asociada a los TCA es el cine como potenciador aún más del estereotipo delgado. Como también la moda que hacía poco, la moda se apoyaba en el manejo del vestuario, ahora en la contemporaneidad imprime dictámenes de modelos de imagen corporal. La progresiva exhibición del cuerpo femenino hizo de las mujeres jóvenes protagonistas y víctimas de la moda (Turón, 1996).

A partir del siglo XX, podría explicarse también uno de los factores que influye en la etiología de los TCA, fueron las modificaciones en las expectativas de género: de un ideal de mujer consagrada únicamente al hogar, a la perspectiva de excelencia en áreas cada vez más diversas de la vida y ausente por muchas horas del contexto familiar (Becker, Keel, Anderson-Fye, & Thomas, 2004). En concreto, la familia representa ese ambiente social, que envuelve al individuo en su niñez y que suministrará la mayor parte de las informaciones vinculadas con la alimentación, actitudes en relación al peso e imagen corporal, que repercutirá durante el ciclo vital (Vázquez & Raich, 1997).

La disfunción familiar también está asociada los trastornos de la conducta alimentaria, como un factor de riesgo (Toro, 1996). La ansiedad de la familia, sobretodo de la madre, en legitimar estos valores, y la preocupación por el peso de sus hijos y por su atractivo puede ser un elemento facilitador del desarrollo de los TCA. Indubitablemente, en la etiopatología de los TCA, esté también relacionada con la moda, la televisión, el cine, y las revistas que influyen en la adquisición de unos hábitos nutritivos que pueden resultar extremadamente dañosos para la salud. Pero comprometer

únicamente a modas o los medios de comunicación de estas graves dolencias, es no asumir que la familia es el núcleo responsable por la educación de los hijos. Considerando, que los padres son protagonistas en transmitir pautas adecuadas de comportamiento alimentario que consigan mantenerse y ser repasada de generación a generación. El medio ambiente familiar, social y cultural en que los individuos, se desenvuelven influye en la presencia, o no, de conductas alimentarias de riesgo (Markey, 2004).

Al hilo de esta cuestión, otros factores de riesgo hacia los TCA, son: el uso y abuso de dietas injustificadas, la insatisfacción y distorsión con la imagen corporal, los índices de masa corporal, IMC, extremos. La dieta se caracteriza como una estrategia de perca de peso, que actualmente cobra mucha relevancia y se asocia a los trastornos alimentarios y la imagen corporal. Según Raich (2008), las chicas adolescentes, entre un 15 y un 40%, en algún período de su vida, han hecho dietas, restricción alimentaria, para perder peso y mejorar su imagen corporal. En fin, las dietas muy restrictivas, hipocalóricas, aunque consiguen que el peso sea reducido a corto plazo, instauran un gran riesgo para la salud física y mental. Las dietas para disminuir de peso son consideradas como precursoras de los TCA (Amigo, 2003).

La insatisfacción corporal muchas veces es atenuada a través de la realización de dietas prohibitivas y de la actividad física excesiva. La insatisfacción con la imagen corporal, no sólo aparece en individuos con sobrepeso, si no que debido a los modelos estándares de belleza impuestos por los medios de comunicación y por la moda, en los últimos años. Así que, mismo las personas con un peso normal también tienden a sentirse insatisfechas con su imagen corporal, debido el ideal de belleza que se transmite, es de la delgadez, infra peso, por debajo de un peso sano según criterios de la OMS (2010). La estimulación visual de figuras femeninas a través de los medios de

comunicación genera expectativas poco realistas para la mayor parte de las mujeres, facilitando la insatisfacción cuando no consiguen alcanzarlos (Toro, 2006). De este modo, tienden a sentirse insatisfechas con su imagen corporal lo que puede venir padecer de un TCA.

Los factores psicosociales como la ansiedad social, depresión, baja auto-estima, interfieren significativamente en la vulnerabilidad de las patologías alimentarias, su detección precoz es fundamental para realizar un pronóstico, como también, optimizar una mayor eficacia en el tratamiento (Kim & Lennon, 2007). Las conductas alimentarias de riesgo son un problema de salud que involucra aspectos tanto físicos, como mentales, y se presenta con elevada frecuencia entre las mujeres jóvenes (Unikel-Santoncini, Nuño-Gutiérrez, Celis-de la Rosa, Saucedo-Molina, Chi Vacuán, García-Castro et al., 2010).

En este sentido, la Psicología Positiva adopta un paradigma salutogénico en lugar de un paradigma patogénico, en donde se propugna que el hombre se hace fuerte y es capaz de aprender de todas sus vivencias, sea placentera o adversa. Esta perspectiva reciente, prioriza la sanidad y la prevención, pautada en intervenciones que faciliten la recuperación y el desarrollo del individuo. Sobre todo patrocina el estudio y la comprensión, a través de la investigación científica, de los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas, virtudes, cualidades y emociones positivas del ser humano, ignoradas durante tanto tiempo por la psicología clásica (Rutter, 2006).

La promoción de la salud mental, o sea de los trastornos de la conducta alimentaria, se refiere con frecuencia a la salud mental positiva (Kim & Lennon, 2007). En una tentativa de superar los modelos patogénicos clásicos de salud, los TCA, pueden ser encuadrados a través de otras formas de entender esta patología y minimizarla o curarla; desde un modelo más optimista que perciba el ser humano a partir de la

capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Este paradigma teórico, se enmarca intrínsecamente en la Psicología Positiva que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del individuo.

La resiliencia se hace conocida y relevante en el ámbito de la salud y se tiene convertido en intervenciones en el ámbito de la psicopatología visando el del bienestar subjetivo de los enfermos, con marcadas connotaciones en la salud mental. Con la perspectiva de intervenir los atributos que permitirían identificar los individuos que lograrían resistir, o rehacerse y superarse en las situaciones de enfermedades, así como habilitarlos a reconocer las estrategias más adecuadas para potenciar una vida satisfactoria (Atkinson, Martin, & Rankin, 2009).

Cyrułnik (2002) concibe la resiliencia la capacidad del individuo de tener éxito, vivir y desarrollarse a pesar de la adversidad. Desde su perspectiva, la resiliencia es pertinente al ser humano, no constituye la excepción sino la regla ya que “todos somos resilientes, puesto que ninguno individuo ha tenido la suerte de desconocer el sufrimiento.” De este modo, la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001). En el campo clínico, se abre la posibilidad de identificar factores de protección, evitando el riesgo para los TCA. Además, desarrollar nuevas estrategias de intervención, tanto preventiva como terapéutica, desde la psicología positiva como de la resiliencia.

La resiliencia es vislumbrada como la capacidad para conservar una conducta adaptativa de las funciones físicas y psicológicas en escenarios hostiles, no representa una característica absoluta. Específicamente en los casos de TCA, es esencial que al ser alcanzada una vez, que sea siempre corroborada, considerando que ella, no se queda perpetuada. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que se modifica de

acuerdo con las circunstancias, la naturaleza del trauma, la estructura de personalidad del individuo, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy distintas formas en diferentes culturas (Rutter, 2006).

Coexisten distintos escenarios que ayudarán al proceso de la resiliencia en los pacientes que sufren de TCA. Destacase: el apoyo social, el contexto social y las relaciones familiares. Las características del entorno familiar tienen gran relevancia en el desarrollo personal y en el bienestar, contribuyendo a la construcción de la capacidad resiliente. Entre esas características destacan las condiciones de salud, la estabilidad del hogar, la existencia de modelos positivos y los recursos, formales e informales, disponibles (Notter, MacTavish, & Shamah 2008). Por lo tanto, estos escudos protectores, son relevantes ponerlos en práctica, con el objetivo de prevenir y tratar los TCA.

Los Wolin y Wolin (1993) cuestionan ¿Qué características tiene una persona resiliente? Este interrogante puede convertirse en una excelente herramienta de intervención en los TCA. Los Wolines han determinado los atributos o factores que caracterizan la resiliencia. Y pueden ser adaptados y posiblemente, utilizados en el proceso terapéutico para ayudar a los pacientes con TCA.

Introspección: competencia para tener una relación intrapersonal, hacerse preguntas complejas y darse una respuesta honesta. **Independencia:** capacidad de precisar límites entre uno mismo y el entorno problemático. **Capacidad de relacionarse:** habilidad para establecer lazos e intimidad con otros, compensar la propia necesidad de afecto con la actitud de dedicación a otros. **Iniciativa:** satisfacción por exigirse y poner a prueba en tareas cada vez más exigentes. **Humor:** descubrir lo divertido en la propia tragedia. **Creatividad:** competencia para crear orden, hermosura y objetivos a partir del caos y el desorden. **Moralidad:** capacidad para propagar el deseo personal de bienestar a

toda la humanidad, y de discriminar entre lo bueno y lo malo. *Autoestima Consistente*: es la base de los demás pilares y los propios valores vitales y fruto del cuidado afectivo por un adulto significativo (Grotberg, 2001).

A lo mejor, estos factores de protección, podrían ser considerados como elementos coadyuvantes en la recuperación de los pacientes acometidos por los TCA. Además mitigar o bloquear la conducta autodestructiva y adquirir habilidades para facilitar los cambios necesarios a superación de esta patología. Intercediendo como un componente para afrontar las emociones negativas, el dolor emocional, el estrés y la baja autoestima. Pueden ser concebidos como mecanismos positivos para los TCA. Debido a estas circunstancias, la resiliencia está vinculada a la autoestima, por lo que es importante trabajar en los pacientes con TCA, para que ellos puedan desarrollar sanamente esta capacidad. Es oportuno, no dejar de lado que la capacidad resiliente no prescinde la necesidad de apoyo terapéutico. La resiliencia no es semejante a salud mental. Es posible que el individuo, manifestarse competente y poseer dificultades de autoestima (Black & Lobo, 2008).

En este tenor, emerge, el interés por la utilización de la resiliencia asociado a los TCA, que posiblemente, ven a contribuir para acarrear una perspectiva salutogénica (Antonovsky, 1979), o sea, significa ratificar los aspectos saludables y de bien estar subjetivo, de los pacientes, al invocar de relieve sus debilidades. La resiliencia es de mucha relevancia para instigar la promoción de la salud mental, los TCA, a partir de la perspectiva positiva, al enfatizar la dimensión emocional, las virtudes y las fortalezas de los pacientes. Como también transmitir una esperanza realista y una mirada optimizadora, para la prevención, tratamiento y recuperación en salud mental. Posiblemente, las emociones positivas serían un mecanismo positivo ante la patología y su superación. Las emociones positivas se relacionan con la salud (Vecina, 2006). Para

Fredrickson (2003), además de generar el nivel de bienestar subjetivo, las emociones positivas deshacen los efectos fisiopatológicos que provocan las emociones negativas.

La resiliencia es un paradigma actual del conocimiento en construcción y discusión, gestado no sólo en el saber académico si no que, sobre todo, sugiere una realidad ratificada por la testificación de muchos individuos que, aun habiendo vivido situaciones traumáticas han conseguido sobreponerse a las dificultades y reconstruirse, psicológicamente sanos y socialmente exitosos. Todo lo dicho anteriormente supone, que la resiliencia, sea de gran importancia en el contexto clínico dos TCA. Así que, la resiliencia estimula la construcción de un ecosistema digno para el individuo, basado en su crecimiento físico, psíquico, social, e intelectual. Las acciones deben contemplar la formación de individuos integrales, ciudadanos, comprometidos socialmente con la satisfacción de sus necesidades básicas y transformación de su existencia y de su entorno, seguir proyectándose en el futuro, logrando cantidad y calidad de vida.

Comprender la resiliencia como un proceso dinámico de superación de los efectos nocivos de las adversidades, donde las dificultades protagonizan el escenario comunitario, ecología a cual el individuo interacciona. Desde luego, es conveniente hacer conocida la resiliencia, como una estrategia de ayuda una vez que, ésta puede conllevar a algunos individuos con TCA, a disminuir el sufrimiento aunque convivan en un medio tan infortunado el contexto de la patología.

Los TCA se caracterizan por la desregulación de la conducta alimentaria, que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez (Chinchilla, 2003). No cabe duda de que, la resiliencia es una estrategia importante tanto en contextos clínicos como no clínicos. Para tanto, tiene que identificar y desplegar las competencias y estrategias personales de afrontamiento. Encuadradas en

lo que se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar demandas específicas de situaciones adversas, como los TCA. La resiliencia no la construye el sujeto por sí sólo, sino que ocurre en un contexto históricamente determinado. Hace falta otórgales redes de apoyo y oportunidades de superación de las situaciones de crisis y adversidades principalmente cuando se trata de cuadros tan severos como los TCA.

En este contexto de enfermedad, existen individuos que no tienen cómo ser sujetos de su historia, no porque sean exiguos de recursos personales, sino porque las entidades competentes no les brindan la posibilidad de una praxis individual y en el entorno, lo cual se encuentra inserido. La promoción de la resiliencia es una tarea colectiva del microsistema: individuo, familia, escuela y comunidad, y del macro sistema: Sociedad y Estado en el sentido de promover un paradigma sano, el salutogenico.

La resiliencia, puede contribuir para una existencia saludable, sin embargo, no reemplaza la intervención de la Sociedad y principalmente del Estado, con políticas públicas para aminorar e/o erradicar los paradigmas de riesgo: patologías, violencia, adicciones químicas, trastornos psiquiátricos, pobreza crónica, malos tratos, escasa escolaridad. En concreto, motivar los paradigmas protectores, salud, escolaridad, apoyo social, ejercicio de la ciudadanía en principalmente, realidades auto referidas como sistemas políticos democráticos.

Debería ser compromiso de la Sociedad Civil, la solidaridad, compartir acciones protegidas con estos contingentes necesitados, básicamente con programas en el ámbito de salud, social y educacional. Como en algunas sociedades son escasas las políticas públicas para la salud, muchas veces estas acciones ocurrir a través de Asociaciones de Familiares (voluntariado) y Organizaciones no Gubernamentales (ONG). Sin embargo, es inevitable tener presente que es responsabilidad del Estado diseñar, gestar y evaluar,

y cuando sea pertinente, rediseñar las políticas públicas, a nivel de prevención, rehabilitación y promoción del bienestar del ciudadano. En concreto, mediante la implementación de programas socio sanitarios, psicosociales y educativos, y de justicia económica.

Así que, la resiliencia estimula la construcción de un ecosistema digno para el individuo, basado en su crecimiento físico, psíquico, social, e intelectual. Las acciones deben contemplar la formación de individuos integrales, ciudadanos, comprometidos socialmente con la satisfacción de sus necesidades básicas y transformación de su existencia y de su entorno, seguir proyectándose en el futuro, logrando cantidad y calidad de vida. La investigación sobre la resiliencia está propiciando un nuevo paradigma que se aleja del modelo médico del desarrollo humano basado en la patología y se aproxima al modelo socio sanitario basado en el bienestar subjetivo del individuo.

Especulando la resiliencia como fenómeno humano de gran beneficio para concebir la razón algunos individuos, no son vulnerables ante situaciones traumáticas que amenazan a su salud o sea los trastornos de la alimentación, sino que consiguen adaptarse, dominar la crisis y se mantener logrando positivamente sobreponiéndose a los TCA. En cambio, otros son acometidos. De este modo, hacen que broten determinados trastornos de la conducta alimentaria, debido la preocupación por el peso y la idea sobrevalorada de adelgazar. Este es el momento crucial, en el inicio de las alteraciones en el comportamiento alimentario, visando, adecuarse al patrón estético aprobado, el individuo inicia una restricción (dieta). La delgadez se ha convertido en símbolo imprescindible asociado a la independencia, auto-estima, al éxito profesional y aceptación social. La discordancia con la imagen del cuerpo se torna obsesiva; siendo el tema más preocupante qué se ingiere o no se ingiere. El concebirse gordo es una de las

causas más frecuentes de la emergencia de trastornos alimentarios, no es necesario que lo sea en realidad, sino que el individuo lo considere y que esto le perturbe.

Quizás poseer un trastorno de la conducta alimentaria puede ser la condición en que el individuo encuentra para enunciar aquello que no sabe cómo comunicar de modo saludable (Aizpuru, 2008). En este sentido, cabe destacar la resiliencia, que puede lograr conducir a una mudanza en el enfoque de los planes, programas y políticas sociales, que usualmente asumió una postura de carácter compensatorio, paliativo y en el mejor de los casos preventivo (Ospina, Jaramillo, & Uribe, 2005). La resiliencia, resalta el potencial individual, pudiendo a lo mejor, ser utilizada en el tratamiento clínico de los pacientes con TCA, en la perspectiva de promoción de la salud mental y calidad de vida, o sea, resiliencia y trastornos de la conducta alimentaria, es una perspectiva contemporánea que se perfila para la investigación, prevención y tratamiento de los TCA. La resiliencia propicia una nueva epistemología del desarrollo humano, explora el potencial positivo del individuo, es transcultural e invita a la responsabilidad colectiva.

Así que, ratifico la postura ideológica de Bengt Lindström (2001), al argumentar que podría ser más provechoso desarrollar sociedades en las que no hiciesen falta individuos resilientes, con elevado sentido de coherencia, muñecos de acero, personalidad resistente. Se entiende, que en esta perspectiva, el paradigma vigente debería serlo cambiado, por uno de una sociedad más justa, con menos desigualdades sociales y diferencias de clases, donde la ciudadanía y la democracia fuesen un derecho de todos y un deber del Estado.

El desafío será reconducir la respuesta humana ante los TCA, ratificando los factores de protección que permiten el afrontamiento activo de esta patología, y proyectar qué experiencias y aprendizajes son también consecuencias de eventos nocivos. No obstante, pueden ser reelaborados y cobraren un significado positivo y que

la experimentación recurrente de emociones positivas logra ayudar a las personas a desarrollar la resiliencia como una estrategia coadyuvante en la prevención de los TCAS. De este modo, la resiliencia implica un proceso dinámico de exposición, afrontamiento y superación de la adversidad. A seguir, en el segundo capítulo, se evidencia: *las sociedades posmodernas occidentales y los trastornos de la conducta alimentaria.*



Los trastornos de la conducta alimentaria, patología psiquiátrica, constituyen, en última instancia, una responsabilidad del Estado de bien estar social; de la familia y de la sociedad civil, que deben garantizar a todos la ciudadanía; o sea el derecho a tener derechos y el en última instancia es responsabilidad del individuo.

CAPITULO SEGUNDO

2. SOCIEDADES PÓST MODERNAS ACCIDENTALES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUSTA ALIMENTARIA

El contenido a ser desarrollado en el actual capítulo ilustrara las sociedades posmodernas occidentales, como también se pondrá de manifiesto algunos factores en estas sociedades, que influyen en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentar. A continuación, se señalará el origen evolutivo de los trastornos de la conducta alimentaria en otras sociedades históricamente determinadas, obviamente con objetivos distintos de las sociedades actúales. Además señalase los cambios realizados en los trastornos de la conducta alimentaria, en el DSM-5, correlacionados al DMS-IV-TR.

2.1. Sociedades póst modernas accidentales

La postmodernidad o posmodernismo tratase de la designación que fue asignando en las últimas décadas al movimiento cultural que domina en Occidente. No obstante, más que un movimiento, la posmodernidad ha pretendido un cambio ontológico en la concepción del mundo y en la conducta ante la vida, provocado por la metamorfosis de los valores e ideologías dominantes desde la llamada modernidad o edad moderna. La posmodernidad, ha reforzado el modelo de cultura hedonista y consumista. El poder de la belleza es innegable. No es una novedad, ha sido siempre un aspecto importante en cuanto a la capacidad de relación y de poder de los individuos. Es evidente que los individuos sumergidos en la sociedad de consumo, tenga una creciente

preocupación por la apariencia física, o sea por la delgadez. El deseo por adelgazar se ha convertido en uno de los valores esenciales de la posmodernidad (Gismero, 1996).

La delgadez, se ha convertido en el ideal de belleza, la pretensión soberana para lograr ser atractivo o atractiva, conseguir ciertos objetivos, éxito y ascensión social. La preocupación por el aspecto físico puede convertirse en una obsesión, una extravagancia que rige la vida personal y social: ejercicio, dietas, masajes, cremas para adelgazar, consultas a especialistas y la gran motivación para vivir. La estética de la belleza-delgadez-juventud, la sociedad sataniza hoy como nunca la obesidad y el envejecimiento, se ha impuesto en la moda como un factor asociado al atractivo y al éxito (Echeburúa & Marañón, 2001).

La delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir. Sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se someten a dietas difíciles de cumplir, y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgadas, que en algunos casos, da lugar a una enfermedad por dependencia. Tal ocurre en las anoréxicas, que acaban deificando la delgadez, haciéndose dependientes de su símbolo, para lo que pueden llegar hasta morir de hambre (Edelstein, 1999).

La sociedad coetánea es la apoteosis del consumo; su extensión hacia la esfera privada y creciente difusión social. Es la imagen de una sociedad en crisis. Conductas de riesgo: consumo de alcohol y drogas, agresiones sexuales, indisciplina, violencia escolar, y rebeldía hacia los padres. En definitiva, desorientación y desequilibrio entre edad biológica y la psicosocial. El riesgo de la eterna adolescencia (Síndrome de Peter Pan). Es el perfil de un elevado porcentaje de adolescentes que no encuentran sentido en

su existencia. ¿Existe una crisis de valores en los jóvenes occidentales cuyo el contexto ecológico está ubicado en las sociedades desarrolladas?

Gonçalves (2008) explicita que el “cuerpo delgado” es preconizado en actualidad y divulgado por los medios de comunicación conlleva el sexo femenino en algunos casos, a insatisfacción crónica con su cuerpo, culpándose muchas veces, por algunos quilos en exceso , o adoptando dietas altamente restrictivas y ejercicios físicos extenuantes como forma de compensar las calorías ingeridas de forma abusiva , recorriendo, muchas veces al uso indiscriminado de laxantes, diuréticos y drogas anorexígenas en la tentativa de corresponder al modelo cultural vigente.

Quizás las nuevas actitudes reflejan: una crisis de identidad, desconfianza, ausencia de ideales; apatía, indiferencia, deserción, ideario del poder y del tener, asistir al protagonismo del consumismo, la cultura de la imagen signo de una nueva identidad, uso abusivo de los medios de comunicación, y el simulacro característicos de esta época, que vigorosamente despierta la atención su amplia y progresiva expansión. También es cierto, sin embargo, que coexiste una contradicción preocupante, entre los valores vigentes en la sociedad oriental, y occidental desarrollada y el aumento de la dependencia y la inestabilidad en las sociedades en vías de desarrollo. La proporcionalidad entre estas sociedades con el paso del tiempo y la evolución de los últimos años es extraordinariamente desigual (Amaya, Álvarez, & Macilla, 2010).

Convivir en una época en la cual los avances tecnológicos y científicos han conseguido avances extraordinarios. Sin embargo, las relaciones humanas parecen haber sufrido un retroceso en el cual, muchos valores se han dejado de lado. En el camino del éxito individual parece haber olvidado la solidaridad, el respeto, la tolerancia. Vivir en una sociedad de mercado, que promueve ciertos valores e ideales estéticos: ser portador de un cuerpo esbelto, joven, sano, sobre el cual se ejerce cierto

control no implica simplemente lograr algunos cánones estéticos, sino que traslada la despótica necesidad que se le muestra al individuo de estar intrínsecamente vinculado a un mercado de consumo cada vez más competitivo y a una cultura que valoriza en gran medida a imagen corporal seductora o sea la delgada.

Guinsberg (1994) manifiesta cómo cada contexto social e histórico concreto determina y/o influye en las características personales, como también interviene concretamente en los modelados de subjetividad preponderantes. En lo que concierne a la sociedad actual del énfasis ideológico y propagandístico ha cambiado de la productividad al consumo. El mercado es el despótico y su poderío tiene como arquetipo la fugacidad de la moda y de la supremacía del cuerpo y la promoción austera del consumo hedonista. La gran amenaza no es para el sujeto su cuerpo en sí, sino la posibilidad de quedar marginado de una sociedad en la cual no se es, no se tiene existencia sino no se responde a los códigos imperantes este constituye el paradigma filosófico de la postmodernidad. Algunos individuos, presentan diversas características: imagen distorsionada de uno mismo, maquiavelismo, competición extremada, dominancia-poder, exhibicionismo y deserción de empatía. Las consecuencias negativas del estilo de vida hedonista y de la búsqueda frenética por el cuerpo ideal, desde un punto de vista psicológico y sociológico, son dañinas a sociedad.

Vandereycken y Merman (1984) denominaron cultura de la delgadez, “*culture of slenderness*”, que según estos autores es parte de la cultura occidental y de los países desarrollados. La sociedad actual busca, y encuentra, excelencia, pero simultáneamente promueve marginalidad, individuos, vulnerables, frágiles, desposeídos de atributos inadecuados que están sujetos a los arbitrajes y consecuencias del proceder de los otros. El deseo inacabable de la excelencia, expresa en el imperativo categórico de las sociedades postindustriales. La necesidad de excelencia se desarrolla a la presentación

del yo, a su imagen – en la que está incluido el cuerpo. La representación social del cuerpo, pasa a ser instrumento fundamental de comunicación en las relaciones sociales: proyecta aptitudes y capacidades personales. Las sociedades contemporáneas, principalmente desarrolladas, vivencian una nueva epistemología del imagen y culto al cuerpo.

No poseer una perfil corporal seductor involucra no tener éxito en la atracción del otro, si este es el caso, se intentará cambiar la estética corporal por todos los medios, incluyendo las dietas, las academias de deporte, ejercicios físicos, hasta la extenuación, cirugías plásticas, gastroplastia, reducción del estómago, restricciones alimentarias, cuando no se posea se crea. Los deportes, son con asiduidad invernadero de trastornos del comportamiento alimentario (Rosen, McKeag, Houhg, & Curley, 1986). En este sentido, Toro (1996) argumenta que muchos deportistas de elite, o que están en camino de serlo, sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad diferenciada.

La imposición social de un modelo estético de extrema delgadez, principalmente para las mujeres adolescentes y jóvenes, tiene ejercido una presión social intensa para estos estratos del contingente poblacional. Una vez lograda la delgadez, esta pasa a formar el ideario femenino y a constituir parte del rol femenino, como lo asignan Toro y Vilardell (1987), al aludieren sobre la condición femenina en donde, el estar delgada es intensamente significativo en la actual sociedad y destacan un valor o criterio de enjuiciamiento personal tanto en el contexto intrapersonal como interpersonal. El ser delgada configura la condición de éxito, autocontrol, disciplina; aceptación, y felicidad destacando la condición femenina, entretanto estos valores no son tan rígido para con el sexo masculino (Lobera, Candau, Ríos, Berriatúa, Jaramillo, & Montaña, 2009).

Lo que concierne a la delgadez, está correlacionada a muchas enfermedades de origen biopsicosocial, en específico, los trastornos de la conducta alimentaria, que

envuelven diversos factores de riesgo, los cuales comprometen los sistemas del cuerpo y los aspectos innatos al individuo y sus relaciones sociales. Los trastornos del comportamiento alimentario no se manifiestan idénticamente en todas las sociedades y en algunos casos se exteriorizan características diferentes do curso de esta patología (Nicholls, Lynn, & Viner, 2011).

El hombre que no corresponde a esta ideología al no cumplir estos caracteres estéticos, continúa siendo seductor, debido a otros atributos distintos de los estéticos. Sin embargo la mujer necesita intentar lograr mismo que sea adquirido un cuerpo delgado y bien delineado, para cumplir el ideal de belleza. La realidad es que alcanzar este ideal, obtener el cuerpo perfecto no es tan fácil. La sociedad y la industria han colocado al alcance de las mujeres económicamente privilegiadas una diversificación de programas y el medio para conseguir el cuerpo delgado, está en el ejercicio exagerado y de riesgo, las dietas, la cirugía llamada estética, enzimas botulínicas conocida comercialmente como botox, para lucir estupendamente bien, medicamentos naturales y no tan naturales, algunos peligrosos otros ineficaces. La relación del femenino con el estético y con las nuevas tecnologías es muy íntima, estimulada principalmente por los diversos medios de comunicación. Entretanto el cuerpo, no puede ser radicalmente cambiado y modelado a voluntad, porque hay que considerar los factores biológicos y genéticos que tienen un protagonismo fundamental en los caracteres corporales (Wifrey & Rodin, 1995).

Las sociedades contemporáneas, principalmente desarrolladas, fomenta el modelo estético de extrema delgadez, hace que la preocupación por la imagen corporal haya trascendido al mundo de la salud, tanto física, como mental (Abraham, 2003). Este nuevo paradigma que hace referencia a la obsesión desordenada por la imagen y culto al cuerpo. En la coyuntura social, está en el orden del día, los trastornos de la

conducta alimentaria, posiblemente debido al excesivo valor que se emite a la imagen, el culto al cuerpo, la influencia de la moda de los medios de comunicación y que hoy en día el canon de belleza es la delgadez (Amaya, Álvarez, & Macilla, 2010).

La sociedad de consumo, ejerce coacción sobre todo la familia, para conseguir la belleza corporal, fenómeno este extremadamente notorio en las culturas occidentalizadas, en las que ha elevado el valor de la exagerada delgadez una evidente obstinación colectiva una por la imagen corporal espléndida (Taylor, Sharpe, & Shisslak, 1998). Los valores de la cultura de los países occidentales como son, los estereotipos de lo bello, lo atractivo, la sexualidad, la idealización de una imagen corporal estupenda, contribuyen al desarrollo de los TCA. Posiblemente mayor insatisfacción corporal menor autoestima (Thompson, Heinberg, & Altabe, 2002). Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, de manera que cualquier aumento de peso es considerado como algo perjudicial para la salud, una falta cuyo castigo se paga en el gimnasio (Gascón & Migallón, 2002).

Nuevas formas de percepción se contrastan cuanto a los modelos del cuerpo: por una parte el cuerpo sano (hacer ejercicio, dieta equilibrada, cuidados con la imagen, etc.) modelo que proponen las ciencias médicas, en contraste al modelo de la industria del consumo de belleza como éxito social, ideal de feminidad (moda). Un factor importante a contemplar es la estética y la moda, en este contexto el gran referencial, son los modelos. A lo mejor sin ellos casi no habría propagación de las tendencias. Estos modelos de cuerpos son protagonizados en las exhibiciones en distintas formas de comunicación: revistas, televisión, carteles urbanos etc. Sus siluetas, sus figuras extremadamente delgadas parecen ejercer influencias terminantes en muchos adolescentes, jóvenes y algunos nostálgicos de la juventud.

En la concepción de Epling, Pierce y Stefan (1983), en el caso de la anorexia nerviosa, existe un subtipo anoréxico designado anorexia basada en la actividad o

anorexia por hiperactividad. Esbozan que el exceso de ejercicio físico puede estimular el inicio de la anorexia nerviosa. Aluden que la actividad física y la ingesta de alimentos se relacionan mutuamente; de tal modo que la reducción de la ingesta genera aumento de actividad, y ésta origina, a su vez, una disminución de la ingesta, y así recíprocamente. No disfrutar, un cuerpo acorde con el modelo de esbeltez exigido, puede significar exclusión social. En este contexto macro social, se identifica una notable ausencia de valores éticos, morales, normativos y humanitarios consistentes, valores en otros tiempos reverenciados y que actualmente invitan cada vez más en la mentalidad de los adolescentes a una situación de rechazo.

Los TCA, posee también su origen en la sociedad de consumo, en la cual el ideal de belleza divulgado por los medios de comunicación de masa, vehiculada por la publicidad, por el márketing lo cual protagoniza la extrema delgadez y estrategias para y mantenerse delgado. En este escenario, concomitantemente productos de son libremente comercializados de forma engañosa prometen salud y belleza. Destacando modelos que revelan el culto al cuerpo, cuyas proporciones son case imposible de ser alcanzados. El alarmante y continuo aumento de las patologías alimentarias parecen estar coherente con una sociedad en la cual maneja el cuerpo como una condición de beneficio para alcanzar un estatus social, y la figura esbelta se valoriza efectivamente como sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo e inteligencia. No obstante, hay que subrayar las que la prevalencia de que los trastornos de la conducta alimentaria, TCA, no está circunscrita simplemente a los países occidentales. Como ejemplo las tasas considerables de TCA registradas en muestras chinas (Jackson & Chen, 2007).

Los TCA acometen principalmente los adolescentes, porque en la adolescencia sucedí en una delicada interacción con los sujetos sociales del contexto; tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su

sociedad. Es la etapa en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las propensiones individuales, las adquisiciones psicosociales disponibles, las fortalezas y desventajas del medio ambiente.

Sobre la base de lo expuesto anteriormente, es importante analizar los TCAS, desde una discusión de algunos factores: adolescencia, alimentación y salud, obesidad, medios de comunicación, imagen corporal, alimentación y dieta, moda y muchos otros. Los TCAS, revelan el estigma de una sociedad post moderna consumista de iconografías triviales, con baja autoestima y disforia. Así, el contexto social y cultural en que las personas se desenrollan interviene en el aparecimiento de conductas alimentarias de riesgo. Además estos mensajes culturales los transmiten al parecer la familia, los iguales y la prensa, los medios de comunicación de masas, que engrandecen los valores socioculturales dominantes. En la adolescencia, se halla el segmento de la población con mayor vulnerabilidad a padecer de los TCAS, por el hecho de que están en proceso de construcción de su identidad y no tienen todavía criterios y valores adecuados que les permitan dispersarse a la presión de los modelos estéticos vigentes, uno de los factores asociados a la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado (Rosen, 2003).

2.2. Meios de comunicación: fabrica de ideales

En la sociedad contemporánea y globalizada, los medios de comunicación desarrollan un protagonismo importante cuanto al convencimiento de la opinión pública, con destaque especial para el papel que las televisiones ejercen en la difusión de valores y modelos relacionados con la estética de la delgadez es el medio de comunicación más intensivo. Se ha extendido la idea que estar delgado es sinónimo de

saludable. Aunque es verdad que el sobrepeso es perjudicial para la salud, no es cierto que a más delgado, más sano. La cultura instituye los modelos de belleza a través de los cuales se concibe el atractivo físico, que influye en las relaciones sociales y en los juicios que se hace concerniente la propia imagen. La cultura cuyo ideal de belleza es el sembrado en los diferentes contextos sociales, económicos, políticos y culturales a través de los medios de comunicación que imputan y valorizan la figura de la delgadez del cuerpo, además hace con que los individuos la deseen de forma obsesiva y por otra parte estigmaticen la obesidad (Espinoza, Penelo, & Raich, 2010).

En la actualidad, a través de los medios de comunicación y de la cultura, valores estéticos como estar delgado son transmitidos y muchos son aceptados socialmente o sea la felicidad y el éxito consiste en estar delgados y delgadas, convirtiéndose así la delgadez en equivalente de autocontrol y éxito social. Esto tiene como primera consecuencia que multitud de jóvenes lleven a cabo dietas alimentarias, que en muchos casos pueden desencadenar en el desarrollo de un trastorno de la alimentación. Los medios de comunicación asedian a los individuos con imágenes seductoras de un ideal de cuerpo delgado y magnifico, un ideal corporal que ha perdido paulatinamente peso y medida en los últimos años. El ideal de belleza presentado en la actualidad en los anuncios, televisivos y musicales, donde habitualmente está representado por una figura de sexo femenino, alta, blanca, con un cuerpo “tubular”, sin curvas y una melena rubia (Dittmar y Howard, 2004).

En este contexto, es probable que los medios de comunicaciones de masa, constituyan un factor de riesgo y contribúan en gran medida para el aumento de la vulnerabilidad para sufrir un trastorno alimentario. Considerando que estos valoran el fenotipo del individuo cumplido con el modelo de la imagen delgada preconizado en las sociedades actuales (Levine, 2009). Donde la sociedad constata categóricamente la

gordura con enfermedad, desproporción, fealdad, descuido, exclusión e ineficiencia, y discrimina y segrega a los individuos con sobrepeso u obesos. Luego de forma manifiesta o latente con actitudes se comunica el recado edificando el conocimiento de que la delgadez tiene un valor fenomenal, genuino e innegable, como objetivo principal, como modelo corporal a perseguir.

Esta presión por estar delgado/a fue relacionada con la Insatisfacción Corporal, mediante la interiorización del ideal de delgadez. La exposición de una imagen delgada como la ideal podría contribuir al desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) causando Insatisfacción Corporal, baja autoestima principalmente en las mujeres (Morrison, Kalin, & Morrison, 2004).

Los medios de comunicación, han promovido el conocimiento de esta problemática, a veces, de forma catastrófica, sensacionalista y sesgada. Además emiten una excesiva importancia concedida a imagen corporal. "Consumo de la propia existencia a través de la proliferación de los *"Mass Midia,"* del ocio, de las técnicas relacionales" (Lipovetsky, 1986). Los medios generan una imposición difusa y constante que exterioriza la esbeltez como modelo corporal a plagiar para poseer éxito y estatus social. Mientras que, observase la exaltación a través de ellos y de la cultura de la belleza física. Que declina hacia un determinado modelo estético el culto al cuerpo: el "fitness", en el que se aprecia el cuerpo seductor: alto, delgado, atlético, joven, atractivo, dinámico, bronceado, instigando un nuevo paradigma la cultura de la belleza física, por los patrones de que coinciden con los mensajes publicitarios y el mundo de las "top models", prototipos perfectos de hombre y mujer, hermosos bellos y muy delgados. Los grandes medios de comunicación. Revistas, radio, periódicos, vallas, tv, internet, etc., ofrecen "spots" publicitarios, incitando y estimulando dietas de adelgazamiento, salones de belleza, productos "light", etc. la cual es asimilada con

mucha disposición. Ese modelo significa éxito social, y son la juventud, principalmente, los que lo quieren personificar (López & Gauli 2000).

Últimamente, la Internet, se destaca como un medio de comunicación con una tecnología simple y bastante desarrollada, la cual está al alcance de casi todos, y principalmente de los adolescentes (Barrera et al., 2011). Las redes sociales permiten estar en contacto con otras personas en cualquier parte del universo. No obstante, es necesario cuidado al manejar determinadas páginas de internet tales como: “PRO-ANA y PRO-MÍA”, considerando que ambas hacen apología a un ideal de belleza que conlleva a los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia y la bulimia nerviosas. Ideológicamente como estilo de vida y no como patologías (López-Guimerá & Sánchez-Carracedo, 2010).

En general los adolescentes y algunos niños son los que se apropian de tales ideas y llegan a considerar que lo más significativo en sus vidas es poseer un peso cada vez más bajo y una figura más delgada (Beumont, 1995), de tal manera que para ellos la delgadez indica perfección, autocontrol y virtud, por lo que, en ocasiones, estos juicios hacen pensar en mecanismos delirantes (Halmi, 1962).

Discurriendo lo concerniente a la creencia popularizada de que la “belleza tiene su precio”, esta idea simplificada y comúnmente admitida de la mujer occidental se articula con la obtención de la belleza ideal mientras que para los hombres se relaciona con la habilidad para poseer a la mujer que simbolice la preciosidad. La idealización de la belleza femenina es, un rasgo de las sociedades más avanzadas. El poder de la belleza es innegable.

La belleza no se trata de un descubrimiento contemporáneo, ha sido siempre un aspecto importante en cuanto a la capacidad de relación y de poder y de logro de los individuos. En una sociedad cuyo substrato es la estética, la cultura despótica de la

belleza física ha otorgado al cuerpo de unos poderes nuevos e insólitos que repercuten en la vida cotidiana de muchos de los ciudadanos comunes, determinando en última instancia sus contingencias de hallar trabajo. Dicha cultura corporal es creada y reforzada por distintos actores sociales entre los que se encuentran, la familia, la escuela, los amigos, en fin, las relaciones sociales y laborales. El cuerpo es hoy y puede analizarse como un medio de cultura, como una metáfora de la cultura, como un texto de cultura, y como un foco o lugar de control social, práctico y directo (Bordo, 1992).

La segregación del obeso es un ejemplo vivenciados en las relaciones interpersonales. La obesidad es vislumbrada como consecuencia da indisciplina, pérdida de control y de la gula. Paradójicamente se hace el obeso responsable por su patología. Además el obeso tiene un estigma en relación al mundo laboral es considerado: menos capaz, desorganizadas, lento y con pocas ganas de moverse. Por otro lado, el argumento dominante, señala la valorización de la belleza como una característica central, y que considera a la figura delgada como siendo un componente fundamental de belleza y del éxito, ideales que son fácilmente interiorizados. Las conductas alimentarias de riesgo aparecen posiblemente como resultado de la insatisfacción con la figura corporal, que conlleva a disforia.

El modelo estético vigente, instiga a los individuos a poseer una imagen corporal extremadamente delgada, la cual, se refleja constantemente en los medios de comunicación de masas. Fomentando como ideal la persecución de la delgadez exagera, case inalcanzable, y para lograr se pone a dietas extremas, las cuales generan la vulnerabilidad para padecer de un TCA, que tiene como uno de los síntomas la preocupación exacerbada con la imagen y el peso corporal. Las personas afectadas por esta patología, manifiestan una firme insatisfacción y molestia en relación su cuerpo. El

cuerpo delgado como sinónimo de belleza se difunde constantemente por los medios de comunicación.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas complejas, multifactorial, que afectan principalmente a adolescentes y jóvenes. La exposición de una imagen delgada, popularizada por los medios de comunicación son diversos, pero los más intensivos y con más eficacia en relación al público son la prensa, la radio, la televisión e internet. Ejerciendo un fuerte impacto en la comunicación (Andrist, 2003).

La presión que hacen los medios masivos de comunicación, en relación con el ideal de belleza podrá contribuir en gran medida al desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) causando Insatisfacción Corporal, baja autoestima y síntomas de TCA principalmente en las mujeres (Hawkins, Richards, Granley, & Stein, 2004).

Últimamente, los medios de comunicación de masas, prensa, radio, televisión y los medios audiovisuales, televisión, cine y videojuegos, como también la publicidad, que estos ofrecen, ha adquirido un protagonismo evidente en la vida cotidiana de las personas y de las sociedades contemporáneas. La presión sociocultural está establecida básicamente por las relaciones interpersonales, familia y el entorno social y la influencia de los medios de comunicación es facilitadora del desarrollo de los TCA (Toro, Castro, Gila, & Pambo, 2005).

En este contexto, la imagen corporal está mediada por disímiles aspectos socioculturales, económicos, biológicos y ambientales. Además de los medios de comunicaciones de masa, como factor sociocultural implicado en los TCA, hay otro que ejerce gran poder de inducir los individuos es la moda, como también generar vulnerabilidad para los TCA (Rodin, 1993).

Los medios de comunicaciones de masas, en la sociedad de consumo, juega un papel fundamental en la divulgación de los cánones de belleza, como valor supremo, y que los propugnan a través de la extrema delgadez. Asimismo sirve para divulgar los métodos para conservarse delgado y están comercializados sin ningún interdicto. Estos poseen cada vez más influencia en la vida cotidiana, como formadores culturales y establecen ideologías. A través de películas, telenovelas, documentales, noticias y moda. La moda es una práctica iniciada para una minoría requintada e importante que alcanza a la sociedad a través de los medios de comunicación y es aceptada por dicha sociedad. Se podría afirmar con toda probabilidad que los medios de comunicación son los transmisores más poderosos ideales estéticos y socioculturales, y por lo tanto, el ideal de belleza basado en la delgadez, que logra modificar los hábitos alimentarios y la imagen corporal de la mayoría de las adolescentes (Guerro-Prado & Barjau, 2002).

Hasta el momento, no se ha identificado ningún factor unidimensional que por sí, solo, manifieste el por qué alguien empieza a padecer de los trastornos de la conducta alimentaria, sino que se trata de una patología donde interaccionan muchos factores. Entre todos los factores hay unos que acopian más evidencia empírica sobre su mayor peso en la etiopatología de los TCA. Entre éstos encontramos la presión sociocultural para estar delgada. Divulgada por los medios de comunicaciones de masa y corroborada pela Moda. Los valores que promulga sociedad de consumo giran en torno al éxito personal y profesional, para conseguir dicho triunfo es necesario ser competitivo, tener autocontrol y sacrificio, todo conllevara al éxito y la felicidad.

Desde el punto de vista de los TCA, los medios de comunicación al divulgaren la moda, son considerados como un potente factor de vulnerabilidad de esta patología psiquiátrica, principalmente para los adolescentes que desean cumplir los dictamen de la moda, de belleza y de estética (Andrist, 2003).

2.3. Moda: distames de belleza y estetica

En las sociedades coetáneas, la cultura del bello, de la delgadez, emite continuas mensajes de cánones de belleza que influyen en la aceptación del cuerpo y estimula una insatisfacción con el cuerpo, principalmente con las caderas, muslos, abdomen y sobre todo con el peso. La moda es un medio, a su vez mediado por los medios de comunicación que en cierta medida contribuye a los procesos de socialización, en favor del cuerpo delgado. Motivando una divergencia con la imagen corporal existente, porque su cuerpo se aleja de lo que la sociedad considera como “excelencia de belleza”, que se torna adicción en hacer dietas o una actividad física exagerada para perder peso; y alcanzar el enflaquecimiento.

En la industria de la moda se instituyen tallas de indumentarias chica para el uso de adolescentes y adultos, divulgándose este patrón en desfiles donde exílese modelos exageradamente delgadas /os, de esta forma se promueve el mensaje de que el uso de esta ropa implica la aceptación y el éxito socio- económico-cultural. Las tiendas colocan en los escaparates, tallas cada vez son más pequeñas, lo cual logra inducir en los individuos la impresión de estar aumentando de peso, una idea terrorífica en la sociedad actual sellada por el culto al cuerpo. Además en las propagandas de moda, utilizan los maniquís con cuerpos minúsculos que se pueden, vestir tallas inseridas en los dictamen de belleza instituidos por la sociedad, que son patrones de delgadez. Las ventas, compatibles con este modelo estético, también suscitan estos valores mediante prendas que parecen estar exclusivamente diseñadas para cuerpos extremadamente delgados (Carrillo, 2005).

Esta perspectiva contemporánea es corroborada debido, la incidencia de los medios de comunicación a través de los programas, publicidades quienes consideran

que la delgadez extrema es un estigma de triunfo, de éxito, de felicidad, de aceptación social. Los modelos de belleza se exhiben como “construcciones sociales” diferentes en cada período histórico. En esta perspectiva, se hallan el esnobismo de las pasarelas, adonde las tendencias están fuera del alcance de la inmensa mayoría de individuos. Sin embargo, esa industria de la moda genera glamour y muchas ganancias económicas. Y día a día aumenta los adeptos de la moda por más trastornada que sea. En la actualidad, la publicidad es un medio de comunicación que actúa en complicidad con la moda y convincente que pasa los valores y creencias que se han construidos socialmente (Vaughan & Fouts, 2003).

Esta imagen corporal, se transforma así en la medida de valor del individuo, el cuerpo urbano es aquél cuerpo “sex-appeal”, sano, delgado, trabajado, fuerte, andrógino, es decir un cuerpo preparado para una sociedad altamente competitiva con determinados valores hegemónicos de perfección que se acercan a las divinidades. Estos valores son: el bello, la perfección, la autonomía, el autocontrol, la juventud y el poder económico. Es en este contexto, donde juega un papel crucial la estética corporal, la belleza física; quién no la posea, o crea no poseerla, hará todo lo posible por lograrla. Caso contrario, será segregado socialmente. La imagen corporal se interioriza por múltiples vías desde la infancia opiniones (familia, amigos, medios de comunicaciones, moda, publicidad, valores, etc. Por fin, este cuerpo maravilloso “se adquiere no es un don de la biología” (Saslavsky & Cora, 1996, p. 45).

Por otra parte se pone el énfasis en la personalidad de la mujer delgada concediéndole valores positivos y deseados, como resultado de tener la capacidad de esfuerzo y autocontrol que previsiblemente se requiere para alcanzar la delgadez y, por ende conseguir otros logros en la vida. Hecho este que se resalta en una sociedad

hedonista, como la actual, donde se ha convertido en regla para innúmeros, estar continuamente preocupado por el peso que fisiológicamente corresponde, basado en la edad y estatura. El descenso que se ha producido en las medidas de los trajes de la ropa, que desespera principalmente a mujeres jóvenes (y no tan jóvenes) o la evidencia de que las mises vigentes son más altas que lo eran hace unos años, y sin embargo tienen un peso inferior al que poseían antes. Esta nueva configuración, sin duda, ha forjado un cambio de actitudes en la población (Lahortiga & Cano, 2005).

La delgadez se ha transformado en el ideal de belleza, la pretensión extremada para lograr ser encantador. La ansiedad por la imagen corporal, se convierte en el “ideal del yo”. En una obsesión contemporánea, que es avalada principalmente por la ideología vigente, moda y prensa oral y escrita. . El cuerpo es hoy y puede analizarse como un medio de cultura, como una metáfora de la cultura, como un texto de cultura, y como un foco o lugar de control social, práctico y directo (Bordo, 1997).

Cada cultura históricamente determinada, define los cánones, asociando el concepto de belleza a distintas características como son: el tono del cabello de los ojos, de la piel, el tamaño de la mama, de la talla, del el peso, en fin la dictadura corporal. La imagen del cuerpo, se construye, se compra, así en base a la normativa social de cada instante, siendo el prototipo femenino el que más ha variado a lo largo de la historia, y al que más se le ha exigido, mientras la imagen prototípica del cuerpo masculino ha permanecido casi similar durante bastante tiempo.

El culto al cuerpo, manifiesta la equiparación de autocontrol y delgadez, la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo en función de unos cánones arbitrariamente fijados, constituyen un contexto que favorece el desarrollo de costumbres insanas frente a la propia imagen corporal. La delgadez, se ha convertido en el ideal supremo para resultar: guapo y atractivo. La preocupación por el aspecto físico,

en algunos casos, se ha convertido en una obsesión, que rige la vida personal, laboral, y social. Para tanto se hace obligatorio: ejercicios, dietas, cremas, para disminuir medidas, y consultas a revistas sensacionalistas y como una minoría, consultas a especialistas.

La influencia de la moda en el cambio social de los valores estéticos y corporales es un tema polémico. La moda, conlleva a repercusiones positivas y negativas que ejerce en las personas, de una forma individual y colectiva, además de rasgo de distinción de la cultura. La moda, promueve la incesante aceptación de innovaciones y la vigencia permanente de las relaciones de integración social. Es este sector, la moda como fenómeno social, combinado con la publicidad, los que han cambiado el significado de la delgadez. La publicidad habitual de los productos adelgazantes suele consistir en mensajes visuales representados de mujeres lindas y esbeltas que actúan como símbolo, para que el público consuma estos productos y cumpla una dieta de los productos destinados a reducir peso.

Existen miles de productos dedicados al tema del adelgazamiento. La publicidad comercial asigna los estereotipos estéticos corporales que impresionan a la población, con sus mensajes de “fenómenos estéticos”, que son dirigidas esencialmente hacia un público femenino invitado de alguna modo, a perder peso. Uno de los factores de riesgo aislado es la dieta, de modo que la población para hacer dietas o a desarrollar comportamientos potencialmente peligrosos en relación con el control del peso, deberían ser orientadas por profesionales y no por los contenidos de los medios de comunicaciones. Estos eventos, añadidos con las relaciones propias de una sociedad identificada como postmoderna, en donde el pluralismo no es respetado, y existe una notoria carencia de ideologías solidarias, además de la debilidad de las creencias, la inseguridad y el relativismo moral, el no conocer el valor real de la existencia. Estas sociedades coetáneas en la que los antivalores como la envidia, el individualismo

hedonista y narcisista, el esteticismo, el relativismo, el consumismo, la inmediatez, el liberalismo, la importancia y el valor atribuido al cuerpo, genera una búsqueda frenética por el adelgazamiento.

La moda denota la delgadez como un símbolo imprescindible asociado a la independencia, felicidad y al éxito profesional y social. El cuerpo delgado, últimamente, se ha convertido para algunos adolescentes, cada vez más jóvenes, principalmente para o sexo femenino, en una especie de culto del que no pueden prescindir. Consagran muchas horas dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se ponen a dietas difíciles de cumplir, y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgadas, que en algunos casos, conllevan a desarrollar un trastorno la alimentación.

Los modelos, en la sociedad vigente, suelen constituir un patrón a seguir para muchos adolescentes. Un ideal de belleza representado por las modelos de moda, jóvenes cuyas proporciones, peso y estatura son una anomalía estadística. Cuerpos que no constituyen la media poblacional ideales inverosímiles. Esto puede constituir un factor de riesgo, ya que sus cuerpos a veces excesivamente delgados, muchos modelos sufren psicopatologías alimentarias, puede estimular a perder peso, y desarrollar un desorden alimentaria. La nefasta y deprimente realidad es que el mítico ideal se encuentra fuera de los límites biológicos de la mayoría. La influencia de la moda, de los medios de comunicación, además las relaciones interpersonales, padres y amigos, logran fortalecer las presiones hecha sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por la moda y propagada por los medios de comunicación, ampliando el riesgo del individuo de desarrollar TCA e insatisfacción con las medidas y la figura del cuerpo (Jackson & Chen, 2011).

Concomitante a la Síndrome del Patrón Inatingible de Belleza (PIB), generadora de un enfermizo patrón de belleza impuesto por los medios de comunicación a las personas

que destrazan la salud física y mental (Cury, 2005). Mediado por este contexto ecológico, no es de proscribir, por ello, que se encuentra la creciente incidencia de patologías alimentarias, los trastornos de la conducta alimentar (TCA), o desórdenes alimentario, entre la población joven. Según Sánchez-Planell (1993), la conducta alimentaria normal y sus desviaciones patológicas sólo pueden entenderse si se estudian bajo el enfoque de los tres niveles organizativos de la personalidad: neurobiológico, psicológico y relacional

Así que motivado principalmente, por los cánones de belleza, los trastornos de la alimentación surgen con gran frecuencia en la adolescencia, no obstante, puede ocurrir también en la infancia, el profesional de salud que hace asiste a estos grupos etarios deben estar bien familiarizados con las principales directrices clínicas. El diagnóstico precoces y una abordaje terapéutica adecuada de los trastornos alimentares son fundamentales para el manejo clínico adecuado y el pronóstico positivo (Schlundt & Jonson, 1990).

Desde el punto de vista de Laus (2009), la asociación de la belleza, al suceso y felicidad con un cuerpo más delgado tiene motivado los individuos a práctica de dietas desmedidas y además a adoptaren estrategias poco saludables de regulación del peso, Dejando el individuo vulnerable a padecer de un trastorno de la alimentación, TCA. Hay que subrayar, la gran relevancia del contexto, en la contemporaneidad, en que surgen los trastornos de la alimentación y su asociación con la insatisfacción con él propio cuerpo. Condición esta que propicia el o aumento de la incidencia de los Trastornos de la alimentación en el contexto actual. Otra característica importante de estos trastornos es su cronicidad (Becker, Grinspoon, & Klibanski, 1999).

En la actualidad, la cultura cuyo ideal de belleza es tener un cuerpo delgado, emite continuas mensajes de cánones de belleza que influyen en la aceptación del

cuerpo y estimula una insatisfacción con el cuerpo, principalmente con las caderas, muslos, abdomen y sobre todo con el peso. Motivando una divergencia con la imagen del cuerpo existente, porque su cuerpo se aleja de lo que la sociedad considera como “excelencia de belleza”, que se torna compulsiva obsesiva en hacer dietas o una actividad física exagerada para perder peso; y alcanzar el cuerpo delgado. El contexto sociocultural es ideológicamente que influncia la imagen corporal que cada uno construye (Santiso, 2001).

En las sociedades coetáneas, la moda, con sus usos y desusos tiene gran repercusión en las relaciones cotidianas e interpersonales. La moda habitualmente concebida es como un referencial, en los diversos ámbitos de la vida moderna, es la que dicta dónde hay que reunirse, qué beber, cuáles son las zonas más frecuentadas, cómo vestir y qué comer. No obstante, para unos, puede ser un factor que conlleve a vulnerabilidad, que otros, las modas son resbaladizas al tornarse exageradas, como puede acontecer con el paradigma de la moda de la extremadamente delgada.

Al hilo de esta cuestión, Garfinkel y Garner (1982) denotan una visión pragmática y heterodoxa cuanto a esta patología, considerando que en la génesis del TCA deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos, fisiológicos, sociales y culturales. Cuanto a este último, la moda tiene un protagonismo, importante en el desencadenamiento de los TCA. Esta patología, multifactorial, solo puede entenderse a partir de la interacción con varios factores de riesgo, que la suscita, potencia y modifica mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural. De este modo, los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para la aparición de un TCA (Toro, Cantó, Lazáro, Martínez, & Raich, 1999).

En este sentido, hacen que broten determinados trastornos de la conducta alimentaria entre los individuos, condicionados por la preocupación por el peso y la idea sobrevalorada de adelgazar. Este es el momento crucial en el inicio de las alteraciones en el comportamiento alimentario: si para adecuarse al canon estético aprobado, el individuo inicia una restricción (dieta).

La delgadez se ha convertido en símbolo imprescindible asociado a la independencia, auto-estima, al éxito profesional y aceptación social. La discordancia con la imagen del cuerpo se torna obsesiva; siendo el tema más preocupante qué se ingiere o no se ingiere. En las sociedades coetáneas, el concebirse gordo es una de las causas más frecuentes de la emergencia para desarrollar un TCA, no es necesario que lo sea en realidad, sino que el adolescente lo considere y que esto le perturbe.

Los adolescentes en la fase de la metamorfosis, constituyen el contingente poblacional más susceptible a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria cuyas expresiones dan cuenta de la representación de un continuum de desórdenes de la conducta alimentaria que va desde la normalidad a situaciones patológicas (Figueroa, Cordella, & Urrejola, 2004).

2.4. Adolescencia y metamorfosis

La adolescencia es un periodo de la vida sujeto a profundas metamorfosis, cambios sociales, psicológicos y de maduración, cognitivas, emocionales, intelectuales, culturales sino también fisiológicos, que demanda necesidades nutricionales del adolescente, asociados a procesos como el de la clarificación de la propia identidad, el de la madurez sexual, el de la decisión vocacional o el de la búsqueda de la independencia, es una etapa de la vida marcada por significativas transformaciones.

Cuanto a las transformaciones principalmente fisiológicas, la alimentación cobra una especial importancia debido a que los requerimientos nutricionales, para hacer frente a estos cambios, son muy elevados y es necesario asegurar un adecuado aporte de energía y nutrientes para evitar situaciones carenciales que puedan ocasionar alteraciones y trastornos de la salud. Es un período incompleto en el desarrollo, que involucra cambios no solo biológicos, físicos.

É fundamental subraya que la adolescencia es una fase de transformaciones psicosomática, que se amplía desde la infancia hasta la madurez y por lo tanto las características fisiológicas, psicológicas, sociales y culturales que convergen en la adolescencia, la convierten en un periodo determinante de la construcción de la identidad cultural que moldea los valores, actitudes y hábitos de vida. Durante este periodo, junto con la evolución biológica se adquieren las pautas conductuales y el desarrollo cognitivo y emocional que es necesario para vivir en el medio social. Merece ser destacada la aumento de la divergencia entre el cuerpo ideal y real puede sobrevenir en los adolescente, un período de gran vulnerabilidad en el que el aumento de la adiposidad puede suceder principalmente en las niñas, por el contrario, a medida que se produce en los niños la maduración sexual, están más satisfechos con sus cuerpos (Markey, 2010).

En las sociedades occidentales la adolescencia es cada vez más extendida. Es muy complejo fijar el inicio y el final de la adolescencia. El término se deriva del verbo latino “adolescere”, que simboliza crecer, madurar la adolescencia comprende al ciclo evolutivo desde la niñez hasta el momento en que el individuo alcance su completo desarrollo. (Guelar & Crispo, 2000; Jáuregui, 2002). A lo mejor sería interesante argumentar que se trata de un periodo de transición física, psíquica y social. Además implica en nuevas experiencias del punto de vista, sexual, social, familiar, afectiva y

sobretudo en relación a valores, ideas y reglas e interdictos que hasta el momento tenían encaminado su vida.

La adolescencia, como fase de cambio tanto en el ámbito orgánico como psicológico, representa un periodo crítico donde tiene gran importancia la percepción de uno mismo, siendo frecuente la inestabilidad en la auto-imagen y la tendencia a la baja autoestima. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que la adolescencia concierne a las edades de 10 a 19 años de edad. Las importantes modificaciones hormonales que tiene lugar en la pubertad van a determinar que en esta etapa de la vida, el sujeto además de conseguir la talla definitiva, alcance la maduración sexual y la capacidad reproductora, y establezca su estructura afectiva y de personalidad, igualmente, experimenta notables cambios, tanto cualitativos como cuantitativos en la composición corporal del organismo (OMS, 2000). En concreto, el avance técnico-científico en el ámbito sanitario, una mejor nutrición y el incremento en la actividad física han conllevado una transformación rápida desde el cuerpo del niño al del adolescente.

La adolescencia, es una de la más insegura y difícil fase en el desarrollo humano. Sin embargo, puede variar mucho en edad que empezó y concluyera. Por qué es muy relativa la duración, en cada cultura y en cada individuo pues está más relacionada con la maduración intrínseca del individuo. Esta depende de factores físicos, psíquicos y sociales que vivenciaron, hacen que esté pendiente del que dirán, así como sujeto a las presiones, tanto de la familia como de los amigos como de los medios de comunicación (Pérez, 2004).

La adolescencia, se trata de un itinerario largo en que la edad del principio se reduce progresivamente de generación en generación. Asimismo factores como la dilatación de los estudios: carrera, máster, doctorado y pos-doctorado, etc., y las

complicaciones progresivas del encajamiento profesional de los jóvenes en el mercado productivo prorrogan cada vez más su inserción en la vida adulta y por supuesto la independencia del contexto familiar. Esta etapa del ciclo vital, caracteriza un período de tiempo de transición psicosomática que se amplía desde la infancia hasta el ser adulto. Durante este período, junto a la evolución biológica se han de adquirir las pautas conductuales y el desarrollo cognitivo y emocional necesario para actuar en el medio social. A esto se le denomina madurar y entrar en la vida adulta. Según García (1998), la autoestima se refiere a la forma en que las personas se perciben a sí mismas en términos generales, independientemente del aspecto analizado. Para tener una autoestima elevada en la adolescencia, que es una etapa de la vida con unas características determinadas. El adolescente va tener que hacer una sucesión de duelos, en los que va a ir gestando quién es y al mismo tiempo, construyendo una auto-estima positiva.

La adolescencia en una sociedad de consumo, donde el tener, poseer, disfrutar, alcanzar éxito y en la que no hay límites, todo puede, todo fluye y no hay interdictos. Es muy complejo, siendo adolescente convivir con este proceso libre. Y todo puede ser experimentado, el placer por el puro placer, están haciendo que los adolescentes sean más vulnerables al asimilar estos valores. Denotan ausencia de identidad propia y por lo tanto buscan ídolos en quienes proyectarse y a quien copiar formas de actuar. En esta delicada etapa de la vida, el joven se encuentra en pleno desarrollo evolutivo tanto físico como psíquico y está más propenso a caer en desarreglos alimenticios al no tener aún formado ni su cuerpo, ni su personalidad, ni su identidad. En lo que respecta a la sociedad el énfasis ideológico y propagandístico ha pasado de la productividad al consumo. El mercado es el dominante y su dictadura tiene como prototipo la fugacidad de la moda. Ahora no se promueve la austeridad, sino el consumo hedonista que se confunde trágicamente los adolescentes con el contexto real.

En este marco, se ha sugerido que la adolescencia también, es el período de formación de la identidad y de cambios físicos de gran importancia, que al interaccionar con la deseo de los adolescentes de ser aceptados, puede desencadenar procesos de comparación de su cuerpo con sus colegas que tienen la misma condición social. Además, en concreto la baja autoestima es un dificultad común entre los adolescentes y que se asocia vigorosamente con la imagen negativa del cuerpo y algunos investigadores (Xu, Mellor, Kiehne, Ricciardelli, McCabe, & Xu, 2010) aluden que las niñas son más susceptibles a las influencias de sus pares en presencia de perfeccionismo y baja autoestima. Además, estos trastornos aparecen habitualmente durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y son más frecuentes en las mujeres. Las edades más afectadas son las comprendidas entre los 12 y 24 años. La adolescencia, constituye una fase compleja del ciclo vital., resulta arduo vivenciar las metamorfosis, las sensaciones y las percepciones, las niñas que se localizan en el período anterior o en el inicio de la pubertad no tiene la menstruación, no obstante, otras niñas, en seguida que la posee, puede caracterizarse por flujo irregulares, y también hay una gran variabilidad en la tasa de crecimiento físico (Herpertz-Dahlmann, 2009).

Murcia (2006) sostiene que no es raro, que los trastornos de la imagen hayan ocupado un lugar predominante una sociedad icnográfica. El cuerpo, se ha ido micro fragmentando, mostrando hasta la saciedad, las partes más que el todo, ofreciendo a los individuos de forma inusitadamente compulsiva: orificios, pechos, talles bajos de pantalones para enseñar huesos de cadera y bragas, transparencias, tejidos que embuten traseros, mini biquinis, cabellos, labios, abdominales, pómulos, hasta el punto de darles a dichas zonas un sentido y valor en sí mismas, en otras palabras, porciones a desear, amar, odiar y, por tanto, susceptibles de controlar y mejorar (Martinez Benlloch, 2001).

El cuerpo es un componente fundamental de la identidad personal. En la adolescencia el cuerpo cambia y aumenta la necesidad de aquiescencia, por la imposición de adaptarse al modelo hegemónico. La mayoría de los contextos ecológicos, están haciendo que los adolescentes sean más vulnerables e imiten determinados patrones de belleza, no compatibles con su estructura física y psíquica. “El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma” La imagen corporal que se interioriza por múltiples vías desde la infancia (publicidad, moda, opiniones de amigos...). Como ejemplo de modelado, se tiene una imagen de “Barbie” una representación social y cultural que refleja, el modelo delgado y exitoso a seguir de la mujer, desde muy pequeñas (Le Breton, 1995).

La preocupación en la adolescencia, por el peso, por el cuerpo, se refleja en el deseo de un cuerpo ideal, delgado y/o musculado. La aprensión para no ganar peso y engordar está presente que están inquietados por el peso y la forma. Puede ser que, la internalización de los ideales de belleza en grupo de la población, estén insatisfechos con su imagen corporal y tengan como estrategia de ennegrecimiento conductas de riesgo de con el objetivo de lograr el peso deseado (Lobera, Candau, Ríos, Berriatúa, Jaramillo, & Montaña, 2009).

La construcción de la imagen corporal en la adolescencia es un proceso corriente en el desarrollo y la mayoría de los y de las adolescentes la supera Esta sumisión de la imagen corporal, por la consecución de un prototipo impuesto, se ha convertido en una nueva adicción asociada a una ideación compulsiva del gozo en el propio cuerpo, aunque la mayoría de las personas no ajustan en los cánones de apariencia, se ha convertido para muchos individuos en una lucha frenética para lograr este deseo. Esta tendencia perturbadora de modelar el cuerpo se convierte en auto sumisión a la dictadura de las cirugías plásticas de las enzimas botulínicas, en una conquista

enfermiza de la perfección, contemplada en los nuevos valores ideológicos contemporáneos, son en parte, los responsables de la aparición de estos trastornos alimenticios en los adolescentes.

Mousa, Mashal, Al-Domi y Jibril, (2010b) matizan la influencia de los padres sobre los hijos como un posible factor de riesgo. Los adolescentes tienen mayor insatisfacción con el cuerpo y procuran perder peso, cuando la familia es muy crítica y rígida. En este contexto, la familia desarrolla un papel mucho más nefasto, entre los adolescentes, que los amigos y los medios de comunicación. En la adolescencia; hay cambios dramáticos en el cuerpo, que conlleva a conflictos debido a los cambios biopsicosociales donde el individuo busca una identidad propia la cual lo convierte en un individuo que es susceptible de pasar de un extremo a otro repentinamente su conducta, debido el deseo de: ser protagonista, por el acceso al otro sexo, por el aumento de la libido y tener amigos y ser aceptado, etc., donde el cuerpo se convierte en un medio y valor tan potente que ha conseguido a convertirlo en un verdadero culto a la belleza.

La adolescencia, como fase de cambio tanto en el ámbito orgánico como psicológico, representa un periodo crítico donde tiene gran importancia la percepción de uno mismo, siendo frecuente la inestabilidad en la auto-imagen y la tendencia a la baja autoestima. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que la adolescencia concierne a las edades de 10 a 19 años de edad. Las importantes modificaciones hormonales que tiene lugar en la pubertad van a determinar que en esta etapa de la vida, el sujeto además de conseguir la talla definitiva, alcance la maduración sexual y la capacidad reproductora, y establezca su estructura afectiva y de personalidad, igualmente, experimenta notables cambios, tanto cualitativos como cuantitativos en la composición corporal del organismo (OMS, 2000).

En la adolescencia sucedí en una delicada interacción con los sujetos sociales del contexto; tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad. Es la etapa en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las propensiones individuales, las adquisiciones psicosociales disponibles, las fortalezas y desventajas del medio ambiente. En esta fase de la vida, hay una tendencia del adolescente sufrir mucho con la insatisfacción con la imagen corporal se correlaciona significativamente con baja autoestima, mientras que, una autoestima alta se constituye posiblemente en un factor de protección para las enfermedades relacionados con el peso entre las entre los adolescentes (Nicholls & Viner, 2009).

En la adolescencia, la búsqueda de una identidad propia, la progresiva autonomía y la integración en grupos fuera de la familia hace con que los adolescentes procuren modelos a quienes parecerse y con quienes identificarse, lo que les hace más vulnerables a las modas. Además, se vive, un momento histórico impar en que el cuerpo ha pasado a ocupar un lugar central en la vida de los individuos. El cuerpo es hoy y puede analizarse como un medio de cultura, como una metáfora de la cultura, como un texto de cultura, y como un foco o lugar de control social, práctico y directo (Bordo, 1997).

En la adolescencia, la procura de una identidad propia, la progresiva autonomía y la integración en grupos fuera de la familia hace con que los adolescentes procuren modelos a quienes parecerse y con quienes identificarse, lo que les hace más vulnerables a las modas. Además, se vive, un momento histórico impar en que el cuerpo ha pasado a ocupar un lugar central en la vida de los individuos. El cuerpo es hoy y puede analizarse como un medio de cultura, como una metáfora de la cultura, como un texto de cultura, y como un foco o lugar de control social, práctico y directo (Bordo, 1997).

El problema puede radicar en que demasiadas veces la adolescencia sobrelleva un incremento significativo de la inestabilidad, busca de identidad y el estrés, fundamentalmente a nivel emocional y afectivo, que desencadena episodios de crisis relacionales en distintos ámbitos: personales, familiares y societarios. Indudablemente, el sentimiento de impotencia cara a inestabilidad, construcción de la identidad y estrés haga que se depositen en la familia las expectativas de que desde ella es posible modificar una trayectoria tan ininteligible que recaí sobre la adolescencia (Espinoza, Penelo, & Raich, 2010).

En la adolescencia, la búsqueda de una identidad propia, la progresiva autonomía y la integración en grupos fuera de la familia hace con que los adolescentes procuren modelos a quienes parecerse y con quienes identificarse, lo que les hace más vulnerables a las modas. Además, se vive, un momento histórico impar en que el cuerpo ha pasado a ocupar un lugar central en la vida de los individuos. El cuerpo es hoy y puede analizarse como un medio de cultura, como una metáfora de la cultura, como un texto de cultura, y como un foco o lugar de control social, práctico y directo (Haley, Hedberg, & Leman, 2010).

La adolescencia es un periodo de la vida sujeto a profundos cambios sociales, psicológicos y de maduración, cognitivas, emocionales, intelectuales, culturales sino también fisiológicos, que demanda necesidades nutricionales del adolescente, asociados a procesos como el de la clarificación de la propia identidad, el de la madurez sexual, el de la decisión vocacional o el de la búsqueda de la independencia, es una etapa de la vida marcada por significativas transformaciones. Cuanto a las transformaciones principalmente fisiológicas, la alimentación cobra una especial importancia debido a que los requerimientos nutricionales, para hacer frente a estos cambios, son muy elevados y es necesario asegurar un adecuado aporte de energía y nutrientes para evitar

situaciones carenciales que puedan ocasionar alteraciones y trastornos de la salud, como los TCA que son más prevalentes en los adolescentes, ya que éstos están especialmente preocupados por el cuerpo y la apariencia física y complacer una imagen corporal conducente con el ideal de belleza vigente (Monleón, Perpiñá, & Botella, 2003).

La adolescencia es un período incompleto en el desarrollo, que involucra cambios no solo biológicos, físicos. Poner en evidencia para los adolescentes y discutir la influencia que los medios de comunicación poseen en la exhibición de estereotipos conducentes al cuerpo y la belleza logra ser provechoso para entender la percepción y apreciación de los cambios y las expectativas relacionadas a la imagen corporal durante fase del ciclo vital, así como, su incidencia sobre la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria, TCA, al hallarse en el periodo evolutivo de mayor fragilidad.

En la adolescencia, la procura de una identidad propia, la progresiva autonomía y la integración en grupos fuera de la familia hace con que los adolescentes procuren modelos a quienes parecerse y con quienes identificarse, lo que les hace más vulnerables a las modas. Además, se vive, un momento histórico impar en que el cuerpo ha pasado a ocupar un lugar central en la vida de los individuos. El cuerpo es hoy y puede analizarse como un medio de cultura, como una metáfora de la cultura, como un texto de cultura, y como un foco o lugar de control social, práctico y directo (Bordo, 1997; Lawler & Nixon, 2011).

El problema puede radicar en que demasiadas veces la adolescencia sobrelleva un incremento significativo de la inestabilidad, busca de identidad y el estrés, fundamentalmente a nivel emocional y afectivo, que desencadena episodios de crisis relacionales en distintos ámbitos: personales, familiares y societarios. Indudablemente, el sentimiento de impotencia cara a inestabilidad, construcción de la identidad y estrés haga que se depositen en la en la familia las expectativas de que desde ella es posible

modificar una trayectoria tan ininteligible que recaí sobre la adolescencia y sobre la adquisición de una imagen corporal idealizada.

Esta imagen corporal, se transforma así en la medida de valor del individuo, el cuerpo urbano es aquél cuerpo “sex-appeal”, sano, delgado, fuerte, andrógino, es decir un cuerpo preparado para una sociedad altamente competitiva con determinados valores hegemónicos. Estos valores son: la belleza, la autonomía, el autocontrol, la juventud y el poder económico. Es en este contexto, donde juega un papel crucial la estética corporal, la belleza física; quién no la posea, o crea no poseerla, hará todo lo posible por lograrla. La imagen corporal se interioriza por múltiples vías desde la infancia opiniones (familia, amigos, medios de comunicaciones, moda, publicidad, valores, etc. Este cuerpo se adquiere no es un don de la biología (Saslavsky & Cora, 1996).

El adolescente, en general está insatisfecho con su imagen corporal, lo que contribuye al surgimiento de disforias psicológicas. Hay una fuerte evidencia de que el rechazo de la figura del cuerpo es un factor de riesgo productor de los comportamientos y actitudes alimentarias negativas y está relacionada con la obesidad, la baja autoestima y síntomas de depresión (Field, Javaras, Aneja, Kitos, Camargo, Jr., & Taylor, 2008).

En la adolescencia, la percepción y opinión que expresa su grupo de iguales y familiares, tiene mucha importancia y por ello muchos pacientes exteriorizan que las burlas de amigos y familiares fueron el desencadenante de su trastorno alimentario. (Raich, 2011). Los trastornos alimentarios se desarrollan en esta etapa de la vida (Guelar & Crispo, 2000) y suelen estar vinculados con la dificultad de resolver conflictos ligados al crecimiento, pueden sentirse obligados a encajar en los roles o expectativas marcadas por la sociedad o pueden surgir conflictos con el medio familiar.

Los autores (Connor-Green, 1988, Heatherton, Nichols, Mahamedi, & Keel, 1995; Pemberton, Vernon, & Lee, 1996; Santonastaso, Zanetti, Sala, Favaetto, Vidotto, &

Favaro, 1996) denotan que estos trastornos tienen su inicio en la adolescencia. En esta dirección, Morandé y Casas (1997) argumentan que, el inicio de los TCA, coincide con la adolescencia en un 80% de los casos, de acuerdo con su práctica clínica. En la adolescencia, se producen los cambios físicos y psicológicos procedidos de la pubertad y en muchas ocasiones un desarrollo puberal precoz o problemático, incide en un mayor riesgo de vivenciar un trastorno alimentario. Los TCA se presentan cada vez a edades más tempranas. En la última década, la edad de aparición ha disminuido en 12 meses, manteniéndose a la vez su prevalencia en edades más avanzadas, lo que ha implicado que la progresión de los TCA sea etiquetada como epidémica en sociedades avanzadas (Peláez, Labrador, & Raich, 2004).

Los TCA afectan prioritariamente la adolescencia, comprende de los 15 a los 25 años, vislumbra la fase de mayor riesgo, etapa crítica y de gran vulnerabilidad para el inicio de los TCA, aunque se considera que en la contemporaneidad coexisten más casos de inicio muy temprano o bien tardío. Frecuentemente se demarca la edad media de inicio de la anorexia en los 14 años y la bulimia en los 17-19 (Raich, Rosen, Deus, Muñoz, Pérez, Requena, & Gross, 1992). La vulnerabilidad en la adolescencia, está en evidencia, porque los adolescentes, viven en proceso de construcción de su identidad y no han asimilado valores morales, éticos y normativos propios que les consientan huir a la presión de los modelos estéticos vigentes, uno de los factores asociados a la procura de un cuerpo cada vez más delgado (Rosen, 2003).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, son considerados como la tercera dolencia crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma (González, 2007). Los TCA en adolescencia exhiben desafíos personales, los que corresponden ser atendidos por equipos multidisciplinarios con el objetivo de intervenir para evitar la cronicidad y las atroces consecuencias para el desarrollo biopsicosocial

del adolescente que lo padece. La inserción de la familia como coadyuvante es fundamental para cualquier tipo de tratamiento que sea ofrecido para su recuperación.

Los trastornos de la alimentación pueden acontecer de forma más precoces en la infancia, no obstante estos son más prevalentes en la adolescencia (Bryant-Waugh & Lask, 2005). La adolescencia es un concepto moderno, fue delimitada como una etapa determinada en el ciclo vital de la existencia humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX, pertinente a los cambios económicos, sociales y culturales, además al desarrollo industrial y educacional. La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (OPS/OMS, 1995).

Según Turón (1997), ocurrió una mayor prevalencia de los trastornos de la alimentación en las sociedades occidentales industrializadas, además pueden ocurrir en todas las clases sociales. Lo que no puede sorprender, tratándose de enfermedades con un gran componente patogénico sociocultural. Los TCA, en las sociedades más industrializadas, constituyen uno de los problemas que sobresaltan con mayor intensidad, en especial a los adolescentes, que obsesionados por la perfección de su cuerpo son víctimas de diferentes enfermedades mentales denotadas en los últimos años del siglo XX e inicios del siglo XXI en antítesis a la alimentación y dieta sanas.

2.5. Alimentación y dieta

Considerando que la alimentación, y la dieta saludable, son primordiales para adquisición de una imagen corporal que cumpla los criterios de belleza, se torna muy complejo consumir este modelo, principalmente en adolescencia, que es una etapa de la vida caracterizada por rebeldía manifestada por el rechazo a las reglas establecidas y a todo lo que signifique autoridad, la juventud, mezclada en una sociedad consumista en la que tener, poseer, disfrutar, ganar, alcanzar éxito y en la que no hay límites, todo puede, todo fluye, no hay interdictos y nada permanece, el actual, velozmente se hace. El deseo de estar delgado y la insatisfacción corporal (Woelders, Larsen, Scholte, Cillessen, & Engels, 2010).

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Implica a la ingesta alimentaria, esto es, a la cantidad y tipo de alimentos de la dieta, pero también a los hábitos y sentimientos que se establecen en relación al acto de comer. Es reconocida la tremenda complejidad de los factores que determinan la conducta alimentaria de un individuo y que se relacionan con una red de influencias de tipo biológico, familiar y social. La conducta alimentaria envuelve el acto de ingesta, relacionado con aspectos psicológicos sociales y culturales, además incluye una selección y decisión cuantitativas y cualitativas de qué alimentos han de ser consumidos (Viana & Sinde, 2003).

Todo ser vivo necesita comida y bebida para mantener las funciones vitales; sin embargo en la especie humana la alimentación no sólo representa una conducta biológica de supervivencia, necesidad, sino algo representado de un significado cultural, social, psicológico y hedónico. Principalmente en la adolescencia el ansia descomunal para poseer una imagen corporal magnífica, cobra gran relevancia, y para unos individuos, empiezan a ponerse a dietas y posiblemente como consecuencia patologías, intrínsecamente, los TCA. Los mismos tienen gran prevalencia, en los adolescentes,

considerando que están esencialmente preocupados por el cuerpo y la apariencia física y acceder una imagen corporal propia con el ideal de belleza vigente (Monleón, Perpiñá, & Botella, 2003).

La alimentación es el aporte de todo tipo de productos (alimentos) ya sean naturales o transformados, que ingeridos dan al organismo lo que necesita. Supone un conjunto de procesos por los cuales el organismo ingiere y asimila nutrientes necesarios para su funcionamiento. Se trata de una conducta en que históricamente ha ido evolucionando de un mecanismo puramente instintivo a algo mucho más complejo y elaborado.

El hambre denota el instinto primario, contempla la sobre vivencia. En cambio, el apetito, es una sensación más complicada, debido la selección de alimentos, para no sólo saciar el hambre sino también tener placer, disfrutar de la comida. No obstante, una conducta alimentaria alterada, no sólo puede producir déficit nutricionales sino también afectar la interacción y la salud mental del individuo. La alimentación ha ido evolucionando a medida que la inteligencia del ser humano ha sido capaz de adaptar el entorno a sus necesidades. La alimentación, es una conducta universal, con gran implicación cultural y social aprendida, encaminada al mantenimiento y equilibrio vital y de la propia existencia.

El acto de comer es una conducta consciente inter regulada por factores endógenos que modulan apetito y saciedad y por factores ambientales o cognitivos. La alimentación humana está mediada por variados estilos de vida, modelos, costumbres, distinciones, conductas, actitudes, apetitos, lo que demuestra la complejidad a la que el individuo se confronta al ponerla en la práctica. De esta manera se explica que factores psicológicos, sociales y culturales formen parte del proceso de la alimentación. Esta fue evolucionando a medida que la inteligencia del ser humano ha sido capaz de adaptar el

entorno a sus necesidades y se encuentra directamente correlacionada con la salud, por ello la adquisición de hábitos alimentarios sanos contribuye a mejorar la nutrición y lograr calidad de vida. La ingesta regular de alimentos ricos en nutrientes y en cantidades adecuadas tendría que constituir un patrón de conducta universal entre hombres y mujeres. El proceso de alimentación es por tanto un comportamiento que comprende todas aquellas prácticas derivadas de la ingesta de alimentos, definidas dentro de un contexto social y cultural, apoyadas en el sistema normativo interiorizado por el individuo en relación a la alimentación (Carrasco, 1993).

Toro (1999) cita Baas et al. (1995), que enfatiza la importancia de la alimentación, en la infancia y en la adolescencia como también a lo largo de la vida y en el cotidiano, efectúa diversas funciones y significados: dentro ellas se destacan satisfacer la hambre y nutrir el cuerpo; simbolizar experiencias emocionales, expresar cariño, representar seguridad, afrontar al estrés psicológico y emocional, manifestar la pertenencia a un grupo social, significar estatus social, iniciar y mantener relaciones afectivas y de negocios, suministrar encuentros de orden comunitaria, ejecutar poder político y económico, simultáneamente, ser en sí mismo manifestación de salud o enfermedad física o mental, como en el caso de los trastornos de la alimentación. En la clínica, el manejo de la expresión, trastorno, involucra la presencia de una anomalía o alteración de una función, estructura o comportamiento.

La nutrición, consiste en una serie de procesos que realiza el organismo, después de ingerir los alimentos, para transformarlos en nutrientes, que son en realidad los que reparan los continuos desgastes de materia y energía que sufre nuestro cuerpo. Procesos fisiológicos como la digestión, la absorción, el transporte y metabolismo de los nutrientes. El individuo, precisa comer para vivir y desarrollar sus actividades. Sin embargo, la comida se asocia algunas veces a un premio o un castigo. La alimentación,

es un proceso fundamentalmente fisiológico, en el hipotálamo se encuentran ubicados los centros del hambre (zona lateral) y saciedad (zona ventro-medial) a estas zonas, llega información de otras áreas del sistema nervioso que intervienen en la digestión. Esta información es conducida mediante mensajeros químicos (hormonas) o impulsos nerviosos. Desde el análisis cualitativo, se cree una alimentación equilibrada aquella que proporciona una energía suficiente procedente en 50% de los carbohidratos, en un 30% de proteínas y en 20% de las grasas (Pérez-Gaspar 2004).

En la en la conducta alimentaria, según la concepción de Lahortiga y Cano (2005), se encuentra involucrados dos procesos básicos en que conviene distinguir: el hambre y el apetito. El hambre, refleja la necesidad de comer. Es una necesidad visceral, independiente de la voluntad. Por el contrario, el apetito es “el deseo de comer” es ese dispositivo propio de la voluntad y consciente, psicológicamente activo y relacionado con experiencias sensoriales anteriores. El hambre como fenómeno, es una sensación más bien desagradable, mientras que el apetito se halla como algo placentero. Otro aspecto importante de mencionar que ocurre en los trastornos de la conducta alimentaria graves, en los que se ha perdido la capacidad de captar los signos de hambre y saciedad que envía el organismo. Por tanto, la conducta alimentaria implica en una serie de significados tan diversos donde lo más prudente es recalcarla en un sistema de recompensas para la salud, que se va a obtener al seguir una dieta saludable como la propuesta en la pirámide alimentaría, que denota los patrones para mantener el cuerpo sano, a través de una interacción cotidiana correcta con los alimentos. La alimentación es un acto voluntario y consciente que se puede educar y modificar, para lo cual es muy importante que se conozcan los alimentos, cómo se agrupan, qué tipo de nutrientes tienen, cómo utilizarlos. La conducta alimentaria implica el acto de ingesta, relacionado

con aspectos cuantitativos y cualitativos, selección y decisión de qué alimentos se deben consumir (Viana & Sinde, 2003).

En este sentido, la pirámide de la alimentación es una guía, en las sociedades actuales, acerca los alimentos, cómo se agrupan, y lo qué consumir en el diario. No es una prescripción rígida, pero es una orientación general que le permite escoger una dieta saludable que es recomendable .La pirámide sugiere la deglución de una variedad de alimentos para que se consiga los nutrientes que se necesita y al mismo tiempo la cantidad adecuada de calorías para mantener un peso saludable. Basado en la moda y en los medios de comunicaciones, se puede imaginar que el peso es fácilmente controlable y que al cumplir determinadas pautas alimentares se controla el peso e incluso se logra el deseado “peso ideal” Realizar dietas muy severas: comer extremadamente poco, evitando ciertos alimentos por considerarlos "prohibidos". Esta postura y la creencia de que controlar el peso es muy fácil, es errónea, porque existen diversos factores que influyen en el peso corporal, se destaca: el balance nutritivo, la ingesta y el gasto energético, representado pela actividad física.

La alimentación humana no está determinada sólo por cuestiones biológicas, sino que se encuentra influida por factores psicológicos, sociales, económicos y culturales. En el siglo XXI, se produce un crecimiento de las dietas, concomitantemente se ha experimentado un crecimiento exponencial de la mala alimentación y de la obesidad convirtiéndose ya en la primera epidemia provocada por el cambio en el estilo de vida.

Como forma de corroborar un estilo de vida saludable deberse seguir la pirámide alimenticia porque además de clasificar los alimentos, de acuerdo con su grupo alimenticio, ella, propone la ponderación en el consumo de grasas, sal y azúcares agregados, incluye al ejercicio físico regular como un elemento substancial

intrínsecamente de un estilo de vida saludable. Una nutrición ajustada promueve la compra de los alimentos sanos y continúa con su correcta preparación para el consumo. La Pirámide Alimenticia hace énfasis en alimentos que hay que consumir diariamente. Está recomendada para todo tipo de personas a partir de los dos años de edad. Cada grupo de alimentos provee parte de los nutrientes necesarios, así que los alimentos de un grupo no pueden reemplazar a los de otro. Además es un factor de protección para patologías vinculadas a conducta alimentaria.

La pirámide de la alimentación, destaca alimentos de los seis mayores grupos y la relevancia del ejercicio físico. Cada uno de estos grupos provee de algo pero no de todos los nutrientes que necesitas. No hay un grupo de alimentos más significativo que otro, para una buena salud. En esta perspectiva para comprender mejor el concepto de alimentación equilibrada, señalase a seguir el modelo de la “Pirámide Alimenticia.”



Figura 5. Pirámide alimenticia. Tomada de Adam (2014).

El propósito de la pirámide alimentaria, es representar las recomendaciones para la alimentación sana diaria en una forma gráfica, factible de entender por todos incluso por individuos de poca escolaridad. Además puede usarse como una útil herramienta dietario para promocionar el control del peso corporal. Sin embargo, debe ser utilizada contemplando las necesidades nutricionales de cada persona y destaca la primacía de la actividad física, acompañando todos los grupos alimentarios. Tobal, Díaz y Acre (2003) ratifican que los costumbres alimentares saludables son imprescindibles para el rendimiento en el desarrollo de una actividad física y manutención de la salud. Esta postura faz parte del paradigma de protección contra las patologías de la alimentación en relación con los dictámenes del ideal de belleza y de la imagen corporal extremadamente delgada. Las imposiciones socio-culturales mantener un cuerpo “ideal” demandan una mayor valoración del peso y de la forma, consiguiendo generar en el adolescente, sobre todo aquellos con obesidad, una gran insatisfacción corporal y como secuela el riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos (Xu, Mellor, Kiehne, Ricciardelli, McCabe, & Xu, 2010).

La conducta alimentaria está relacionada con el comportamiento, con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades tragadas de ellos. La conducta humana con respecto al alimento ha variado infinitamente desde los orígenes del hombre. El culto al cuerpo y la obsesión por la subcultura “*light: fast food y slow food*”. La generación “light” se ha integrado en la cultura pos-moderna, como un ritual bárbaro que hace cuantificar cualquiera tipo de alimento que pueda ingerirse, ya sea en forma de píldoras, barritas, e incluso cualquier imitación de alimento que se le parezca con la mitad de calorías o ninguna. La denominada “industria del peso” (tratamientos adelgazantes, gimnasios, masajes, productos “light”, cremas reductoras, tratamientos de institutos de belleza) así

como los medios de comunicación, catálogos de moda, y spots publicitarios ofrecen una imagen positiva de la delgadez. En consecuencia, sucedí la modificación de los hábitos alimentarios para conseguir una Imagen adecuada a la estética dominante (Abraham, 2003).

El modelo estético corporal delgado vigente, está en el orden del día. La internalización del ideal de delgadez y el hecho de ponerse a dieta, pueden contribuir a la insatisfacción de la imagen corporal y esto a su vez, logra promover la restricción dietética, la baja autoestima y la depresión entre los individuos, determinando la ocurrencia de los TCA (Shroff & Thompson, 2006a). Vigilar la alimentación a través de dietas restrictivas, demandada por la imposición sociocultural, para atender a una imagen corporal cada vez más delgada, son conductas, que pueden generar daños a la salud, como también conllevar a los TCA e/o sobrepeso y obesidad (Quandt, 1999).

La preocupación vigente excesiva sobre la imagen corporal delgada, tiene como resultado una gran cantidad de alteraciones sobre la percepción, que traen como secuela, en muchos casos, la realización de dietas y patologías, como los TCA, gestionando ajustar frenéticamente la imagen corporal a los ideales de la sociedad de consumo. Los trastornos de alimentación son más frecuentes en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida (González-Juárez, Pérez-Pérez, Martín, Mitja, Roy, & Vázquez de la Torre, 2007).

Los motivos para iniciar una dieta son similares en función del género, manifestándose, que no se inicia una dieta porque sea sanamente ineludible descender de peso, sino por la percepción distorsionada del cuerpo y para cumplir los modelos estéticos de belleza. No obstante, en algunos individuos, se demuestra que el modelo alimentario de obesos es más inadecuado que el de los individuos normales o el de los de bajo peso. Las personas obesas hacen un uso repetido e inadecuado de dietas y dejan,

continuamente, las mismas, quedando demostrada la relación entre alimentación, imagen corporal y TCA (Kortabarría, Maganto, Iriando, & Macías, 2010).

No se puede dejar de lado, impune, que de manera camuflada la "industria del peso y del adelgazamiento" que se rigen por intereses económicos, sin interesarles las terribles derivaciones que de ellos se puedan proceder. Precisamente, castigan con anuncios de publicidad que plantean dietas maravillosas y productos "light", promoviendo la ideología de que la felicidad reside en lograr un "cuerpo danone", delgado para el género femenino y un cuerpo musculoso y atlético en varones. De igual forma, son las pizzas y las hamburguesas, además del envío a domicilio, tratasen de una cultura anti gastronómica importada de los Estados Unidos (EEUU).

Los múltiples e imprecisos mensajes que reciben los consumidores pueden llegar a explicar la razón de la escasa utilización de la pirámide alimentaria y porqué son tan atractivas las dietas sensacionalistas. Las estrategias extremas de control del peso corporal pueden percibirse como compatibles en el corto plazo con los estilos de vida de los consumidores y con la promesa de soluciones "rápidas y fáciles". El mercado del adelgazamiento: los medios de comunicación junto con mensajes verbales lanzan imágenes de cuerpos que sutil o incultamente van destilando mensajes y señales que suministran la difusión y consecuente interiorización de la cultura de la delgadez vigente en las sociedades industrializadas. La preocupación actual excesiva sobre la imagen corporal como consecuencia está provocando una gran cantidad de alteraciones sobre la percepción, que traen como consecuencia, en muchos casos, la realización de dietas y patologías, como los TCA, procurando adecuar frenéticamente posible la imagen corporal a los ideales de la sociedad de consumo (Monleón, Perpiñá, & Botella, 2003).

La ideación de un cuerpo perfecto hace con que los individuos tengan un cambio substancial en la forma de alimentarse y otorgue excesiva importancia a alimentos en muchos casos artificiales, lo que provoca puede trastornos metabólicos importantes. En la actualidad, en el mundo occidental está de moda un modelo estético corporal caracterizado por un cuerpo delgado, denominado tubular, andrógino (Santrock, 2004). Posiblemente el deseo de tener un cuerpo tubular, andrógino y no conseguir, genera una baja satisfacción con la imagen corporal, en algunos individuos, puede genera un elemento de motivación para iniciar una dieta, como también la implicación en conductas no saludables de control del peso, que a su vez, puede también desencadenar una ingesta compulsiva de alimentos y ganancia de peso, con el consecuente sentimiento de fracaso por no alcanzar la reducción de peso. La dieta es el predictor más importante para los TCAS (Isomaa, Marttunen, & Kaltiala-Heino, 2010).

El motivo de que las mujeres no se hallen satisfechas con su peso y hicieren dieta, es porque ambicionan estar más delgadas, inclusive las de bajo índice de masa corporal, IMC, por otro lado, la evidencia corrobora que no se halla en los hombres. Por consiguiente, debido la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal el sexo femenino utiliza más el patrón alimentario de dietas (Maganto & Cruz, 2008). Una dieta es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. El concepto proviene del griego “*diáita*”, que significa “modo de vida”. La dieta, por lo tanto, resulta un hábito y constituye una forma de vivir. A veces, el término puede ser destinado para indicar algunos regímenes específicos para descender de peso o para luchar en contra algunas patologías (Ramos, Rivera, & Moreno, 2010).

En las sociedades pos-modernas, el cuidado con la imagen corporal, se coloca como una tendencia a ser cumplida. Conservarse en el peso ideal, consumir los cánones

de belleza y de estética, estar sano, hacer ejercicio, hacer dietas o alimentarse correctamente, es ineludibles para un poseer un cuerpo sano y delgado. Estos atributos están encuadrados en diversos segmentos de la sociedad, trabajo, moda, educación, familiar, y relaciones interpersonales. De este modo, tornase usual y rutinario abordar el tema de la dieta en el cotidiano. El inconveniente no reside en se poner a dieta, la dificultad es cuando el individuo, no consigue detenerse y exagera en la ingestión mínima. Condición esta que puede conllevar a desarrollar un TCA. La dieta, un fenómeno conductual cada vez más común entre individuos, está implicada en la patogénesis de los trastornos alimentarios, de modo que hacer dieta, sin orientación de un profesional, para adelgazar se considera como el factor predictor más importante de la aparición de un nuevo caso de TCA (Halvarsson et al., 2002).

El estilo de vida de algunos individuos, logra conllevar a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad física, que pueden, se convierten en factores de riesgo para algunas patologías crónicas como los TCA. Sin embargo, la dieta saludable, es considerada como un factor de protección en relación al desarrollo de los TCA y la obesidad. Es la dieta que aporta cualidad al alimentarse que contribuye para ingesta de alimentos variados en cantidad y calidad, adaptada al perfil individual. Tener una alimentación equilibrada no es ingerir mucha comida, ya que es tan importante la cantidad como la calidad de la misma. No obstante, la dieta, puede también ser un factor de riesgo y vulnerabilidad para padecer un TCA o sobrepeso y obesidad. En este caso son las dietas mágicas, o, sin respaldo científico pueden ocasionar efectos perniciosos para la salud.

En concreto, estas dietas sin fundamentos científicos, contienen toques exóticos, otros cómicos, pero la mayoría poseen un denominador común, y es que a la larga, son peligrosas y no sólo no consiguen cambiar los malos hábitos, sino que acentúan los

errores en la alimentación (Seedo, 2010). Por ejemplo, los sujetos obesos con trastorno por atracón, TA, se preocupan frecuentemente por su forma y peso corporal y en seguir una dieta; tienen una imagen corporal negativa y fuertes impulsos para comer en exceso (Kuehnel & Wadden, 1994).

La promoción dietas sanas y actividades físicas que son parte integrante de un estilo de vida saludable, reducen considerablemente la contingencia de padecer no solo, sobrepeso, obesidad, sino otros trastornos como de la alimentación. La relación entre las dietas y los trastornos de la conducta alimentaria es muy estrecha, ya que la práctica de las dietas pueden constituir una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo del trastorno; por ejemplo en algunos casos de pacientes diagnosticados con anorexia y bulimia, la enfermedad se inicia con una dieta con la que pretende mejorar la imagen corporal, pero además, son necesarias otras variables como las personales o familiares, una baja autoestima, un estado de ánimo depresivo, para su desarrollo posterior (Amigo & Fernández, 2004).

Muchas veces conductas inadecuadas para bajar de peso como las dietas, son utilizadas como estrategia de lograr la apariencia ideal. Los adolescentes a menudo utilizan tácticas como forma de control de peso. Dentro ellas, la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos auto-infligidos, el uso de laxantes y diuréticos, porque creen que se convertirá en beneficios físicos y psicosociales. Sin embargo, posiblemente la dieta restrictiva sea una de las estrategias más utilizadas y en la actualidad está inserida en la cultura vigente, que es en algunos casos, una estrategia efectiva para lograr el cuerpo delgado esperado (Stice, Ng, & Shaw, 2010).

El miedo a engordar, como entidad clínica interfiere en el desarrollo provocando un descenso en el crecimiento y desarrollo puberal, voluntariamente sucede la reducción de la ingesta calórico como consecuencia de tener un miedo exacerbado a aumentar de

peso, posiblemente como consecuencia de influencias de la ideología vigente en las sociedades pos-modernas. En los trastornos de la alimentación muchos adolescentes poseen un temor casi mortal a engordar, lo que puede permanecer por innúmeros años posteriores al tratamiento y aún siguen pensando que su peso ideal es mucho menor que el real y, por ello, el pronóstico se hace más complejo. Los TCA, son considerados como uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes durante la adolescencia y en el grupo de adultos jóvenes (Hsu, 1996; Atkins & Silber, 1993).

Para Raich (2011), la prevalencia sobre el comportamiento de los adolescentes ante las dietas, indican un porcentaje muy elevado de chicas que siguen algún tipo de dieta para perder peso, alrededor del 40% en todo el mundo. Los aspectos socioculturales están mezclados en la etiología de los TCA, e insertado en éstos, se encuentra la dieta, como un factor de riesgo y también como maniobra para conseguir los valores ideológicos vigentes: la delgadez un arquetipo, modelo o ideal de belleza, que protagoniza el cuerpo femenino, como medio de designo social y la delgadez como equivalente al éxito, poder, felicidad, aceptación y valía. Convirtiéndole en el criterio central de evaluación, representando el éxito personal, profesional y social.

Ser delgada es ser la mujer pos-moderna, contemporánea, que goza de la admiración, de aceptación y tiene razones para auto valorarse positivamente y disfrutar de una auto-estima elevada. Por el contrario, no estar delgada, engordar, perder el control del peso, es fracasar, perder la capacidad de seducir, de agradar, de alcanzar sus metas y de triunfar. Estos valores están inmersos en la cultura de la comunicación, del hedonismo y del consumo (Toro, 2005).

La expresión trastorno de la conducta alimentaria describe a una serie de síntomas y emociones concernientes con la conducta de alimentación, el peso, y la comida y la imagen corporal (Troncoso, 2009; Raich, 2011). Los trastornos de la

conducta alimentaria pueden desarrollarse por la combinación de factores biológicos, psicológicos, interpersonales, sociales y culturales. Sentimientos inadecuados, depresión, ansiedad, soledad, así como problemas familiares y de relaciones personales pueden contribuir al desarrollo de estos desórdenes. La cultura con su deslumbradora idealización por la delgadez y el cuerpo perfecto, también son factores contribuyentes a los TCA. La presión por alcanzar el éxito por medio del cuerpo delgado, aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario; los pacientes con trastornos alimentarios cuentan excesivamente con el entorno para su sentido de la auto valía, que les hace más vulnerables a las presiones para conseguir el éxito (Russell, 1979; Garfinkel et al., 1980).

En el contexto la dieta, el ayuno es un factor de riesgo para predecir la bulimia, como también la restricción dietética. A lo mejor, la pérdida del control sobre la ingesta alimentaria se asocia a las tentativas de uso de estrategias frustrantes de adelgazamiento (como la dieta y/o las purgas) para contrarrestar los atracones y el aumento de peso. Lo que genera expectativas no alcanzadas y sentimientos de ineficacia para producir un cambio de peso, lo cual puede reforzar en algunas personas el aumento con la insatisfacción de la imagen corporal y de las conductas y las actitudes alimentarias negativas, que contribuyen para el surgimiento de TCA (Fairburn, Cooper, Doll, & Davies, 2005). Sin lugar a dudas, las dietas sin necesidad y sin control con el objetivo de perder peso o modificar, erróneamente, la figura son la primera causa de la aparición de los trastornos de la alimentación. Al tiempo que las dietas, el ejercicio físico se está revelando como el otro factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. La cultura vigente avala y promociona el ejercicio y el deporte más allá de lo saludable (Turón, 1996).

El sobrepeso y la obesidad logran desarrollarse a lo largo de la evolución de los TCA (Toro, 1996). En la actual sociedad del consumo, se impone al individuo un ideal corporal casi que imposible. Es debido a este contexto en que se ha elevado el valor de la exagerada delgadez en una evidente obstinación social por la imagen corporal espléndida, contribuyendo de esta manera, para los trastornos de la conducta alimentaria y de obesidad como uno pecado capital y la punición es el estigma social.

2.6. Obesidad y estigma social

En el marco global de las sociedades pos modernas occidentales, las actuales, se observó en el rito de paso de la modernidad a la postmodernidad que conllevó una metamorfosis rápida, caracterizada por conductas insólitas, las cuales perfilan al hombre posmoderno, que las asimila como deseos, y se hacen pasar por necesidades. Una sociedad sin ideología solidaria, sin fines participativos e interactivos, es ésta una sociedad contemplativa, a la que sólo se le invita participar a través del consumo. La sociedad postmoderna es la apoteosis del consumo, su extensión hacia la esfera privada y creciente difusión social. En esta cultura se relaciona la delgadez con la belleza, con el éxito social, la felicidad y la autoestima (Toro, 2004). No obstante, hay que señalar que el modelo estético de belleza, es una construcción social, que cambia en cada cultura (Camargos, Mendonca, & Duarte, 2009).

La sociedad contemporánea establece el ideal estético corporal propuesto y masificado por los medios de comunicación, e absorbido por la mayoría de las mujeres de la cultura occidental debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y imagen corporal atractiva. El ideal estético corporal imperante en la actualidad preconiza que ser guapa es igual a ser esquelética, lo que muchas veces es

biogenéticamente difícil de conseguir, suministrando la divergencia entre el tamaño corporal real y el ideal, concibiendo de este modo, la insatisfacción corporal. Precisamente, la internalización actúa como un componente céntrico en el proceso de la insatisfacción corporal que acontece a una edad prematura en algunos individuos (Koblenzer, 2003).

El perfil corporal femenino requiere juventud, belleza y delgadez (Pastor & Bonilla, 2000). No obstante, el perfil de la sociedad occidental vigente respecto a la alimentación es el exceso. La ingestión de alimentos desordenada y en cantidades superiores a las necesidades nutricionales necesarias diariamente, puede generar diversos trastornos de la conducta alimentaria. Además también la obesidad que consigue, por su vez, conllevar el síndrome metabólico asociada a diversas patologías como la diabetes mellitus, la hipertensión, la arteriosclerosis o mismo el cáncer.

Dentro de la categoría ya marcada, para conquistar este prototipo de belleza. Facchini (2006) señala que en las sociedades de consumo urbanas actuales, se instaura un arquetipo corporal: esbelto, bello, elegante, joven y delgado, al que se accede con dietas restrictivas, cirugías, ejercicio físico excesivo y el consumo de productos de regímenes. Es así como las dietas restrictivas, están relacionadas con la belleza corporal y la aceptabilidad social.

No obstante, es evidente, que en estas sociedades también hay otro modelo el de la obesidad, patología crónica, multifactorial, caracterizada por un aumento de grasa corporal e incremento de peso, y provocada por un balance energético positivo, está relacionada con factores causales como el deterioro de hábitos alimentarios y el sedentarismo (WHO, 2010). Cabe mencionar, la coexistencia de la obesidad con diversos factores en un mismo individuo; donde se destacan los genéticos, fisiológicos, patológicos, psicológicos y ambientales.

Desde esta perspectiva, puede ser considerada como una patología, genético, endocrina y ambiental, en donde los factores ambientales son primordiales para su expresión. Consiste en un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, cuyo resultado genera un balance calórico positivo. Entre los variados factores que determinan el aumento de la ingesta, hay mecanismos que abarcan desde las formas de vida, aspectos sociales, culturales, educacionales y personales, hasta el manejo del apetito y las sensaciones de hambre y saciedad. Pero no se han esclarecido exactamente los mecanismos de regulación del balance energético, cuyas alteraciones favorecen el incremento de la adiposidad humana. El impacto psicológico del estigma de la obesidad influye en la disminución de la autoestima y, como consecuencia una imagen corporal negativa (Grilo, Wilfley, Brownell, & Rodin, 1994).

La obesidad considerada desde una perspectiva psicosocial, queda evidente el estigma vinculado a imagen corporal, ha provocado un sufrimiento adicional a los pacientes además de la patología. Desde la óptica del individuo obeso que sufre el prejuicio, la estigmatización amenaza su salud física y mental. La obesidad tiene una etiología multifactorial en la que los factores de mayor fuerza se relacionan con los estilos de vida. La obesidad es una dolencia crónica y recidivante, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente, caracterizada por el almacenamiento excesivo de grasa en el tejido adiposo, que pone en peligro la salud y la expectativa de vida de la persona que la padece (Martín & Marín, 2009). La obesidad, es también, identificada por un aumento masa gorda e incremento de peso, y estimulada por un balance energético positivo, está relacionada con factores causales como el deterioro de hábitos alimentarios y el sedentarismo. El proceso de ganancia excesiva o anormal de grasa, en la obesidad representa un gran riesgo para la salud. Otro aspecto relevante de la obesidad, es su etiopatogenia que consiste en un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético

como también predisposición genética. Lo que conlleva a discriminación contra las personas obesas (Cash & Pruzinsky, 2000).

Además de los factores sociales, psiquiátricos y psicológicos influyen en el modelo de ingesta trastornado, además de diversidad de alimentos, así con un el elevado contenido energético, en disponibilidad, hacen que la alimentación vigente sea hipercalórico. En fin la sociedad fomenta considerablemente el acúmulo de grasa. La obesidad puede ser la resultante de un desorden del apetito o una reducción del gasto energético, derivado de causas ambientales o daños en la regulación endógena (Jáuregui, 2006).

Encuadrado en la obesidad, en la mayoría de los casos, se encuentra la gula. La expresión adviene del latín “gulam”, garganta y logra ser caracterizada como el exceso al comer por la ausencia de moderación su consumo exagerado de comida, en general, conlleva a la obesidad. Marcado por el consumo colosal de manera irracional o innecesaria, la gula también incluye ciertas formas de comportamiento destructivo como el consumo excesivo del alcohol, drogas o comida nociva para la salud. La gula o voracidad excesiva por llenarnos de algo, surge a lo mejor, cuando nos sentimos vacíos, carentes, solos o insatisfechos con la vida. Las sociedades occidentales, hostilizan la gula y obesidad y muchas personas están dispuestas a admitir abiertamente actitudes negativas hacia el obeso de manera explícita (Davison & Birch, 2004).

Los individuos con obesidad, principalmente en las sociedades contemporáneas tienen sido estigmatizadas, inclusive, alcanzando a la discriminación. La obesidad tiene consecuencias para quienes la padecen, no sólo en el plano físico sino en el social, psíquico y cultural. En general, la discriminación predice un gran número de molestias, físicas y psíquicas, tales como la baja autoestima y la depresión (Sobal, 1984). No es

difícil relacionar la figura corporal obesa, al estigma, la segregación social y a la disforia.

El estigma del peso desempeña un papel devastador en la vida cotidiana, la discriminación debido al imagen corporal son experiencias frecuentes para muchos obesos, y tienen serias consecuencias en su bienestar subjetivo y social. El estigma del peso logra patrocinar muchos signos de exclusión social, falta de respeto, comentarios inapropiados o burlas crueles. Además, de las representaciones negativas de las personas obesas, divulgada por los medios de comunicación de masa. Estos factores a su vez logran contribuir al aumento de los niveles de estrés, ansiedad y una reducción generalizada en la calidad de vida (Berry, 2008).

Ser obeso, instituye en la postmodernidad, un genuino estigma social y pecado capital. El estigma de ser obeso es un atributo profundamente desacreditador y denota actitudes y creencias negativas sobre el peso corporal. Enfrentarse al prejuicio y la discriminación, como que se expresan en forma de estereotipos, prejuicio y trato injusto hacia los individuos debido a su exceso de peso. En relación a los obesos, coexisten múltiples signos de estigma; suele expresarse mediante comentarios inapropiados o críticos, pero el estigma del peso también puede demostrarse mediante la exclusión social e incluso la agresión física. El prejuicio de la gordura o estigma de peso es una forma generalizada y cada vez más frecuente de discriminación social que involucra estereotipos negativos basados en el peso.

La obesidad es estigmatizada y segregada, con actitudes dañinas hacia el obeso e, inclusive logran poseer características únicas que las diferencian de otras. A raíz de lo anterior, todavía coexiste una imputación social de responsabilidad al obeso por su obesidad, se presume que uno es obeso porque así lo desea, porque come sin control y

con voracidad. La obesidad y el sobrepeso están relacionados con la pereza, ausencia de atractivos y éxito social (Ogden, 2005; Sherman & Thompson, 2005).

La obesidad está altamente estigmatizada, sobre todo en mujeres (Puhl & Brownell, 2006). Además discrimina a los sujetos con sobrepeso u obesos y segrega. Implícita y explícitamente se transmite el mensaje construyendo la noción de delgadez como valor indiscutible, auténtico e irrefutable, como modelo corporal a perseguir. A raíz de lo anterior, ser esbelta es ser una mujer moderna competente y auto suficiente. Por el contrario, no estar delgada, engordar, perder el control del peso, significa fracaso, carecer de la capacidad de agradar, de alcanzar las metas propuestas y de triunfar (Madden & Chamberlain 2004).

Los obesos, son estigmatizados por su imagen corporal, son percibidos como no atractivos, tontos, lentos y poco sociables o amistosos. Así como indolentes, insaciables, con falta de control y auto indulgencia. Al responsabilizarlos por su situación diferente, se les culpa y se les responsabiliza y hacen que padezcan de vergüenza, pena y remordimiento por la condición en la que fulguran (Mendelson, 2008).

En el mundo laboral, las personas con sobrepeso sufren discriminación repercutiendo negativamente en el hecho de tener puestos de inferior categoría, problemas con los compañeros de trabajo o problemas en los procesos de selección de personal. Estas personas tienen muchas menos probabilidades de ser contratadas que otros candidatos de peso medio igualmente cualificados, especialmente si el trabajo implica algún tipo de interacción personal con el público (O'Brien et al., 2008).

Las sociedades contemporáneas es un ambiente que facilita y promueve el desarrollo de la obesidad, caracterizado por muchos factores, tales como el fácil acceso a los alimentos de bajo costo, altos en calorías y agradables al paladar, la presión de los medios de comunicación mediante la imposición de una imagen corporal ideal, y por

otro lado, el consumo de alimentos poco saludables. La imagen corporal negativa en los individuos aumenta con el aumento en el IMC (Jackson & Chen, 2011).

En términos clínicos, se supone a un individuo como obeso en la medida que su peso total sobresale en un 20% el peso medio ideal para su edad, talla y sexo. El modelo estético corporal delgado, está en el orden del día. La internalización del ideal de delgadez y el hecho de ponerse a dieta, pueden contribuir a la insatisfacción de la imagen corporal y esto a su vez, logra promover la restricción dietética, la baja autoestima y la depresión entre los individuos, determinando la ocurrencia de los TCA (Shroff & Thompson, 2006a). Vigilar la alimentación a través de dietas restrictivas, demandada por la imposición sociocultural, para atender a una imagen corporal cada vez más delgada, son conductas, que pueden generar daños a la salud, como también conllevar a los TCA e/o sobrepeso y obesidad (Quandt, 1999).

La Organización Mundial de la Salud sugiere el uso del Índice de Masa Corporal IMC, donde se clasifica el estado nutricional. Conforme la tabla a seguir:

Cuadro 3. Clasificación del IMC modificada, OMS, 2010.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL CORPORAL EN FUNCIÓN DEL IMC		
	VALORES PRINCIPALES	VALORES ADICIONALES
INFRAPESO	< 18,50	< 18,50
DELGADEZ SEVERA	< 16,00	< 16,00
DELGADEZ MODERADA	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
DELGADEZ ACEPTABLE	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49

NORMAL	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
SOBREPESO	>= 25,00	>= 25,00
PREOBESO	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
OBESO	>= 30,00	>= 30,00
OBESO TIPO I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
OBESO TIPO II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
OBESO TIPO III	40,00 - 49,99	40,00 - 49,99
OBESO TIPO IV	50,00 - 65,00	50,00 - 65,00
SÚPER / SÚPER OBESO	>= 65,00	>= 65,00

La obesidad es un proceso de ganancia excesiva o anormal de grasa que representa un gran riesgo para la salud. Se trata de una dolencia que afecta, de manera adversa, el tiempo de vida y la condición general de la salud del individuo, esencialmente por el almaceno de grasa en arterias, órganos y cavidades internas (Mensorio, 2013). El IMC alto, la presión sociocultural para reducir el peso, y la comparación del cuerpo fueron factores de riesgo de realización de conductas de pérdida de peso. No estar satisfecho con el cuerpo predice el uso de estrategias extremas para controlar o favorecer la pérdida ponderal, lo que puede poner a los individuos en riesgo de aumento del peso y otros perjuicios para su salud. El origen esencial del

sobrepeso, un IMC igual o superior a 25 y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. Justificados a través del desequilibrio energético entre calorías consumidas y eliminadas. En las sociedades de consumo, en las últimas décadas, el fenómeno de la hartura de alimentos, provoca: un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que tienen un tenor elevado en grasa, sal y azúcares pero bajo en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. Además un descenso en la actividad física como consecuencia el sedentarismo, en un estilo de vida dañoso a salud, aumentando en gran medida el volumen de masa corporal (Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story, Sherwood, & Van den Berg, 2007b).

Se ha encontrado una asociación directa entre el Índice de Masa Corporal y la Insatisfacción Corporal (Blowers et al., 2003). La “Conferencia Fogarty”, en 1975, propuso el empleo del índice IMC, término acuñado por el belga Quetelet, en 1869, que investigando un marcador que permitiera evaluar el porcentual de gordura de los individuos encontró el índice lo cual tiene su nombre. Este expresa la relación entre peso y altura, es el cociente resultante de dividir el peso expresado en Kg por la altura expresada en metros y elevada al cuadrado. $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura (m)}^2$. El IMC es el parámetro más frecuentemente utilizado para el cribado del exceso de peso porque es fácil de determinar y tiende a correlacionarse bien con la grasa corporal (Serra-Majem & Aranceta 2004).

Este índice resulta de una manipulación estadístico-matemática del peso y la talla. Refleja más la estructura o constitución de una persona que la cantidad de grasa que posee (Martín, Gómez, Gómez, & Antoranz, 2002). La OMS (1995, 2000, 2004, 2010) ha determinado que es obesidad a partir de los 18 años como un IMC igual o superior a 30 kg/m² y al sobrepeso con un IMC igual o superior a 25 kg/m². No obstante, en individuos menores a 18 años estos valores no se pueden esgrimir ya que el

IMC en la infancia sufre alteraciones esencialmente con la edad (Cole, Freeman, & Preece, 1995).

En el proceso de la evaluación de la masa corporal, se diferencia dos grandes arquetipos de obesidad considerando la distribución del tejido adiposo: Obesidad abdominovisceral o visceroportar, (tipo androide- manzana). Con preponderancia del tejido adiposo en la mitad superior del cuerpo: cuello, hombros, sector superior del abdomen. Este tipo de obesidad, tanto el sexo masculino como en el femenino, se coliga visiblemente con un aumento del riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, aterosclerosis, hiperuricemia e hiperlipidemia, consecuencia directa del estado de insulina resistencia. La ganancia de peso en el área del abdomen, o sea en la cintura es muy comprometida.

Hay que subrayar también el otro tipo, obesidad femoroglútea (tipo ginecoide-pera) Se caracteriza por exhibir adiposidad en glúteos, caderas, muslos y mitad inferior del cuerpo. La circunferencia de la cadera se correlaciona negativamente con los diferentes factores de riesgo cardiovascular. Para definir obesidad abdominovisceral utilizase los siguientes parámetros: Índice cintura-cadera: perímetro cintura (cm)/ perímetro cadera (cm). Con parámetros de valores > 0.8 mujer y 1 hombre. Circunferencia de la Cintura > 100 cm. Diámetro Sagital Valor normal hasta 25 cm (Seedo 2007; Smith & Haslam, 2007).

Conforme figura a seguir: representa la obesidad abdominovisceral o visceroportar, tipo androide- manzana y la obesidad femoroglútea (tipo ginecoide-pera)

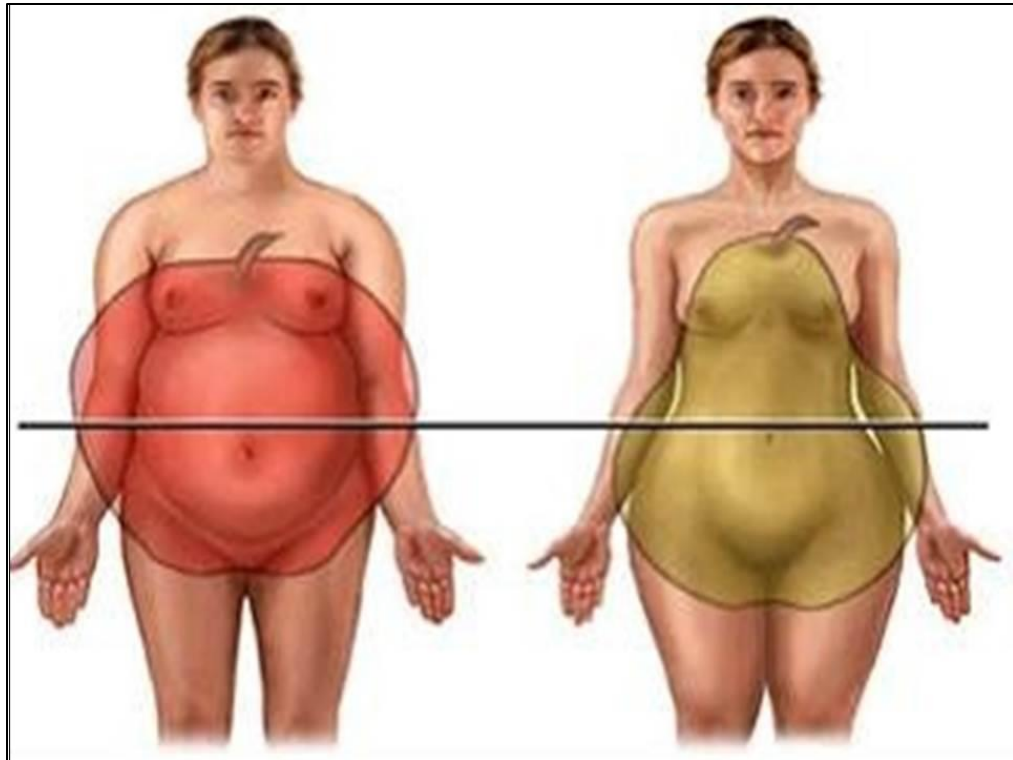


Figura 6. *Obesidad visceroportal y obesidad femoroglútea. Portal educação (2013).*

La autopercepción es concebida como la idea que un individuo tiene sobre sí mismo (González & HamChande, 2007). La imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales, por lo que espacios culturales diversos dan lugar a patrones estético corporales específicos para cada uno (Chávez, Macías, Gutiérrez, Martínez, & Ojeda, 2004).

Desde el punto de vista contemporáneo, los individuos que tienen exceso de peso parecen ser más propensos a mostrar insatisfacción con la imagen corporal, que sus colegas de peso saludable. No obstante, según Lawler y Nixon (2011), para algunos individuos, no hay ninguna asociación entre IMC alto y una imagen negativa de sí mismo fue observada. Se sugiere que la imposición de un estándar de belleza hace que las personas con exceso de peso que se alejan del ideal, sean vulnerables a la

insatisfacción con la imagen corporal. Continuando la discusión, Shin y Shin (2008), en sus hallados afirman, que la satisfacción corporal está relacionada con el índice de masa corporal (IMC). Las personas más obesas presentan más insatisfacción corporal que las menos obesas. Esta presión por estar delgado/a fue asociada con la Insatisfacción Corporal (IC) mediante la interiorización del ideal de delgadez (Morrison, Kalin, & Morrison, 2004).

Montero, Morales y Carbajal (2004) expresan que la imagen corporal obesa consigue venir a ser un predictor de los trastornos de la conducta alimentaria, y que los adolescentes tienden a despreciar un cuerpo obeso o con sobrepeso, debido a que socialmente coexiste la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal. Perpiñá (2000) corrobora esta postura al afirmar que la distorsión en la percepción de la propia imagen corporal se ha considerado tradicionalmente como una de las características centrales de los trastornos alimentarios, incluyendo también, en este caso, a las personas con exceso de peso. Por otro lado, es importante esclarecer que ni todos los individuos obesos poseen una imagen corporal distorsionada o son víctimas de cuadros psicopatológicos desenvueltos debido a su peso. Es necesario considerar este contingente poblacional de forma plural (Friedman & Brownell, 1995).

Al estar menos satisfechas con su imagen corporal obesa o con sobrepeso, algunos individuos presentaran conductas alimentarias de riesgo con mayor frecuencia. En apoyo a esta predicción, es importante, no perder de vista, que un mayor índice de masa corporal (IMC) se asocia con conductas alimentarias de riesgo (Machado, Silveira, & Silveira, 2012).

La obesidad, no es un trastorno mental. Todavía no se encuentra en el DSM-IV-TR APA (2002, 2014). No obstante, investigadores como Volkow y O'Brien (2007) han destacado la necesidad de su inclusión. La obesidad, según la clasificación de CID-10

(1992) y de la OMS (2007), esta patología está encuadrada en las endocrinas, nutricionales y metabólicas. Supone varias tipologías: enfermedades nutricionales; obesidad y otras formas de hiperalimentación, obesidad debida a exceso de calorías, obesidad inducida por drogas, obesidad extrema con hipo ventilación alveolar y Síndrome de Pickwick; otra obesidad y obesidad mórbida; además obesidad no especificada. La obesidad es una patología crónica que está relacionada con la sociedad de consumo en la que se utiliza el cuerpo delgado como un rito de paso para felicidad y adquisición de un estatus social, la figura esbelta se valoriza positivamente como sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo e inteligencia. Concomitantemente, cultura hegemónica en dichas sociedades, constata negativamente la gordura con enfermedad, fealdad, flojera, incapacidad e ineficiencia.

El estigma, de la sociedad consumista en relación a obesidad, pone a las personas obesas en una perspectiva difícil. Sobre todo a las mujeres que padecen obesidad, para quienes esta presión es más evidente. Esto, por supuesto, genera tensión, ansiedad y repercute negativamente en la valoración que se hace de uno mismo. Es importante subrayar el rechazo a la gordura y una obvia coerción hacia la delgadez. En estas sociedades, el paradigma de la imagen corporal esbelta y delgada, significa el triunfo, el éxito y aprecio personal. Encuadrada en el ciclo vital, la obesidad en la infancia y en la adolescencia es una circunstancia de elevado riesgo de para padecer de un TCA, actitudes y comportamientos alimentarios impropios para la pérdida de peso; insatisfacción con la imagen corporal, ser víctima de críticas y/o burlas por la familia y/o sus compañeros, ser víctima de emociones negativas, ansiedad, depresión y, incluso más alarmante, es la contingencia de que los adolescentes aprecien al mismo tiempo diferentes dificultades relacionados con el peso, una condición que logra persistir la alteración y evolucionar para un TCA (Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story,

Sherwood, & Van den Berg, 2007b).

La presencia de los TCA, poseen su base concretamente en el área de la salud mental, en la psiquiátrica. No obstante, los TCA, también están correlacionados a sobrepeso, obesidad, que no se trata de un trastorno mental, ni suele llevar asociados trastornos mentales. La obesidad, a veces, puede ser un factor de riesgo, para padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Pero algunas de sus características pueden ayudar a comprender más y mejor los trastornos de la alimentación.

Al hilo de esta cuestión, la obesidad es uno de los factores predisponentes a padecer TCA. Nótese que en estos casos, hay que presumir la existencia del involucramiento de las distintas dietas restrictivas y medidas purgativas que ponen en riesgo la salud y facilita el padeciendo de un TCA (Bolaños-Rios, 2009) Como forma preventiva de la obesidad, es de gran relevancia la educación nutricional, visando la modificación de la conducta en relación a los hábitos alimentarios, adquiriendo una alimentación sana, actividad física y un estilo de vida saludable.

La obesidad está altamente estigmatizada, sobre todo en mujeres (Puhl & Brownell, 2006). A todas las edades, el sexo femenino, vive menos satisfecha con peso y con su imagen corporal, siendo éste el factor en el que hay más discrepancia entre ambos sexos. La idea sobrevalorada de adelgazar y conseguir la felicidad, conlleva a someterse a un fuerte autocontrol caracterizado por estrictas dietas y por aumento de la actividad. Se poner a dieta no es sólo un factor intrínseco. Asimismo tiene repercusiones extrínsecas la imagen corporal. La dieta es uno de los dispositivos más usual para pérdida de peso, conocido universalmente. En este momento, tanto las mujeres como los hombres se intranquilizan por su peso. Al igual que cualquier otra invención en el mercado, la dieta posee algunos problemas. Uno muy grave, es que una dieta puede convertir el usuario en un paciente de TCA (Schonfeld, 1973).

Los TCA tienen un principio multifactorial y se describen por graves trastornos de la conducta alimentaria. Los individuos obesos con trastorno por atracón, TA, se preocupan frecuentemente por su forma y peso corporal y en seguir una dieta; porque tienen una imagen corporal negativa y fuertes impulsos para comer en exceso (Kuehnel & Wadden, 1994).

2.7. Imagen corporal: delgadez, éxito y felicidad

En los últimos años se está extendiendo entre las sociedades industrializadas el "culto al cuerpo", la imagen corporal perfecta, circunstancia que afecta sobre todo a los adolescentes. Estos sufren en silencio las consecuencias de una realidad cruel del mundo innovador: la dictadura de la belleza (Cury, 2005). Turón (1997) explica que actualmente la sociedad de consumo ha establecido un canon de belleza en la que ésta, se configura entorno a una determinada "imagen corporal" donde juventud, delgadez, hermosura, perfección, constituyen lo importante para lograr el éxito y la felicidad.

Este es el modelo de belleza que en sociedad de consumo, ha adoptado y tiene influido en gran medida, en los actuales "estilos de vida" y, en particular, en todos aquellos comportamientos relativos a la alimentación, al ejercicio físico y al cuidado personal. Todo lo dicho anteriormente supone, y coloca en evidencia el modelo de belleza imposto en la sociedad coetánea "el cuerpo delgado", sin considerar los aspectos relacionados al constructo salud y las estrategias utilizadas para obtención del dicho cuerpo fundamentalmente cuando tomado por modelo en la adolescencia. Para cumplir este modelo, la alimentación juega un papel fundamental.

El ideal estético dominante, en relación la imagen corporal delgada, en la actual coyuntura, preconiza que ser bella es igual a ser delgada, lo que muchas veces es

biológicamente sea arduo de alcanzar, suministrando la divergencia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo, la insatisfacción corporal. La imagen corporal tiene una mayor influencia sobre la autoestima, cuando delgada genera felicidad y éxito en la concepción de algunos individuos. La imagen corporal tiene gran influencia sobre la autoestima. La percepción de la imagen corporal es manejada a menudo como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen (Dowson & Hendersen 2001).

En las sociedades coetáneas, están los individuos, muy influenciados por la medida y preocupados en corresponder a los patrones de belleza que son presentados, innúmeras adolescentes mutilan su autoestima y muchas veces, sus cuerpos en busca de la acotación social y del deseco de imitar las modelos y actrices que tienen éxito en las pasarelas, en la TV, y en las tapas de revistas. La delgadez en las sociedades actuales se interpreta como un valor positivo, un objetivo a alcanzar, ser delgado es lo mismo que triunfar, ser feliz y tener éxito. El estereotipo corporal femenino exige juventud, belleza y delgadez (Pastor & Bonilla, 2000). En lo concerniente, la internalización de estos paradigmas de delgadez, felicidad, y éxito, son considerados como componentes importantes en el desarrollo de la insatisfacción corporal (Koblenzer, 2003).

La sociedad y la industria han colocado al alcance de las mujeres económicamente privilegiadas una diversificación de programas de dietas, ejercicios físicos, cosméticos, modelados de ropas estoicamente lindas, cirugía estética, enzimas botulínicas conocida comercialmente como Botox, para lucir estupendamente bien, estimulados principalmente por los diversos medios de comunicación. La relación del femenino con el estético y con las nuevas tecnologías es muy íntima. Entretanto el cuerpo, no puede ser cambiado y modelado a voluntad, porque hay que considerar los factores biológicos y genéticos que

tienen un protagonismo fundamental en los caracteres corporales (Wifrey & Rodin, 1995).

Las proposiciones socioculturales instauran que el ideal estético corporal planteado por la sociedad y divulgado por los medios de comunicación, es asimilado por la mayoría de las mujeres de la cultura occidental debido a la elevada sumisión histórica entre autoestima y atractivo físico (Raich, 2001). El individuo, cotidianamente, soporta a una gran coacción social a la que se ven subyugados. Víctima de este proceso se ubica algunas categorías de la población, en específico el sexo femenino, adolescentes y jóvenes, con la necesidad de seguir un modelo estético de extrema delgadez, haciendo con que la preocupación por la imagen corporal trascienda al ámbito de la salud física, y acometa también la salud mental (Abraham, 2003).

No obstante, el ideal de delgadez es casi improbable de ser alcanzado para la mayoría de las mujeres de manera saludable, mismo así, es aceptado, e interiorizado por muchas (Raich, 2001). El concepto de imagen corporal es multidimensional e incluye la percepción del propio cuerpo y de sus características, la auto-estima, aspectos cognitivos, actitudinales y comportamentales (Olza, Velilla, Quintanilla, & Sisteré, 1999; Espinoza, Penelo, & Raich, 2010).

Considerando que es usualmente improbable para el sexo femenino llegar a ese exagerado ideal de belleza la delgadez, viven continuamente decepcionadas en relación a la insatisfacción corporal. Esto a su vez, logra conducir a las dietas y por lo general a otros intentos inútiles y a menudo insanos, de perseguir la delgadez, en última instancia fomentando los trastornos de la conducta alimentaria (Koblenzer, 2003).

La influencia del ciclo de las relaciones proximales, familiares y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre la imagen corporal y comportamientos relacionados con la dieta, ya que estos aspectos se comparten dentro de la relación del

grupo. En virtud de este ideal de belleza es importante echar ojo a los casos de TCA relatados en muchas culturas, en las cuales el miedo mórbido a engordar y/o los trastornos de la imagen corporal o las conductas compensatorias, hacen parte de las relaciones cotidianas de los afectados (Chen & Jackson, 2008).

Vandereycken y Merman (1984) denominaron cultura de la delgadez, *culture of slenderness*, que según estos autores es parte de la cultura occidental y de los países desarrollados. Así que lograr la delgadez esta delgadez pasa a formar el ideario femenino y a constituir parte del rol femenino como lo asignan Toro y Vilardell (1987) al aludieren sobre la condición femenina en donde, el estar delgada es intensamente significativo en la actual sociedad y destacan un valor o criterio de enjuiciamiento personal tanto en el contexto intrapersonal como interpersonal. El ser delgada configura la condición de éxito, autocontrol, disciplina; aceptación, y felicidad destacando la condición femenina, entretanto estos valores no son tan rígidos para con el sexo masculino.

El hombre que no corresponde a esta ideología al no cumplir estos perfiles estéticos, mismo así, continúa siendo seductor, debido a otros atributos distintos de los estéticos. Sin embargo la mujer necesita intentar lograr mismo que sea adquirido, una imagen corporal seductora, un cuerpo delgado y bien delineado, para cumplir el ideal de belleza. La realidad es que alcanzar este ideal, obtener el cuerpo perfecto no es tan fácil (Guillemont & Lexenaire, 1994).

La obsesión por el primor del cuerpo aumenta progresivamente en el género femenino, ser "físicamente perfectos" se ha convertido en uno de los principales paradigmas de las sociedades desarrolladas. Los ideales de belleza establecidos en las distintas sociedades son un factor importante que marca algunos patrones físicos y de imagen corporal en los individuos (Amaya, Álvarez, & Macilla, 2010). Las mujeres, a todas las edades están menos satisfechas con su propio peso y con su figura corporal,

siendo éste el factor posiblemente, en el que posiblemente, hay más discrepancia entre ambos sexos (Schonfeld, 1973). Esta obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal son variables asociadas a trastornos de alimentación que están sujetadas al modelo estético corporal vigente (Cruz & Maganto, 2002).

Paradójicamente, los medios de comunicación de masa manifiestan mensajes de que ser delgado es perfecto, estimulan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza instituido, y por otro lado, hostilizan a los/las niños/ niñas y adolescentes con imágenes de alimentos de *fast food*, atractivos y deseables, pero insalubres. En este contexto, desde muy prematuro, niños y niñas que aún están en proceso de formación de la imagen corporal, absorben informaciones contrapuestas de los medios de comunicación que logran configurarse en situaciones muy perjudiciales en el proceso de construcción de la imagen corporal, del comportamiento alimentario y de la salud de los adolescentes (Schooler & Trinh, 2011).

La imagen corporal, IC, es un constructo muy complejo que envuelve la percepción que se posee en la totalidad del cuerpo y en específico de cada una de sus partes. La imagen corporal está compuesta por diferentes elementos: el componente perceptual, percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes, el componente cognitivo evaluaciones pertinente al cuerpo o una parte de éste, el componente afectivo, sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo y el componente conductual, acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción. Paul Schilder, en 1935, fue el pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal (García, 2004). Schilder fue el protagonista del estudio de la Imagen Corporal, más allá del dominio exclusivo de la neuropatología y fue el primero en dedicar sobre la temática de la IC (Buendía & Rodríguez, 1996). Las distorsiones en la percepción referentes a la imagen corporal

componen una de las manifestaciones de los trastornos alimentarios. La imagen corporal fue descrita por Schilder como la imagen que forma la mente del propio cuerpo; es decir, el modo en que el cuerpo de uno mismo se manifiesta.

Los individuos conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, están subyugados, a este ideal de imagen, aumentando el riesgo de desarrollar patologías en relación con la alimentación y las medidas y la figura del cuerpo. Muchas veces, influenciado por estas creencias, toman como modelo, el desempeño de los amigos puede influir en el nivel de satisfacción o insatisfacción, con la imagen corporal y en el segundo aspecto, motivar comportamientos relacionados con la dieta, ya que estos aspectos se comparten dentro de la relación del grupo. Es posible la realización de dietas por compañeros del grupo de referencia, que tenga fomentadas conductas de riesgo y el desarrollo de los TCA en el caso de muchos adolescentes. (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2010).

En el inicio de la década de 1960, en 1962, Bruch, investigadora planteaba que, la distorsión de la imagen corporal, demostrada por sobre-estimación de su tamaño, era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa. Y destacaba el papel determinante de la imagen corporal en el inicio y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En la actualidad, todavía permanece existiendo como un elemento importante en la recuperación de los TCA, indispensable en cualquier intervención terapéutica.

El trastorno de la imagen corporal, incluye dimensiones perceptivas, afectivas y cognitivas. Ganer y Garfinkel (1981) argumentan que las alteraciones en la imagen corporal, están relacionadas a distorsión perceptiva de la talla que produce una sobreestimación de las partes del cuerpo y alteración cognitiva afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la imagen corporal.

La evaluación de la imagen corporal se ha producido vinculada al estudio de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), utilizándose múltiples términos para definirlo: distorsión de la imagen corporal, sobrestimación, preocupación corporal o insatisfacción corporal. En los TCA, la imagen corporal es puntualizada como la representación mental de disímiles aspectos de la apariencia física, y su alteración, el desequilibrio o perturbación de la misma (Thompson, 1990).

En los individuos que padecen de trastorno de la conducta alimentaria, la distorsión de la imagen corporal puede fluctuar desde la condición leve a severamente. A veces, logra no ser detectable o hallarse latente y todavía ausente. Asimismo, su variación parece independiente de los cambios ponderales anorécticos y/o bulímicos que exhiba el paciente. De este modo, la dimensión de la distorsión se relaciona claramente con el nivel de la restricción alimentaria, con la gravedad de la condición y la intensidad de la negación de la misma. El nivel de la distorsión, tiene importancia como predictor del pronóstico, su persistencia ensombrece su evolución, y representa una situación de recuperación en la posible solución de las patologías alimentarias (Bruch, 1974). La preocupación actual excesiva sobre la imagen corporal perfecta, tiene como consecuencia en muchos casos, la realización de dietas y alteraciones sobre la percepción, causando insatisfacción con la imagen corporal, buscando adecuar lo máximo posible a los ideales de la sociedad vigente.

De este modo, se proyecta que la distorsión de la imagen corporal es un elemento céntrico de los trastornos de la conducta alimentaria, y que gozaría un espacio privilegiado en la intervención. Rosen (1992) resaltó que el trastorno de la imagen corporal desempeña un papel importante tanto en el pronóstico como en el mantenimiento de los TCA y que la ausencia de cambios en este nivel establece un riesgo de recaída. Además que todo tratamiento de los TCA debería contar con una

intervención específica sobre la imagen corporal. Considerando que, la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal es cada vez más frecuente, debido al miedo mórbido a engordar y generar cambios indeseables en la imagen corporal, conllevando a conductas compensatorias de alto riesgo para la salud (McChen & Jackson, 2008).

Blodgett y Gondoli (2011) explican que la insatisfacción con la imagen corporal y la etiopatogenia de los TCA están relacionadas a las presiones socioculturales, por ejemplo de los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales, la dieta, la moda, concentrados en un ideal de belleza inaccesible para muchos adolescentes. Al hilo de esta cuestión, los TCAS muchas veces son desarrollados por individuos que imitan los padrones una imagen corporal delgada, belleza, estética y la búsqueda de la felicidad, paradigmas vigentes en las sociedades de consumo, o sea, post-modernas.

En concreto, el individuo, es víctima de discursos influyentes los cuales, determinan el patológico y el no patológico en las la sociedad de consumo, asigna al individuo un ideal corporal que tiene su origen en padrones irreales y en la comunicación inadaptadas, y genera actitudes inadaptadas, como los TCA. Estos resultan de una gran preocupación por perder peso, ya que quienes la padecen suelen tener insatisfacción con su imagen corporal y baja autoestima, por lo que tienden a realizar rigurosas dietas o ayunos, ejercicios de gran intensidad, inducción de vómito e ingestión de grandes cantidades de laxantes y diuréticos (Hardit & Hannum, 2012).

La adolescencia está caracterizada, como una etapa donde suceden grandes cambios físicos, psíquicos, sociales y emocionales en un breve espacio de tiempo donde el rito de paso, es rápido y el desarrollo se torna dificultoso para la combinación de estos cambios a la imagen corporal. La delgadez se ha convertido en el ideal de belleza, la aspiración suprema, la clave del éxito personal, resultar atractivo o atractiva, es el

medio para obtener ciertos objetivos y emular a algunos personajes. La preocupación por el aspecto físico puede llegar a convertirse en una pesadilla, una prioridad que gobierna la vida personal y social. La obsesión por la delgadez, una imagen corporal estupenda y añadido la insatisfacción corporal son variables asociadas a trastornos de alimentación que están vinculadas al modelo estético corporal vigente (Cruz & Maganto, 2002).

Dentro de las etapas del ciclo vital, la adolescencia constituye una etapa evolutiva delicada del desarrollo personal y social del individuo. Desde hace tiempo, se ha discutido sobre la insatisfacción de la imagen corporal y TCA. Principalmente sobre las burlas de familiares y amigos sobre el peso. Situación que genera preocupación y actúa como un factor de fragilidad y riesgo de desarrollar TCA, y como táctica utilizar comportamientos inadecuados para controlar el peso y sobrepeso y hacer uso de las dietas restrictivas, atracones y conductas extremas para pérdida de peso debido las provocaciones por su aspecto físico, en comparación con sus colegas (Calderón, Forns, & Varea, 2010). Para Toro (1999) la insatisfacción corporal esta correlacionada entre las alteraciones de la imagen corporal y los TCA además, constituye la causalidad entre ambas. De la misma forma que la preocupación por la figura y la insatisfacción corporal son consideradas conductas de riesgo de los TCA

La distorsión en la percepción de la propia imagen corporal se ha convertido como una de las características principales de los trastornos alimentarios (Perpiñá, 1996). Os transtornos alimentares geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência (Bryant-Waugh & Lask, 2005). Los efectos negativos de las presiones por estar delgadas y las burlas y críticas por parte de familiares y amigos sobre el peso de los adolescentes puede favorecer la aparición y aumento de la baja autoestima. Considerando que a la belleza radica en una figura

extremadamente delgada que parece representar felicidad y éxito.

El modelo de belleza pro delgadez, está produciendo en el sexo femenino joven, una gran preocupación por la imagen corporal delgada y atractiva. Esencialmente aquellas más susceptibles a estos modelos. La internalización del ideal de delgadez representa un factor de riesgo en el desarrollo de la insatisfacción por la dicha imagen corporal. Al analizar la imagen corporal es importante considerar la influencia que poseen algunas imágenes publicitarias sobre ésta, las cuales, conseguirían estimular ansiedad por la delgadez, insatisfacción corporal, frustración con el peso, temor a no pertenecer al modelo estándar social, lo que conllevaría a un mayor riesgo de padecer de TCA (Morry & Staska, 2001). A raíz de lo anterior, en la sociedad de consumo, donde hay mucha competitividad, esta puede iniciar un proceso de comparación social y actitudes, aumentando los prejuicios, especialmente en los adolescentes, agravando la insatisfacción con su imagen corporal y comportamientos alimentarios negativos, constituyendo, por lo tanto, factores de riesgos en relación a los TCA (Paxton, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2006).

En el contexto de la salud, existen dos importante sistemas internacionales de clasificación para trastornos de salud mental: el DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, APA (2004) y el CIE, que hace la Clasificación Internacional de Enfermedades (WHO, 1992). A continuación se demuestra el origen evolutivo de los TCA y se describe los criterios diagnósticos, del DSM-IV-TR, en la cuarta versión revisada, donde se señala las tres categorías: anorexia nerviosa, AN, bulimia nerviosa, BN y trastorno de la conducta alimentaria no especificado, TCANE. Como también el trastorno por atracón, incluido en el apéndice B del DSM-IV-TR, como categoría en estudio e investigación (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby, & Engels, 2009).

2.8. Origen evolutiva de los trastornos de la conducta alimentaria y criterios diagnósticos, DSM-IV-TR

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), hacen parte de un grupo de disturbios psiquiátricos complejos, que se caracterizan por patrón inusual de la alimentación. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- Cuarta revisión (DSM-IV-TR; APA, 2002) tres diagnósticos de TCA, dos específicos, (F50.0) la Anorexia Nerviosa (307.1) y (F50.2) la Bulimia Nerviosa (307.51) y uno no específico, (F50.9) el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (307.50).

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), son las patologías de los TCA, Ambas se caracterizan por manifestar patrones alimentarios que afectan el estado emocional, físico y social del individuo al asumir conductas que pueden afectar la homeostasis del cuerpo. No obstante, la Anorexia Nerviosa e a Bulimia Nerviosa sean los TCA más estudiados e investigados y que tiene un mayor número de y publicaciones en las últimas décadas.

Otro trastorno que cobra relevancia es el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, TCANE, o "*Eating Disorder Not Otherwise Specified*"- EDNOS. Sin embargo, la AN y BN sean trastornos frecuentemente aludidas en los contextos clínicos y por los individuos en la sociedad, las publicaciones revelan que el TCANE representan actualmente la categoría diagnóstica más común de los estudios de prevalencia (Hay, Mond, Buttner, & Darby, 2008). El trastorno por atracón (TA) no es aún una entidad nosológica claramente diferenciada. Actualmente se encuentra clasificado como un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) en el DSM-IV-TR (APA, 2004).

El TCANE, es una categoría residual que incluye los TCA que no cumplen todos los criterios para AN o BN. A diferencia de lo que ocurren la AN o BN, es que el TCANE obtiene una creciente prevalencia en la última década. Específicamente, porque incluye los casos que cumplen todos los criterios para la AN, pero que permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal (incluso después de una pérdida considerable de peso), los casos que cumplen todos los criterios para BN, pero, cuya frecuencia de atracones y/o purgas es menor a dos veces a la semana, los casos en que las purgas o conductas compensatorias ocurren después de haber ingerido sólo una cantidad mínima de alimentos en individuo con peso normal, mismo así, hay casos que se mastica y devuelve los alimentos, y los casos que deben incurrir regularmente en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas, Trastorno por Atracón (Machado, Machado, Goncalves, & Hoek, 2007).

Hay que subrayar que los TCA, como algunas patologías mentales, tienen una etiopatogenia variada y un tanto incierta. En su etiopatología, se hallan implicados diferentes factores biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y múltiples estresores. La involucración determinada de cada uno de ellos aún no está conveniente explicitada. En lo concerniente el diagnóstico más frecuente es el trastorno de la conducta alimentaria, no especificado, TCANE, seguido por el de anorexia nervosa, AN y bulimia nervosa, BN. Todos estos trastornos comparten síntomas cardinales tales como la preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal (DSM-IV-TR; APA, 2002). Los Trastornos de la conducta alimentar hacen parte de un grupo de disturbios psiquiátricos complejos, que se caracterizan por patrón inusual de la alimentación y de actitudes erróneas sobre la importancia del peso y del

cuerpo. Específicamente, en relación a evaluación de la autoestima con base en el peso corporal (Goldman & Ausiello, 2010).

En fin, lo sistema de clasificación de las enfermedades mentales DSM-IV-TR, incluye entre los trastornos de la conducta alimentaria tres grandes categorías. Dos son trastornos específicos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y la tercera gran categoría se denomina trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Aquí se incluyen los casos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia o bulimia nerviosa pero en los que sí existe una alteración de la conducta alimentaria. A seguir se evidencia a caracterización de los TCA, propuesta por el DSM-IV-TR (2004).



Figura 7. Clasificación de los tca, (dsm-iv-tr- apa, 2002).

La anorexia y la bulimia nerviosas son patologías conocidas desde épocas añejas. La enfermedad existe desde la antigüedad, se conocen casos descritos desde los

siglos lejanos. Ambas enfermedades, la anorexia y la bulimia nerviosas, aparecen desde los tiempos remotos. Esto no pretende expresar que hace años no se exhibieran casos de estos desórdenes alimentarios. La cuestión es que hace años los signos y síntomas no eran los mismos de hoy. Actualmente es posible asociar los signos y síntomas del pasado con los del contemporáneo y se logra afirmar que si eran síntomas de esos trastornos del comportamiento de la conducta alimentaria. En la actualidad, existe la mayor ocurrencia de dolencias de origen biopsicosocial, en especial los TCA, que envuelven varios sistemas del cuerpo y los aspectos inherentes al individuo y sus relaciones interpersonales.

Hay que subrayar los diferentes modelos estéticos corporales, que han sido apreciados de manera diferenciada en disímiles épocas de la historia. La inquietud por la imagen corporal no es exclusiva de la contemporaneidad, hace parte de la historia. Las sociedades históricas construyen su propio cánones de belleza y cada cultura desenvuelve diferentes nociones sobre la propia imagen, forma y ornamento del cuerpo. Actualmente, en el mundo occidental está de moda un modelo estético corporal caracterizado por un cuerpo delgado, denominado tubular, andrógino (Santrock, 2004).

Como fue destacado, los más conocidos tipos de trastorno de la conducta alimentaria, son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, considerando que ambos poseen como características comunes una intensa preocupación con el peso y el miedo excesivo de engordar, además de una percepción distorsionada de la forma corporal y la auto-evaluación basada en el peso y en la forma física (Nunes & Vasconcelos, 2010).

Son trastornos multifactoriales que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. El diagnóstico más frecuente durante la adolescencia es el de trastorno de la conducta no especificado, seguido por el de anorexia nervosa y bulimia nervosa. Todos estos trastornos comparten síntomas cardinales tales como la preocupación

excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal (Hay, Mond, Buttner, & Darby, 2008). En relación a los trastornos de la conducta alimentaria, en este capítulo, será evidenciado el origen evolutivo, especialmente la AN y BN, debido los diversos contextos societarios. Además de la caracterización de los trastornos de la conducta alimentaria.

Pautada en una breve retrospectiva histórica, procurase, justificar el origen evolutivo, de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa, aún hoyen procesos de discusión. Los trastornos de la conducta alimentaria, son muy añejos, se señalará una revisión histórica que corrobora la existencia de esas patologías, anorexia y bulimia nerviosas, a lo largo de los diversos contextos históricos. Cabe mencionar, también, las posibles relaciones psicopatológicas de estos trastornos con los actuales.

2.8.1. Anorexia nerviosa

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen su origen desde los contextos históricos más longincuos, siglos pasados. En estés contextos el control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. Paradigmas distintos de los actuales: delgadez, éxito y felicidad. Antiguamente el ayuno extremo era realizado por los penitentes, habitualmente mujeres, que despreciaban los regodeos terrenales. El ayuno era respetado y estimado como una consagración superior de Dios y se hacía reverencia a los que sobrevivían sin case ingerir alimentos. Los trastornos de la conducta alimentaria más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa más conocidas como “anorexia” y “bulimia”. Ambas patologías, de la conducta alimentaria, existieron en diversos contextos de la historia, ya que se han producido manifestaciones y cambios en el tiempo (Serrato, 2000).

Semánticamente, el término anorexia, procede del griego “*orexis*”: apetito, acrecido del prefijo “*an*”: privación, ausencia. ‘*Anorektus*’, sinónimo de falta de apetito, ha sido utilizada desde siempre en la literatura médica haciéndola entender como ausencia de apetito, *an* = sin, *orexia* = apetito (Toro, 1999). La anorexia nervosa no es un fenómeno contemporáneo, es una patología antigua (Gomero, 2004). En épocas bastante remotas, Galeano (129-209 DC) nombra la anorexia en el libro: “*Epidemias del Corpus Hipocraticum*” y argumenta que los griegos la utilizaban, para calificar a los que se repudiaban tomar el alimento, o no podían absorberlo (Tisera-López, 1996). Por tanto, se trata de un trastorno socio-pisco-biológico de creciente trascendencia sanitaria, cuyo estudio reviste un indudable valor formativo (Toro & Vilardell, 1989).

Actualmente, el término “anorexia”, no es utilizado en el sentido etimológico, para la anorexia nervosa, considerando que los pacientes no presentan real pérdida de apetito, existe una lucha activa en contra de la hambre, hasta el curso más severo de la enfermedad, todavía, una recusa alimentar deliberada, con la proposición de adelgazar o por miedo de engordar (Shapiro, Blinder, Hagman, & Pituck 1993). La categoría nosológica anorexia nerviosa, es de un trastorno descrito por la psiquiatría actual dentro de los trastornos alimentarios, como una construcción social que se corresponde y varía en función del contexto, en que se conforma y adopta las características de un síndrome delimitado culturalmente. La anorexia nerviosa es la primera enfermedad descrita desde el punto de vista psicosomático, que afecta a la mente y al cuerpo.

El historiador Rudolf Bell (1985), en su libro “*Holy Anorexia*”, describe la vida de 260, santas y beatas de la Iglesia Católica, en sus prácticas de ayuno religioso a partir del siglo VIII. La literatura pertinente, coge algunas narraciones de lo que posiblemente fueran cuadros, más o menos completos, de anorexia nerviosa. Ente los siglos V y VIII, el ayuno deliberado, o, inanición auto-impuesta, era interpretado como posesión

demoníaca o milagro divino, constando prioritariamente en la literatura teológica (Skrabanek, 1983).

Las mujeres que desayunaban, eran descritas como un símbolo de elección divina o posesión demoníaca, lo que les podía conducir a la canonización o a la hoguera. O sea la alimentación imprimía una característica propia e inclusive una identidad. Desde los contextos más remotos, se encuentra casos de anorexia, ya que las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían su menstruación. La anorexia nerviosa era un trastorno conocido ya en épocas antiguas. Algunas revisiones históricas, ilustran restricciones alimentarias posta en práctica por jóvenes de radicada convicción religiosa, y cuyas conductas se identificaban con patrones compulsivo purgativos de los actuales trastorno de la alimentación.

La AN ha existido por mucho tiempo en los contextos históricos más longincuos. Así lo sugieren las narraciones sobre los santos medievales y otros casos históricos de ayuno auto inducido. Habermas (1986) argumenta que en el siglo IX un religioso de Monheim (Baviera) relataba la prodigiosa historia de la joven Friderada, que se quedó curada en el santuario de Santa Walpurgis de una inaudita enfermedad. La joven tenía una etapa de apetito insaciable, Friderada refutaba los alimentos sólidos y vomitaba los lácteos que ingiere, en escaso periodo de tiempo deja por completo de comer; trasladada al santuario es curada prodigiosamente por Santa Walpurgis. En el mismo IX en Avicena, el príncipe Hamadham se estaba muriendo al no comer, martirizado por una gran melancolía. Esta posiblemente, sea la primera referencia de un anoréxico varón en un contexto médico, no obstante, proceda de un relato clínico con características depresivo primario (Habermas, 1986).

Otras referencias pertenecen al contexto religioso, a de Santa Wilgefortis (Sta. Liberata siglo X) y Santa Catalina de Siena (1347-1380), además la conducta alimentaria de Santa María Magdalene Pazzi (1566-1607) y Santa Verónica 1660-1727, son algunos ejemplos de comportamientos alimentarios trastornados (Bell 1985).

Uno de los más conocidos casos es lo de Catalina de Siena, vigésima-cuarta hija y gemela, de una hermana que falleció en la infancia. Catarina era la predilecta de su madre y de su hermana mayor, Boaventura, que muriese de parto cuando Catalina tenía quince años. Desde entonces, la joven empezó un proceso de restricción alimentar y a ocupar su tiempo, rezando. En esta época, sus padres intentan conseguirle un conyugue, a esta actitud, Catalina, responde intensificando el escepticismo y la religiosidad. Cortó los cabellos, dedicaba largos períodos de tiempo a la meditación y sigilosamente se auto-mutilaba .Catalina de Siena. Con el transcurrir del tiempo, ingería solo un poco de hojas y producía introduciéndose una paja, el vómito, cuando era obligada a alimentarse. Argumentaba estar más fuerte y más cerca de Dios se practicaba el ayuno. Catalina, vino a fallecer de desnutrición a los 33 años de edad. Desarrolló una anorexia nerviosa, o tal vez una bulimia nerviosa, sin embargo, no existe registro de sobre ingesta (Russel, 1997).

Otro, es lo de Santa Wilgefortis, (do latín *virgo fortis*: o virgen fuerte), la princesa era, la sétima hija del rey de Portugal, tendría, su padre, la prometido en matrimonio para el rey Siciliano. La joven ya había hecho un voto de castidad y prometiera servir únicamente a Dios. Con la noticia de la boda, rezó a Dios rogándole le quitara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, y debido el ayuno y la inanición auto-impuesta, la joven perdió los atractivos femeninos, haciendo con que su prometido la rechazara. Ella fue considerada la santa patrona de las mujeres que deseaban liberarse del

acoso sexual y de la atención masculina. En Francia y en la Península Ibérica, Santa Wilgefortis, era también conocida como Santa Liberata, la libertadora (Lacey, 1982).

Es en esta época donde los primeros relatos hablan de una dolencia misteriosa que transformaba a las personas que la padecían y se caracterizaba por la gran pérdida de peso por una dieta de hambre autoimpuesta. Así, se han puntualizado algunas conductas de ayuno, sustracción de algunos alimentos, muertes por inanición, autolesiones. Pautados en una estrategia de lograr la purificación del espíritu. El ayuno y las negaciones de la carne en testas mujeres, configuraban una comprobación de devoción a Dios. Casos como el de las santas ayunadoras cobran relevancia y llaman la atención de cómo el ayuno era un medio para protegerse del mal y un camino para conseguir la perfección espiritual (Bell, 1985; Toro, 1996). Para Skrabanek (1983) y Bell (1985), “la anorexia sagrada”, es psicológicamente similar a la anorexia contemporánea e identidad, una tentativa de liberación femenina de una sociedad patriarcal, identifican los relatos de abstinencia alimentar de la Edad Media como anoréxicos. En contra, Silverman (1992) no acepta esta analogía, una vez que los relatos religiosos de la edad media, tiene valor cuestionable en términos de descripciones médicas. Habernas (1989) opina que la eje de la cuestión, no permite hacer equivalencia entre “la anorexia sagrada y la anorexia nerviosa” razonando que el criterio diagnostico central, miedo mórbido de engordar, encontrase ausente en estos relatos más antiguos de las santas anoréxicas y considera esta síndrome, históricamente nueva. Hsu y Lee (1993) y Russel (1995) asignan que la anorexia nerviosa, puede ser concebida a partir de diferentes acepciones sin la utilización del miedo a engordar y la renuncia al cuerpo, por amor a Dios y por la construcción de una vida celestial. Por esto, es que hacía ayunos y dietas, pautadas en una reducción drástica alimentar. No obstante, discuten se la identidad de la anorexia nerviosa, se mantendrá sin la fobia al peso.

En seguida de la “Reforma Protestante” la abstinencia alimentar, denominada inedia prodigiosa (inanición severa) o anorexia mirabilis (pérdida del apetito, inspirada en el milagro) tiene una connotación demoníaca y estas prácticas dejaron de ser corroborada por la iglesia católica. A partir del desarrollo de la ciencia, emerge una nueva perspectiva para el ayuno voluntario, una correlación con las causas orgánicas y progresivamente este fenómeno empezó a ser interpretado como enfermedad física y/o mental (Brumberg, 1988).

La anorexia nerviosa, coexiste desde los contextos más antiguos, los primeros escritos médicos describiendo el trastorno anoréxico fueron los de: Morton en 1689, Lasègue en 1873 y Gull en 1874 (Ruíz & Barcia, 1987). Sin embargo se debe a Richard Morton, médico, de la corte de Guillermo III de Inglaterra y socio del Real Colegio de Médicos (1689), la primera descripción médica de la anorexia nerviosa en 1689, en su libro sobre enfermedades consumativas, en cual describe dos casos de "consunción de empiece nerviosa" por tener su comienzo en violentas pasiones de la mente. El autor comenta sobre la influencia recíproca entre procesos mentales y físicos e resalta el papel patogénico de las emociones. Estos cuadros no eran constantes de fiebre o dispnéa, más se caracterizaba por la disminución del apetito, amenorrea, aversión a la comida, obstinación, adelgazamiento extremo e hiperactividad (Silverman 1992).

Richard Morton describió un caso que denominó -consunción nerviosa- y que podría considerarse la primera descripción escrita del cuadro que actualmente se conoce como anorexia nerviosa. La primera descripción médica de la AN se debe a este, médico británico, que en 1689 la diferencia de otros estados de malnutrición, denominándola *consunción nerviosa*, por tener su origen en una perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones ansiosas. Además comenta sobre a influencia mutua entre procesos mentales y físicos y en destaque el papel

patogénico de las emociones. Estos cuadros no eran seguidos de fiebre o dispnéa, más se caracterizaban por la disminución del apetito, amenorrea, aversión a la comida, obstinación, adelgazamiento extremo e hiperactividad (Silverman 1992, Turón, Fernández, & Vallejo, 1992; Chinchilla, 1995; Brownell & Fairburn, 1995; Cervera & Quintanilla, 1995; Toro, 1996; Garner & Garfinkel, 1997; Saccomani, 1997). En Francia, en 1840, Pinel publicó un trabajo donde incluyó la anorexia dentro de las neurosis de digestión, pica, anorexia y bulimia gástrica.

Robert Whytt, profesor de teoría de la Medicina de la Universidad de Edimburgo, asoció la inanición y bradicardia en 1768. Dejó como legado su obra "Observaciones sobre la Naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados Nerviosos, Hipocondríacos o Histéricos", los cuales están fijados sobre el Sistema Nervioso Simpático. En el siglo XVIII, en los años posteriores se describen distintos cuadros anoréxicos (Whytt, 1764) divulgó una obra titulada: "Sobre la naturaleza, causas y curación de aquellos trastornos que comúnmente han sido llamados nerviosos, hipocondríacos o histéricos; a los que previamente se han hecho algunos comentarios acerca dos nervios" (Cervera & Quintanilla, 1995). El libro, narra un estudio clínico de una adolescente de 14 años: "Bajo de espíritu y triste, con una pérdida de apetito y mala digestión donde no se halló ninguna enfermedad constitucional y la define como una *atrofia nerviosa*. Observó en él energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y malas digestiones (Silverman, 1995). En este tema, concretamente se puede no perder de vista dos componentes emocionales: la tristeza y la depresión.

En 1860, siglo XIX, Lous-Victor Marcé, del Hospital Bicetre de París, instructor de Charcot, ponía de manifiesto: "Notas sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a la dispepsia y caracterizado especialmente por el rechazo de alimentos", caracterizada principalmente por el rechazo de los alimentos. Expuso, ante la Sociedad

Médico-Psicológica de París. En su informe, describe el síndrome que posteriormente sería denominado de anorexia nerviosa. Marcé, enfatizó que la enfermedad era psiquiátrica y no de naturaleza física y de psicopatología profunda. Establece así que los pacientes anoréxicos no son dispépticos, sino que sufren trastornos mentales (Caparrós & Sanfeliú, 1997). Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad - y después de un desarrollo físico precoz- sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. Es importante subrayar, el aspecto psicológico o la enfermedad mental del trastorno anoréxico, que cobra significado además de los aspectos físicos. Sin embargo, este autor se quedó olvidado en la literatura por más de un siglo (Skrabanek, 1983; Silverman, 1989).

A finales del siglo XIX, en 1873, el Sir William W. Gull, médico y gran clínico de buena parte de la nobleza de la corte victoriana, londinense y del Guy's Hospital. Darse a conocer los relatos de forma casi que sincrónica con el psiquiatra francés Ernest Charles Lasègue, profesor de Medicina Clínica en la Facultad de Medicina de París y médico en el Hospital de la Pitié. Ambos describen un cuadro clínico que se presentaba en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades entre 16 y 25 años y que cursaba con delgadez extrema, disminución o falta de apetito, sin causa física demostrable, con amenorrea, bradicardia, astenia, estreñimiento e hiperactividad psicomotriz, que definieron como anorexia nerviosa y anorexia histérica respectivamente. El privilegio de la primera descripción de la anorexia nerviosa es compartida entre Sir Gull y Ernest Charles Lasègue aún que este último reciba con más frecuencia la segunda colocación.

Gull, en 1873, describió en Inglaterra, el cuadro con igual precisión y mencionó la aparición ocasional de episodios de apetito voraz en estas pacientes (Raich, 1994) y posiblemente recibió más primacía en la literatura médica por tener manifestada breve narración sobre la Apepsia Histérica en una conferencia anual de la "*British Medical*

Association", en 1868. La Apepsia Histérica es una forma particular de enfermedad, caracterizada por una pérdida de peso extrema para la que no se encuentra causa que lo justifique. Los signos físicos incluyen amenorrea, estreñimiento, inquietud, pulso lento, ritmo respiratorio igualmente lentificado, edemas de las extremidades inferiores e hipotermia. Destaca Gull el hecho paradójico de que las pacientes mantienen una gran actividad física y una extraña energía, a pesar de su estado de desnutrición intenso, y también se muestra sorprendido por la obstinación de las pacientes a la hora de rechazar los alimentos. Gull considera que la enfermedad se debe a un estado mental mórbido, ya que, aparte de la desnutrición, Gull no encuentra en estas pacientes evidencia de enfermedad física. William Gull quien acuña el término anorexia nerviosa en 1874.

Casi simultáneamente, Lasègue describe el cuadro bajo el nombre de anorexia histérica. Tanto Lasègue cuanto Gull manipularon el método inductivo, Lasègue tenía como referencia la epistemología histérica, mientras que Gull, dotaba preeminencia a la norma gástrica ante lo psicológico. Quién acuñó el término anorexia nerviosa por primer vez fue Gull en 1873, y hasta hoy es vigente, y es el nombre con que la enfermedad ha sido conocida universalmente, en las sociedades, pos-modernas el término, sigue vigente (Cervera & Quintanilla, 1995).

Lasègue presentaba el cuadro clínico de la anorexia, pensamiento mórbido de que el alimento es perjudicial y debe ser evitado. Es importante señalar que Lasègue identifica características psicopatológicas en los enfermos, relativas a inseguridades personales donde solicitan aprobación de la familia. Lasègue, además, se le conoce como el primer médico en sugerir que el rechazo a los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la paciente y sus padres (Brumberg, 1988), comenzando a dar importancia a los factores sociales (Brownell & Fairburn, 1995; Cervera & Quintanilla, 1995; Toro, 1996; Garner & Garfinkel, 1997). El subraya una relación entre

el síntoma y la dinámica familiar así pensaba que la reclusión fuera el método más eficaz en el tratamiento y sobresale la contribución familiar para la manutención de los síntomas. El tratamiento presentado, necesariamente, valoraba esta interdependencia. Además publica el artículo "*De l'anorexie hystérique*", una contribución a nosología de los "disturbios de los órganos digestivos que ocurren en el curso de la histeria". Gull y Lasègue resultan reconocidos como los iniciadores del estudio científico de la AN (Cervera & Quintanilla, 1995; Garner & Garfinkel, 1997). Tanto Gull como Lasègue describieron los síntomas fundamentales del rechazo a la comida: pérdida extrema del peso, amenorrea, estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio. Ambos autores examinaron además la importancia de la familia, tanto en los comienzos de la enfermedad como durante su evolución.

Jean Martin Charcot (1825-1893) colaboró en el estudio de la anorexia histérica con Lasègue, uno de los grandes psiquiatras franceses del siglo XIX, acuñó el término anorexia histérica en 1873 (Garner & Garfinkel, 1997). A pesar de los progresos médicos de Lasègue, fue Charcot, en 1889, que siguiendo a Lassègue, recomienda que el paciente sea aislado de la familia y que la visita sólo tenga lugar cuando los progresos hayan sido considerables. Este, coloca en práctica, como tratamiento más eficaz, el aislamiento de la paciente respecto a su familia, logrando con ello el reconocimiento tanto en Europa como en Estados Unidos (Brumberg, 1988). Fundado en argumentos, los enunciados por Lasègue, los cuales, posibilitaron nuevas perspectivas para la intervención clínica de Charcot, o sea, el paciente debería ser separado de la familia e institucionalizado en clínicas asistidas por religiosas (Brumberg, 1988). Motivando de esta forma la génesis de los abordajes familiares, posteriormente desarrollados, y de las conductas hospitalarias, para este tipo de desorden alimentaría. Es probable que Charcot tenga sido el primer a detectar, sobre los años 1889, el aspecto psicopatológico central

que motivaba las mujeres anoréxicas a aunar debido: la "*idée fixe d'obésité*" o fobia de obesidad Habermas (1996). Gilíes de la Tourette, en 1895, subrayó la naturaleza psicológica de la anorexia nerviosa y distinguió subtipos, basados en si se rehusaba o no la alimentación, debido a la abstención voluntaria o a espasmos gástricos.

En 1914, la teoría endocrina de la anorexia, tuvo un avance sumariamente significativo debido a Morris Simmonds (1855–1925), patólogo alemán que corroboró la teoría endocrina de la anorexia, al relacionar la insuficiencia pituitaria con la pérdida severa de peso en algunas pacientes. Este cuadro se denominaba de caquexia hipofisaria, ocasionado por la malnutrición. Con ello, la teoría endocrina de la anorexia nerviosa, se queda más apoyada en la conducta médica, empezó a tratar la anorexia, extrayéndole parte de la glándula pituitaria e implantándosele años después (Caparrós & Sanfeliú, 1997). Posiblemente, esta sería una de las explicaciones etiológicas basado en el factor biológico, que actualmente, sigue en las investigaciones genéticas.

La teoría endocrina de la anorexia de Simmonds, fue protagonista, hasta que Berkman en 1930, al estudiar 117 pacientes con anorexia, cuando comienza a establecerse más claramente las implicaciones del trastorno psicológico en la etiopatogenia de esta enfermedad, divulgó la importancia del desorden psicológico en articulación con el físico, al referirse que la psicoterapia era eficaz para hacer reversible la anorexia (Foster, 1992; Silverman, 1997). Contribuyendo para énfasis en el psicológico en los cuadros de anorexia, hasta entonces, contemplado apenas las explicaciones biologicistas. Así en 1914, M. Simmonds introdujo el concepto de caquexia hipofisaria o pituitaria, y su tesis de que la falta de apetito, adelgazamiento, apatía y amenorrea se debe a una alteración de la hipófisis y no a factores emocionales. El tratamiento, en consonancia, radicará en resolver los déficits hormonales (Brumberg, 1988; Turón, 1997).

Mientras, en el inicio del siglo XX, en 1920, Pierre Janet (discípulo de Charcot) distinguía la anorexia primaria de la secundaria. Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas. Consideró la anorexia nerviosa como un trastorno puramente psicológico y distinguió dos subtipos: una forma obsesiva y otra histérica. De acuerdo con Janet, los pacientes del tipo obsesivo rechazarían la comida debido al miedo a comer y a adquirir madurez psicosexual, debido al disgusto que estos pacientes sienten acerca de su cuerpo, a pesar de tener sensación de hambre se negaban a comer, por temor a engordar. La forma histérica de la anorexia nerviosa, menos común, sería propia de aquellos casos en que había pérdida completa de apetito y registraban quejas somáticas, sensación rara en la boca, y garganta y presentaban, con asiduidad vómitos. Para Janet, el miedo de engordar estaba vinculado a la mantención del cuerpo delgado, pequeño, con el objetivo de detener el crecimiento y el retraso del desarrollo sexualmente (Brumberg, 1988).

Igualmente los psicoanalistas, en los años 1940, expusieron la anorexia nerviosa vía los mecanismos psicodinámicos producidos por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual (Silverman, 1995; Yates, 1987). Se puede observar que a principios del siglo XX en el período de 1900 hasta 1940, el tratamiento de la anorexia nerviosa basada en dos modelos diferentes y aislados para la investigación e intervención: el biológico y el psicoanalítico. Además las hipótesis psicológicas, cobran relevancia las ideas freudianas, protagonizadas por el movimiento psicoanalítico y representado por su mentor intelectual, Sigmund Freud (1859–1947), que manifestó en la década de 1930 que el apetito era manifestación de la libido y relacionó, así, la práctica anoréxica o restrictiva con problemas sexuales no resueltos. Su visión tuvo gran influencia en generaciones posteriores tanto de médicos y como de pacientes (Brumberg, 1988).

A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, quedando en olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno. Las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento. (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997). Freud agregó la anorexia al grupo de los trastornos o conductas neuróticas y defendió el tratamiento psicoanalítico para su curación, la anorexia se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, manifestándose a través de una conversión histérica (Tobal, Díaz, & Acre, 2003).

A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa es estudiada principalmente desde el punto de vista psicológico, bajo los modelos psicoanalíticos de ese momento (Mateos-Parra & Solano-Pinto 1997). Por tanto, es en la década de treinta, que la medicina psicosomática empezó a compartir la perspectiva y el tratamiento tanto biológico como psicoanalítico, aunque la categoría clínica se desdibuja y el diagnóstico se acaba aplicando a una amplia gama de procesos en los que existe rechazo a comer y que afectan a todo tipo de personas (Brumberg, 1988).

En la década de 1940, el psicoanálisis, y precisamente los trastornos de la conducta alimentaria se enfatizan: cuando el psicoanálisis realizó aportaciones a la cuestión de la etiología de la anorexia nerviosa. Basada en la idea de la existencia de un trastorno en la relación madre-hija distorsionada, capaz de dar lugar a un conflicto del self, siendo el cuerpo un elemento a través del cual se obtienen sentimientos de poder y control que compensan un profundo sentimiento de desvalimiento y ausencia de

afectividad. Mientras, Walter, Kaufman y Deutch, los cuales descubrieron los síntomas de la anorexia nerviosa, como resultado de fantasías simbólicas o inconscientes (Herscovici & Bay, 1997). Es pertinente señalar que el siglo. XX - y principalmente desde los años cincuenta se produce un avance conceptual y metodológico en el tema de la anorexia nerviosa a la que se alcanzó mediante un largo proceso de contraste de teorías y escuelas.

En 1965 se celebra un Simposio en Göttingen, en él se reúnen diversos especialistas tratando de avanzar en la definición y especificidad de la anorexia. Según Kestemberg, Kestemberg y Decobert (1976), en el “Simposio”, Busch y Selvini Palazzoli evidenciaron las principales observaciones clínicas sobre la anorexia las cuales se explicita a seguir: a) La anorexia mental esencial expresa una incapacidad de asumir el papel genital y de asumir las transformaciones de la pubertad; b) El conflicto principal se sitúa a nivel del cuerpo y a nivel de la función alimenticia; c) La estructura de la anorexia mental esencial es diferente de la neurosis clásica, o sea, la anorexia nerviosa está relacionada con los trastornos de la pubertad, se produce como consecuencia de un conflicto corporal y tiene una etiopatogenia y una clínica diferentes a los conflictos neuróticos (Turón, 1997; Martínez, Isabel, Campos, Dio, & Emilce, 2001).

Lo más revolucionario en el siglo XX, aplicado a la anorexia nerviosa es lo contenido, planteado presentado por Hilde Bruch, psicoanalista de la Universidad Baylor en Texas-EEUU (Silverman, 1995). Las publicaciones de Bruch, que se inician, por los años 50, y que se extiende por más tres décadas, son las contribuciones más relevantes de la psicología individual. Esta estudiosa concentró la atención de la anorexia, en la patología emocional y en la psique, producto de déficits en la relación madre e hija. Bruch (1973, 1978) ha defendido la idea de que la inanición en la anorexia

nerviosa representa una lucha por la autonomía, competencia, control y auto respeto. Según la teoría de esta autora, corresponde a las madres confirmar las expresiones infantiles, expresadas, cuando este proceso no se realiza adecuadamente, puede genera el desarrollo una anorexia nerviosa.

La autora en destaque, Bruch, expresa tres puntos notables encontrados en su cotidiano clínico con pacientes anoréxicas que presentan una patología emocional común: a) Perturbación entre imagen corporal y su concepto de cuerpo; la distorsión de la imagen corporal, en la que se tiende a sobrestimar la talla del cuerpo; b) Dificultad para reconocer señales para nutrirse la distorsión introspectiva, en la que existe para identificar correctamente y responder a las sensaciones internas , como el hambre y la saciedad, estados afectivos y sentimientos sexuales; c) Sentimiento de ineficacia en todas las actividades de la vida, experimentar sentimientos de ineficacia reflejados en sentimientos de pérdida del control. Estos signos y síntomas son detectados en los pacientes con anorexia presentan una patología emocional común.

Uno de los expertos en esta área es Gerald Russel, que plantea en 1970, tres criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, hasta hoy vigentes, algunos cambios, a lo largo de las clasificaciones diagnosticas: Conducta hacia la pérdida de peso; miedo mórbido a engordar; como característica psicopatológica; disturbio endocrinológico: amenorrea en las mujeres y perdida de la potencia sexual en los hombres. Russel (1995), concibe que el criterio diagnostico contemporáneo de preocupación excesiva en relación el imagen corporal, es axiomático para los tiempos actuales, y no debe ser aplicado a otros contextos históricos.

Por lo tanto, hay que subrayar que la anorexia nerviosa, sucedió siempre, como una enfermedad de carácter multifactorial y que de alguna forma demoniza sanitariamente y estéticamente la obesidad. No obstante, su etiopatogenia se encontraba

vinculada a valores religiosos y espirituales, como la historia ha manifestado. El significado de esta patología ha se modificado esencialmente a lo largo del tiempo, en la actualidad su origen está identificada como una patología cultural. De este modo, en el marco de la moda: la publicidad de una imagen corporal seductora y el culto a la delgadez son factores que contribuyen para el surgimiento de la anorexia en las sociedades urbanas de consumo.

De la misma forma la bulimia nerviosa, está vinculada a contextos históricos pasados y a alimentación, aunque sea distinta de la anorexia, en realidad es su opuesto. Russell, ha justificado que la anorexia y la bulimia nerviosa eran los polos opuestos de una misma enfermedad supuestamente psicológica. La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son parte de un mismo proceso, pueden coexistir en un individuo y se diferencian en el elemento guía: mientras en la AN es el mantenimiento de un bajo peso corporal por debajo de los valores mínimos normales, las anoréxicas son las más disciplinadas y se manifiesta en restricción alimentaria. En la BN se encuentra, la presencia de episodios recurrentes de ingesta voraz seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como ayuno, uso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o ejercicio excesivo. Las bulímicas son las más ineficaces se convierte en una oscilación constante de atracones, restricciones y vómitos u otras maniobras purgativas (Cabranes, Gil, Gómez, Candela, Gual, Julián, Ponce de León, & Candela, 2000). Curiosamente las bulímicas no son tan delgadas como las anoréxicas sino que por el contrario suelen estar en normo o sobrepeso (Russell, 1970, 1979).

2.8.2. *Bulimia nerviosa*

La historia de la bulimia dentro de su acepción clínica es más reciente que la historia de la anorexia nerviosa. No obstante, la bulimia como síntoma existe también desde hace mucho tiempo. En 1398, Trevisa, utiliza por primera vez el término de "bulimia", que inicialmente significaba apetito inmoderado sin nombrar los vómitos ni temas afines, como "tmesis" u otros medios de purgas (Giannini, 1993). No obstante, los primeros relatos de la conducta bulímica remontan al siglo XIX, y narra una de las pacientes anoréxicas descritas por Gull (1874) donde él, asocia, dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nerviosa y la bulimia (Brownell & Fairburn, 1995; Chinchilla, 1995). Gull (1874) describía: "ocasionalmente, por un día o dos, el apetito era voraz, aunque esto era raro y excepcional.", la bulimia puede ocurrir en la anorexia nerviosa.

El concepto de bulimia nerviosa, tiene su origen en la palabra bulimia que se relaciona a la antigua Grecia. La expresión bulimia, proviene del griego "boulimos", que a su vez procede de la fusión de bous (buey) y limos (hambre), textualmente "hambre de buey" (Stunkard, 1993; Parry-Jones & Parry-Jones, 1995). La conducta alimentaría puede estar atañida con el atracón, seguida de sensaciones variables generalmente de delectación, y de vómitos auto inducidos para continuar comiendo inmediatamente, remonta a la época del imperio romano, sus banquetes (Crichton, 1996).

Nasser (1993) ha investigado históricamente las prácticas de inducción al vómito y catarsis en antiguo Egipto, y subraya que los individuos se purgaban durante tres días continuados cada mes, utilizando eméticos para resguardar la salud, lo que conjetura que los purgantes eran un remedio popular, cuyo uso aumentó enormemente en la Edad Media. En el siglo XVII, eméticos y purgantes eran elementos comunes de tratamiento. El autor en cuestión, reseña que el hecho de recurrir a el vómito como sistema de

control del peso no tiene un efecto importante en la génesis de los trastornos alimentarios, considerando que en el pasado se utilizaban con profusión los eméticos y purgantes, muchas veces prescritos por médicos.

Bell (1985) relata que Santa María Magdalena de Pazzi y Santa Verónica desarrollaron conductas bulímicas. Santa María Magdalena de Pazzi vivió desde 1566 a 1607 y su precoz muerte fue consecuencia de gran austeridad, incluida el auto tortura física, además una dieta desequilibrada. Hermanas de la orden prestaban atención cómo rompía el claustro, en diversas ocasiones, al ser incomodada por insaciables deseos de consumir alimentos y darse atracones. Estas conductas insolentes eran asignadas al Satanás, que, de acuerdo con la misma, le manipulaba para abrir las vitrinas de los armarios y obtener lo que allí tenía. Santa Verónica, por su parte, vivió desde 1660 hasta 1727 y su vida está registrada por autobiografías y por las consideraciones de otras hermanas, las cuales narraban esta algunas veces ella en la cocina, en el comedor, el dispensario, y en otras ocasiones comía antes de la comunión, comportamiento que fue atribuido más una vez al demonio.

En la antigua Roma, Séneca observó: "El hombre come para vomitar y vomita para comer"(Pullar, 1972). Esto acontecía en las clases sociales prosperas y era señal de poder. Las clases medias y altas institucionalizaron los vómitos en las fiestas. Cuando estaban saciados acudían a una habitación especial, vomitorio, donde producían sus vómitos tras las sobre ingestas (Toro, 1996). Estos lugares, destinados a comer, había de todo, fuentes, flores y aguas perfumadas y vomitorios (Chinchilla, 2002). El mismo autor, explicita que la medicina de la época, preconizaban, el uso de eméticos. Además que en el siglo XII, los trovadores cantaban el uso de eméticos por los glotones y borrachos, para continuar sus juergas. La glotonería, acompañado de los vómito, en las

grandes bacanales de los nobles y señores feudales, era muy habituales. Como también era usual en las mujeres de clase noble para conservar el tipo.

El atracón se caracteriza por una excesiva ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo. Los griegos, en situaciones sociales y religiosas, se entregaban a "vómitos ritualizados" (Brownel & Fairburn, 1995). Además sigue los siguientes síntomas: ingesta mucho más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente saturado, ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre. Posteriormente, estas conductas fueron suprimidas por la sociedad cuando el sobrepeso dejó de ser reverenciado como un signo de salud, belleza, poder y prosperidad. Aunque los atracones y vómitos estaban presentes en siglos pasados, los atracones de bulimia para controlar el peso no fueron notificados hasta la década de treinta, con los atracones y ayunos para tentar mantener una imagen corporal delgada. La utilización de prácticas adictivas al uso del vinagre, hormonas tiroides y laxantes para la vigilancia del peso, es muy antiguas, así como las de atracón para disminuir la libido.

El concepto de atracón resulta ambiguo y susceptible de diversas interpretaciones (Hsu, 1996; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 1997). Se caracteriza por la ingesta de una cantidad de comida excesiva, dadas las circunstancias; y por una sensación de pérdida de control en la misma. Puesto que los episodios de sobre ingesta cursan frecuentemente con una sensación de falta de control; se hace difícil para el sujeto tanto la conciencia de la emisión de la conducta como el recuerdo de su cantidad y frecuencia. La literatura floreciere que son numerosos los personajes que en Occidente, realizaban atracones seguidos de vómitos auto inducidos: Enrique VIII de Inglaterra y sus vasallos, el papa Borgia y aristócratas, los campesinos flamencos de Bruegels y los seguidores del Bosco. En un comienzo el carácter festivo,

aparentemente voluntario y controlable, desertaría el carácter patológico de tales comportamientos alimentarios (Toro, 1996).

Es importante puntuar, que en la Edad Media el vómito y la gula, ocupaban una práctica penitencial; el penitente mediante el vómito expulsaba de sí sus pecados y vencía así sus apetitos sexuales. Bell (1985) narra las duras abstinencias alimentarias y los episodios de ingesta de Santa Catalina de Siena; también describe el tipo de caña que esta santa empleaba para inducirse el vómito y las hierbas purgantes que utilizaba (Brownel & Fairburn, 1995; Garner & Garfinkel, 1997). Los vómitos eran practicados por religiosas para purgar así sus pecados o frenar la sexualidad

En 1785, Motherby, relata en Inglaterra, en el Nuevo Diccionario Médico, tres tipos de bulimia nerviosa: el primero representado por atracones; el segundo por desfallecimientos y el último por vómitos (Gual & Lasa, 1998). En esto mismo siglo, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica (Stein & Laakso, 1988; Fairburn & Wilson, 1995). Posteriormente, en 1869, el Diccionario de las Ciencias Médicas de Paris circunscribe las dos formas de bulimia identificadas por Blánchez. Una expresaba, gran preocupación por la comida y sensación de entumecimiento posteriormente del atracón. Al paso que la otra, nombrada “cynorexia” tenía como característica, el vómito en seguida la ingesta (Stunkard, 1993). En los siglos XVIII y XIX la bulimia fue escrita como una curiosidad médica o como un síntoma asociado a otros cuadros.

Las primeras descripciones clínicas sistemáticas sobre sobrealimentación aparecieron entre 1890 y 1940. Dos décadas después Bruch (1962) y Thoma (1967) hicieron alusión a los casos de sobrealimentación observados en pacientes con anorexia nerviosa, considerando que estas conductas eran síntomas sobreañadidos en los pacientes anoréxicos, más que expresión de un trastorno clínico diferente. La bulimia

nerviosa, antes de 1979, era demarcada al interés médico, posiblemente porque era escaso en la práctica clínica. No obstante, es en la década de los ochenta empezó a emitirse una producción gran de artículos y aumenta el interés médico y social por el tema en las culturas occidentalizadas. Además surge un elevado porcentaje del 70-80% de pacientes con AN, que utilizaban prácticas bulímicas en el curso evolutivo. Este cuadro subclínico, también es observado con las quinceañeras, alrededor de 5%, tanto para la anorexia como para la bulimia (Chinchilla, 2002). Es, más, después de la descripción de la bulimia nerviosa en el DMS-III, aumentan las producciones técnico-científicas sobre el tema

En el siglo XX, Wulff, en los años 1932, divulga un artículo reconocido: “*An Interesting Oral Symptom Complex and Its Relationship to Addiction*” (Un síntoma oral complejo e interesante y su relación con la adicción) en el cual narra cuatro casos clínicos de paciente jóvenes del género femina cuyos los señales eran: Atracones, hipersomnia, depresión apática y subestimación de la imagen corporal. Recalca los pacientes, al terminar la sobre ingesta, tenían períodos de ayuno, entretanto, en dos casos sucedía vómitos. Aunque estas pacientes conseguían mantener un peso normal y su descripción es pertinente con el contemporáneo caso de bulimia nerviosa (Gual & Lasa, 1998). Estas autoras consideran que Wulff, hizo el primero informe de pacientes los cuales poseían peso normal y contemplaban los criterios diagnósticos utilizados para el cuadro de bulimia nerviosa.

El reconocimiento de la bulimia, como síndrome, es reciente. Su génesis, remonta a los años 40, articulada a la anorexia nerviosa (Casper, 1983). Esta autora al confrontar la ausencia de relatos conclusivos de bulimia nerviosa antes de la década de 40, elabora la hipótesis de que los cambios económicos y culturales en seguida de los años de la depresión pueden tener desencadenado una exageración por la imagen

corporal, induciendo a mujeres de diversos perfiles a ponerse a dieta. Conllevando a factores de riesgos y vulnerabilidad, para desarrollar una anorexia y/o bulimia nerviosas.

Ludwig Binswanger, en 1944, caracterizó de forma bien documentada el caso de su paciente, Ellen West, la cual utilizaba estrategias para perder peso y episodios de comer compulsivo y de vómitos auto-inducidos. El pormenorizó con precisión la paciente bulímica que había padecido anteriormente de anorexia. En sus escritos puntualizaba que la terapia psicoanalítica era ineficaz en estas patologías, como ya lo había expresado Freud en 1905 (Beumont, 1991; Johnson & Connors, 1994).

El Síndrome de Comedor Nocturno, fue descrito a priori por Albert Stunkard en 1955, en un estudio que realizó para determinar el comportamiento alimentario en pacientes con obesidad severa que demostraron resistencia al tratamiento para reducir de peso (Stunkard, Grace, & Wolf, 1955). El primer caso de comedor nocturno fue relatado por Stunkard, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania (EEUU), al observar que pacientes obesos inapetentes por el día, y por la noche, se convertían en insomnes voraces de alimentos. Y en 1959, Stunkard, en una carta dirigida a Hyman Cohen describió el *binge eating syndrome*, basándose en la similitud con los excesos ingestivos (*binges*) de alcohol en enólicos (Toro, 1996).

En EEUU, 1952, un comité de la American Psychiatric Association (APA), inicia proceso nosotáxico con el objetivo de desarrollar una clasificación de las enfermedades mentales. En el DSM-I (1952), esta clasificación se convirtió en el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica, su nacimiento se insertaba en un proyecto estadístico iniciado un siglo antes con el objeto de crear una “nomenclatura uniforme de causas de mortalidad aplicables a todos los países” (Stucchi Portocarrero, 2004; Cazau, 2005 como citado en Gil-García, 2006). La anorexia

nerviosa era considerada como un tipo de reacción psicofisiológica y en el DSM-II (1964) clasifica la anorexia nerviosa en síntomas especiales, trastornos de la alimentación. Fue después de 1979, que los criterios operacionales para la anorexia nerviosa, empiezan a ser desarrollados.

La creación de la categoría clínica trastornos de la conducta alimentaria, la cual surge, con el DSM-III, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se incluyen dentro de los Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA). Que aparecen como entidades nosológicas perfectamente individualizadas. Inicialmente se ubican dentro del grupo de trastornos de inicio en la infancia niñez y adolescencia, pero en la cuarta edición *American Psychiatric Association* (APA, 1994). En este año, se les ha dado un apartado independiente, el de trastornos de la conducta alimentaria, quedando separados de la pica o alotrofagia, el trastorno por rumiación o mericismo y el negativismo infantil a comer que tienen una etiología y curso muy diferente.

Para que este debate temático, alcance a los clínicos es necesario un proceso de difusión de la tecnología diagnóstica. Esto ocurre a partir de 1980 cuando los criterios de Feighner fueron revisados con un sentido más amplio por la Asociación Americana de Psiquiatría, en 1980, y se incluyen los TCA dentro del DSM III, con ello se marcará las bases para la divulgación y difusión de lo que se constituirá más tarde como el problema social de la anorexia. La difusión de los DSM, favorece el interés de los investigadores, clínicos y epidemiólogos, a la vez que centran las líneas terapéuticas y el núcleo de los TCA en: el peso, la figura y los “pensamientos alterados” (Turón, 1997).

La edición 1980 del DSM-III refleja significativos cambios metodológicos. Cada trastorno mental es conceptualizado como un “patrón psicológico o conductual clínicamente significativo”. Se constituyen como síntomas fundamentales de la anorexia nerviosa el miedo intenso a la obesidad, la alteración de la imagen corporal y la pérdida

significativa de peso así como amenorrea en las mujeres y el rechazo a mantener el peso corporal dentro de unos límites normales. El término bulimia y sus criterios diagnósticos, no fueron adoptados e introducidos en un sistema clasificatorio psiquiátrico hasta la elaboración del DSMIII (APA, 1980), denominación y criterios que tuvieron que ser modificados en la siguiente edición del DSMIII-R, considerando que la edición anterior no contemplaba la conducta purgativa para que un individuo fuera diagnosticado como bulímico. La terminología adoptada por el DSMIII-R y utilizado al corriente es el de bulimia nerviosa.

En las clasificaciones diagnósticas subsecuentes DSM -III y del DSM -IV, se publica con algunas alteraciones, los criterios diagnósticos propuestos por Russel y se queda consignada la denominación bulimia nerviosa. En DSM III–Revisado, ocurrió una reestructuración, en los TCA donde son contemplados con amplios cambios en los síntomas fundamentales de la anorexia nerviosa que consiste en el “rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla”, que no se especifican (DSMIII–R 1992). En esta revisión se promueven alteraciones significativas: a) se refuerza la idea de voluntad de la persona que padece la enfermedad que no solo manifiesta “miedo”, sino “rechazo contundente” a mantener el peso por encima de un valor mínimo y dan con ello la imagen de personas con gran fuerza de voluntad; b) se modifica el porcentaje de infra peso que se requiere para el diagnóstico de la anorexia (si en el DSM III se precisaba bajar un 25% del “peso corporal”, en el DSM III–R se baja el porcentaje de peso para el diagnóstico a un 15%). En relación a la bulimia, muchos de los patrones de diagnósticos se pueden dar tanto en mujeres como en hombres con obesidad (Gil-García, 2006).

En la década de los sesenta, la bulimia era razonada aún como síntoma. Aumenta la preocupación por el fenómeno bulímico, pero la atención se limita a la

bulimia de los pacientes con anorexia y obesidad. Al término de esta década es cuando la bulimia empieza a valorarse como entidad nosológica "autónoma" en personas con normal peso (Toro, 1996). A pesar de estos antecedentes y de referencias a la aparición de conductas bulímicas en pacientes que habían padecido de anorexia nerviosa, es sólo en 1979 cuando Gerald Russell de Londres, acuñó el término bulimia nerviosa que continua en vigencia hasta hoy. En la década de 1970, se compaginó la primera descripción adecuada de signos y síntomas pertenecientes a esta enfermedad, si bien el término "bulimia" se conocía desde 1398, cuando Trevisa la designó.

A finales de la década de 1970, en 1979, Russel logra la conceptualización nosográfica de la bulimia nerviosa, donde propagó su trabajo intitulado. "Bulimia Nervosa: An Ominous Variant Of Anorexia Nerviosa: (Bulimia Nerviosa, Una Variante Ominosa De La Anorexia Nerviosa), planteando por la primera vez la enfermedad nombrada, Bulimia Nerviosa, una nueva síndrome. En su publicación, presentaba descripción clínica y criterios diagnósticos, a partir de práctica clínica con pacientes de peso normal que además de un intenso temor a engordar utilizaban atracones y vómitos. Además destacaba la urgencia de los pacientes por comer de forma descontrolada, empleo de métodos para evitar engordar, primordialmente el vómito y/o el abuso de laxantes, acompañado de un pánico morboso por ganar peso (Russell, 1979; Johnson, Connors, & Tobin, 1987; Guillemot & Laxenaire, 1994; Raich, 1994; Brownell & Fairburn, 1995; Chinchilla, 1995). Gerald Russell, consideraba la bulimia como una variante de la anorexia (Brownell & Fairburn, 1995; Turón, 1997). Russell, contribuyo para la bulimia nerviosa ser contemplada como otra entidad o síndrome clínico apartado de la anorexia nerviosa.

La primera descripción de bulimia no como un síntoma aislado, sino como una enfermedad independiente, se debe al autor chileno Otto Dörr Zegeres (1972), Médico-

Cirujano (1961), Profesor Titular de Psiquiatría (1983) de la Universidad de Chile. siendo sus características las siguientes: **a)** deseo imperioso de comer grandes cantidades de alimentos, realizado lo cual la paciente se provoca vómitos; **b)** estas crisis tienden a presentarse primero en forma episódica, para terminar transformándose en una conducta permanente; **c)** otras manifestaciones son: estreñimiento, abuso de laxantes y compromiso del ánimo; **d)** no hay aumento ni disminución significativa del peso; **e)** es posible establecer diferencias clínicas esenciales con respecto a otros síndromes psiquiátricos, **f)** la personalidad previa y la estructura familiar muestra cierta similitud con lo observado en la anorexia nerviosa; sin embargo, se postula su independencia con respecto a ella, dada la falta de pérdida de peso y el carácter dual de la conducta perversa; hiperfagia seguida de vómito.

Considerando que esta publicación fue producida en español, no fue conocida por la comunidad científica internacional, admitiéndose durante mucho tiempo como descripción original la hecha por el inglés Gerald Russell (1979) en la revista *Psychological Medicine* (1979) enumera la necesidad de que emerjan los subsiguientes criterios diagnósticos en bulimia nerviosa: a) La paciente sufre de un impulso incontrolable a ingerir grandes cantidades de alimento. b) La paciente busca la forma de evitar el alza de peso, induciéndose el vómito, abusando de laxantes o haciendo ambas cosas. c) La paciente tiene un miedo morboso a engordar. d) La mayoría de las pacientes se mantiene en un peso relativamente normal.

En 1980, el DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), de la Asociación Americana de Psiquiatras, incorporó la descripción de Russell a su clasificación, agregándole algunos síntomas complementarios, como el ánimo deprimido y el auto desprecio después de los episodios de voracidad. Cuando se publicó el DSM-III, se incluyó en el mismo un trastorno nombrado "bulimia", empezando a ser

considerada internacionalmente como entidad diagnóstica. El DSM IV distinguió dos subtipos: el "purgativo" (con vómitos y abuso de laxantes y diuréticos) y el "no purgativo" (sólo con crisis de hiperfagia, que alternan con períodos de dicta).

Otros hechos asociados a esta enfermedad son los siguientes: mayor frecuencia de abuso de alcohol, drogas y anorexígenos; mayor frecuencia de conductas ¡repulsivas, como la cleptomanía; y alteraciones anátomo-fisiológicas tales como: compromiso de la dentadura, hipertrofia de las glándulas salivales, irregularidades menstruales y alteraciones del metabolismo electrolítico (disminución de los niveles plasmáticos de potasio, sodio y cloro). La bulimia nerviosa, de forma general, se trata de una conducta alimentaria atañida con el atracón y posterior vómito auto inducido con la intención de seguir comiendo. Es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta descontrolada (binge o atracón) y excedida de alimentos (cuyo aporte calórico puede llegar hasta valores de 3.000kcal a 7000 kcal) en períodos muy cortos de tiempo (Brownell & Fairburn, 1995; Gendall, Sullimvan, Joyce, Carter, & Bulik, 1997; Gendall & Sullimvan, 1997).

El atracón, viene acompañado de una conducta tendiente a eliminar los efectos de esta sobre ingesta calórica (Ballabriga & Carrascosa, 2001) a través de la auto-provocación del vómito, el uso de laxantes y diuréticos, las dietas restrictivas y el aumento de la actividad física para compensar el atracón (Kaltiala-Heino, Rissanen, Rimpela, & Rantanen, 1999) Estos episodios generan sentimientos de auto desprecio y ánimo depresivo que conducen a la puesta en marcha de estos mecanismos compensadores (García-Camba, 2001). Más importante que la cantidad en el atracón es la pérdida del control, sobre la ingesta de la comida. Si bien que las cantidades, en el inicio del cuadro, son superiores a lo que los individuos sin desarreglos en la ingesta comen en un mismo intervalo de tiempo (Chinchila, 2002).

La ingesta compulsiva no puede prevenirse ni interrumpirse una vez iniciados considerando la sensación de pérdida total de control sobre la alimentación. Los afectados por bulimia nerviosa, poseen un miedo agudo a ganar peso además de una alteración de la imagen corporal. Exteriorizan una baja autoestima y cambios en cuanto a su estado de ánimo, con una propensión a los estados depresivos y una impresión de ausencia de control durante un atracón de alimentos, y un auto desprecio después del atracón, origen por la cual recurren al vomito. Estas conductas pueden ser el uso de laxantes, diuréticos, enemas o hacer ejercicio intenso, o bien tras un atracón pasar uno o varios días en ayuno.

Sobre la base de lo expuesto, estos cuadros psicopatológicos tiene sido reconocidos por su complejidad, considerando que envuelven aspectos emocionales, físicos y sociales de la vida del paciente y de sus familiares. Actualmente, son analizados como trastornos complejos y etiopatología multifactoriales. A respecto de las diversas causas, es importante denotar la presión sociocultural para ser magro (principalmente la Moda y los Medios de Comunicaciones y Dieta) es considerada como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de esta psicopatología. Incluyese también a esto contexto, primordialmente, as presiones ejercidas por los amigos y la familia, los cuales pueden motivar el espiral de la delgadez excesiva. Luego, la anorexia y la bulimia son considerados trastornos psiquiátricos y no se trata simplemente exagero de valores sociales dominantes, que permean acciones y adicciones contemporáneas. Son trastornos de la conducta alimentar, cuya prevalencia tiene crecido mucho en las últimas décadas, atingido principalmente adolescentes y jóvenes del sexo femenino. Sin embargo, recientemente tiene sido comprobado la ampliación del número de hombres acometidos por ambos trastornos (Scorsolini-Comin, 2010).

En 2002 aparece una nueva edición, DSMIV–TR, aún que no se modifican los criterios diagnósticos de los TCA. Tanto en el DSM IV como el DSM IV–TR se recogen dos tipos de anorexia nerviosa: la anorexia nerviosa de tipo restrictivo y la anorexia nerviosa de tipo compulsivo. En la bulimia nerviosa distinguen la bulimia de tipo purgativo y la bulimia no purgativa. Las características esenciales de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa se mantienen con respecto al DSMIII–R. La anorexia se caracteriza por “rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal y miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo” (Gil-García 2006). En esta retrospectiva histórica, se puede también, evaluar cómo los criterios diagnósticos de la APA, son consultados y sirven de referenciales en medicina y psicología desde 1980, para diagnosticarlos TCA, y como han modificándose en un escaso intervalo de tiempo. A seguir se evidencia el cuadro donde recogerse la evolución histórica de algunas producciones referentes a, anorexia y bulimia nerviosas:

Cuadro 4. *Producciones históricamente referentes anorexia nerviosa y bulimia nerviosa* (Modificada de: Kaye, Strober, Stein, & Gendall, 1999; Cincihilla 2002).

AUTOR	AÑO	PRODUCCIÓN
Trevisa	1398	Primera vez utiliza la palabra bulimia, para referirse al apetito inmoderado.
Motherby	1785	Detalló tres tipos de hambre: pura, con vómitos, y con desmayos.

Hooper	1825	Utilizaba los términos “bulimia hermética” para designar un apetito voraz seguido de vómitos
Descuret	1833	Describió, dos formas: en una la cinorexia, y el atracón, seguido de vómitos.
Pinel	1840	Incluyó la anorexia dentro de las neurosis de digestión, pica, anorexia y bulimia gástrica.
Blanchez	1869	Sistematizó el concepto de bulimia-hambre persistente aún a pesar de la dilatación gástrica.
Hobbes	1908	Primera descripción de un caso posible de AN en 1668 en Inglaterra.
Gull	1874	Primera serie de casos de AN limitada publicados.
Wolf	1932	Primera descripción de lo que se creía que era BN.
Wulff	1932	En 1932 divulga artículo sobre Atracones, hipersomnia, depresión apática y subestimación de la imagen corporal.
Bouveret y Soltman	1893, 1894	Narraron la hiperoxia como la ingestión repetida de pequeñas cantidad de comida,

		distinguiéndola de la polifagia.
Janet	1907	Publicó una descripción detallada de un caso de bulimia.
Berkman	1930	Establece las implicaciones del trastorno psicológico en la etiopatogenia de la anorexia.
Stunkard, Grace y Wolf	1955	Primera descripción del síndrome de atracón nocturno.
Stunkard	1959	Primera descripción formal de los que se creía que era el trastorno de excesos en la alimentación.
Simposium de Göttingen;	1965	Discute la importancia de la investigación pluridisciplinar en la anorexia.
Crisp; Theander y Bruch	1967; 1970; 1973	Constatan atracones y vómitos en las anorexias nerviosas.
Otto Dörr Zegers	1972	Primera descripción de bulimia no como un síntoma aislado, sino como una enfermedad independiente.
Bruch	1973	Describe el auto concepto de imagen corporal desfigurado y de los procesos interoceptivos en

		AN.
Ran y Green	1975	Bulimia: conducta impulsiva.
Boskind - Lodhal - Sirlin	1977	Bulimarexia combina dos trastornos alimenticios comunes: Bulimia y Anorexia.
Russell	1979	Primera descripción reconocida de BN en la literatura y definición criterios diagnósticos
Garner y Garfinkel	1979	Desarrollo del test de Actitudes en la Alimentación para medir la intensidad de los síntomas en AN
Palmer	1979	Síndrome del caos alimentario
La APA, DMS-III	1980	Acuña el diagnóstico de bulimia.
Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis	1980	Reconocimiento de los distintos subgrupos de purgación y restricción en la AN.
Fairburn	1981	Primer estudio de terapia de comportamiento cognitivo para el tratamiento de la BN.
Gross, Ebert y Faden	1981	El primero de una serie de pruebas de terapia psicofarmacéutica en AN, que

		mostró resultados poco convincentes.
Pope, Hudson y Walsh	1982	Informe sobre los antidepresivos tricíclicos como reductores del exceso de comida en la BN.
Rosen y Leitenberg	1982	Los inhibidores de la monoamina oxidada demuestran reducir el exceso de comida en la AN. Exposición y respuesta de la terapia de prevención descrita para la BN.
Gamer, Olmstead y Polivy	1983	Desarrollo del Inventario de Trastornos Alimentarios para medir la gravedad, el subtipo y los resultados del tratamiento de los trastornos alimentarios.
Russell, Szmukler, Dare y Eisler	1987	La terapia familiar demuestra ser superior a la terapia de apoyo individual en pacientes jóvenes con AN no crónica.
Henderson y Freeman	1987	Desarrollo del Test de Investigación Bulímica de

		Edimburgo para medir los síntomas y la gravedad de la BN.
El DMS-III-R	1987	Matiza mejor el cuadro de bulimia nerviosa, y utiliza al corriente término bulimia nerviosa.
Cooper, Cooper y Fairbum	1989	Desarrollo del Examen de los Trastornos de la alimentación, una entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos alimentarios.
Agras , Rossiter, Arnow, Schneider , Telch y Raeburn, Mitchel, Raymond y Speaker	1992; 1990	Primeras investigaciones de la eficacia comparativa de la psicoterapia y farmacoterapia en la BN: la psicoterapia y la terapia de comportamiento cognitivo superan a la farmacoterapia sola.
Gwirtsman, Guze, Yager, y Gainsley, Kaye, Gwirtsman, George y Ebert	1990, 1991(a)	Pruebas sin controles sugieren que la fluoxetina ayuda durante la fase de mantenimiento de peso en AN
Kendler, MacLean, Neals, Kessler, Heath y Eaves	1991	Informe de alguna evidencia de influencia genética en BN.
Spitzer, Devlin y Walsh	1991	El trastorno de exceso de comida se define como un trastorno diferenciado.

<p>Fairburn, Jones Peveler, Hope y O'Connor</p>	<p>1993</p>	<p>La psicoterapia interpersonal se muestra equivalente a la terapia de comportamiento cognitivo en el tratamiento de BN.</p>
<p>El DMS-IV</p>	<p>1994</p>	<p>Distinguió dos subtipos: restrictivo, cuando no se recurre a atracones o a purgas y compulsivo/purgativo, utilizase vómitos provocados o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.</p>
<p>Collier, Arranz , Li , Mupita , Brown y Treasure, Enoch, Kaye, Rotondo , Greenberg B, Murphy , Goldmanet,Sorbietal, Freeman y Morrell.</p>	<p>1997; 1998; 1998</p>	<p>Evidencia de una asociación de un polimorfismo para el receptor de serotonina 2A en AN.</p>
<p>El DMS-IV- TR</p>	<p>2002</p>	<p>Aún que no se modifican los criterios diagnósticos de los TCA. Tanto en el DSM IV como el DSM IV–TR, se recogen dos tipos de anorexia nerviosa: la anorexia nerviosa de tipo restrictivo y la anorexia nerviosa</p>

		de tipo compulsivo.
El DSM-5	2013	<p>La gran novedad que trae consigo el DSM-5 es la eliminación del criterio de amenorrea.</p> <p>Lo más relevante es la desaparición del subtipo bulimia nerviosa no purgativo que corresponde ahora a la categoría de trastorno por atracón.</p>

Entre los TCA más frecuentes están la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Estas condiciones se caracterizan por mostrar patrones alimentarios que afectan el estado emocional, físico y social del paciente, por tratar de evitar la obesidad. Ambas muestran conductas que pueden afectar la homeostasis del cuerpo. No obstante, La Anorexia Nerviosa e a Bulimia Nerviosa sean los TCA más estudiados e investigados en las últimas décadas.

2.8.3. Anorexia nerviosa 307.1 (F50.0)

En las sociedades occidentales de consumo, coexiste mayor cantidad de patologías, como por ejemplo, la anorexia, la bulimia y el trastorno de la conducta alimentaria, no, especificada. Los trastornos, tienen etiopatologías vinculadas a los aspectos biopsicosocial, que envuelve distintos sistemas del cuerpo, de la cognición y

de los aspectos inherentes a uno mismo y sus relaciones sociales e interpersonales. Al considerar los TCA, como un proceso, puede observarse una interacción continua entre el individuo y su contexto externo, sus síntomas y sus intentos de afrontarlos. Independiente de las diferentes perspectivas teóricas, existe un punto de intersección cuanto las dificultades para el funcionamiento autónomo del enfermo, para establecer la identidad y acceder a la separación exhibe dificultad para obtener el crecimiento, la independencia y la sexualidad. A priori la anorexia aconteció de modo insidioso: los pacientes se motivan a iniciar un programa de adelgazamiento y reducen de peso. La aprensión se instaura cuando la resistencia para alimentarse muy explícita o cuando surge la amenorrea y puede llegar a cuadros psicopatológicos leves, moderados o graves, pero dependen de la repercusión nutricional. En algunos pacientes la resistencia a alimentarse es tan excesiva que pueden conllevar a la muerte (Chinchilla, 2002).

La anorexia nerviosa es una patología psiquiátrica complicada, con importantes manifestaciones físicas y complicaciones endocrinológicas que afecta principalmente a mujeres adolescentes. Es un trastorno caracterizado por una considerable pérdida de peso auto inducida por el propio enfermo a través de una conducta ingesta anómala. El paciente se impone una dieta rigurosa con restricción de los alimentos con alto contenido calórico (Emans, 2000). La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos auto inducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc. (Toro, 1999).

Los orígenes de la anorexia nerviosa son aún motivo de polémica es posible considerar los distintos aspectos individuales (biológicos y psicológicos), familiares y sociales que confluyen para que en una etapa vulnerable del desarrollo, donde la interacción del individuo con su contexto ecológico, se torna impotente para hacer frente a las demandas en un momento dado facilitando la instauración del síndrome. Sus manifestaciones clínicas son la resultante de la destilación de múltiples factores predisponentes y detonantes, y su interacción con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas en un momento dado. Desde la perspectiva etiopatogénico la anorexia nerviosa se instaura a través de la integración patogénica de factores psicobiológicos individuales, familiares y socioculturales que confluyen para que en una etapa vulnerable del desarrollo, aparezca la enfermedad (Chinchilla, 1994; Garner, 1993). Las características esenciales de la AN resultan de la negación a mantener un peso corporal normal mínimo, del miedo intenso a ganar peso y de la considerable perturbación de la percepción del tamaño y formas corporales (DSM-IV-TR; APA, 2004). Los criterios del DSM-IV-TR (2004) para el diagnóstico de AN se demuestran, a continuación:

Cuadro 5. Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa DSM-IV-TR-APA, 2004.

A.	<i>Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).</i>
B.	<i>Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso</i>

	<i>normal.</i>
C.	<i>Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</i>
D	<p><i>En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).</i></p> <p>Tipo restrictivo: <i>durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</i></p> <p>Tipo compulsivo/purgativo: <i>durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</i></p>

La incidencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, están creciendo de forma reveladora en los últimos años (Ballabriga & Carrascosa, 2001), sugestivamente en los países desarrollados, hasta el punto de considerarla una "enfermedad epidémica". Además considerando el orden de frecuencia, conquista el tercer lugar como enfermedad crónica más común en la adolescencia (Bueno, Vellila, Jiménez, & Fleta, 1999).

2.8.4. Bulimia nerviosa 307.51 (F50.2)

En la concepción de Toro (1999), la bulimia nerviosa, es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios en los individuos que padece de esta patología, ingiere grandes cantidades de alimentos usualmente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares donde ocurrió una pérdida de control sobre la ingesta. A priori, el bulímico, no desea en absoluto cometer en el atracón. En este sentido, Hsu (1990b) estudia los precipitantes del episodio de sobre ingesta, encontrando que la variable más importante es el hambre.

Esta patología representado por la existencia de episodios escondidos de excesiva ingestión de alimentos de forma descontrolada (binge o atracón) seguidos por procesos inapropiados para vigilar el peso como el vómito auto inducido, el abuso de laxantes o diuréticos y la realización de ejercicios demasiado exigentes para el cuerpo. A este atracón le sigue un tipo de comportamiento que lo compensa por el exceso de comida, como vómitos forzados o abuso de laxantes o diuréticos, ayunos y/o exceso de ejercicios o una combinación de estos comportamientos.

Esta patología representada por la presencia de episodios escondidos de excesiva ingestión de alimentos de forma descontrolada (binge o atracón). A este atracón le sigue un tipo de comportamiento que lo compensa por el exceso de comida, estrategias inapropiadas para vigilar y el peso. Conductas compensatorias son utilizadas, como vómitos forzados o abuso de laxantes o diuréticos, ayunos y/o exceso de ejercicios o una combinación de estos comportamientos. Las características fundamentales de la BN son la ingesta compulsiva de alimentos y el uso de métodos compensatorios inapropiados para imposibilitar el aumento de peso. Igualmente, la autoevaluación de

los individuos que padecen de esta patología, está preocupados por la forma y peso de su imagen corporal. A seguir se denota los criterios diagnósticos para la B.N.

Cuadro 6. Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa DSM-IV-TR; APA, 2004.

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

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

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

Desde el punto de vista de Toro, 2008, la diferencia más importante entre la anorexia y la bulimia reside en que esta última, está marcada por conductas impulsivas y desadaptativas, ausencia de control frecuente de impulsos, aunque no solo en lo concerniente a la alimentación, sino en otros dominios de la vida tales como: el consumo de tóxicos, cambios de pareja o incluso robos y conductas Mito maniacas. La impulsividad denota la ausencia de control y el actuar de forma instintiva. Envuelve una lucha desadaptativa para dominar los impulsos. En los trastornos de alimentación la impulsividad está más asociada a los atracones, a la ansiedad de comer de modo desmesurado; otra forma de impulsividad, ocurrí por medio de conductas de purgación. En concreto, la impulsividad, puede encuéntrala con mayor frecuencia en las anoréxicas y en las bulímicas purgativas.

Con respecto a las conductas de purga Turón, 1997, explica que los individuos con bulimia son conscientes de que la comida les hace aumentar de peso, esto les provoca una gran ansiedad y el procedimiento más rápido para solucionar es a través del vómito, el abuso de laxantes y diuréticos y la realización de ejercicio. Las conductas

adictivas, se observan con mayor frecuencia en la bulimia, sobre todo los trastornos relacionados al descontrol impulsivo. Los trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosas, y la condición de obesidad, existen y son narrados desde la antigüedad, desde el inicio de la civilización occidental.

2.8.5. *Trastornos de la conducta alimentaria no especificado: TCANE 307.50 (F50.9)*

Los trastornos de la conducta alimentar no especificado, TCANE, simbolizan la categoría diagnóstica más común de los estudios de prevalencia (Machado et al., 2007). En la clasificación de los TCA, demostrase a priori el trastorno de conducta alimentaria no especificado que es una categoría residual utilizada para casos que no contemplan los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico (Kaplan & Sadock, 2007). En 1992, fue publica, el DSM IV, donde los TCA adquieren entidad propia, o sea, a partir de ahora aparecen dos categorías diagnósticas relacionadas con los trastornos alimentarios y se amplía la categoría: Trastornos de la Ingestión Alimentaría de la Infancia o de la Niñez que están incluidos en los Trastornos de Inicio en la infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA) y, por otro lado, los Trastornos de la Conducta Alimentaría que se encuentran junto a los Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual y los Trastornos del Sueño ”. Lo más significativo es que en esta clasificación aparece como novedad una nueva categoría diagnóstica: los “*Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificado*” (TCANE). Además se incluyen los tipos restrictivos y purgativos para cada una de las categorías. El grupo de mujeres que está en riesgo de padecer anorexia nerviosa se amplía, sí en el DSM III y DSM III–R estaban considerados trastornos de la infancia y de la adolescentes (mujeres entre los 12 y 18

años), en el DSM IV la población que puede ser afectada de trastornos alimentarios se amplía a todas las mujeres. La bulimia se caracteriza por “atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso La bulimia se caracteriza por atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso (DSM IV, 1995).

En los manuales DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2004) se incluyen como trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) seis cuadros de síntomas en los que falta una característica para completar el cuadro de caso de AN o BN. De estos seis cuadros de síntomas, dos corresponden a sujetos que cumplen todos los criterios de AN exceptuando la pérdida de menstruación durante tres ciclos consecutivos (TCANE de Tipo 1) y exceptuando un peso inferior al 25% del peso esperable según altura, edad y constitución (TCANE de Tipo 2). Los otros cuatro son cuadros que corresponden a síntomas parciales de BN, en los que contiene el Trastorno por Atracón (TA) Hay que subrayar la relevancia del TCANE considerando que este, es trastorno más frecuente para los individuos, que procuran un diagnóstico y tratamiento para los TCA (Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll, & Palmer, 2007).

A través de los cambios históricos emerge un nuevo culto a la delgadez, que poco a poco se ha modificado el modelo estético de la figura femenina y se ha instaurado este ideal irreal de belleza que rige las sociedades contemporáneas (Guillemont & Lexenaire, 1994). Cotidianamente, hay una gran coacción social a la que se ven subyugados algunas categorías de la población, en específico, el sexo femenino, adolescentes y jóvenes, con el deber de atender a un modelo estético de extrema delgadez, y en este sentido, hace con que la preocupación por la imagen corporal trascienda al ámbito de la salud física, y acometa también la salud mental (Abraham, 2003). A continuación, presentase los criterios diagnósticos:

Cuadro 7. Criterios diagnósticos para el TCANE DSM-IV-TR; APA, 2004.

1.	<i>En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.</i>
2.	<i>Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.</i>
3.	<i>Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.</i>
4.	<i>Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).</i>
5.	<i>Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.</i>
6.	<i>Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia.</i>

El diagnóstico más frecuente durante la adolescencia es de TCA no especificado, seguido por el de anorexia nervosa y bulimia nervosa. Todos estos trastornos comparten síntomas cardinales tales como la preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal (Hay, Mond, Buttner, & Darby, 2008).

Los Trastorno de la Alimentación No Identificado (TCANE) o Trastorno Sin Otra Especificación (TSOE). Que codifica a quien no cumplen los criterios para uno de los trastornos específicos. Por otro lado, define como síndrome en estudio, el trastorno por atracón, manifestando semejanzas formales con la sobreingesta compulsiva y que presenta una semiología diferencial respecto a los antepuestos trastornos. El trastorno por atracón, esta categorizado, por episodios repetitivos de voracidad durante un periodo determinado de tiempo.

2.8.6. Trastorno por atracón

El trastorno por atracón, TA, en las clasificaciones internacionales no se incluye como tal, sino como trastorno de la alimentación no especificado. No suele tener miedo a ganar peso, ni conductas purgativas. El Trastorno por atracón (TA), se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva, atracones, en ausencia de los comportamientos compensatorios inapropiados característicos de la Bulimia Nerviosa (BN), tales como el vómito autoinduzido, el uso de laxantes, diuréticos, la restricción dietética o la hiperactividad física orientadas a la pérdida de peso (Barry, Grilo, & Masheb, 2003).

Cabe destacar que la presencia, de lo Trastorno por Atracón, tuvo su mención cuando Stunkard (1959) relató que en los pacientes obesos ocurría un síndrome

caracterizado por la presencia de atracones. En los años 1980, se introdujo el término “bulimia” en el DSM-III, basado en la descripción efectuada por Stunkard. Este axioma circunscribía a los individuos que manifestaban atracones y conductas purgativas y otros que sólo exteriorizaban atracones.

El DSM-III-R, en 1987, alteró el término y concepto de bulimia, reemplazando por el de bulimia nerviosa, que agrupaba los criterios expuestos por Rusell, con lo que permanecían excluidos los individuos que no recurrían a métodos compensatorios para contener el incremento de peso estimulado por atracones (Rusell & Treasure, 1989).

Su primera descripción con característica nosológica fue formalizada por Spitzer et al. (1992), y su aceptación demandó grandes discusiones. El trastorno por atracón (TA), “binge eating” y en español, trastorno de la ingesta compulsiva, no es una entidad nosológica visiblemente diferenciada. Todavía se halla catalogado como un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) en el DSM-IV-TR (APA, 2004), persistiendo en la sección de diagnósticos en investigación y pendientes de estudios futuros.

La diferencia principal del TA, con la BN es la ausencia de mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina fatalmente hacia un problema de sobrepeso u obesidad. Con el trastorno por atracón una persona pierde el control sobre su alimentación. A diferencia de la bulimia nerviosa, a los episodios de atracones no les siguen comportamientos como purgas, exceso de ejercicios o ayunos. Por esta razón, las personas con trastorno por atracón a menudo tienen sobrepeso o son obesas. Las personas con trastorno por atracones que son obesas tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. También experimentan un sentimiento de culpa, vergüenza y/o angustia por tal comportamiento, lo que puede llevar a más atracones. Lo más característico de este trastorno, son

episodios de ingesta excesiva de alimentos que se viven como descontrolados. Antes y después de estos atracones hay un estado afectivo negativo, donde predomina la ansiedad elevada o el estrés.

El trastorno por atracón, uno de los trastornos alimentarios más relevantes, se diferencia de la bulimia en que la paciente que lo sufre, tras el episodio de atracón en que come compulsivamente gran cantidad de comida, no compensa este con medidas purgativas de ningún tipo. El TA consigue una gran relevancia, debido su grande prevalencia en la población general, seno clasificado, como el tercero de los cuatro diagnósticos en TCA: AN, BN, TA y TCANE (Yager et al., 2005).

El TA, se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva, atracones, en ausencia de los comportamientos compensatorios inapropiados característicos de la Bulimia Nerviosa (BN), tales como el vómito provocado, el uso de laxantes, anorexígenos o diuréticos, la restricción dietética o la hiperactividad física orientadas a la pérdida de peso (Barry, Grilo, & Masheb, 2003). Los atracones pueden tener las características de los que se presentan en la bulimia nervosa o bien, pueden llevarse a cabo a lo largo de un día sin episodios rápidos y voraces.

Los pacientes frecuentemente reportan que ingieren alimentos hasta sentirse incómodamente llenos. Este trastorno se asocia frecuentemente al sobrepeso o a la obesidad. El trastorno por atracón está coligado con obesidad con una elevada comorbilidad psiquiátrica y médica (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007).

El atracón que posteriormente suele generar un sentimiento de culpa, pero, hay una tentativa, que a ingesta, será expulsada mediante el vómito o por la evacuación producida por los laxantes o enemas. Es frecuente encontrar en este trastorno un elevado estrés, problemas interpersonales y familiares, abuso de sustancias hábitos obsesivos compulsivos, y sentimientos depresivos. El trastorno por atracón o *binge eating*

disorder (BED), también conocido como comer compulsivamente, es un síndrome caracterizado por atracones recurrentes de comida con la ausencia de conductas compensatorias propias de la BN.

Al término de un episodio de atracón, hay una conducta con disforia, y una tentativa de deshacerse de la culpa, la angustia y la ansiedad, todas estas emociones negativas son vivenciadas después del atracón. Estos episodios de ingesta voraz y desmesurada se dan en situaciones limitadas, sobretodo en respuesta a estímulos externos o características de estos o para atenuar un momento afectivo adverso, con predominio de la ansiedad. Si hay restricciones dietéticas, son un estímulo más de tensión que puede llevar a que los atracones sean aún mayores. El TA puede ocurrir tanto en sujetos con peso normal como en sujetos obesos (Spitzer et al., 1993).

El TA merece una gran atención, debido su elevada prevalencia en la población general, clasificándose como el tercero de los cuatro diagnósticos en TCA: AN, BN, TA y TCANE (Yager et al., 2005). Con relación a este trastorno, la duda persiste, se el DSM-V, lo contemplara definitivamente como una entidad propia. A lo mejor, el trastorno por atracón podrá ser catalogado como una nueva categoría que deberá ser sometida a cuidadosas revisiones. El trastorno por atracón es una entidad en fase de estudio e investigación, para poder evaluar la posibilidad ante un trastorno con entidad propia.

Cuadro 8. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Atracón DSM-IV-TR; APA (2004).

A.	<p><i>Episodios recurrentes de ingesta compulsiva. Un episodio de ingesta compulsiva se caracteriza por las siguientes condiciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>1. Ingesta, en un periodo de tiempo aislado (por ej., cualquier periodo de dos horas), de una cantidad de comida francamente superior a que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo espacio de tiempo y en circunstancias similares;</i><i>2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (por ej., sensación de que no se puede parar de comer o controlar cuánto se está a comer).</i>
B.	<p><i>Los episodios de ingesta compulsiva se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>1. ingesta mucho más rápida que lo habitual;</i><i>2. comer hasta sentirse desagradablemente lleno;</i><i>3. ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre;</i><i>4. comer sólo para esconder el embarazo por su voracidad;</i><i>5. sentirse disgustado con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después de la ingesta compulsiva.</i>
C.	<p><i>Profundo malestar al recordar las ingestas compulsivas.</i></p>

D.	<i>Las ingestas compulsivas tienen lugar, en media, por lo menos dos días por semana durante seis meses.</i>
E.	<i>La ingesta compulsiva no se asocia al uso regular de estrategias compensatorias inadecuadas (por ej., purgantes, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente durante una AN o una BN.</i>

Los trastornos de la conducta alimentaria TCA, junto a otras patologías mentales, consienten en los citados males de fin de siglo o de la era del vacío Lipovetsky (1996). Cabe mencionar que, en las sociedades occidentales contemporáneas, hallarse una mayor incidencia de las patologías originarias dos aspectos, biopsicosocial, en específico los TCA, que envuelven diversas partes del cuerpo y los factores inherentes al individuo y sus relaciones interpersonales. Los TCA y sus tangentes que se han convertido en significativas enfermedades cuyo desarrollo son producidas por una interacción de múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible susceptibilidad genética o biológica, en un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de alimentación y una obsesión por la delgadez (Martínez-Aedo, 2000; García-Camba, 2001). Como bien aborda Garfinkel, Garner y Goldbloom (1987), la

diversidad y complejidad de los trastornos de la alimentación envuelven necesariamente la interacción entre los factores socio-culturales, psico-biológicos y familiares.

En los últimos años, en los países occidentales, ha tenido un incremento de los TCAS, consecuencia de los cambios que se han producido en relación a los modelos estéticos corporales (Schneider, O'Leary, & Agras, 1987). La sociedad de consumo, ejecuta coacción sobre todo la familia, para conseguir la belleza corporal, fenómeno este extremadamente notorio en las culturas occidentalizadas, en las que ha elevado el valor de la exagerada delgadez a una evidente obstinación colectiva una por la imagen corporal esplendida (Taylor, Sharpe, & Shisslak, 1998). Los valores de la cultura de los países occidentales como son, los estereotipos de lo bello, lo atractivo, la sexualidad, la idealización de una imagen corporal estupenda, contribuyen al desarrollo de los TCA. Posiblemente mayor insatisfacción corporal menor autoestima (Thompson, Heinberg, & Altabe, 2002).

Clásicamente, distingue-se los factores predisponentes, precipitantes y los mantenedores de los TCA. Los factores predisponentes son aquellos que aumentan la vulnerabilidad de la manifestación de los TCA. Los factores predisponentes pueden ser divididos en: individuales, familiares y socio-culturales, donde se destaca: los individuales, trazos de personalidad, baja auto-estima, trazos obsesivos e perfeccionistas (AN), impulsividad e inestabilidad afectiva (BN), historia de trastornos psiquiátricos- depresión, trastornos de ansiedad (AN), dependencia de sustancias (BN)-, proclividad a obesidad, alteraciones de neurotransmisión - vías noradrenérgicas y serotoninérgicas -, eventos adversos - abuso sexual -; entre los familiares, agregación familiar, hereditariadad, patrones de interacción familiar- rigidez, intrusividad y evitación de conflictos (AN), desorganización y ausencia de cuidados (BN); y los socioculturales destacándose el ideal cultural de la delgadez como el punto principal. Los factores que

precipitan la enfermedad marcan el apareamiento de los síntomas. Finalmente, los factores mantenedores determinan si el trastorno va ser perpetuado o no. (Morgan et al., 2002).

Como se indicó anteriormente, los TCA tienen una etiopatología multifactorial, donde ocurre una relación impropia con la comida, o por una grave desviación de los hábitos alimentarios (Tammenhaus, 1999). Al igual, Raush (1996) considera la coexistencia de un TCA, cuando la actitud hacia la comida y el peso, se ha transformado en aquello que rige la conducta del individuo. La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son los TCA, más discutidos, investigados y con mayores cantidades de publicaciones en relación al trastorno de la conducta alimentaria no identificado TCANE y al trastorno por atracón, TA (Gual, 1999).

En lo concerniente a los TCA, recuerda que no hay una única etiología responsable por los trastornos de la alimentación. Y sí, es esencial salvaguarda el Modelo Multifactorial, con base en la interacción de los factores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturales y familiares (Cordas, 2013).

Los criterios diagnósticos evidenciados anteriormente, hacen parte del DSM-IV-TR; APA, 2002. Cabe mencionar, que los cambios en los manuales de diagnóstico finalmente tienen su aplicación en la práctica clínica y serán los usuarios y la experiencia, los que irán conformando los criterios que se mantienen y los que están por venir.

Fue en la primavera de 2013, publicada la última versión del manual psiquiátrico internacional el DSM-V, que contiene los criterios para diagnosticar los trastornos mentales, incluye trastornos como la pica, el trastorno por ruminación y el trastorno de la ingestión alimentaria de inicio en la infancia, dentro de los trastornos de la conducta

alimentaria, a diferencia de la anterior edición, el DSM-IV y DSMIV-TR, que los incluía dentro de los trastornos iniciados en la infancia o la adolescencia.

A continuación en el ítem 2.9. DSM-5 y los cambios en los trastornos de la conducta alimentaria, donde puntualizamos en qué consisten estos trastornos considerados, en la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria: **(A)**. Pica; **(B)**. Trastorno de rumiación (*Rumination Disorder*); **(C)**. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID*); **(D)**. Anorexia nerviosa, (*Anorexia Nervosa, AN*); **(E)**. Bulimia nerviosa, (*Bulimia Nervosa, BN*); **(F)**. Trastorno de atracones (*Binge Eating Disorder, BED*); **(G)**. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (*Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED*) y **(H)**. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (*Unspecified Feeding or Eating Disorder, UFED*).

2.9. DSM-5 y los cambios en los trastornos de la conducta alimentaria

En este apartado, se describirá un resumen de los cambios propuestos más significativos que recoge la última versión del DSM-5 sobre los TCA y se marcará los nuevos TCAS y criterios diagnósticos, incluidos en la sección: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, "*Feeding and eating disorders*" incluso, que también modificó de denominación. Además se evidenciará los criterios diagnósticos para los TCA.

El axioma científico enseña que los factores de riesgo fomentadores de los trastornos de la conducta alimentaria, TCA son multifactoriales. Estos trastornos resultan de la interacción compleja de factores psicológicos, físicos y socio-culturales que interfieren en el comportamiento del individuo, dificultando la comprensión de su

etiología. Se trata enfermedades psiquiátricas graves que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal o con la forma del cuerpo. Los afectados hacen grandes esfuerzos para perder peso (DSM 5, 2013).

En este contexto, a seguir se coloca en evidencia, la caracterización de los TCA, descrito por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, **DSM-5**. Además para los trastornos de la conducta alimentar la OMS recomienda el uso del sistema internacional denominado **CIE-10**, utilizado también para la Clasificación Internacional de los TCA, en su décima versión. Hay que evidenciar que el uso de ambos, está generalizado universalmente.

La trayectoria histórica de la primera versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM, fue en la década de 50, este emergió debido la importancia y necesidad de catalogar los trastornos mentales de forma sistematizada. Visando la elaboración, fueron reclutadas la Asociación Americana de Psiquiatría o APA y la Academia de Medicina de Nueva York con el objetivo de elaborar una nomenclatura de las enfermedades mentales graves, que fuera referencia en los EEUU.

Desde la introducción del sistema de clasificación, DSM, se han originado una sucesión de mudanzas hasta la actualidad, DSM-5. Las continuas ediciones se han propuesto mejorar, mediante el acumulo de conocimientos principalmente en la área clínica. El DSM se construyó a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud mejoraran la comunicación a la hora de diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales., De este modo, el manual, no pretende explicar las numerosas patologías, o, proponer líneas de

tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, de la misma forma, no adjuntase a una teoría o usual o específica adentro de la psicología o de la psiquiatría.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- 5 de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, fue oficialmente publicada la nueva edición entre los días 18 y 22 de mayo de 2013, mientras acontecía el congreso anual de la APA. El DSM-5, utiliza una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, con la intención de colaborar con los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud para que estos logren diagnosticar, aprender e intercambiar información y tratar los diferentes trastornos mentales.

Hebebrand y Builk (2011) colocan de manifiesto que el capítulo sobre Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, incluye varias cambios con el objetivo de representar mejor los síntomas y comportamientos de los pacientes que conviven con éstos trastornos. Sysko, Roberto, Barnes, Grilo, Attia & Walsh (2012) subrayan la importancia de las repercusiones que estas modificaciones implican en los TCA, en sus prevalencias, cursos, desenlaces y tratamientos clínicos al permitir clasificar con mayor claridad los trastornos. Y denota la más relevante la constitución de una categoría diagnóstica propia para el trastorno por atracón, *Binge Eating Disorder*. A raíz de lo anterior, otro cambio revelador que plantea esta quinta edición, es renunciar al sistema de varios axis y medir el nivel de severidad del trastorno simultáneamente con la funcionalidad del individuo, a pesar del síntoma que presenta.

El DSM-5 es la quinta edición del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), publicado por la *American Psychiatric Association*. El DSM es una clasificación de trastornos mentales que sirve de referencia a numerosos profesionales de la salud para el establecimiento de

un diagnóstico. Además, el DSM se utiliza para la investigación y para establecer estadísticas de salud pública. El DSM es uno de los dos manuales más utilizados en el mundo para la clasificación de los trastornos mentales.

El diagnóstico de un TCA obedece a criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud, además del otro manual es el International Classification of Diseases [ICD-10] y por la Asociación de Psiquiatría Americana, APA, representada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (Alvarenga, 2014). En el DSM-5, cambiará la estructura del orden en que configuran los capítulos de los trastornos. Este cambio de secuencia facilita además la correlación con el ICD-10 - Clasificación Internacional de Enfermedades, que es un manual publicado por la Organización Internacional de Salud. Los cambios evidenciados, buscan además alinear al DSM-5 con la undécima edición de la *International Classification of Diseases* (ICD 11) de la *World Health Organization* (WHO), cercana a presentarse.

La nueva versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) está prevista para su aprobación en el 2015. La diferencia en esta es que tendrá un aporte sin precedentes de psicólogos, en la sección de la clasificación dedicada a los trastornos mentales y del comportamiento. La versión existente, que es la 10, fue publicada en el año de 1992. La OMS en la CID11, está innovando y haciendo un gran esfuerzo para establecer una clasificación de trastornos mentales global, multicultural y multidisciplinar, centrándose en mejorar su utilidad clínica. En esta nueva versión 11, poseerá una representación tanto psicológica como médica, a diferencia de las anteriores en donde ocurría la exclusividad de la orientación médica. Hay que evidenciar que el uso del DSM, y de la CID, está generalizado universalmente.

En la sección de los trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria, del DSM-5, APA, 2014, se incluye algunos trastornos además de la anorexia nerviosa y

de la bulimia nerviosa, se constituyen nuevos diagnósticos la pica y la rumiación (antes incluidos en los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez en el DSM-IV, APA, 1994) y como el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta y el trastorno por atracón, que aporta como elemento diferencial de la bulimia la ausencia de implicación en conductas compensatorias inadecuadas (purgarse, hacer ejercicio excesivo e irracional, etcétera). La recién edición del DSM-5 esbozan varios cambios, uno de los más relevantes es la inclusión del Trastorno por Atracón (Binge Eating Disorder) como una categoría diagnóstica propia. No obstante, en la edición en español, fue traducido como “trastorno de atracones” (Sysko, Roberto, Barnes, Grilo, Attia, & Walsh, 2012).

Hay que colocar en evidencia que la obesidad no está incluido el DSM-5 como un trastorno mental. Obesidad, exceso de gordura corporal, resultado del exagero de la ingestión a largo plazo y del sedentarismo. Esta patología está configurada por una serie de factores: genéticos, fisiológicos, comportamentales, culturales, además del estilo de vida, que cambian entre los individuos y contribuye para el desarrollo de la obesidad, luego, no es considerada un trastorno mental. No obstante, tiene una asociación muy intensa entre la obesidad y enfermedades mentales. Además, el trastorno por atracón está asociado con obesidad y con una significativa comorbilidad psiquiátrica y médica (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007).

La elaboración del DSM-5, tuvo como sustentáculo los datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el fin de optimizar la información entre clínicos y investigadores de diversos paradigmas teóricos. Así que, no asume las explicaciones pertinentes a las diversificadas patologías. Además no indica líneas de tratamientos farmacológicos o psicoterápicos y no agregar a una teoría específica de la psicología o de la psiquiatría. Es significativo esclarecer que su es restricto a profesionales con

experiencia clínica, ya que se usa como una guía que sea ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos específicos y de criterios éticos, morales y normativos (Echebrúa, Salaberría, & Cruz-Sáez, 2014).

El DSM-5 constituye el principal referente de consulta en la salud mental en nivel universal. Los trastornos de la conducta alimentar (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves. Desde el punto de vista de la etiopatogenia, esta es multifactorial caracterizada por consumo, patrones y actitudes alimentares extremadamente perturbadas e excesiva preocupación con el peso y la forma corporal, marcadas por alteraciones en la conducta. La caracterización de los Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, según el DSM-5 (2014), comprenden:

- (A) Pica;
- (B). Trastorno de rumiación (*Rumination Disorder*);
- (C).Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID*);
- (D). Anorexia nerviosa, (*Anorexia Nervosa, AN*);
- (E). Bulimia nerviosa, (*Bulimia Nervosa, BN*);
- (F). Trastorno de atracones (*Binge Eating Disorder*);
- (G). Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (*Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED*);
- (H). Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos **no** especificado. (*Unspecified Feeding or Eating Disorder, UFED*).

2.9.1. Trastorno pica

La Pica, es una patología encuadrada en el DSM-5 en los Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se trata del consumo tenaz de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período de por lo menos un mes, de forma inadecuada evolutivamente y considerando que su experiencia no esté aprobada culturalmente. No obstante, la geofagia como fenómeno cultural, aunque a veces ocasiona enfermedad, es considerada como una forma de paleo medicina o paleo nutrición (Mcloughlin, 1987).

El vocablo latino Pica para caracterizar la “urraca” (pica pica), ave de la linaje de los córvidos a quien se atribuye quitar e ingerir sustancias incomedibles. Esta conducta parece relacionada con rituales de cortejo y anidamiento. En Medicina esta expresión es utilizada para definir un trastorno de la ingesta y conducta alimentaria (DSM-5, 2013).

La etiopatología de la Pica es desconocida y como trastorno no existen marcadores de la misma. Factores sensoriales, digestivos, nutricionales, psicológicos y psiquiátricos se han implicado en su origen y mantenimiento. Su prevalencia no es cierta. Como también la morbi-mortalidad es desconocida. Se describe sobre todo en incapacitados intelectuales, embarazadas, autistas, enfermos mentales, niños y otros. Se ha observado ingesta o lamer sustancias no nutritivas y poco usuales como tierra, tiza, yeso, cuerdas, madera, virutas de la pintura, bicarbonato de soda, almidón, pegamento, moho, cenizas de cigarrillo, papel o cualquier otra cosa que no tiene, en apariencia, ningún valor alimenticio. Diversas especies animales, incluidos primates, presentan este comportamiento (Padilla & Miján de la Torre, 1996).

No existe un tratamiento estándar. Es necesaria en la intervención considerar los factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales. La modificación de conducta ha demostrado cierta eficacia en algunos casos y en seguimientos cortos. La

intervención en el trastorno Pica, al igual que el resto de los trastornos de la alimentación, el manejo global de esta entidad requiere la intervención multidisciplinar, coordinada de diversos profesionales de la salud.

Cuanto al diagnóstico de la Pica, este puede ser hecho en cualquier etapa del ciclo vital (DSM-5, 2013). A continuación se demuestra los criterios diagnósticos para Pica:

Cuadro 9. Criterios diagnósticos para el trastorno pica APA, DSM-5- 2013.

A.	Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.
B.	La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es in- apropiada al grado de desarrollo del individuo.
C.	El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
D.	Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.
E.	La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para pica es **307.52** y se utiliza en niños o adultos.

Los códigos CIE-10-MC para pica son (**F98.3**) en niños y (**F50.8**) en adultos.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado

2.9.2. Trastorno rumiación

Trastorno de rumiación o mericismo, *merycism*, emana del vocablo latino *ruminare*, lo que significa que rumian. Narrada por primera vez en la antigüedad, y se menciona en los escritos de Aristóteles, el síndrome de rumiación estaba clínicamente documentada en 1618 por el anatomista italiano Girolamo Fabrizi d'Acquapendente, quien escribió acerca de los síntomas de esta patología en un paciente suyo. La rumiación (o mericismo) es una condición crónica que se caracteriza por la regurgitación sin esfuerzo de la mayoría de las comidas después del consumo. Este trastorno consiste en devolver los alimentos a la boca una vez tragados para retornar a masticarlos e engullir por segunda vez. Los alimentos regresan a la boca a medio digerir sin que surjan náuseas o arcadas y logran ser masticados nuevamente y tragados o lanzados fuera de En fin, la regurgitación sin esfuerzo de alimentos ingeridos recientemente hacia la boca con la consiguiente expulsión o remasticación y deglución. Su fisiopatología es mal conocida (Morís 2012).

La regurgitación de los alimentos surge sin gasto energético y suele ser antecedida de una sensación de eructo, pero no produce náuseas. El alimento

regurgitado no sabe ácido ni amargo. Esta regurgitación no se asocia a náuseas, arcadas ni a enfermedades gastrointestinales. Es común en bebés, donde es normal que suceda durante el primer año de vida, y entre los adultos ocurre más entre aquellos que padecen de retraso mental severo. Además una de las características importantes es que quien lo padece no lo observa como algo desagradable, al contrario, le resulta agradable.

La rumiación puede causar halitosis, malnutrición, pérdida de peso, crecimiento anormal, desequilibrio de electrolitos, deshidratación, desórdenes gástricos, problemas dentales, estrés respiratorio, aspiración, ahogamiento, neumonía e incluso la muerte. Este trastorno a veces se asocia a problemas de estimulación, abandono y de mala relación entre padres e hijos. Mericismo o rumiación: se define como la regurgitación repetida sin náuseas o malestar gastrointestinal (CIE-10,1992).

Cuanto a su etiopatogenia, no se sabe a lo cierto, o sea es desconocida, por qué se produce la rumiación, pero se vislumbra que podría ser en virtud de a una distensión gástrica seguida de compresión abdominal y relajación del esfínter esofágico. Hay otras posibilidades: problemas en el entorno psicosocial, como una relación de integración desadaptativa madre-hijo, o un comportamiento aprendido, relacionados a factores orgánicos, como el reflujo gastroesofágico, , factores hereditarios, aerofagia, espasmos en el aparato digestivo, acidez gástrica, movimientos de la lengua, masticación insuficiente, desórdenes psiquiátricos, depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, etc.

El trastorno ha sido históricamente documentado que afecta fundamentalmente los bebés, niños pequeños y personas con discapacidades cognitivas. Es muy poco frecuente y aparece más en los varones. Actualmente se está diagnosticando en un número creciente de adolescentes sanos y adultos, aunque hay una falta de conciencia de la enfermedad por los médicos, los pacientes y el público en general.

La rumiación está asociada también con trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa, y puede ser resultado de la aprensión y el nerviosismo después de comer. Se agrupa también junto con otros trastornos de la alimentación como la pica y la bulimia, para quienes vomitan la comida, comportamiento purgante. La rumiación puede también se manifestar cuando existen dificultades para expulsar la comida. A seguir se presenta los criterios diagnósticos para el trastorno de rumiación:

Cuadro 10. Criterios diagnósticos para el trastorno de rumiación DSM-5-APA, 2013.

A.	Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
B.	La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
C.	El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
D.	Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.
E.	La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

2.9.3. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

En el DSM-IV, contemplaba la designación de trastorno de alimentación en la infancia y era un trastorno que rara vez se manejaba debido la información restringida sobre sus características, su evolución, tratamiento y pronóstico. En la recién clasificación se extienden los criterios sobresaliendo la aversión a la comida, así como la dificultad para lograr los niveles precisos para el desarrollo del niño. Se relaciona a una pérdida significativa de peso, una carencia nutricional, dependencia a la alimentación enteral y una obstrucción importante en el funcionamiento psicológico y social.

Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos surge como un otro trastorno. Se presenta de como un trastorno en el que las comida o la ingesta son evitadas hasta el punto de que las exigencias nutricionales no se resguardan con la consiguiente pérdida, importante, de peso. Se observa sobre todo en niños y se considera diferente de AN y BN. En el DSM 5 , se presenta como: Alteraciones en la alimentación o la ingesta (que pueden incluir, pero no se limitan a ello, la disminución del interés hacia la comida o comer en general; evitación asociada a las características

sensoriales de los alimentos; preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer), manifestaciones que pueden incluir el fracaso o la incapacidad repetida para cubrir las demandas energética y nutricional ideales y las necesidades, que están relacionadas con uno o varios de los siguientes: - Considerable pérdida de peso (que puede también estar asociada con falta de aumento de peso, o un irregular crecimiento y peso en el caso de los niños). - Presencia de diferentes deficiencias nutricionales en el paciente. - Dependencia de alimentación enteral.-Interferencia o perturbación en el funcionamiento psicológico adecuado.

Los siguientes factores también tienen que ser tomadas en consideración: - No hay datos que apoyen la falta o escasez de alimentos disponibles, o cualquier otra creencia o práctica cultural que pueda explicarlo. En todo caso, estas creencias/prácticas no son responsables del desarrollo de la enfermedad. - Las alteraciones en los patrones de alimentación no sólo se producen durante los episodios de trastornos como la AN o BN. Asimismo, no hay pruebas de otros trastornos por los que se vería afectada la forma del cuerpo o el peso. - Las alteraciones en los patrones de alimentación no se asocian con otros trastornos mentales o médicos (Jáuregui, 2012).

Cuadro 11. Criterios diagnósticos para el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos DSM-5; APA, 2013.

A.	Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
-----------	--

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños). 2. Deficiencia nutritiva significativa. 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral. 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
B.	El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
C.	El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
D.	El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.</p>	

2.9.4. Anorexia nerviosa

Principales Cambios:

El gran cambio que contempla para la anorexia el DSM-5, es la eliminación del criterio de amenorrea. Este criterio no aportaba nada al diagnóstico. Se trataba de un criterio no válido para pre púber, mujeres tomando anticonceptivos o que han llegado a la menopausia, mujeres post-menopaúsicas. Además este criterio no incluía al género masculino.

Cuanto al criterio A: no sugiere al índice de peso relativo del 85%. Actualmente se aludirá al índice de gravedad. El peso bajo pasa a definirse como un peso menor al mínimamente normal (para niños/as o adolescentes menores de lo esperable). No hay variaciones significativas en el criterio B y C, por tanto las pacientes siguen teniendo un miedo intenso a ganar peso así como una alteración de la propia imagen corporal.

La expresión “rechazo a mantener un peso mínimo...” desaparece, por su dificultad de “comprobarlo” y debido las insinuaciones negativas en muchos casos al implicar “intención”. Con el actual texto se enfatizan las conductas más allá de las intenciones.

El enunciado “temor o miedo a ganar peso” se matiza, con el contenido: intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso, o conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo.

Con relación a la imagen corporal se indica: alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la auto-evaluación o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso.

Por último, aunque en muchos casos resulta difícil reconocer claros subtipos (restrictiva-purgativa), amplían especificadores de tiempo:

-Tipo restrictivo: durante los últimos 3 meses la persona no ha incurrido a episodios recurrentes de atracón o conducta purgativa

– Tipo compulsivo/purgativo: durante los últimos 3 meses ha incurrido en episodios recurrentes de atracón o comportamiento purgativo

Especificar si:

En remisión parcial: el criterio A no existe (no poseyó un peso corporal bajo) pero la persona aún sigue padeciendo un miedo intenso a engordar y una alteración en su autoimagen, criterios B y C (Call, Walsh, & Attia, 2013).

Cuadro 12. Criterios diagnósticos para el trastorno anorexia nerviosa, DSM-5-APA, 2013.

A.	Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. <i>Peso significativamente bajo</i> se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
B.	Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
C.	Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1 , que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).	

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC > 17 kg/m

Moderado: IMC 16-16,99 kg / m

Grave: IMC 15-15,99 kg / m

Extremo: IMC <15 kg / m

2.9.5. *Bulimia nerviosa*

Principales Cambios:

El cambio más relevante se concentra en la frecuencia de episodios bulímicos para su categorización. El DSM IV demandaba “dos a la semana en los últimos tres meses”, pero las características clínicas de quienes tienen menor frecuencia (por ejemplo “un episodio semanal” son similares. Por ello se reduce dicha frecuencia a “un episodio a la semana en los pasados tres meses”.

Han sido eliminados los subtipos. Era tan insólito el subtipo no purgativo y muy complejo de definir qué son conductas compensatorias no purgativas que dicho subtipo ha resultado suprimido.

Al igual que antes, en la bulimia nerviosa se añaden especificadores en cuanto al tiempo (remisión parcial y remisión total) y la gravedad.

Cuadro 13. Criterios diagnósticos para el trastorno bulimia nerviosa DSM-5; APA, 2013.

A.	<p>Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
B.	<p>Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>
C.	<p>Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
D.	<p>La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p>
E.	<p>La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período</p>	

continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

2.9.6. Trastornos de atracones

Principales Cambios:

En el DSM-5, el trastorno por atracón figuraba como criterios en investigación en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Así, el trastorno por atracón se diagnosticaba dentro de la amplia etiqueta de trastorno de la conducta alimentaria no especificado TCANE, en el DSM-IV. No obstante, El DSM-5, APA,

2013, cambia algunas de las entidades que ya estaban en la clasificación anterior. El Trastorno por Atracón (*Binge Eating*) ha logrado ubicarse como una enfermedad psiquiátrica, cuando antes formaba parte del Anexo del manual. El comer excesivamente 12 veces en un periodo de 3 meses es el criterio actual para dicho diagnóstico, lo que previamente se reconocía como un individuo glotón (Call, Walsh, & Attia, 2013). El trastorno de atracones, son episodios recurrentes de comer significativamente más alimentos en un corto período de tiempo que la mayoría de la gente come en circunstancias similares, con episodios marcados por un sentimiento de falta de control (Wilson & Sysko, 2009).

El nuevo manual, ha producido otra mudanza significativa respecto a los criterios de investigación del DSMIV-TR al DSM-5: el criterio temporal (criterio D). En el DSM-IV-TR la frecuencia de atracones es de al menos 2 veces por semana en los últimos 6 meses, y en el DSM-5 tanto la frecuencia como la temporalidad exigida para cumplir el criterio es menor, una vez a la semana durante tres meses. El DSM-5, además, incluye para el trastorno de atracones especificaciones de remisión y de gravedad. Se ha propuesto, sin embargo, que en este trastorno se incorpore la sobrevaloración de la figura y el peso, lo que disminuiría la prevalencia (Grilo, 2013). De este modo, resulta proscribe un cuadro clínico de una persona que tiene atracones, no los compensa, se siente mal, y no es anorexia ni bulimia (García, 2014). Según Stice, Marti y Rohde (2013) atestiguan que estudios concentrados en los trastornos de alimentación basados en los nuevos criterios respaldan las modificaciones incorporadas. Es importante advertir que en la edición en español se ha traducido como trastorno de atracones.

Cuadro 14. Criterios diagnósticos para Trastorno de atracones DSM-5; APA, 2013.

<p>A.</p>	<p>Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
<p>B.</p>	<p>Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5 Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
<p>C.</p>	<p>Malestar intenso respecto a los atracones</p>
<p>D.</p>	<p>Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p>E</p>	<p>El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa</p>
	<p><i>Especificar si:</i></p>

*. **En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.*

***En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.*

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

***Leve:** 1–3 atracones a la semana.*

***Moderado:** 4–7 atracones a la semana.*

***Grave:** 8–13 atracones a la semana.*

***Extremo:** 14 o más atracones a la semana.*

2.9.7. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Esta categoría otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, se utiliza cuando la persona cumple síntomas de los trastornos de la

conducta alimentaria pero no se corresponden con ninguno de los anteriormente citados. Algunos ejemplos pueden ser: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa (de baja frecuencia y/o duración limitada), trastorno por atracón (de baja frecuencia y/o duración limitada), trastorno por purgas, síndrome de ingestión nocturna de alimentos).

Cuadro 15. Criterios diagnósticos para el trastorno otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado DSM-5; APA, 2013.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres

meses.

3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito auto provocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

2.9.8. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

El trastorno de la conducta alimentaria no especificado o de la ingesta de alimentos no especificado, es una alteración de la conducta alimentaria que no cumple los criterios para ser diagnosticado a los otros criterios diagnósticos de los demás trastornos. Esta categoría se usa frecuentemente para incluir aquellos pacientes que

cumplen la mayoría, pero no todos, los requisitos para ser diagnosticados en trastorno específico.

Cuadro 16. Criterios diagnósticos para el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado DSM-5; APA, 2013.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

El DSM-5 en el capítulo sobre los TCA, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, “*Feeding and Eating Disorder*”, se integran nuevos trastornos, conforme cuadro a seguir:



Figura 8. Clasificación de los TCA (DSM-5 – APA, 2013).

En fin, hay que subrayar, el valor del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). La publicación ha excitado un debate desde el anuncio de los cambios propuestos. El DSM-5, tratase de un compendio de mucha preeminencia contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan, tener un lenguaje en común, estudiar, diagnosticar y tratar los diferentes trastornos mentales en un ámbito universal. El DSM-5, ha añadido

grandes cambios, y que ha clarificado otros criterios yaciendo menos difícil, establecer el diagnóstico. En este tenor, la más relevante la fue constitución de una nova categoría diagnóstica propia para el trastorno de atracones, *Binge Eating Disorder*. No obstante, considerando el proceso dinámico del conocimiento, otras mudanzas esperan el prójimo, DSM. Además, los cambios en el manual de diagnóstico tienen su aplicación en la práctica clínica y serán los usuarios y la experiencia los que irán conformando los criterios que se mantienen (Fairburn & Cooper, 2011).

En última instancia, los TCA se caracterizan por la desregulación de la conducta alimentaria de un individuo que exhibe una cadena de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un cuerpo delgado. Los trastornos del comportamiento alimentario son dolencias mentales que afectan la imagen corporal de los individuos. Se caracterizan principalmente por la gran insatisfacción corporal que sufre el individuo, o sea, las personas no se gustan, pero además, tienen pensamientos distorsionados por lo que respeta a la comida, a su cuerpo o a su peso (López & Sallés, 2005).

Enmarcado no paradigma de la psicología positiva, encontrase la resiliencia, que se describe como el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, calcado en un afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo (Fergus & Zimmerman, 2005). Considerando que, el individuo puede vivenciar las adversidades de la vida y salir fortalecido por ellas y que los TCAS, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de los pacientes. Así que, en lugar de centrar la atención en el contexto ecológico que mantienen las situaciones adversas, patológicas, la resiliencia centra su atención en la observación de aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo y la superación de la vulnerabilidad y construye un ambiente más sano y positivo para éstos

pacientes. La noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano, están contemplados en esta patología.

Debido la prevalencia dos TCA y la importancia que la resiliencia tiene como superación y de protección para esta enfermedad, es que el estudio empírico, investigará: *resiliencia y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de alumnas de la Facultad de Psicología de Salamanca.*



PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO TERCERO

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño

Presentase *un estudio exploratorio transversal*, para investigar la relación de la Resiliencia con los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población de universitarias de la Facultad de Psicología de Salamanca.

3.2. Planteamiento del problema

En las sociedades contemporáneas, el individuo posmoderno vive un tipo de existencialismo consumista, narcisista y hedonista, mediatizado y ratificado por los distintos medios de comunicación, disfrutando de la velocidad en que se accede a información y al mundo de la imagen, consumiendo las últimas noticias al segundo. Se accede a cualquier parte del mundo vía satélite, internet, o por medio de la televisión por cable o digital, y se obtiene información instantánea. Asimismo, se observa cada vez más la paradoja, de la sociedad de comunicación y la soledad de los individuos incomunicados. Históricamente, los modelos estéticos corporales han sido estimados de modo diferente en diferentes sociedades. La preocupación por la imagen corporal no es exclusiva de la contemporaneidad, hace parte de la historia. Las sociedades históricamente determinadas edifican su propio cánones de belleza y cada cultura desenvuelve diferentes instituciones sobre la propia imagen, forma y ornamento del cuerpo (Santrock, 2004).

Los factores socioculturales desempeñan un papel etiológico central en el desarrollo de los TCA (Castro, 1996). Además existe la coacción de los medios de comunicación en relación principalmente al sexo femenino, excitando el deseo de tener un cuerpo delgado. Subrayan, también, lo importante significado social de la delgadez como sinónimo de felicidad, belleza y prestigio social, así los factores sociales son elementos centrales en el origen y mantenimiento de los TCA. Por esto la situación actual de los trastornos del comportamiento alimentario no puede entenderse sin tomar en consideración los factores socioculturales (Toro, 1999). Al hilo de esta cuestión, el modelo estético de una imagen corporal delgada, se difunde constantemente en los medios de comunicación de masas. Estimulando un ideal la persecución de la delgadez extrema, case inalcanzable, y para lograr se pone a dietas extremas, las cuales generan la vulnerabilidad para sufrir un TCA, que tiene como uno de los síntomas la ansiedad exasperada con la imagen y el peso corporal flacos. Los individuos que padecen de los TCA, exteriorizan una fija insatisfacción y molestia de su imagen corporal. En este contexto, la imagen corporal está mediada por distintos aspectos socioculturales, económicos, biológicos y ambientales. Es posible que los medios de comunicación son los transmisores más eficaces de los ideales socioculturales, y por lo tanto, el ideal de belleza basado en la delgadez, que consigue transformar los hábitos alimentarios y la imagen corporal de la mayoría de los individuos, en la ilusión de ser encuadrado en el modelo estético vigente (Guerro-Prado & Barjau, 2002).

En estas sociedades de consumo, hay una tendencia dinámica, social y cultural a suponer la imagen delgada, como símbolo de aceptación y de éxito, pensamiento, cada vez más hegemónico. El mito de la delgadez como sinónimo de belleza y felicidad, está influyendo principalmente en el género femenino, lo cual posee una gran identidad con los dictamos de la moda y de la estética. E general, las mujeres y principalmente, las

caucásicas, sienten un rechazo elevado a ganar peso, lo que conlleva a una postura contrapuesta la de perder peso. Sin embargo, el mito de la delgadez, parece tener una incidencia bien menor en mujeres no caucásicas, debido las diferencias en los ideales de belleza e imagen corporal entre las etnias. A lo mejor las mujeres negras, en las que no es usual, manifestaren TCAS, tienden a exteriorizar una mayor satisfacción en relación a su peso e imagen corporal, que las mujeres blancas de peso similar (Tierney, 2006).

En la cultura posmoderna, los factores socioculturales, tiene gran protagonismo, en la cultura de la delgadez. La cultura, afecta sobre todo a las jóvenes, aunque no es una exclusividad de éstas. Estos estereotipos culturales no siempre han sido iguales, sufrió cambios debido la existencia de unos valores estéticos predominantes donde el criterio estético de “estar delgado”, está jugando un papel importante, aunque no exclusivo. En la actualidad, a través de los medios de comunicación y de la cultura, es transmitido el ideal de la belleza, delgadez y estética como sinónimo de autocontrol y éxito social. Esto tiene probablemente como consecuencia que algunas jóvenes se pongan a dietas alimentarias, que en algunos casos, pueden desencadenar en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

La identidad está muy vinculada con la cultura, y el desarrollo individual de la conciencia y de los valores asimilados. Se trata de la representación que el sujeto tiene de sí mismo, en interacción con otras personas. Es la construcción de la identidad que posibilita a uno la capacidad de desempeñar un rol vital. La estructura de las sociedades contemporáneas, suscita que los individuos sean cada vez más resilientes. De este modo, la psicología positiva, tiene un protagonismo fenomenal, para que los individuos ,desarrollen la ego-resiliencia .La ego-resiliencia es un tipo de personalidad que refleja ingenio, fortaleza de carácter, flexibilidad en el funcionamiento y respuestas ante una variedad de circunstancias ambientales que ha sido analizada como un predictor

potencial de resiliencia, esto es, una característica de la personalidad que puede proteger a los individuos contra las experiencias estresantes (Cicchetti & Rogosch, 1997).

Desde el punto de vista de Seligman la psicología positiva, es definida como la ciencia que estudia la experiencia subjetiva o emociones positivas del individuo, además de las tendencias o rasgos de personalidad positivos (Seligman & Peterson, 2007). La psicología positiva, es un arquetipo de la psicología, que estudia las cualidades y características positivas humanas, con la misma rigurosidad científica que ésta, direcciona su atención en un campo de investigación e interés diferente al adoptado tradicionalmente pela psicología clásica lo patológico. En este tenor de las fortalezas y de lo positivo, Carr (2007) describe que a psicología positiva relacionase principalmente con el estudio científico de las fuerzas y de la felicidad del ser humano.

Este paradigma psicológico, busca explicar el salutogenico del individuo y cuáles son los procesos y variables que se relacionan, con el funcionamiento psíquico, óptimo y niveles elevados de bienestar subjetivo en términos científicos. Al hilo de esta cuestión, la psicología positiva, se concentra en los individuos que subsisten y permanecen sin quedase perturbados de forma negativa, inexistencias de patologías, en virtud del trauma.

La psicología positiva está circunscrita principalmente el estudio de las emociones positivas, siendo estas emociones las que están articuladas con estados emocionales placenteros y son las facilitadoras del desarrollo de habilidades y nuevos comportamientos (Hervás, 2009). La psicología positiva es la ciencia de la experiencia positiva subjetiva, los factores emocionales individuales positivos, y las instituciones positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), que estudia las bases del bienestar psicológico y de la felicidad, así como de las fortalezas y virtudes humanas. Las emociones positivas caracterizase como estados de ánimo que hacen con que los

individuos sientan bien estar subjetivo, aportando experiencias placenteras y sensación de paz, entre otras: alegría, gratitud, serenidad, interés, amor, perdón, esperanza, orgullo, diversión, inspiración, etcétera (Fredrickson et al., 2003).

En esta perspectiva, son personas con elevada resiliencia, que ha sido definida como la capacidad de los seres vivos de adaptarse as agresiones y sobreponerse a las adversidades en su contexto ecológico (Antonovsky, 1979). La resiliencia humana no se limita a resistir, permite la reconstrucción y pretende promover procesos que relacionen al individuo y su ambiente social, ayudándole a superar la adversidad y el riesgo, adaptarse a la sociedad y tener bien estar subjetivo. El fenómeno de la resiliencia, ya está surgiendo con mucha fuerza y propone otra estrategia de prevención e intervención alternativas, e instiga a una reconciliación con el ser humano y buscando sus capacidades positivas por encima de cualquier otro interés (Cyrulnik, 2004). Esta posición se fundamenta en la convicción de que la fortaleza individual puede conseguirse. Se basa en la evidencia de la fortaleza individual para afrontar situaciones difíciles, convirtiendo a la resiliencia en un concepto importante dentro de la teoría de la investigación del desarrollo humano y de la salud (Masten & Garmezy, 1990).

Munist (1993) argumenta que las investigaciones en resiliencia han transformado la mirada hacia al ser humano, de un modelo de riesgo basado en las necesidades y la enfermedad, se ha pasado a un modelo de prevención y promoción de la salud apoyado en las potencialidades y recursos que el individuo posee en sí mismo y en su entorno. En este sentido, Infante (2001) manifiesta que el enfoque de resiliencia es un cambio de paradigma epistemológico, al pensar en el individuo como agente de su propia ecología y adaptación al contexto social.

En fin, el fenómeno resiliencia induce la posibilidad de transformaciones en el paradigma ideológico y en las intervenciones sociales, impulsando la construcción de

redes sociales de apoyo, grupo de personas, miembros, vecinos, amigos y otras personas que dedican ayuda y apoyo real y duradero tanto a la familia como al individuo, siendo así capaces de asistir y producir vínculos solidarios. La resiliencia implica superar las situaciones traumáticas, las dificultades y frustraciones inherentes al ser humano, y assimilarlas como desafíos más que como pérdidas; sumado a éstos, tener un sistema de creencias, valores propósitos existenciales significativos y gratificantes. Trascender a las circunstancias desafortunadas y darle sentido al trauma y al sufrimiento son factores que favorecen la existencia de individuos resilientes que se encuentran ante a una situación de pérdida significativa. Posiblemente, la elaboración y reconstrucción psíquicas, no procuran sólo mitigar el sufrimiento y reconocer las experiencias negativas, sino invocar las fortalezas que pueden facilitar al individuo hacer frente a la vida, por más difícil que haya sido su registro autobiográfico.

En la perspectiva, de las fortalezas humanas, uno de los campos más fructíferos es el que estudia las respuestas de Resiliencia (Bonnano, 2005). El porcentaje de personas que reaccionan de manera resiliente ante un hecho traumático es más alto del que cabría esperar, por lo tanto, desde hace varios años se están investigando los factores que predicen estas reacciones de Resiliencia, con el objetivo de generar estrategias que empleadas en relación con la ocurrencia del hecho traumático, puedan favorecer su correcta asimilación (Hervás, 2009).

La Resiliencia surge como un concepto teórico que pretende dar cuenta de las situaciones de desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo (Cardozo & Alderete, 2009). La resiliencia es un proceso dinámico que produce a la adaptación positiva dentro de un contexto de elevada adversidad (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Encuadrada en este contexto de vulnerabilidad están los TCA que se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, los cuales se identifican por

alteraciones incómodas de la conducta alimentaria provocada por la ansiedad y por una fijación excesiva en relación el peso corporal y por su imagen. La presión por alcanzar el éxito aumenta el riesgo de desarrollar un TCA.

En general, las personas con trastornos alimentarios cuentan excesivamente con la sociedad y su entorno para su sentido del auto valía, que les hace más vulnerables a las presiones para conseguir el cuerpo delgado y éxito (Russell, 1979; Garfinkel, Moldotsky, & Garner, 1980). La actual sociedad de consumo, y su relación con los TCA, retrata los diferentes intereses sociales: la salud, la belleza y los intereses productivos y publicitarios. Los TCA, tiene, también, su origen en la sociedad de consumo, en la cual el ideal de belleza divulgado por los medios de comunicación de masa, vehiculada por la publicidad, por el márketing lo cual protagoniza la extrema delgadez y estrategias para y mantenerse delgado. En este escenario, concomitantemente productos de son libremente comercializados de forma engañosa prometen salud y belleza. Destacando modelos que revelan el culto al cuerpo, cuyas proporciones son case imposible de ser alcanzados.

Así es importante analizar los TCA, desde una discusión de algunos factores: adolescencia, alimentación y salud, obesidad, medios de comunicación, imagen corporal, dieta, moda y muchos otros. Los TCA revelan el estigma de una sociedad post moderna consumista de iconografías triviales, con baja autoestima y disforia. Así, el contexto social y cultural en que las personas se desenrollan interviene en el aparecimiento de conductas alimentarias de riesgo. Además estos mensajes culturales los transmiten al parecer la familia, los iguales y la prensa, los medios de comunicación de masas, que engrandecen los valores socioculturales dominantes.

Los TCA describen una realidad clínica oscura que tiene una gran repercusión en la dinámica familiar del paciente, además del sistema socio-sanitario y familiar,

considerando que estas patologías, por su complicación y gravedad, sobrellevan implicaciones de etiopatogenias y problemas en el desarrollar diagnóstico, tratamiento, y pronóstico adecuados. Además de algunas peculiaridades el curso de la enfermedad; de varios años, la existencia de comorbidades que consiguen cursar con otros trastornos mentales y en algunos casos la existencia de recaídas aun cuando los pacientes se creen curados (American Psychiatric Association, APA, 2013). En muchos casos, los TCA son desarrollados por individuos que imitan los patrones estéticos dominantes en la sociedad actual. Los TCA solicitan un escrupuloso tratamiento pluridisciplinario. Cada plan de intervención, tiene la perspectiva individualizada. En este contexto, la psicología positiva y la resiliencia se colocan como estrategias de intervención para logro del bien estar subjetivo de estés individuos.

Este nuevo modelo de pensamiento positivo, el cual investiga las virtudes y fortalezas del individuo, es de grande relevancia en los contextos clínicos. Esta perspectiva, propone una nueva estrategia de prevención e intervención en lo patológico. De este modo, este modelo procura otro enfoque y proporciona una mayor comprensión y conocimiento empírico de los factores que protegen al sujeto de los efectos nocivos de las adversidades, permitiendo el diseño de métodos prácticos de promoción de factores para asegurar un desarrollo favorable, que contribuya a superar las disfunciones físicas o mentales procesos de angustia y disforia de los pacientes.

De este modo, considerando que los pacientes sometidos a situaciones adversas que sufren enfermedad compleja, como los TCA, desarrollan conductas negativas, y con el proceso de la resiliencia, sino que al contrario, sobresale la situación y quedan vigorizados a través de la resiliencia. El enfoque de resiliencia es aquel que describe la existencia de recursos protectores contra los daños o riesgos, atenuando sus efectos y transformándolos en factores de superación de las situaciones difíciles (Gruhl, 2009).

En este contexto de adversidades los TCA, patologías complicadas se hace representar por la gravedad de la sintomatología coligada, a elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas (Kaye, Klump, Frank, & Strober, 2000; Lederhendler, 2000) así como alto grado de comorbilidad o presencia de otros trastornos como abuso de drogas, depresión, falta de habilidades sociales y baja autoestima social y corporal (APA, 2013; Gila, Castro, Gómez, & Toro, 2005). En el caso de la anorexia nerviosa, el trastorno es asociado además a un gran riesgo de mortalidad y reducido porcentaje de recuperación (Vitello & Lederhendler, 2000). Debido a estos factores entre otros, los TCA constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Peláez, Labrador, & Raich 2005).

Desde el punto de vista de Fredrickson (2001), los individuos resilientes, son capaces de experimentar emociones positivas en situaciones adversas y estresantes, además, suelen vivenciar niveles de felicidad y de interés por las sucesos, mismo en momentos de gran hostilidad. Las investigaciones en el ámbito de la resiliencia, han transformado la mirada hacia al ser humano, de un modelo de riesgo, patológico, basado en las necesidades y la enfermedad, se ha pasado a un modelo de prevención y promoción de la salud, salutogenico, apoyado en las potencialidades y recursos que el individuo posee en sí mismo para superar las dificultades existentes en su contexto.

Considerando el ascenso de la prevalencia de los TCA en las sociedades post-modernas, y la importancia que la resiliencia tiene dentro de la teoría de la investigación del desarrollo humano y de la promoción de la salud. El interés por investigar el fenómeno de la resiliencia, a lo mejor esté justificado debido la inquietud y creencia en que la psicología positiva e incluso la resiliencia sean las estrategias eficaces que posibiliten restablecer la salud de quien padece de los TCA. Razón que este modelo

consiste en reconocer que todos los seres humanos son vulnerables ante la fuerza de un evento negativo, que en sí mismo causa daño, pero también reconoce que los individuos, poseen un escudo protector contra la adversidad, que es la capacidad de superar los infortunios y lograr la salud mental.

A partir de esta configuración es que a continuación se contempla la investigación sobre la ***Resiliencia y Trastornos de la Conducta Alimentaria***.

3.3. Propuestas de objetivos e hipótesis

3.3.1. Objetivo general

Estudiar la Resiliencia y su relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

3.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en una muestra de estudiantes universitarias de la facultad de psicología de la Universidad de salamanca.
- Averiguar si las universitarias que poseen mayores niveles de “Resiliencia” desarrollan menos TCA.

- Detectar si el Índice de masa corporal (IMC) constituye factores de riesgo para los TCA.
- Investigar si el riesgo de padecer un TCA aumenta con la insatisfacción corporal, o al bajar o subir el IMC.
- Examinar si las universitarias que pertenecen a un contexto familiar monoparental (padres separados o divorciados, viudos, madres solteras, etcétera) presentan mayor riesgo para desarrollar un TCA.
- Verificar si las estudiantes que viven en pisos compartidos, y hacen las refecciones solas tienen mayor proclividad para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

3.3.3. Hipótesis

Las hipótesis a contrastar son las siguientes:

PRIMERA

El tipo de contexto familiar puede ser un factor de riesgo para desarrollar TCA.

Por tanto, esperamos que:

“Las universitarias que viven en solas presentan mayor porcentaje de TCA que las universitarias que viven en contextos familiares”.

SEGUNDA

La Resiliencia puede constituir un posible factor protector hacia los TCA, por consiguiente, esperamos que:

“Las universitarias que puntúen alto en la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-25) presentaron menor porcentaje de TCA”

TERCERA

La insatisfacción con la propia imagen corporal puede constituir un factor de riesgo para los TCA. Por tanto, esperamos que:

“La universitarias más insatisfechas con su propia imagen corporal, evaluado a través de la diferencia entre la talla o el peso real y el que consideran ideal, presenten mayor propensión a tener TCA”.

CUARTA

La presencia de TCA parece estar asociada con diferentes factores protectores y de riesgo asociado a variables sociodemográficas y psicosociales. Por tanto, se espera que:

“Las puntuaciones obtenidas en la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-25), medidas de la insatisfacción de la imagen corporal, evaluadas con el BSQ, y de las actitudes hacia la comida, medidas con el EAT-40, clasifiquen correctamente a las universitarias con y sin TCA”.

3.4. Aspectos éticos

En el transcurso de la investigación fueron tenidas en cuenta determinadas circunstancias: el anonimato de los participantes, la fiabilidad de los datos; el empleo de pseudónimos para las instituciones participantes; la libertad de los informantes para abandonar la fase de recogida de datos en cualquier momento de la misma.

Además, se trabajó con criterios de rigor científico: instrumentos que reunieron garantías científicas suficientes (validez y fiabilidad), y que permitieron medir los TCA, en la muestra seleccionada.

CAPITULO CUARTO

4. MÉTODO

4.1. Participantes

La Figura 1 demuestra que la mayoría de los participantes del estudio fueron mujeres solteras (99,7%), nacidas en una provincia diferente en la que estudian (79,2%), y que viven en Piso de estudiante (61,4%). El 95,1% declararon no trabajar en ese momento.

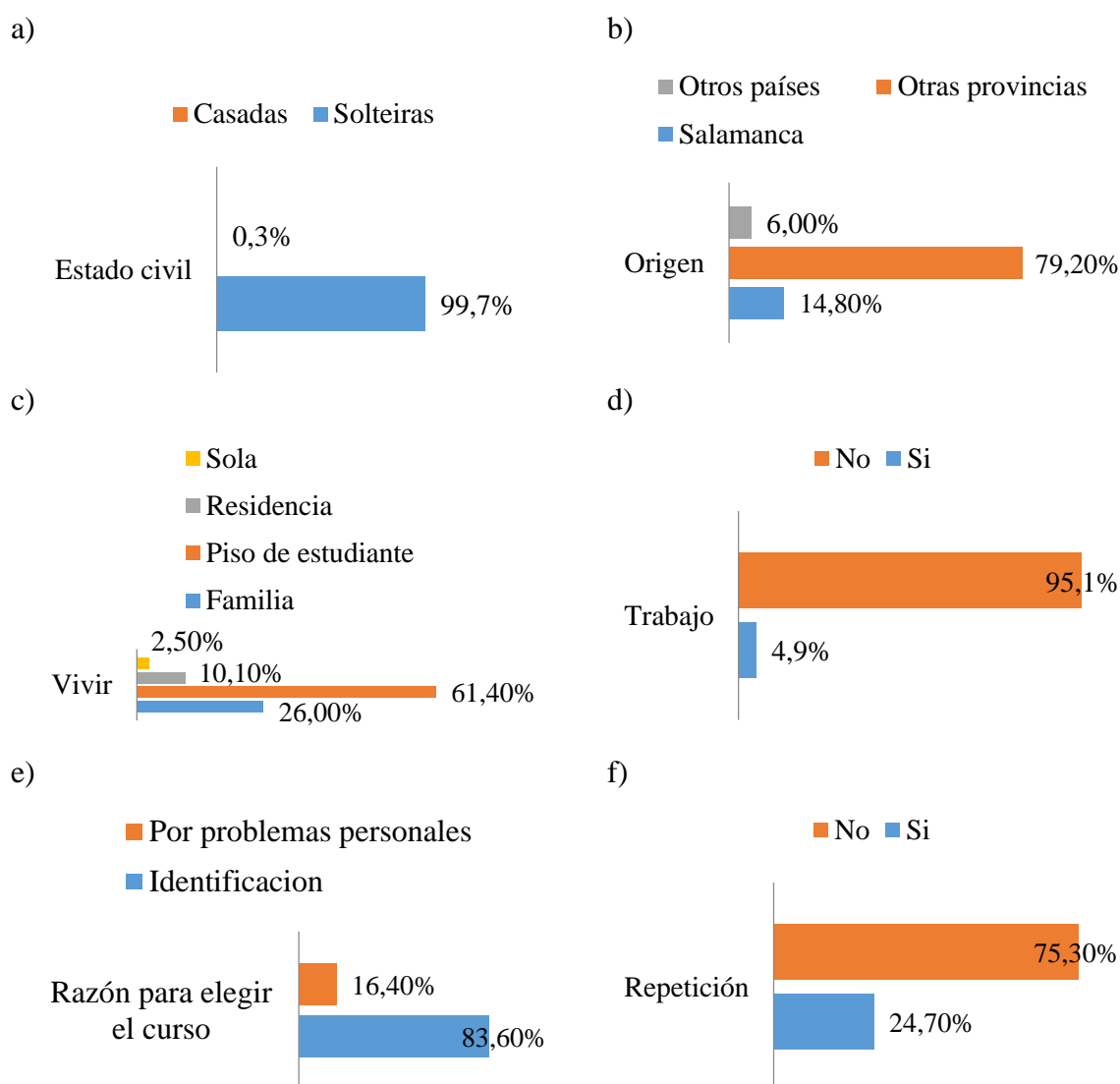


Figura 1. Características sociodemográficas de las participantes

Las medias, medianas y valores mínimos y máximos de las medidas antropométricas relacionadas por las alumnas aparecen descritas en la tabla 1.

Tabla 1.
Descripción de las medidas antropométricas y la edad de los estudiantes.

	Media	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	21,38	2,53	21,00	18,00	40,00
IMC	21,70	7,61	21,07	16,05	158,73
Altura real m	1,65	0,08	1,65	0,63	1,91
Altura ideal	170,18	9,44	170,00	60,00	193,00
Altura: diferencia	-168,52	9,38	-168,37	-191,18	-59,37
Peso real	58,92	8,20	58,00	41,00	85,00
Peso ideal	55,53	6,77	55,00	38,00	80,00
Peso: diferencia	3,38	4,78	3,00	-10,00	28,00
Talla actual	39,44	3,46	40,00	34	48,00
Talla deseada	37,37	2,52	38,00	32,00	44,00
Talla: diferencia	2,06	1,95	2,00	-4,00	8,00

La figura 2 muestra que 68,8% de las alumnas presentaban un peso normal, el 20% un peso bajo y el 10,4% manifestaron sobrepeso según el índice de masa corporal (IMC). Por otro lado, 52,1% de las alumnas relata sentir ansiedad por el peso

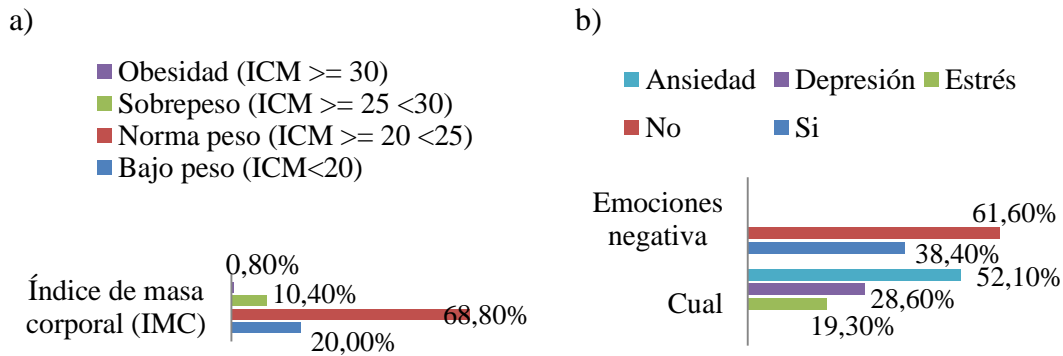


Figura 2. Descripción del IMC e estado emocional de las alumnas

En relación a la renta familiar, el 43,8% de las entrevistadas declaro que la renta familiar estaba entre los 1.100 a 2000 euros, mientras que el 83,6% de las madres de las alumnas ejercían un trabajo no cualificado. Solamente el 9,90% de la alumnas tenían padres divorciados (Figura 3).

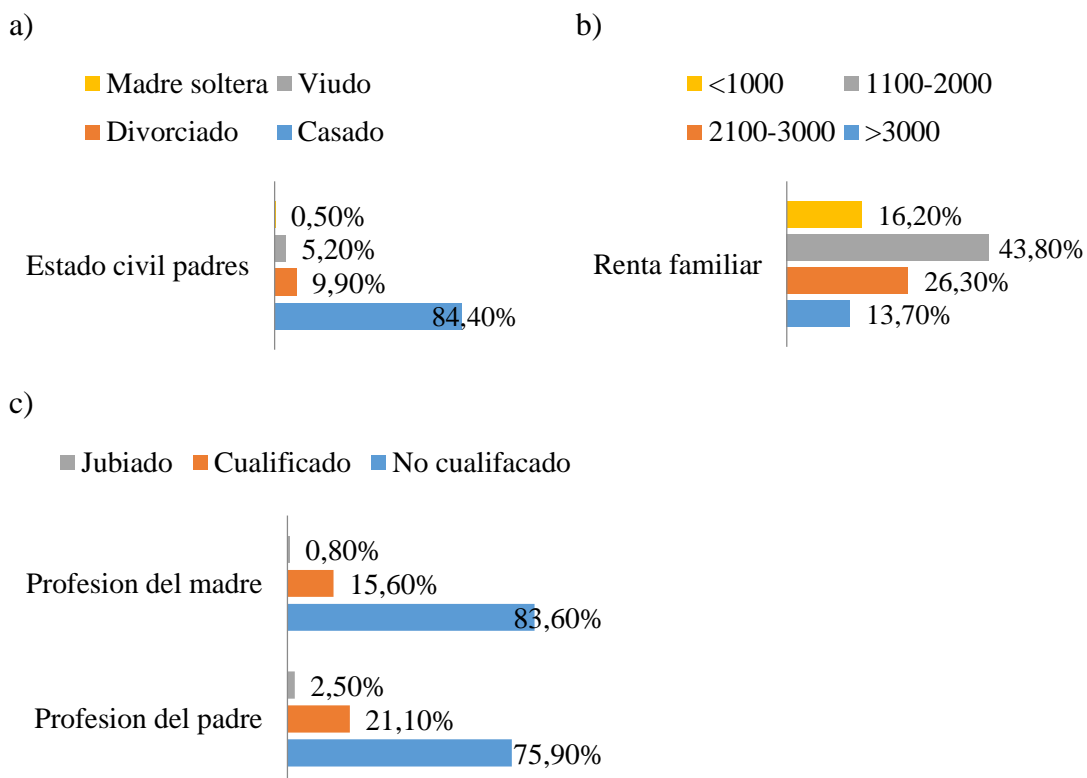


Figura 3. Descripción de los daos sociodemográficos de los padres de las alumnas

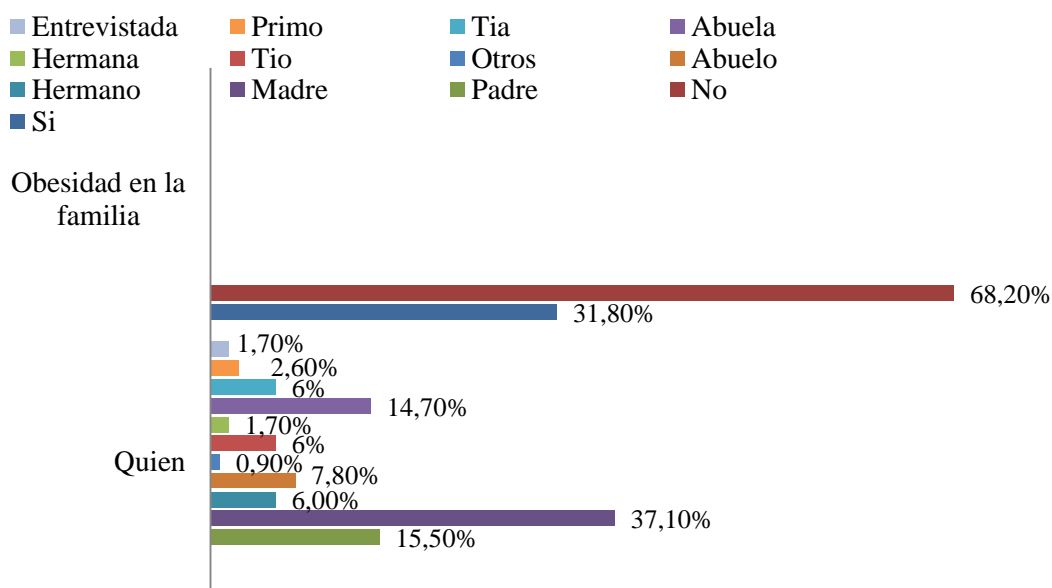
Los padres de las alumnas tenían una edad media ligeramente superior en comparación con las madres (Tabla 2).

Tabla 2.

Descrição das médias de idade dos pais e mães das estudantes.

	Media	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad del padre	52,26	5,83	51,00	38,00	81,00
Edad de madre	49,43	5,13	49,00	38,00	65,00

La figura 4 muestra que el 31,8% de las estudiantes informó de la presencia de



obesidad en la familia y que las madres fueron responsables de 37,1% de los casos.

Figura 4. Descripción de la obesidad en la familia.

El 11,8% de las jóvenes entrevistadas informaron que en la familia existían casos de anorexia o bulimia en la familia. En el 18% de los casos, éstas TCA lo presentaba la propia entrevistada (Figura 5).

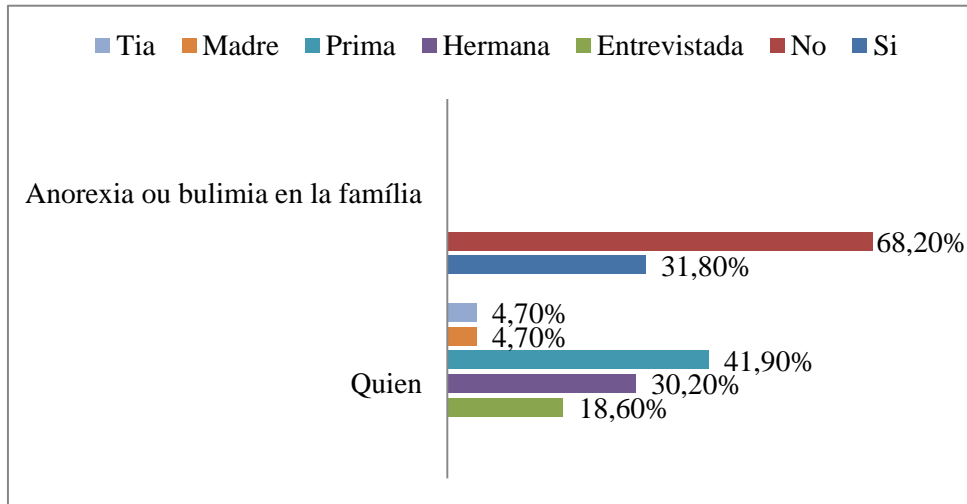


Figura 5. Descripción de los casos de anorexia o la bulimia en la familia.

Finalmente el 30 % de las entrevistadas relatan que no se sienten felices con su imagen corporal.

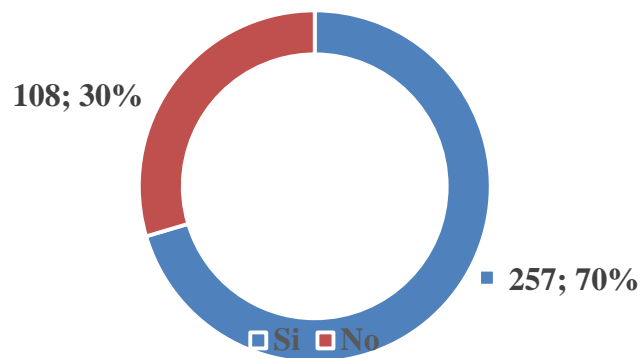


Figura 6. Descripción Felicidad imagen corporal.

4.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: un cuestionario en el que se solicitaban datos de tipo sociodemográfico para valorar variables personales, familiares y del contexto académico; el *Índice de masa corporal (IMC)*; La escala de Resiliencia *Connor-Davidson (CD-RISC; Connor, and Davidson, 2003)*, para medir la resiliencia; el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979), para medir las variables relacionadas con las actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa; y, por último, el *Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)*, encaminado a detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal.

A continuación se describe, de forma breve, las bases teóricas y las características de cada uno de los cuestionarios utilizados.

4.2.1. Cuestionario sociodemográfico

Las variables sociodemográficas pueden ser divididas en dos grandes grupos: las de carácter individual o personales-propias de las alumnas; las del contexto social (factores vinculados a la familia). Con el objetivo de recoger los datos personales del sujeto, así como información sobre su situación familiar se ha construido un cuestionario con ítems relativos a las variables: sexo, edad, convivencia con la familia, nivel educacional, antecedentes de TCAs na familia, etc. A través de dicho cuestionario se intentaron extraer los datos más significativos y controvertidos en la aparición de los TCAs, de acuerdo con la literatura referidos a este constructo.

4.2.2. Índice de masa corporal (IMC)

El IMC también conocido como índice de Quételet, se define como el cociente obtenido al dividir el peso en kilogramos (kg) por la talla al cuadrado (m²). Es una medida útil como indicador general del tejido adiposo y del estado nutricional del sujeto. En función del IMC obtenido se establecieron cuatro categorías: bajo peso (IMC <20), normopeso (IMC ³20-<25), sobrepeso (IMC ≥25-<30), y obesidad (IMC ≥ 30) (Garro & Webster, 195).

4.2.3. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003)

La CD-RISC es un escala autoaplicada de 25 ítems que evalúa como el participante se sienten en el último mes (e.g, “Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza”; Soy capaz de adaptarme a los cambios), de acuerdo a una escala de frecuencia tipo likert desde 0= Nada de acuerdo hasta 4 =Totalmente de acuerdo. La puntuación máxima es de 100, en la que puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia. Esta escala abarca los conceptos de locus de control -interno y externo-, compromiso, desafío, cambio, conducta orientada a la acción y a las metas, autoestima, autoeficacia, búsqueda de apoyo social, resistencia al malestar, sentido del humor, optimismo, adaptación al cambio y a las situaciones estresantes, fe y tolerancia a la frustración (Davidson, Connor y Lee, 2005; Davidson, et al, 2005; Connor y Davidson, 2003).

Un estudio preliminar en población general y muestra clínica de las características psicométricas de la CD-RISC demostró tener una adecuada consistencia

interna, fiabilidad test-retest y validez convergente y divergente (Connor, and Davidson, 2003).

Un análisis factorial exploratorio de la CD-RISC sugiere que debería ser multidimensional, con una estructura de cinco factores (competencia personal, confianza en la intuición y tolerancia a la adversidad, aceptación positiva del cambio, control y espiritualidad). La estructura factorial hallada en este estudio fue de 3 factores (competencia personal, adaptación activa al cambio y espiritualidad), sin embargo, la escala de espiritualidad no cumplió el criterio de fiabilidad y validez adecuado. Y como otros autores (Davidson, et al, 2005; Campbell-Sills, Cohan y Stein, 2005) se utilizó la puntuación total de los ítems en los análisis, con una consistencia interna ($\alpha=0.89$).

4.2.4. Test de Actitudes hacia la Comida” (Garner & Garfinkel, 1979)

El Test de Actitudes hacia la Comida (EAT) fue desarrollado como una propuesta de medida autoinformada para la detección precoz de casos no diagnosticados de anorexia nerviosa en poblaciones de riesgo. Para el desarrollo de la versión inicial del EAT, se estableció a partir de la literatura clínica un conjunto de ítems correspondientes a comportamientos y actitudes presentados por pacientes anoréxicos; dando como resultado la versión original del EAT compuesta por 40 ítems (EAT-40), con una escala de respuesta de seis puntos, de tipo Likert, con los siguientes extremos: 1= Nunca y 6 = Siempre. Existe una versión abreviada de 26 ítems que posee una alta correlación con la original, EAT-26).

El EAT-40 se encuentra validado en España por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). La puntuación total del test distingue entre pacientes anoréxicas y

población normal y entre bulímicas y población normal, pero no lo hace entre anoréxicas restrictivas y bulímicas. La versión española (Castro et al., 1991) propone un punto de corte de 20 para alcanzar una sensibilidad de 91% y una especificidad de 69.2%; estas diferencias se dan porque en la versión española se obtiene una puntuación media menor. Su fiabilidad test-retest oscila entre el 77 y 95%, valor predictivo positivo con valor predictivo positivo del 82% y predictivo negativo del 93%.

En el análisis factorial de los autores originales se obtuvieron siete componentes principales; en la versión española solo tres factores, a saber: **“Dieta y preocupación por la comida”**, **“Presión social percibida y malestar con la alimentación”** y **“Trastornos psicobiológicos”**. Estos tres factores explican el 41% de la varianza total.

Para efectos de la presente investigación se trabajó con los 40 ítems de la versión española completa (Castro et al., 1991) para contar con mayor cantidad de reactivos, considerando la eliminación de estos al probarse con una muestra distinta.

4.2.5. El Cuestionario sobre Forma Corporal (Body Shape Questionnaire-BSQ-; Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987)

El BSQ es un cuestionario diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) y adaptado a población española por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos, & Zapater (1996). La persona responde según su autopercepción y el grado de identificación sobre cada ítem en las últimas cuatro semanas. El objetivo central de la prueba es evaluar las alteraciones actitudinales de la imagen corporal. Más concretamente, mide la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las

situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros. También puede ser una herramienta útil para el estudio exploratorio de individuos en riesgo de desarrollar un TCA, teniendo en cuenta que el trastorno del esquema corporal es sólo uno de los síntomas de esta patología.

El cuestionario consta de 34 ítem referentes a la autoimagen que se evalúan mediante una escala de frecuencia (Likert) de seis puntos (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = A veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = Siempre), por lo que el rango de la prueba 34-204. Permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems) evaluando aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción / preocupación por el peso y línea. Siguiendo a De acuerdo a la versión original del BSQ (Cooper y Taylor, 1988), el punto de corte para insatisfacción corporal es mayor a 81, por lo cual se utilizó este valor para nuestro estudio. Además, las puntuaciones fueron clasificadas en 4 categorías: no preocupada por la IC <81, leve preocupación = 81-110, moderada = 111-140, extrema >140.

La fiabilidad de este cuestionario ha quedado asegurada con los altos índices de consistencia interna que se obtuvieron en el estudio de adaptación ($\alpha=0.97$) y adecuada capacidad discriminativa de todos los ítems. El coeficiente de correlación intraclase (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada con 21 días de diferencia, fue de 0,88.

Los instrumentos de medida citados están recogidos en el Anexo I y II.

CAPITULO CINCO

5. RESULTADOS

5.1. Rasgos atribuidos a la imagen corporal

La tabla 3 describe el análisis realizado por las alunas sobre 5 imágenes femeninas que representaban tipos de mujeres, considerando las variaciones en el peso (desde muy delgada hasta obesa), en relación a una serie de preguntas: ¿cuál crees que está más en forma?, ¿cuál crees que está más feliz?, y ¿más triste?, ¿cuál crees que es más exigente con ella misma?, ¿cuál crees que triunfa más en la vida?, ¿a cuál te gustaría parecer?, entre otras (Ver Anexo I). Los resultados demuestran que las alumnas asociaron más con la imagen de mujer muy delgada las preguntas de exigencia consigo mismas e tristeza con el 52,1% e 15,6%, respectivamente. Por el contrario la imagen de mujer obesa fue asociada con la pregunta de tristeza (58,1%). Finalmente, 34,3% de las alumnas consideraron que el triunfar más en la vida no depende de la imagen corpora.

Tabla 3.

Descripción de los análisis de las imágenes

	Muy delgada		Delgada		Normal		Rellenita		Obesa		Cualquiera	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Forma	0	0,0	154	42,2	210	57,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Feliz	4	1,1	134	36,7	130	35,6	12	3,3	1	0,3	84	23,0
Triste	57	15,6	1	0,3	2	0,5	9	2,5	212	58,1	84	23,0
Exigente	190	52,1	94	25,8	15	4,1	16	4,4	16	4,4	34	9,3
Éxito	5	1,4	317	86,8	33	9,0	0	0,0	0	0,0	10	2,7
Amigos	1	0,3	57	15,6	175	47,9	7	1,9	0	0,0	125	34,3
Triunfo	5	1,4	165	45,2	105	28,8	3	0,8	0	0,0	87	23,8
Niña	27	7,4	122	33,4	89	24,4	126	34,5	1	0,3	0	0,0
Parecerte	0	0,0	223	61,1	141	38,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Familia	1	0,3	64	17,5	243	66,6	57	15,6	0	0,0	0	0,0
Perfil ideal	10	2,7	149	40,8	142	38,9	7	1,9	1	0,3	56	15,3
Terapeuta	2	0,5	110	30,1	176	48,2	8	2,2	3	0,8	66	18,1

5.2. Correlatos entre los TCA y las variables sociodemográficas

Fue encontrado una asociación estadísticamente significativa entre los TCA y los datos sociodemográficos de las entrevistadas. Concretamente, las alumnas que relataban vivir solas presentaron mayores porcentajes de TCA.

Tabla 4.

Asociación entre los TCA e las variables sociodemográficas de las alumnas.

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Si			Inferior	Superior
Vivir						
Familia	74 (77,9%)	21 (22,1%)				
Piso de estudiante	175 (78,1%)	49 (21,9%)	0,96	0,98	0,55	1,76
Residencia	28 (75,7%)	9 (24,3%)	0,78	1,13	0,46	2,76
Sola	1 (11,2%)	8(88,8%)	0,04	2,76	0,40	7,64
Trabajo						
Si	16 (88,9%)	2 (11,1%)	0,25	2,39	0,54	10,64
No	267 (76,9%)	80 (23,1%)				
Elección[^]						
Identificación	236 (77,4%)	69 (22,6%)	0,87	0,94	0,48	1,84
Por problemas personales	47 (78,3%)	13 (21,7%)				
Repetición						
Si	68 (75,6%)	22 (24,4%)	0,60	0,86	0,49	1,50
No	215 (78,2%)	60 (21,8%)				

Nota. TCA = Trastornos de la conducta alimentaria; Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).[^] = Motivo que llevo a las entrevistada a elegir la graduación en psicología; * teste exacto de Fisher.

La tabla 5 demuestra una asociación de los TCA con la diferencia que hay entre la medida antropomórfica real de la alumna y aquella que considera ideal. Para este análisis, las diferentes variables de la diferencia de cada una de las variables antropomórfica fueron dicotomizadas por la mediana, dando lugar a dos grupos respectivamente: grupo con baja diferencia y grupo con alta diferencia, y el análisis de la regresión logística bivariada demostró que estos dos grupos fueron asociados con la

presencia de TCA. Concretamente, la probabilidad de tener probable TCA fue 2,16 veces mayor en el grupo con alta diferencia de peso, y 1,66 ($p = ,010$) veces mayor en el grupo con alta diferencia en la talla ($p = ,049$).

Tabla 5.

Asociación entre TCA e a diferencia entre medidas antropométricas reales e ideales.

Dif.	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Si			Inferior	Superior
Altura						
Baja	146 (77,2%)	43 (22,8%)	0,83	0,94	0,57	1,55
Alta	136 (78,2%)	38 (21,8%)				
Peso						
Baja	178 (83,2%)	36 (16,8%)	0,01	2,16	1,31	3,56
Alta	105 (69,5%)	46 (30,5%)				
Talla						
Baja	210 (80,2%)	52 (19,8%)	0,049	1,66	0,98	2,79
Alta	73 (70,9%)	30 (29,1%)				

Nota. Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad); Dif.= diferencia entre la medida antropométrica real e ideal.

En la misma línea, las alumnas que relataron sentir emociones negativas, historia de obesidad o de anorexia o bulimia en la familia fueron respectivamente 2,74, 1,85 y 3,25 veces más propensas a tener trastornos de la alimentación (Tabla 6).

Tabla 6.

Asociación de los TCA con emociones negativas e obesidad/anorexia/bulimia en la familia.

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Si			Inferior	Superior
Emociones negativa						
No	190 (84,4%)	35 (15,6%)	0,01	2,74	1,65	4,53
Si	93 (66,4%)	47 (33,6%)				
Obesidad*						
No	202 (81,1%)	47 (18,9%)	0,01	1,85	1,11	3,08
Si	81 (96,8%)	35 (30,2%)				
Anorexia o bulimia*						
No	259 (80,4%)	63 (19,6%)	0,01	3,25	1,67	6,30
Si	24 (55,8%)	19 (44,2%)				

Nota. Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad);* En la familia.

5.3. Relación entre IMC, CD-RISC, EAT y BSQ

Las alumnas con baja resiliencia fueron 1,66 veces más propensas a tener TCA (Tabla 7). Sin embargo, este efecto se quedó cerca de lo que convencionalmente se considera estadísticamente significativo ($p = .007$).

Tabla 7.

Asociación entre resiliencia y TCA.

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Si			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	103 (83,1%)	21 (16,9%)	0,07	1,66	0,95	2,88
Baja	180 (74,7%)	61 (25,3%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

No obstante, diferentes regresiones logísticas bivariadas fueron realizadas para explorar la asociación de la resiliencia con los dominios psicológicos asociados con los TCA según el BSQ (Ineficacia, Perfeccionista, Desconfianza interpersonal, Consciencia, Medo madurez, Ascetismo, Impulsividad e inseguridad, verificando que la resiliencia fue un factor protector en la mayoría de estos dominios de los TCA. Así los resultados muestran que las jóvenes con baja resiliencia fueron 1,82 veces más propensas para ser perfeccionistas, 1,82 ineficaces, 1,86 desconfiadas interpersonalmente, 1,87 inseguras, 1,57 para tener alta consciencia, 1,80 alto miedo de la madurez (véase Tablas 8-13). En cambio, no fue encontrado asociación entre la resiliencia y otros dominios relacionados con la TCA, tales como la búsqueda por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción con la imagen corporal, ascetismo e impulsividad (Tabla 14-18).

Tabla 8.

Asociación entre resiliencia e Ineficacia.

	Ineficacia		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	63 (50,8%)	61 (49,2%)	0,01	1,82	1,17	2,83
Baja	87 (36,1%)	154 (63,9%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 9.

Asociación entre resiliencia y Perfeccionista.

	Perfeccionista		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Baja	112 (46,5%)	129 (53,5%)	0,01	1,82	1,15	2,87
Alta	40 (32,3%)	84 (67,7%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 10.

Asociación entre resiliencia y desconfianza interpersonal.

	Desconfianza interpersonal		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	63 (50,8%)	61 (49,2%)	0,01	1,86	1,19	2,89
Baja	86 (35,7%)	155 (64,3%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 11.

Asociación entre resiliencia y consciencia.

	Consciencia		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	55 (44,4%)	69 (55,6%)	0,04	1,57	1,01	2,45
Baja	81 (33,6%)	160 (66,4%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 12.

Asociación entre resiliencia y Medo madurez.

	Medo madurez		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	52 (41,9%)	72 (58,1%)	0,01	1,80	1,14	2,83
Baja	69 (28,6%)	172 (71,4%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 13.

Asociación entre resiliencia e Inseguridad.

	Inseguridad		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	61 (49,2%)	63 (50,8%)	0,01	1,87	1,20	2,92
Baja	82 (34,0%)	159 (66,0%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 14.

Asociación entre resiliencia y Búsqueda por la delgadez.

	Búsqueda por la delgadez		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Sim			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	116 (93,5%)	8 (6,5%)	0,53	1,31	0,56	3,071
Baja	221 (91,7%)	20 (8,3%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 15.

Asociación entre resiliencia y Bulimia.

	Bulimia		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Sim			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	119 (96,0%)	5 (4,0%)	0,95	1,03	0,34	3,08
Baja	231 (95,9%)	10 (4,1%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 16.

Asociación entre resiliencia e Insatisfacción con la imagen corporal.

	Insatisfacción con la imagen corporal		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	99 (79,8%)	25 (20,2%)	0,09	1,55	0,92	2,62
Baja	173 (71,8%)	68 (28,2%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 17.

Asociación entre resiliencia y ascetismo.

	Ascetismo		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	36 (29,0%)	88 (71,0%)	0,50	1,18	0,72	1,91
Baja	62 (25,7%)	179 (74,3%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Tabla 18.

Asociación entre resiliencia e Impulsividad.

	Impulsividad		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	Baja	Alta			Inferior	Superior
Resiliencia						
Alta	54 (43,5%)	70 (56,5%)	0,70	0,91	0,59	1,42
Baja	110 (45,6%)	131 (54,4%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad).

Las siguientes tablas valoran si las actitudes altas hacia la comida, evaluadas con el EAT, y un alto índice de masa corporal aumentan la probabilidad de presentar TCA. La tabla 19 mostró que la probabilidad de presentar un TCA fue 5,85 veces más alta en aquellas alumnas que presentaron puntuaciones más altas en el EAT-26.

Tabla 19.

Asociación entre EAT total y la presencia de TCA.

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95% %	
	No	Si			Inferior	Superior
EAT*						
Baja	166 (91,2%)	16 (8,8%)	0,01	5,85	3,22	10,61
Alta	117 (63,9%)	66 (36,1%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad); *EAT = Test de Actitudes hacia la Comida (puntuación total).

Y más específicamente, la probabilidad de presentar TAC fue todavía más alta (6,33) entre aquellas alumnas que puntuaron alto en la subescala TCA dietas (Tabla 20). En el caso de la subescala de bulimia del EA, esta probabilidad fue del 2,68 (Tabla 21). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la subescala control oral del EAT y la presencia de TCA (Tabla 22).

Tabla 20.

Asociación entre EAT dieta y la presencia de TCA.

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95% %	
	No	Si			Inferior	Superior
EAT*: dieta						
Baja	154 (92,2%)	13 (7,8%)	0,01	6,33	3,35	11,98
Alta	129 (65,2%)	69 (34,8%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad); *EAT = Test de Actitudes hacia la Comida (puntuación total).

Tabla 21.

Asociación entre la subescala de bulimia del EAT y la presencia de TCA

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Si			Inferior	Superior
EAT*: bulimia						
Baja	136 (86,6%)	21 (13,4%)	0,01	2,68	1,55	4,64
Alta	147 (70,7%)	61 (29,3%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad); *EAT = Test de Actitudes hacia la Comida (puntuación total).

Tabla 22.

Asociación entre la subescala de control oral del EAT y la presencia de TCA

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Si			Inferior	Superior
EAT*: controle oral						
Baja	96 (74,4%)	33 (25,6%)	0,29	0,76	0,46	1,26
Alta	187 (79,2%)	49 (20,8%)				

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad); *EAT = Test de Actitudes hacia la Comida (puntuación total).

La tabla 23 muestra una asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y la presencia de TCA. No se verificó asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. No obstante, se percibió que el grupo de alumnas de sobrepeso y obesidad presentaron un mayor porcentaje de TCA (29,3%).

Tabla 23.

Asociación entre el IMC y la presencia de TCA

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95 %	
	No	Si			Inferior	Superior
IMC						
Peso Bajo	59 (80,8%)	14 (19,2%)				
Peso Normal	195 (77,7%)	56 (22,3%)	0,56	1,21	0,62	2,32
Sobrepeso + Obesidad	29 (70,7%)	12 (29,3%)	0,22	1,74	0,71	4,24

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad); ICM = Índice de Masa Corporal.

La próxima tabla (Tabla 24) valora, si el incremento de la insatisfacción producida por el propio cuerpo, evaluado con el BSQ, aumenta la probabilidad de tener un TCA en las alumnas estudiadas. En efecto, esta tabla 24 muestra una fuerte asociación del BSQ con la presencia de TCA. En comparación con las alumnas con un BSQ <81 puntos, la probabilidad de las alumnas con puntuaciones entre 81 y 110 en el BSQ de tener un TCA fue 6,17 veces más alta. Probabilidad que se incrementa fuertemente en las alumnas con puntuaciones entre 111 y 140 (OR = 17,16) y en aquellas con una puntuación mayor de 140 (OR = 595).

Tabla 24.

Asociación entre la presencia de TCA y el desempeño en el BSQ

	TCA		Sig.	OR	Intervalo de confianza de 95%	
	No	Si			Inferior	Superior
BSQ*						
BSQ<81	170 (95,5%)	8 (4,5%)				
BSQ 81-110	86 (77,5%)	25 (22,5%)	0,01	6,17	2,67	14,27
BSQ 111-140	26 (55,3%)	21 (44,7%)	0,01	17,16	6,88	42,76
BSQ >140	1 (3,4%)	28 (96,6%)	0,01	595,00	71,63	4941,87

Nota. Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad); *= Criterio de Cooper

Finalmente se llevó a cabo un modelo multivariado para verificar los posibles predictores de los TCA en las alumnas estudiadas. Solamente las variables que revelaron una asociación estadísticamente significativa con el TCA en los análisis previos se tuvieron en cuenta en este análisis multivariado. Las variables que permanecieron como factores predictores para el TCA fueron las siguientes: la diferencia antropomórfica entre la talla real y la ideal (OR = 2,93; p = 0,01), presentar antecedentes de anorexia o bulimia en la familia (OR = 2,86; p = 0,02), tener actitudes altas hacia la comida (OR = 2,37; p = 0,02) y mayor insatisfacción con la propia imagen corporal, que presentó los mayores efectos, variando de 5,47 a 579 (Tabla 25).

Tabla 25.

Modelo multivariado das variáveis que explicativas do TCA.

	B	S.E.	Wald (gl)	gl	Sig.	OR aj.	Intervalo de confianza de 95%	
							Inferior	Inferior
Diferencia Talla*	1,07	0,42	6,37	1	0,01	2,93	1,27	6,75
Anorexia o bulimia**	1,05	0,45	5,38	1	0,02	2,86	1,17	6,97
Alto EAT 40 BSQ<81	0,87	0,37	5,48	1	0,02	2,37	1,15	4,91
BSQ 81-110	1,70	0,44	14,69	1	0,001	5,47	2,29	13,05
BSQ 111-140	2,82	0,52	29,29	1	0,001	16,89	6,07	47,02
BSQ >140	6,36	1,13	31,67	1	0,001	579,11	63,17	5308,31
Constante	-4,81	0,62	60,29	1	0,001	0,01		

Nota. B = coeficiente de regresión; Wald = prueba de Wald; S.E. = Error estándar; gl = grados de libertad; Sig. = Significativo; OR = Odds ratio (razón de probabilidad); Aj. = ajustado; * Diferencia entre la talla real y la ideal; ** = Presencia de historia de anorexia o bulimia en la familia.

CAPITULO SEIS

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

6.1. El perfil de los participantes

La muestra estaba compuesta por 365 alumnas, debido a que la proporción de estudiantes masculinos es extremadamente escasa en la Facultad de Psicología de Salamanca. Además, los TCA son diez veces más frecuentes en mujeres que en hombres. (Rueda-Jaimes, Cadena-Afanador, Díaz-Martínez, Ortiz-Barajas, Pinzón-Plata, & Rodríguez-Martínez, 2005). La investigación en el campo de la resiliencia y de los TCA, incluye muchos factores: culturales, económicos, psicológicos, sociológicos, antropológicos, educaciones y principalmente el ser humano. De esta forma, la muestra estudiada demuestra que la mayoría de los participantes del estudio fueron mujeres solteras (99,7%), nacidas en una provincia diferente en la que estudian (79,2%), y que viven en piso de estudiante (61,4%). El 95,1% declararon no trabajar en ese momento.

En 2005, Herrero y Viña Conrado realizaron un estudio en Tenerife (Canaria), para valorar el porcentaje de estudiante en condición de riesgo de presentar o desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), y los resultados evidenciaron que la obsesión por la delgadez es mayor en mujeres que en hombres y por lo tanto, el contingente femenino está más vulnerable a los TCA. Vivir solas puede constituir un factor de riesgo para los TCA. La ausencia de los padres en las comidas, desayunos, almuerzos y cenas que constituyen momentos lúdicos y educativos en familia, se pueden transformar en pautas desadaptativas en relación a conducta alimentaria. . La educación en la comida, comer en familia, en relación a la adquisición de hábitos

nutritivos saludables, ya no corresponde a los padres, y si, a las chicas que viven en piso de estudiantes.

Además, los resultados indicaron que 68,8% de las alumnas presentaban un peso normal, el 20% un peso bajo y el 10,4% manifestaron sobrepeso según el índice de masa corporal (IMC). Por otro lado, 52,1% de las alumnas relata sentir ansiedad por el peso. Para evaluar la existencia de un TCA, se utiliza el cálculo del índice de masa corporal (IMC). En concreto, una persona del sexo femenino debe tener un IMC igual o inferior a 17,5 kg/m² para considerar el posible diagnóstico de un TCA (Mataix & López, 2005). No obstante, este valor es sólo una orientación para el diagnóstico, ya que para establecer el peso mínimo normal, el profesional de la salud debe considerar también su constitución física y su historia clínica y de peso previa. La percepción corporal y su insatisfacción se relacionan con las conductas alimentarias de riesgo, pudiendo desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. En el contexto universitario, la ideología obsesiva de adelgazar, conduce a un aumento de la tensión, y de la ansiedad, cuando no están siendo cumplidos los objetivos relacionados con el descenso de peso o mantenimiento. La ansiedad está relacionada con el modo de percibir y evaluar ciertos estímulos del entorno que considera amenazador o nocivos. La insatisfacción con la imagen corporal está asociada positiva y significativamente con el índice de masa corporal.

Otro resultado interesante de nuestro estudio fue que la 43,8% de las entrevistadas declaro que la renta familiar estaba entre los 1.100 a 2000 euros. El ingreso monetario familiar restringido, la disminución progresiva de la renta, relacionada con la alimentación, puede generar un problema alimentario. Considerando a disminución proporcional del presupuesto reservado a la alimentación y distribución de la dieta (Vázquez & Raich, 1997). Las mujeres que comen solas y las hijas de padres

divorciados, separados o viudos demuestran un relevante y significativo incremento de la probabilidad de padecer de un TCA (Tripp & Cockett, 1998). En concreto, los padres, de acuerdo con su situación financiera, tienen un protagonismo relevante, principalmente en la alimentación de los hijos. La familia tiene responsabilidad en las conductas alimentares saludables o no, como también en promover un convivio amable y adaptativo.

Cabe destacar que el 31,8% de las estudiantes entrevistadas informó de la presencia de obesidad en la familia y que las madres fueron responsables de 37,1% de los casos. Por otro lado, el 11,8% de las jóvenes entrevistadas informaron que en la familia existían casos de anorexia o bulimia en la familia. En el 18% de los casos, el TCA lo presentaba la propia entrevistada. Estos datos están en la línea de los aportados por otros autores que señalan que la existencia de hermanos con esta patología, y la presencia de obesidad en las madres puede facilitar la aparición de otros miembros de la familia con TCA (Garfinkel, Moldofsky, & Garner, 1980).

Así pues, la presencia de obesidad en la familia está considerada como un factor de riesgo para padecer los TCA (Vázquez & Reidl, 2013). La obesidad no es una patología psiquiátrica, sino médica de carácter endocrino, con consecuencias significativas no solo para la salud sino también psicosociales, cuando el peso es superior en un 30 % a talla esperada por la edad. Aunque es posible encontrar una predisposición genética en la obesidad, también tienen que ver, y mucho, con el estilo de vida, tales como el ingerir alimentos de alto contenido calórico y el sedentarismo. Shin y Shin (2008) explican que la satisfacción corporal está relacionada con el índice de masa corporal (IMC). Las personas más obesas presentan más insatisfacción corporal que las menos obesas. La obesidad es un factor de riesgo para padecer de los TCA. Vázquez y Reidl (2013) argumentan que los progenitores que ya fueron acometidos, o

padecen algún tipo de trastorno alimentario, poseen un mayor riesgo de incitar ese tipo de trastornos en sus hijos, fundamentalmente cuando ocurre advertencias concernientes con el peso y el tipo de dietas que consumen.

Finalmente, el estudio, revela que el 30 % de las entrevistadas relatan que no se sienten felices con su imagen corporal. La correlación de la edad y el peso corporal con la interiorización del ideal de delgadez puede generar, en algunas las universitarias, una insatisfacción corporal y la aparición de síntomas relacionado con la presencia de un TCA. Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede generar problemas emocionales importantes de salud física y mental. No estar satisfecho con la imagen corporal, puede ir coligado a una baja autoestima, sentimientos y emociones negativas, infelicidad, tristeza y ansiedad interpersonal, produciendo disforia y haciendo con que se sienta se sienta incómoda o desadaptada en sus relaciones interpersonales. Y en el caso que esta situación se empeore existe la vulnerabilidad de desarrollar TCA (Goni, Rodríguez, & Ruiz, 2004).

6.2. Asociación de los TCA con las variables sociodemográficas

Los resultados no encontraron una asociación de los TCA con las variables sociodemográficas. Por tanto a hipótesis I “Las universitarias que viven solas presentan mayor porcentaje de TCA que las universitarias que viven en contextos familiares” no fue confirmada. Este dato está en la línea con los hallazgos de otros autores (Martínez et al., 2003). Estos autores realizaron un estudio prospectivo en 2.509 chicas navarras, y encontraron que comer sola constituyó el mayor factor de riesgo de TCA. Así que la práctica de hacer las refecciones en solitario, diariamente en ausencia del apoyo afectivo

y la cercanía materna o paterna, puede considerarse como un factor de riesgo en relación a los TCA. Por lo tanto, la familia representa ese entorno social que rodea a la persona en su niñez y que proporcionará la mayor parte de la información relacionada con la alimentación, actitudes con el peso y apariencia física, que repercutirá posteriormente en la adolescencia (Tripp & Cockett, 1998; Vázquez & Raich, 1997). Así pues, durante las diferentes comidas, es importante la presencia de los padres, para instaurar pautas de nutrición e consolidar hábitos alimentarios saludables y previniendo conductas alimentarias inadecuadas (Silva, Sánchez, & Sosa, 2006).

No obstante, la ausencia de una orientación dietética saludable junto con la presión social a favor de la delgadez, son factores que se asocian a padecer de los TCA. Asimismo, las hijas de padres divorciados, separados o viudos presentan un importante y significativo incremento del riesgo de trastorno alimentario (Multaba & Furnham, 2001; Tripp & Cockett, 1998). Por tanto, dado que en nuestro estudio no indagamos sobre el estado civil de las universitarias entrevistadas, no podemos excluir este hecho como causa de los TCA que exhibieron las estudiantes que vivían solas.

6.3. Resiliencia y presencia de TCA

Las alumnas con baja resiliencia fueron 1,66 veces más propensas a tener TCA. Por tanto, la hipótesis II *“las universitarias que puntúen alto en la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-25) presentaron menor porcentaje de TCA”*. Estos resultados ponen de relieve la gran importancia de la resiliencia como un fenómeno protector en relación a los TCA. En el campo de la promoción de salud, el arquetipo de la resiliencia compone una perspectiva emergente que está produciendo gran interés en

los profesionales de la salud. Principalmente de la psiquiatría y de la psicología en el ámbito de la salud mental.

La psicología positiva tiene un gran protagonismo en la área de salud, al proponer que el núcleo de la atención e intervención, no fuera calcado en el paradigma patológico, centrado en la disforia, enfermedad y en el enfoque del riesgo. La psicología positiva diseña la resiliencia como una respuesta eficiente de acción que describe los procesos de aplicación adaptativos y exitosos. Plantea un nuevo modelo dinámico de salud cimentado en emociones positivas: el bienestar subjetivo, y los factores de protección que representan a los individuos capaces de disfrutar de una vida feliz, agradable y triunfante (Luthar, 2000).

El capital salud constituye uno de los mayores bienes que el individuo puede acumular. La promoción de la salud propicia el fortalecimiento de los comportamientos y prácticas saludables que generan el cuidado con la salud. Es decir, busca suscitar conductas protectoras y reducir las que colocan en riesgo al individuo. Al hilo de esto, las conductas alimentarias de riesgo son un problema de salud que involucra aspectos tanto físicos, como mentales, y encuadrado en este último, se presenta los TCA, con elevada frecuencia entre las mujeres jóvenes (Toro, 1996). Considerando que las características positivas, entre las que se encuentra la resiliencia, actúan como dispositivo protector del individuo, y son factores que previenen los trastornos mentales (Vera, 2006), estas fortalezas podrían ser de gran importancia en el caso de los TCA, y así utilizarlas en su tratamiento y prevención.

La resiliencia es un mecanismo que permite, en algunos individuos, la adaptación a la adversidad, trauma, tragedia, amenaza, o a problemas serios de salud como son los TCA. La adaptación está en función de diferentes contextos y culturas. Para lograr esta superación es fundamental poner el énfasis en los factores de

promoción y adaptación positiva. La familia, principalmente los padres, cuando consciente de que las emociones positivas tienen gran relevancia en la construcción de la felicidad de sus hijos, enseñan diferentes estrategias (e.g., asertividad, habilidad en resolución de problemas, etcétera), que pueden ayudar a la formación de la resiliencia frente a los problemas, ofreciendo un ambiente acogedor donde suceda comprensión, optimismo, buen humor, afecto y ayudarlos a aceptarse y confiar en ellos mismos. Esta postura, probablemente, funcionara como prevención y protección en contra las patologías mentales como los TCA.

Los pacientes con TCA necesitan de referenciales y modelos optimistas, que perciben al individuo con potencialidades para resistir y rehacerse de la adversidades. La psicología positiva mantiene que el ser humano tiene capacidad para adaptarse y recuperarse de situaciones adversas (Vera, 2006). De este modo, los pacientes que sufren de TCA, a lo mejor, puedan mitigar o curarse de la enfermedad. En fin, la resiliencia es un fenómeno entre las personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos inherentes al ser humano (Masten, 2001). Cabe mencionar, que la resiliencia no se desenvuelve del mismo modo para todos los individuos. Cada uno utiliza diferentes habilidades para desplegar y obtener capacidades de superar los infortunios de la vida. Hay que subrayar que se trata de un proceso individual, donde cada cual construye sus capacidades y elige como desarrollarlas (Kolb, 1973).

En la promoción de la salud mental, y en particular los TCA, es fundamental que haya un compromiso de desarrollar la resiliencia, no solo el individuo, sino también el medio que lo circunda. Lo que constituye un gran desafío para el equipo de profesionales de la salud en su quehacer cotidiano. Lo más relevante es atender la necesidad de instaurar modelos de programas de prevención y tratamiento para los

trastornos de la conducta alimentaria, basados en la Psicología Positiva y en la Resiliencia.

6.4. Insatisfacción con la imagen corporal y presencia de TCA

Los resultados demostraron que la mayor presencia de TCA fue asociada con mayor insatisfacción por la propia imagen corporal o por manifestar una mayor diferencia entre la talla real o la ideal. Por tanto, estos datos no permiten confirmar a hipótesis III *“la universitarias más insatisfechas con su propia imagen corporal, evaluado a través de la diferencia entre la talla o el peso real y el que consideran ideal, presenten mayor propensión a tener TCA”*

La imagen corporal en la perspectiva de los trastornos de la conducta alimentaria se conceptúa como la representación mental de los desiguales aspectos de la figura física constituida por tres componentes: el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual (Lameiras, Calado, & Rodríguez, 2003). El cuerpo delgado y de formas andróginas parece que se ha transformado en el símbolo de mujer independiente y contemporánea. Según Turón (1996), al siglo pasado se lo ha denominado como el siglo de la delgadez. La cultura vigente de cada sociedad origina unos patrones de belleza fundados en modelos valorando la delgadez, como meta para conseguir el éxito social.

Estos dictámenes de belleza son esencialmente para el sexo femenino, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de distorsiones de la imagen corporal y su percepción. Hay que subrayar que la preocupación excesiva por la belleza del cuerpo, puede conllevar a factores de riesgos en relación a salud física y mental. Las investigaciones indican que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del

propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, está en la base de estos trastornos (Toro, Salamero, & Martínez, 1995). La insatisfacción con la imagen corporal es una de las características más importantes de los TCA. Se plantea como un factor predisponente para el padecimiento de estos trastornos (Garner, 2004). Todavía la imagen corporal continúa siendo considerada como un segmento importante en la recuperación de los individuos con trastornos del comportamiento alimentario y de compleja intervención terapéutica (Perpiña, Botella, & Baños, 2003).

En los últimos años, la delgadez sufre de una metamorfosis, migra de la exclusividad de la salud y del ámbito médico, para protagonizar los modelos de moda, belleza, imagen, estética y éxito social. Estos patrones de belleza vigentes, cobran relevancia, y al mismo tiempo, ganan identidad, y seguidores, entretanto, para conseguir estos modelos, las personas han de declinar, con frecuencia, de la salud para alcanzar el cuerpo delgado (Gracia, 2002). El perfeccionismo y la insatisfacción con la imagen corporal en los TCA están relacionados en la mayoría de los estudios, como un factor predisponente. No obstante, también puede favorecer la manutención de los signos durante el curso de estas patologías y favorecer a la permanencia, complicando de este modo el pronóstico (Behar, 2010).

En el contexto de la delgadez, posiblemente el IMC sea un indicador de grande significancia para predecir la satisfacción, o no, corporal. No obstante, en el estudio realizado por Leiderman y Triskier (2004) se observa que el 68,8% de las alumnas presentaban un peso normal, el 20% un peso bajo y el 10,4% manifestaron sobrepeso según el IMC. Por otro lado, 52,1% de las alumnas relata sentir ansiedad, mismo que esté con el peso normal. El trastorno de la ansiedad es uno de los factores presentes en los TCA que es arduo discernir si configura la clínica específica de estos trastornos o si es una comorbilidad. De acuerdo con Leiderman y Triskier (2004), la ansiedad con el

peso y la imagen corporal que presentan las universitarias puede motivarlas a hacer dietas y adoptar conductas compensatorias inapropiadas para descender de peso que a su vez, podrá traer consecuencias serias para la salud, como desarrollar patologías alimentarias.

Dado que las conductas alimentarias de riesgo brotan como consecuencia de la insatisfacción con la figura corporal, se podría suponer que las personas menos delgadas, al estar menos satisfechas con su figura, presentarían conductas alimentarias de riesgo con mayor frecuencia. En apoyo a esta predicción, se ha observado que un mayor IMC se asocia con conductas alimentarias de riesgo (Machado, Silveira, & Silveira, 2012). Las conductas de riesgo de los TCA están asociadas a la preocupación e insatisfacción por la imagen corporal y a la baja autoestima. La ostentación de una imagen delgada como la ideal podría ayudar al desarrollo de un TCA produciendo insatisfacción corporal, baja autoestima y síntomas de TCA primariamente en el sexo femenino (Hawkins et al., 2004).

La imagen corporal simboliza el modo en que un individuo se auto percibe, supone, siente y procede en relación a su silueta corporal, o sea, es la imagen mental de uno mismo hacia su cuerpo. Es relevante tener en cuenta, que los factores socioculturales intervienen en gran medida en relación a la percepción de su imagen corporal. En fin, la imagen corporal es definida como la actitud valorativa hacia la apariencia del propio cuerpo; y se evalúa mediante dos aspectos importantes: la posible alteración de la imagen corporal y la satisfacción corporal (Bruchon-Schweitzer, 1992). Establecer el porcentaje de satisfacción e insatisfacción corporal en estudiantes universitarias, como su relación con índice de masa corporal, es relevante para la prevención de la salud física y mental. Considerando que actualmente se suscita la belleza del cuerpo como objetivo para alcanzar el éxito social, con obsesión excesiva

hacia la delgadez (Gómez, 2007). La insatisfacción con la imagen corporal propia constituye un factor de riesgo que conlleva, a su vez, a las conductas alimentarias de riesgo. Al estar menos satisfechas con su imagen corporal, algunos individuos presentaran conductas alimentarias de riesgo con mayor frecuencia. En apoyo a esta predicción, es importante, no perder de vista, que un mayor índice de masa corporal (IMC) se asocia con conductas alimentarias de riesgo o sea los TCA (Machado, Silveira, & Silveira, 2012).

En fin, cada sociedad históricamente y culturalmente determinada, construí y promueve sus prototipos de belleza, estética e imagen corporal. No obstante, para conseguir satisfacción con su propio cuerpo y lucir con una imagen corporal atractiva. En concreto, especialmente las mujeres utilizan estrategias poco recomendables, como productos adelgazantes, dietas poco saludables y conductas que ponen en riesgo la salud, y promueven la vulnerabilidad para las patologías alimentares, fundamentalmente los TCA (Raich, 2010). Desde esta perspectiva, es indudable la importancia que adquiere la insatisfacción con la imagen corporal como un fuerte predictor de los TCA (Stice & Shaw, 2010).

CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica realizada en los dos primeros capítulos revela que el modelo de belleza delgado, socialmente determinado en la época actual, es muy difícil de ser logrado. Los medios de comunicaciones de masa y la moda, que cotidianamente hacen apología de imágenes de gente famosa muy delgada. Al ser asociado la presión por imitar a los modelos famosos, que poseen una imagen corporal delgada y articulada al éxito y la felicidad, puede desencadenar trastorno de ansiedad para disfrutar este ideal de belleza. La sociedad de consumo, refleja una corrida intensa por una imagen corporal delgada, y en este sentido, el consumo se ha proyectado en el cuerpo humano. Así, una imagen física atrayente es una condición de la vida social moderna e innovadora, que forma parte del proceso de asimilación de las nuevas tecnologías en el ámbito de la estética.

Esta divulgación del patrón de belleza improbable puede constituirse en un factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Muchos métodos para mantenerse delgados están libremente comercializados. Existe un mercado que ofrece las diversas formas de adelgazamiento. Es difícil resistirse a estos estímulos, que prometen el milagro de la silueta perfecta. Cabe destacar, el rechazo social para quien no sigue el dictamen determinado por la sociedad de consumo. La delgadez se ha transformado en la excelencia de belleza, el deseo colosal, la estrategia para el triunfo individual, ser atrayente, es la táctica de lograr la felicidad.

La ansiedad por obtener una imagen corporal maravillosa puede convertirse en una obsesión, una prioridad que rige la vida personal y social. La presión sociocultural para estar delgada. Los valores que promulga la sociedad consumista, gravita en torno al éxito personal y profesional, para conseguir dicho triunfo es inevitable ser competitivo

poseer auto control y sacrificio. En concreto, el medio para conseguir es a través del ejercicio excesivo y de riesgo, las dietas, la cirugía estética, medicamentos naturales y no tan naturales, algunos que comprometen la salud otros ineficaces. La sobrevaloración del peso y la figura corporal en la autoevaluación negativa, fue identificada como la característica esencial en los TCA. Como también la insatisfacción con la imagen corporal es una de las características más significativas y se diseña como un factor predisponente de los TCA.

La resiliencia se circunscribe desde la psicología positiva, la cual se centraliza en las capacidades, valores y atributos positivos de los seres humanos, y no en sus debilidades y patologías, como lo hace la psicología tradicional. La resiliencia es la capacidad de los individuos para sobreponerse al sufrimiento y situaciones adversa y salir fortalecido y en algunos casos, mejor que antes. La resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales. Así que la resiliencia se emplea de manera general, haciendo con que las adversidades puedan ser superadas y generar mejoras y ganancias, la resiliencia, actúa como fuerza que controla o empuja a la mejora del individuo.

Considerando la incidencia y prevalencia de los TCA, y la importancia del constructo resiliencia, la actual investigación ha pretendido estudiar la resiliencia y su relación con los TCA en una muestra de estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad de Salamanca. Para tal fin fueron entrevistadas 365 alumnas, procedentes de diferentes provincias de España, las cuales fueron sometidas a una entrevista para

determinar a presencia de TCA y evaluar diferentes predictores (factores protectores y desencadenantes) esta patología.

Los principales resultados del estudio fueron los siguientes:

- I. La probabilidad de tener un trastorno de la alimentación fue mayor en el grupo de universitarias que presentaron una mayor diferencia entre el peso real y el peso ideal o entre la talla real y la ideal.
- II. Las alumnas que tenían un historial en la familia de obesidad o de anorexia o bulimia o vivían sola exhibieron mayor porcentaje de TCA.
- III. También, las alumnas con baja resiliencia presentaron mayor porcentaje de TCA. Así, las jóvenes universitarias con baja resiliencia fueron más propensas para ser perfeccionistas, ineficaces, desconfiadas interpersonalmente, inseguras, e con alto miedo de la madurez; constructos psicológicos que estuvieron más presentes en las alumnas con TCA estudiadas.
- IV. Finalmente, encontramos que la diferencia antropométrica entre la talla real y la ideal, la presencia de antecedentes de anorexia o bulimia en la familia, tener actitudes negativas hacia la comida y una alta insatisfacción con la propia imagen corporal fueron factores desencadenantes de los TCA, mientras que la presencia de una alta resiliencia en las estudiantes se reveló como un factor de protección.

A partir de los hallazgos, se concluye que existe presencia de TCA y hábitos inadecuados en estudiantes universitarias, y que éstos se asocian con algunos factores insatisfacción con la imagen corporal e baja resiliencia. En este sentido sería importante desarrollar programas en el ámbito de la resiliencia, como estrategia de prevención y

promoción de la salud mental de las estudiantes de la facultad de psicología de Salamanca.

El desafío será reconducir la respuesta humana ante los TCA, ratificando los factores de protección que permiten el afrontamiento activo de esta patología, y proyectar qué experiencias y aprendizajes son también consecuencias de eventos nocivos. No obstante, pueden ser reelaborados y cobraren un significado positivo y que la experimentación recurrente de emociones positivas logra ayudar a las personas a desarrollar la resiliencia como una estrategia coadyuvante en la prevención de los TCA. De este modo, la resiliencia implica un proceso dinámico de exposición, afrontamiento y superación de la adversidad y posiblemente ayude en la prevención de los TCA.

REFERENCIAS

- Abraham, S. F. (2003). Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: doctors' dilemmas. *The Medical Journal of Australia*, 178, 607-611.
- Acosta, M., Díaz, C., Gómez, B., Núñez, A., & Ortiz-Hernández, L. (2006). Percepción de la imagen corporal, consumo de alimentos y actividad física en estudiantes de un colegio de bachilleres. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 12(3), 161-171.
- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., & Raeburn, S. D. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison, *Am J Psychiatry* 149, 82-87.
- Ahmad, S., & Waller, G. (1994). Eating attitudes among asian schoolgirls: the role of perceived parenteral control. *IntJ EatDisord*, 15, 91-97.
- Aizpuru, F., Latorre, K., Ibáñez, B., Pérez de Arriba, J., Mosquera, F., & Bernal-Delgado, E. (2008). Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de salud mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas Var Pract Med SNS*, 3(1), 199-216.
- Alaine Yates, M. (1989). Current perspectives on the eating disorders: I History, psychological and biological aspects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28(6), 813-826.
- Albee, G. W. (1982) Preventing psychopathology and promotion human potencial. *American Psychologist*, 37 (9), 1043-1050.
- Allred, K. D., & Smith, T. W. (1989). The hardy personality: Cognitive and physiological responses to evaluative threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 257-266.
- Amatruda, J. M., & Linemeyer, D. L. (2001). Obesity. In P. Felig y L. A. Frohmann (orgs.). *Endocrinol Metabolism*. (pp. 945-79). New York:Ed. McGraw Hill.
- Amaya, A. H., Álvarez, R. G., & Mancilla, D. J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89.
- Armatta, A., Babio, N., Berghella, A., Facchini, M., García, L., Guarwera, G., & Piñero, J. (1999). *Trastornos alimentarios, guía médica de diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual-III (DSM-III)*, Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual-IV* (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual-V* (DSM-V) Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (Brevario). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-R*. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Editorial Masson.
- American Psyquiatic Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible. La lucha contra la imposición de la imagen*. Barcelona: Paidós.
- Amigo, I., & Fernández, C. (2004). El efecto iatrogénico de las dietas. *Revista Española de Obesidad*, 4, 207-215.
- Anderson, A. E., & Mickailide, A. D. (1983). *Anorexia in males: un hunderdiagnosis disorder Psychosomatics*, 24, 12-18.
- Anderson, C. R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: a longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62, 446-451.
- Anthony, E. J., & Cohler, B. J. (Eds.) (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.
- Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: E.J. Anthony and C. Koupernik (Eds). *The Child in his Family: Children at Psychiatric Risk*. NovaYork: International Yearbook.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and coping: New perspectives on mental and physical Wellbeing*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: testing the sense of coherence model. In. H.S. Friedman (Ed) *Personality and disease*: Wiley and Sons.New York.

- Aponte, H. (1995). *Bread and Spirit: therapy with the new poor*. New York. WW. Norton.
- Arias, L., & Herrera, J. (1994). El apgar familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Medica*, 25(1), 26-28.
- Arnou, B. A. (1999). Eating disorders. Introduction. *Journal Clinical of Psychology*, 55, 669-674.
- Atkins, D. M., & Silber, T. H. (1993). *Clinical spectrum of anorexia nervosa in children*. J Dev
- Atkinson, P. A., Martin, C. R., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16, 137-147.
- Avia, M., & Vázquez, C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid, Alianza Editorial.
- Ballabriga, A., & Carrascosa, A. (2001). Valoración del estado nutricional y Obesidad en la infancia y adolescencia. In A. Ballabriga y A. Carrascosa. *Nutrición en la infancia y la adolescencia*. (2a ed). Barcelona: Ergon.
- Ballabriga A., & Carrascosa, A. (2001). Trastornos de la conducta nutricional en la adolescencia. Anorexia y Bulimia nerviosas. In A. Ballabriga y A. Carrascosa. *Nutrición en la infancia y en la adolescencia*. (2a ed.).Barcelona: Ergon.
- Baltes, B., & Staudinger, M. (2000). Wisdom: a metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Baluch, B., Furnham, A., Huszcza, A. (1997). Perception of Body Shapes by Anorexics and Mature and Teenage Females. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 167-175.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-205.
- Bandura, A. (1978). The self -system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1990). Reflections on nonability determinants of competence. In J. R. Sternberg y J. Koiligan, Jr. (eds.). *Competence considered*. New Haven: Yale University Press.

- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López, C. H., & Ostrosky, A. (1996). Los extremos en los trastornos alimenticios. *Psicología Iberoamericana*, 3, 20-34.
- Barnett, R. C., & Baruch, G. K. (1985). Women's involvement in multiple roles and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 135-145.
- Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2003). Comparison of patients with bulimia nervosa, obese patients with binge eating disorder, and nonobese patients with binge eating disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(9), 589-594.
- Bartone, P. T. (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War. In: J. M. Violanti, D. Patton y D. Dunning (Eds.). *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, Illinois: LDT.
- Baumeister, F., & Exline, J. (2000). Self-control, morality, and human strength. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 29-42.
- Beck, D., Casper, R., & Andersen, A. (1996). Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *Int J Eat Disord*, 20, 389-95.
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., & Klibanski, A. (1999). Eating disorders. *New Eng J Med Behav Pediatr*; 14, 211-216.
- Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bernard, B. (1999). Applications of resilience: possibilities and promise. In M. Glantz, y J. Johnson (Ed.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptation*, (pp.269-277). New York. Plenum.
- Bernard, B. (1991). *Fostering resilience in kinds: Protective factors in the family, school and community*. Portland, Oregon: Western Center Drug-Free School and Communities.
- Berry, B. (2008). *The Power of Looks. Social Stratification of Physical Appearance* Ashgate,
- Beato-Fernandez, L., Rodriguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Martinez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(5):287-94.
- Becker, A. E., Keel, P., Anderson-Fye, E. P., & Thomas, J. J. (2004). Genes and/or jeans?: genetic and socio-cultural contributions to risk for eating disorders. *J Addict Dis*, 23, 81-103.

- Behar, R. (1996). El perfeccionismo en los trastornos del hábito del comer. *Rev Chil Neuro Psiquiat*, 34, 257-62.
- Behar R. (1998). Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Med Chile*, 126, 1085-1092.
- Behar, R. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. In: Behar, R., Figueroa, G. (Eds). *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 121-47). Segunda Edición. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *J Fam Nurs*. 14, 33-55.
- Bonnano, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 135-138.
- Bruchon-Schweitzer, M. *Psicología del Cuerpo*. Barcelona: Herder; 1992.
- Bertrán, G., Noemí, P., & Romero, S. (1998). *Resiliencia: ¿enemigo o aliado para el desarrollo humano?* Santiago, Chile: CIDE.
- Beumont, P. J. V. (1995). *The clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press.
- Beumont, P. J. (1991). The history of eating and dieting disorders. *Clinical Applied Nutrition*, 1(2), 9-20.
- Beumont, P. J., Al-Alami, M., & Touyz, S. (1988). Relevance of a standard measurement of undernutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: Use of Quetelet's Body mass index (BMI). *International Journal of Eating Disorders*, 7, 399-405.
- Bhadrinath, B.R. (1990). Anorexia nervosa in adolescent of asian extraction. *Br J Psychiatry*, 195, 565-568.
- Blanz, B. J., Detzner, U., Lay, B., Rose, F., & Schmidt M. H. (1997). The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 6, 129-135.
- Blodgett Salafia, E. H., & Gondoli, D. M. (2011). A 4-Year Longitudinal Investigation of the Processes by Which Parents and Peers Influence the Development of Early Adolescent Girls' Bulimic Symptoms. *J Early Adolesc*, 31(3), 390-414.
- Blum, R. W. (1997). Risco e resiliência: Sumário para desenvolvimento de um programa. *Adolescência Latino-Americana*, 1, 16-19.

- Bolaños-Ríos, P. (2009). Educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1069-1086.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonsignore, A. M. (2004). Bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria: algunas reflexiones. *Arch. argent. Pediatría*, 102(6), 419-421.
- Booth, D. A. (1985) Food-conditioned eating preferences and aversions with interceptive elements: conditioned ap-petite and satieties. *Ann N Y Acad Sci*, 443, 22-41.
- Bordo, S. (1989). *Gender/Body/Knowledge. Feminist reconstrucción of being and knowing*. London: Routledge.
- Bordo, S. (1997). The body and the reproducción of femininity. In. Conboy, Katie, Medina, Nadia & Stanburyt, Sarah (Eds). *Writing on the body. Female embodiment and feminist theory* (pp. 90-110). New York: Columbia University Press.
- Borrego-Hernando, F. (2000). O tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 24, 44-50.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *J Women Agin*, 2, 342-356.
- Bourdieu, P. (1985). *The Forms of Capital, en Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood.
- Bouvier, P. (1999). Abus sexuels et résilience. In. M. P. Poilpot (org.). *Souffrir et se Construire*. (pp. 125-161). Ramonville: Editions Érès.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda*. São Paulo, 2ª ed, v.1. Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Brambring, M., Löesel, F., & Skowronek, H. (1989). *Children at Risk: Assesment, Longitudinal Research and Intervention*. Nueva York: Walter de Gruyter.
- Breetvelt, I., & Van Dam, M. (1991). Unrreporting by caner pastiness: the case of response-shift. *Social Science and Medicine*, 32, 981-987.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In. W. Damon (Org.). *Handbook of child psychology*. (pp. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.

- Bronfenbrenner, U. (1981). *Ecology of human Development: experiment by nature and desing*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brooks, R. (1994). Children at risk: fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 545-553.
- Brownell, K. D. & Fairburn, C. G. (1995). *Eating disorders and obesity comprehensive handbook*. New York: Guilford.
- Brownell, K. D., Heckerman, C. L., & Westlake, R. J. (1979). The behavioral control of obesity. A descriptive analysis of a lange-scale program. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 864-869.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books;
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders. Obesity. Anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 24, 187-195.
- Bruch, H. (1966). Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 141, 555- 556.
- Bruch, H. (1976). The treatment of eating disorders. *Mayo Clinic Proceedings*, 51, 266-272.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage. The enigma of anorexia nervosa*. London: Open Books.
- Bruch, H. (1985). Four Decades of Eating Disorders. In. D. M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia*. New York: Guilford.
- Brumberg, J. J. (1988). The appetite as a voice. In. J. J. Brumberg (Org). *Fasting Girls*. (pp. 164-168). Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1986) *Actual minds, possible worlds*. Cambridg: Harvard Univ. Press.
- Bryant-Wangh, R. R., & Lask, B. (1991). Anorexia nervosa in a group of asian children living in Britain. *Br J Psychjatry*, 158, 229-233.
- Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (2005) Childhood-onset eating disorders. In. K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. (pp. 183-187). New York: The Guilford Press.

- Bueno M., Velilla, D., Jiménez, A., & Fleta, J. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 7(132), 6234-6239.
- Buhrich, N. (1981). Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 153-155.
- Bulik, C., Sullivan, P., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. (2006). Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3):305-312.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Fean, J. L. (1997). Eating disorders: an antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Act Psychiatric Scand*, 96, 101-107.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Joyce, P. R., & Carter, F. A. (1995a). Temperament, Character and Personality Disorder in Bulimia Nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 593-598.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1995b). Temperament in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 251-261.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *Int J. Eat Disorder*, 27, 1-20.
- Burd, L., Vesely, B., Martsof, J., & Kerbeshian, J. (1990). Prevalence study of Prader-Willi syndrome in North Dakota. *Am J Med Genet*, 37, 97-99.
- Buss, M. G. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55, 15-23.
- Butler, M. G., & Prader-Willi, G. (1990) Syndrome: current understanding of cause and diagnosis. *Am J Med Genet*, 35, 319-32.
- Bynum, C. W. (1987). *Holy feast and holy fast*. Berkeley: University of California Press.
- Calderón, C., Forns, M., Varea, & V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depression en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp*, 25 (4): 641 - 647.
- Cahill, G. F. (1970). Starvation in man. *N Engl J Med*, 282, 668-75.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R., G. (1999). Facilitating posttraumatic. Growth: A Clinician's Guide. New Jersey: LEA.
- Call, C., Walsh, B., T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 532-536.
- Calvo, R. (2002). Anorexia y bulimia, guía práctico para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta.

- Camargos, C. N., Mendonca, C. A., & Duarte, S. M. (2009). Da imagem visual do rosto humano: simetria, textura e padrão. *Saúde e Sociedade, 18*(3), 395-410.
- Caparrós, N., & Sanfeliú, S. (1997). La anorexia nerviosa: Una locura del cuerpo. España: Bblioteca nueva.
- Cardozo, G., & Alderete, M., A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde ElCaribe, 23*, 148-182.
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva (la ciencia de la felicidad)* Barcelona: Paidós.
- Castro, F. (1996). La anorexia nerviosa. *Medicina Integral, 27*(10), 412-418.
- Cyrulnik, B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida Barcelona: Gedisa.
- Caralt, D., J., & Carmago, C. (1997). A review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry, 154*, 1127-1132.
- Carbanes, J., A., Gil, I., Gómez, C., Gual, P., Julián, R., & León, P. (2000) Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones.
- Carrasco, S. (1993). Comportamiento alimentario: Aportaciones de la antropología. *Revista ROL de enfermería, 179*(80), 13-16.
- Carrillo Durán, M., V. (2005). factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la conducta alimentaria, 2*, 120-141.
- Carver, C., Harris, S., Noriega, V., Scheir, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375-393.
- Carver, C., S. (1998). Resilience and thriving: issues, models and linkages. *Journal of Social Issues, 54*(2), 245-266.
- Cash, F., T., & Pruzinsky, T. (2000). Body image. A Handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford press
- Casper, R. C., Eckert, E., D., Halmi, K., A., Goldberg, S., & Davis, J., M. (1980). Bulimia, Its incidence and clinical implications in patients with anorexia nervosa. *Arh Gen Psychiatry, 37*, 1031-1035.
- Casper, R., C., Hedeker, R., C., & McClough, J., F. (1992). Persona I ity di mensions in eat i ngdisorders and their relevance for sub-typing. *J Child and Adolescent Psychiatry, 31*(5), 830-40.

- Casper, R., C. (1983). On the emergence of the bulimic nervosa as a syndrome: a historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 3-16.
- Castells, P., & Silber, T. (1998). Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Bogotá, Planeta Editorial.
- Castro, J., Toro, J., & Salamero, M. (1994). The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Psychology Assessment* 7, 175-90.
- Casullo, M., M., & Castro, S., A., Cruz, G., M., C., Martín, M., M., & Contrada, R., J. (1989). Type A behavior, personality hardiness, and cardiovascular responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 895-903.
- Casullo, M., M. (2000). Psicología salagénica o positiva. Algunas reflexiones. VIII Anuario de Investigaciones. *Facultad de Psicología. UBA*, 3, 340-346.
- Cervera, S., & Quintanilla, B., (1995). Anorexia Nerviosa: Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. EUNSA. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- Chávez, H., A., M., Macías, G., L., F., Gutiérrez, M., R., Martínez, H., C., & Ojeda, R., D. (2004). Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta Universitaria*, 14(2), 17-24.
- Chen, H., Jackson, T. (2008). Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *Eur Eat Disorders Rev*, 16 (5), 375-85.
- Cheney, A., M. (2012). Emotional distress and disordered eating practices among southern Italian women. *Qual Health Res*, 22, 1247-59.
- Chinchilla, M., A. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa Madrid: Ergon.
- Chinchilla, M., A. (1994). Etiopatogenia de la anorexia nervosa. En Chinchilla Moreno Anorexia y bulimia nervosas. *ERGON*, 1, 33-40.
- Chinchilla, M., A. (1995). Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de Conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. Barcelona: Editorial Masson.
- Chinchilla, M., A., Padín, J. C., Llinares, C., Z., Vega, M., P., & Arias, F., H. (1993). Tratamiento Psicofarmacológico de la Bulimia Nerviosa. *Actas Luso Españolas de Neurología y Ciencias Afines*. 21(6), 211-220.
- Chincilla, M., A. (2003a). Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa: Revisión Histórica. En: Trastornos de la conducta alimentaria. Editorial MASSON, México.
- Chincilla, M., A. (2003b) ¿Es real la actual epidemia de los trastornos de la conducta alimentaria? En: Trastornos de la conducta alimentaria.

- Cicchetti, D., & Rogosch, F., A. (1997). The role of self organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Cicchetti, D., Rogosch, E., A., Lynch, M., & Holt, K., D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629-647.
- CIE-10. (1996) Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria. Madrid: Izquierdo; clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*.
- Cobb, K., Bachrach, L., Greendale, G., Marcus, R., Neer, R., & Nieves, J. (2003). Disordered eating, menstrual irregularity, and bone mineral density in female runners. *Med Sci Sports Exerc.* 35, 711-719.
- Cobb, K., Bachrach, L., Greendale, G., Marcus, R., Neer, R., Nieves J, et al. (2003). Disordered eating, menstrual irregularity, and bone mineral density in female runners. *Med Sci Sports Exerc*, 35, 711-719.
- Cohen, A. (1977). Humor, irony and self-detachment. En A, J. Chapman y H.C. Foot (Eds), *It's a funny thing, humour*. Oxford, England: Pergamon.
- Cole, T., Freeman, J., & Preece, M. (2005). Body mass index reference curves for the UK, 1990. *Archives of Disease in Childhood*, 73(1), 25-29.
- Collier, D., A., Arranz, M., J., Li, T., Mupita, D., Brown, N., & Treasure, J. (1997). Association between 5HT2A gene promoter polymorphism and anorexia nervosa. *Lancet*, 350(9075), 412-420.
- Connor-Green, P., A. (1988). Gender Differences in Body Weight Perception and Weight-Loss strategies of College Students. *Women y Health*, 14(2), 27-42.
- Construire (M.-P. Poilpot, org.), pp13-24, Ramonville: Editions Érès.
- Cooper, D., & Taylor, M., J. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *Int. Journal of Eat Disorder*, 6, 485-494.
- Cooper, Z., & Fairburn, C., G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *Int Journal Eat Disord.*, 34, 89-95.
- Cooper, P., J., & Fairburn, C., G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 13, 385-389.
- Cooper, Z., & Fairburn, C., G. (1995). *Bulimia nervosa and binge eating: A guide to recovery*. London, U.K: Robinson Publishing Company.

- Cooper, P., J., & Fairburn, C., G. (1983). Binge-eating and self-induced vomiting in the community: A preliminary study. *British Journal of Psychiatry*, *142*, 139-14.
- Cooper, Z., Cooper, P., J. & Fairburn, C., G. (1989). The validity of Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, *154*, 807-812.
- Coovert, D., & Powers P. (1988) Bulimia nervosa with enema abuse: a preliminary analysis based on four case reports. *Int J Eat Disord*, *7*(5), 697-700.
- Corral, S., González, M., Perena, J., & Seisdedos, N. (2006). Manual inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2. Madrid: TEA Ediciones.
- Cowen, E., L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist*, *46*, 404-408.
- Cox, T. (1978). Stress. Nueva York: Mc Millan.
- Crago, M., Shisslak, C., M., & Estcs, L., S. (1996). Eating disturbances among American minority groups: A review. *International Journal of Eating Disorders*, *19*, 239-248.
- Crichton, P. (1996). Were the Roman emperors Claudius and Vitellius bulimic? *Int J Eat Disord*, *19* (2), 203-207.
- Crisp, A., H., & Burns, T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *Int J Eat Disord* *2*, 5-10.
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.
- Cruz, S., & Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *55*(3), 455-473.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). Una psicología de la felicidad. Barcelona: Ed. Kairos.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, *54*(10), 821-827.
- Cuadra, L., & Florenzano, U. (2003). El Bienestar subjetivo: Hacia una Psicología. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, *12*, N° 1:pp. 83-96. 2003.
- Cury, A. (2005) A ditadura da beleza e a revolução das mulheres. Rio de Janeiro. Sextante.
- Cyruilnik, B. et al. (2004) El realismo de la esperanza: testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia. Gedisa. Barcelona
- Cyruilnik, B. (1999). La résilience: Un espoir inattendu. In: Souffrir et se

- Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. Barcelona, Granica.
- Cyrulnik, B. (2002) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2005) *El amor que nos cura*. Gedisa. Barcelona
- Cyrulnik, B. (2007) *De cuerpo y alma*: Gedisa Barcelona
- Das, A. K. (1990). Counselling people with addictive behavior. XIII th International Round table for the Advancement of Counseling: Changing world changing people, counselling and global health concern (1988, Calgary, Canada). *International Journal for the advancement of Counseling*, 13 (2), 169-177.
- Davidson, J.R. (2002) Surviving disaster: what comes after trauma? *British Journal of Psychiatry*, 181, 366-368.
- Davies E, Furham A. (1986b) The dieting and body shape concerns of adolescent females. *J Child Psychol Psychiat*; 3: 417-428.
- Davis, C. Kennedy, S. H. Ravelski, E., Dionne, M. (1994). The role of pshysical activity in the development and mainterance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24 (4), 957-967.
- Davison, K.K. y Birch, L.L. (2004). Predictors of fat stereotypes among 9- year-old girls and their parents. *Obesity Research*, 12, 86–94
- De Azevedo MH, Ferreira CP (1992) Anorexia nervosa and bulimia: a prevale nece study. *Acta Psychiaír Scand*; 86: 432-6.
- De Diego, R. (1990). *Personalidad y lugar de control. Escalas de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- De Goot JM. Kennedy S y Rodin G (1992): Correlates of sexual abuse in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Can J Psychiatry*; 37: 516-9.
- De la Serna I. (1998) *Comer no es un placer*. Litofinter Madrid.
- De Neve, K. M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229.
- Denia, M (2011) *Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad*. Recuperado el 3 de octubre de 2014, de <http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamient>
- Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*. 40(3):212-7

- Dictionnaire-Encyclopedique-Larousse (1986) Paris, TomoI, p.552.
- Diener, E. (2000). Subjective well - being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 55; 34 - 43.
- Diener, E.; Suh, E. M.; Lucas, R. E.; Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. Vol. 125, N° 2, 276 - 302.
- Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*. 40(3):212-7
- Dittmar, H., Lloyd, B., Dugan, S., Halliwell, E., Jacobs, N., y Cramer, H. (2000). The 'body beautiful' English adolescents' images of ideal bodies. *Sex Roles*, 42, 887- 913.
- Dixon, N.F. (1980). Humor: a cognitive alternative to stress? En G. Sarason y C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and Anxiety* (Vol. 7). Washington, DC: Hemisphere.
- Dolan, B. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 67-68.
- Dowson, J. y Hendersen, L. (2001). En: Montero, P., Morales, E. M. & Carbajal A. (2004) Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropología*, 8, 107-116. www.didac.ehu.es/antropo
- Drew Westen, Ph.D. y Harnden-Fischer, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562
- Dryden S, Williams G: Leptin (1997) as a neuromodulator of feeding and energy balance. *Currem Opinión in Endocrinology and Diabetes*; 4: 124-9.
- Dupont R. (1984) Bulimia: A modern epidemic among adolescents. *Pediatr Ann* 1984; 13:908-914.
- Dulanto, G.E. (2000) *El Adolescente* Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México.
- Echat ED, Halmi KA, Marchi P. (1995) Ten year follow-up of anorexia nervosa, clinical course and out come. *Psychol Med*; 25:143-156
- Echebrúa, E, Salaberría K y Cruz-Sáez, M. (2014) Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicolgica*, Vol. 32, N° 1, pp 65-74.
- Echebrúa, E, y Marañón, I. (2001): Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *PSICOLOGÍA CONDUCTUAL* 9 513 - 525
- Edelstein, E.L. (1989). *Anorexia nervosa and other Dyscontrol Syndromes* Berlin Heidelberg. Springer-Verlag

- Edelstein, G. (1999): La anorexia nerviosa. Barcelona. Ciclo de lectores.
- Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. (2010) Friends' Dieting and Disordered Eating Behaviors Among Adolescents Five Years Later: Findings From Project EAT. *J Adolesc Health*; 47 (1): 67-73.
- Eisler, I. y le Grance, D. (1990). Excessive exercise and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (1), 27-46.
- Elliott, T., Witty, T. , Herrick, S., y Hoffman, J. (1991). Negotiating reality following physical loss: hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 608-613.
- Elsarrag, M.E. (1968). Psychiatry in the Northern Sudan: a study in comparative psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 114, 945-948.
- Emans, SJ. (2000) Eating disorders in adolescent girls. *Pediatr Int*, 42, 1-7.
- Emmons, A. y Crumpler, .A. (2000). Gratitude as a human strength. Appraising the evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 56-69.
- Emmons, R.A. y Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 89-97.
- Enoch MA, Kaye WH, Rotondo A, Greenberg BD, Murphy DL, Goldman D (1998): 5-HT2A promoter polymorphism: 1438G/A, anorexia nervosa, and obsessive-compulsive disorder, *Lancet* 351:1785
- Enrique Echebrúa, Karmele Salaberría, Marisol Cruz-Sáez.(2014) Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, Vol. 32, Nº 1, pp 65-74.
- Epling, W.F.; Pierce, W.D. y Stefan, L. (1983).A theory of activity-based anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (1), 27-46.
- Espina, E. A. (2007). Impulsividad en la bulimia nerviosa y psicoterapia dinámica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 66, 119 – 128
- Espinoza P, Penelo E, Raich RM. (2010) Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later? *Body Image*; 7 (1): 70-3.
- Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? *Instituto Psicosomático de Buenos Aires*, 104, (4), 345-350.
- Facultad de Medicina de Barcelona. 18, 305-315.

- Fairburn CG (1981): A cognitive behavioral to the treatment of bulimia, *Psychological Med* 11:707-711.
- Fairburn C, Wilson G. (1995) *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. London: Guilford Press: 16-17; 25-28.
- Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL.(2007).The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*;45(8):1705–1715.
- Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL.(2007).The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*;45(8):1705–1715.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Davies BA. (2005) Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry*; 162 (12): 2249-55.
- Fairburn CG, Cooper Z. (2011) Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry*. Jan; 198(1): 8-10
- Fairburn y G.T. Wilson (Eds.). *Binge eating: nature, assesment and treat-ment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G, Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A. y O'Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*. 55(5), 425-32.
- Fairburn, C. G., y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198, 8-10.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z, & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fergus, S. y Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fredrickson, B.L. y Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought–action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19, 313-332.
- Fredrickson, B.L. y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175.
- Fredrickson, B.L. y Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.

- Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E. y Larkin, G.R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Fairburn, C.G. y Cooper Pj (1989) Eating disorders. En: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. comp. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Medical Publication: 277-314
- Fairburn, C.G. (1995). Overcoming binge eating. New York, USA: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. En D.M. Clarck y C.G Fairburn (Eds), Science and practice of cognitive behaviour therapy, 209-241, Oxford England: Oxford University
- Fairburn, C.G. y Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 152, 1052- 1058.
- Fairburn, C.G. y Beglin, S.J. (1992). Evaluation of a new instrument for the detection of Eating Disorders in community samples. *Psychiatry Research*. 44, 191- 201.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En C.G.
- Fairburn, C.G. y Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 5, 403-19.
- Fairburn, C.G. y Walsh, B.T. (1995). Atypical eating Disorders. En K.D. Brownell y C.G. Fairburn (Eds.): *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. y Wilson, W. T. (1993). Binge eating: Nature, assessment and treatment. New York, USA: The Guilford Press. 16-17; 25-28.
- Fairburn, C.G., Hay, P.J. y Welch, S.L. (1993) Binge eating and bulimia nervosa: Distribution and determinants. En C.G. Fairburn y W. T. Wilson (eds), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Phil, D.M., Cooper, P., Doll, H.A. y Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 56, 468- 476.
- Fairburn, C.G., Phil, M., Psych, M.R.C. y Beglin, S.J. (1990). Studies of Epidemiology of Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 147(4), 401- 408.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. y O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of Geneneral Psychiatry*, 54(6), 509-17.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Norman, P.A., O'Connor, M.E. y Doll, H.A. (1996). Bias and bulimia nervosa: how typical are clinic cases? *American Journal of Psychiatry*. 153, 386-391.

- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Norman, P.A., O'Connor, M.E., Doll, H.A. y Pevler, R. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*. 52, 304-312.
- Fairburn, C.G.; Jones, R.; Peveler, R.C.; Hope, R.A. y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 50(6): 419-28.
- Fassino S, Daga GA, Pieró A, Delsedime N. (2007) Psychological factors affecting eating disorders. *Adv Psychosom Med.*; 28:141-68
- Fassino S, Daga GA, Pieró A, Delsedime N. (2007) Psychological factors affecting eating disorders. *Adv Psychosom Med.*; 28:141-68
- Feighner J P, Robins E, Guze S, Woodruff R A Winokur G, y Muñoz R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatr*, 26:57-63.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A Framework for understanding health development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fergusson, D. M. y Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 37, n.3, pp. 281-292.
- Fergusson, D.M. y Lynskey, M.T.(1996) Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Chile Psychology and Psychiatry*, v.37, n 3, pp 281-292.
- Fernanda Rava y Tomás Silber (2004) Bulimia nerviosa (Parte 1).Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/arch04_5/A5.353-363.Rava.pdf. [Consulta: 17/04/07].
- Fernández A F, y Turón G V. (1998) Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson.
- Fernandez F, Probst M, Mmann R, Vandereycken, W. (1994) Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *Int J Eat Disord*, 16:307-310.
- Fernandez F., Turón V. (1998). Trastornos de la alimentación Barcelona. Masson, S.A
- Fernández-Abascal, E.G. (1997b). Las emociones. En E.G. Fernández-Abascal (Ed.), *Psicología General: Motivación y Emoción* (pp. 164-207). Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). El concepto de salud/enfermedad. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J.Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva*.

Avances recientes en técnicas y programas de prevención (pp. 27-38). Madrid: Piramide.

- Ferrando, D; Blanco M; Patiño, J Suñol, C y Ferrer, M (2002), Eating attitudes and body satisfaction in adolescents : A prevalence study . *Actas españolas de psiquiatría*, 30(4), 207-12.
- Ferrer, A. (1993) Desarrollo y subdesarrollo en un mundo global: Los problemas de A.L. En: *El Trimestre Económico*, N° 239. Buenos Aires.
- Field A, Camargo C, Taylor C, Berkey C, Colditz G. (1999). Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med.*; 153:1184-1189
- Field AE, Javaras KM, Aneja P, Kitos N, Camargo CA, Jr., Taylor CB. (2008). Family, Peer, and Media Predictors of Becoming Eating Disordered. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 162 (6): 574-9.
- Figlewicz DP, Schwatz MW. Seeley RJ (1996) Endocrine regulation of food intake and body weight. *J Lab Clin Med*; 127: 328-32.
- Figuroa D, Cordella P, Urrejola P (2004) Recorridos en el Continuum de los Trastornos Alimentarios en una Muestra de Adolescentes Chilenos. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*; 15: 28-38.
- Figuroa D, Cordella P, Urrejola P (2004) Recorridos en el Continuum de los Trastornos Alimentarios en una Muestra de Adolescentes Chilenos. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*; 15: 28-38.
- Flach, F. (1998) *Resiliência: A arte de ser flexível*. São Paulo. Saraiva.
- Florenzano, R. (1991) Chronic Mental Illness in Adolescence: A Global Overview. *Pediatrician* 18:142-149.
- Florian, V., Mikulincer, M. y Taubman, O. (1995) Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 687-695.
- Fogarty P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M. (1994) The theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatr*; 35 (2): 231-57.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S. (1988b). The relationship between coping and emotions. *Social Science and Medicine*, 26, 309-317.

- Fombonne E. Anorexia Nervosa (1995) No evidence of an increase. *Br J Psychiatry*, 166: 462-471.
- Fonagy, P., Steele, P. M., Steele, H., Higgott, A. y Target, M. (1994). The emanuel miller M memorial Lecture (1992). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 2, 231-258.
- Fosson A., Knibbs J., Bryant-Waugh R. y Lask B. (1987). Early onset of anorexia nerviosa. *Arch Dis Childhood*, 62, 114-118.
- Foster DW. (1992) Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Wilson JD, Foster DW (eds.). *Williams: Textbook of endocrinology*, 8th ed. Filadelfia. WB Saunders.; 12335-13
- Foz M. y Formiguera X. (1998). *Obesidad*. Madrid: Ediciones Hacourt Brace.
- França S, d'Ivernoisa J, Marchand C, Haennib C, Ybarra J, Golay (2004). A. Evaluation of nutritional education using concept mapping. *Patient Educ Couns*. Feb; 52(2):183-92.
- Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Madrid: Herder.
- Frankl, V. E. (1994) *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Herder.
- Fraser, W.; Rischam M.yGalinsky, J. (1999) Risk, protection and resilience: Toward a conceptual frame work for social work pratice. *Social work research*, 23, (3), 131-143.
- Fredrickson B. (2001) The role of positive emotions in positive psychology: The broaden- and-built theory of positive emotions. *Am Psychol*; 56: 218-26.
- Fredrickson, B.L., Mancuso, R.A., Branigan, C., y Tugade, M.M. (2000). The un-doing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237–258.
- Fredrickson, B.L., y Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191–220.
- Fredrickson, BL. y Tugade, M M. (2003) What good are positive emotions in crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social psychology*, 84 (2) 365-327.
- Fredrickson, B.L. (2003). The value os positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Friedman, M.A., & Brownell, K.D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1), 3-20.

- Fuentealba, C.R. y Leiva, J.V. (2006) Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/medicina/tca_y_obesidad_5.pdf. [Consulta: 22/04/07].
- Fuentes, C. R. y Torbay, A. (2003). La creatividad como factor protector de resiliencia. Aportación al Congreso Internacional de Creatividad, celebrado en Murcia del 18 al 20 de septiembre de 2003.
- Fuentes, C. y Torbay, A. (2004). Desarrollar la creatividad desde los contextos educativos: un marco de reflexión sobre la mejora socio-personal. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. 2, 1.
- Fundación Bartolomé de Carranza: (1998) Juventud en Navarra. Avance de contenidos y resultados de la IV Encuesta sobre la Juventud en Navarra. Pamplona.
- Garbarino, James (1992). *Children and families in the social environment*, 2nd edition. Nueva York, Aldine de Gruyter.
- Garbarino, James (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco-California, E.E.U.U.
- García E. Vázquez V. (2003) Validez interna y utilidad de la escala de agnóstica del Eating Disorder Inventory, en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex*; 45: 206-10.
- Garner, D. M. (2004). The eating disorder inventory-3 (EDI-3). *International Journal of Eating Disorders*, 35, 478-479.
- Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM. (1980) The heterogeneity of anorexia nervosa. *Arch Den Psychiatry*; 37:1036-1040
- Gómez M, Veiga OL. (2007) Insatisfacción corporal en adolescentes: insatisfacción con la actividad física e índice de masa corporal. *BMCAFD*. 2007; 7(27): 253-265.
- Goni A, Rodríguez A, Ruiz de Azúa S. (2004) Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis.*; 25(4): 141-151.
- Gowers, S. G., Crisp, A. H., Joughin, N., & Bhat, A. (1991). Premenarcheal anorexia-nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 32, 515-524.
- Grotberg, E. (2001) *Nuevas tendencias en resiliencia* en Melillo, A. y Suárez, E.N. (comps) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós. Buenos
- Guelar, D. y Crispo, R. (2000) *Adolescencia y Trastornos del Comer*, Ed. Gedisa. España.

- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E. y Fleiz, C., Navarro, C. (2000). Consumo de Drogas en Mujeres que Presentan Conductas Alimentarias de Riesgo. *La Psicología Social en México VIII*: 610-616.
- Guerro-Prado, D. y Barjau, J. (2002). Televisión, medios de comunicación escritos y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 119, 666-670.
- García Rodríguez, F. (1993): *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- García, A. P. (2014) El trastorno por atracón en el DSM-5, *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace Revista Iberoamericana de Psicosomática*, C. Med. Psicosom, 70 N° 110 - 2014
- García, N. I. (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- García-Camba E. (2001) .Trastornos de la conducta alimentaría en el momento. En: E. García-Camba. *Avances en trastornos de la conducta alimentaría: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- García-Camba E. (2001) Trastorno por atracón. En: E. García-Camba. *Avances en trastornos de la conducta alimentaría: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (laed.).. Barcelona: Masson.
- García-Moja, C. (1995). *Estrés y enfermedad papel de las variables psicosociales en el contexto laboral*. Tesis no publicada. UNED.
- Gardiner, M. (1994) El Icono dañado: una imagen para nuestro tiempo. En *Revista: La Infancia en el Mundo*. BICE. Vol 5 No. 3
- Garfinkel OE, Brown CM, Darby P.L. (1981) The psychoendocrinology of anorexia nervosa. *Int J Mental Health*; 9:162-193.
- Garfinkel P.E, Garner D.M, y Goldbloom D.S. (1987). Eating disorders: implications for the 1990`s. *Can J Psychiatry*; 32: 624-631.
- Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DV, editors, *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, New York: Alan RLiss, pp 173-184
- Garfinkel PE, Moldotsky H y Garner DM: (1980) The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. *Arch Gen Psychiatry*; 37:1036-9.
- Garfinkel P.F.E; (1992) Diagnosis and classification. En: KA Halmi (ed). *The Eating Disorders*. American Psychopathological Association Press, Washington; 37.

- Garfinkel, P. E. y Kaplan A.S. (1987) Starvation based perturating mechanism in anorexia nervosa and bulimia .Int J Eat Disord, 4: 651-655.
- Garfinkel, P.E. (1992). Evidence in Support of Attitudes to Shape and Weight as a Diagnostic Criterion of Bulimia Nervosa. International Journal of Eating Disorders, Vol. 11, No. 4, 321-325.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective. New York: Brunner Mazel. 2a Edición Revisada.
- Garfinkel, P.E., Goldbloom, D.S. y Olmsted, M.P. (1992). Body dissatisfaction in bulimia nervosa: relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. International Journal of Eating Disorders. 11: 151-161.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1996a). Should Amenorrhoea be Necessary for the Diagnosis of Anorexia Nervosa? Evidence From a Canadian Community Sample. British Journal of Psychiatry. 168, 500-506.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S. y cols. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. American Journal of Psychiatry. 152(7), 1052-8.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C. Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1996b). Purging and Nonpurging Forms of Bulimia Nervosa in a Community Sample. International Journal of Eating Disorders. Vol. 20, No. 3, 231-238.
- Gargallo, M, M; Fernández, F, A; y Raich M, R.(2003) Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ Vol. 3, N° 2, pp. 335-349.
- Garnezy, N, Masten, S y Tellegen, A (1984).The study of stress and competence: a building block for developmental psychology.Child psychology, 55, pp 97-111.
- Garnezy, N. (1971) Vulnerability research and the issue of primary prevention, Journal of Orthopsychiatry, 41, pp. 101 - 116.
- Garnezy, N. (1974) The study of competence in children at risk for severe psychopathology, in: E.J. Anthony and C. Koupernik (Eds) The Child in his Family: Children at Psychiatric Risk, International Yearbook, Vol. 3 (New York, Wiley).
- Garnezy, N. (1988) Stressors of childhood. EN: Garnezy y M. Rutter (Orgs.), Stress, coping and development in children (pp. 43-105). New York: Johns Hopkins University Press.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. American Behavioral Scientist, 34(4), 416-430.

- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. (1994) Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garnezy y M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 1-18). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. (1996) Reflections and commentary on risk, resilience and development. Em R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Orgs.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions* (pp. 1-19). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. and Rutter, M. (1983) *Stress, Coping and Development in Children* (New York, McGraw-Hill).
- Garnezy, N. and Neuchterlien, K. (1972) invulnerable children: The facts and fiction of competence and disadvantage, *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, pp. 328 - 329.
- Garnezy, N. y Masten, A. (1994). Chronic Adversities. In: M. Rutter, E. Taylor, y L. Herson (Orgs.) *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 191-207). Oxford: Blackwell Scientific.
- Garnezy, N., Masten, A., Nordstrom, L. and Terrorese, M. (1979) The nature of competence in normal and deviant children, in: M. W. Kent and J. E. Rolf (Eds) *The Primary Prevention of Psychopathology*, Vol. 3 (Hanover, NH, University Press of New England).
- Garner D. M. (1998) EDI2 "Inventario de trastornos de la conducta alimentaria", manual. España, Madrid. TEA Ediciones, S.A.
- Garner DM (1993) Pathogenesis of anorexia nervosa, *Lancet*; 341: 1631-1635.
- Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. (1980) Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Res*; 47:483-491.
- Garner DM, Garfinkel PE: (1980) Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 10, 647-656.
- Garner DM, Moncrief C (1988) Body image distortion in anorexia nervosa. *J clin*; 44:101-107.
- Garner DM, Olmstead MA, Polivy J (1983): The Eating Disorders Inventory: a measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia In: Darbey PL,
- Garner DM: (1993) Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*; 341; 1631 5.

- Garner y D.V. Coscina (Eds.): Anorexia nervosa: Recent developments. New York: Alan R. Liss.
- Garner, D.M y Garfinkel, P.E. (1985). Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia. New York: Guilford.
- Garner, D.M y Garfinkel, P.E. (1985). Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia. New York: Guilford.
- Garner, D.M, Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 9, 273-279.
- Garner, D.M, Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 9, 273-279.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*. 341, 1631-1635.
- Garner, D.M. y Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*. 6, 1223-1250.
- Garner, D.M. y Garfinkel P.E. (1997). Handbook of Treatment for Eating Disorders. Second Edition. New York: Guilford.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 10, 647-656.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. y Olmsted, M.P. (1983b). An overview of sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. En R L. Darby, R E. Garfinkel, D.M.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*. 47, 483-491.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J. (1983a). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2(2), 15-34.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J. (1983a). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2(2), 15-34.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. y Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 46, 255-256.

- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. y Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 46, 255-256.
- Gazmery, N. y Rutter M. (1985). Stress, coping, and development in Children. En *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*, Rutter, M. y Hersov, L. (Eds.) Londres.
- Gazmery, N. y Rutter, M. (1985) Acute Reactions to Stress. En *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*, Rutter, M. y Hersov, L. (Eds.), Londres
- Gendall KA., Sullimvan PE., Joyce PR., Carter FA. y Bulik CM. (1997).The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 115-127.
- Gendall KA., Sullimvan PE., Joyce PR., Carter FA. y Bulik CM. (1997).The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 115-127.
- Gergen, K. (1994).Realities and relationships. Soundings in social construction.Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- German, G.A. (1972). Aspects of clinical psychiatry in Sub-Saharan Africa. *British Journal of Psychiatry*. 121, 461-479.
- Gianfrancesco, A. (2003). ¿Una literatura de resiliencia? Intento de definición. En M. Manciaux (Compilador). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 28-44). Barcelona: Editorial Gedisa S. A.
- Giannini, A J. (1993) A history of bulimia. En: the eating disorders.
- Giannini, A J y Slaby, A.E. (1993.). New Cork: Springer- Verlag, 18- 21.
- Giddens A (1997). Modernidad e identidad del yo. Editorial Península.España: pp 133-139.
- Gil García, E. (2006). La creación de la categoría clínica. Trastornos de la Conducta Alimentaria. http://www.ome-aen.org/NORTE/25/NORTE_25_090_71-76.pdf. [Consulta: 17/04/07].
- Gila, A., Castro, J., Gómez, MJ. & Toro, J. (2005). Social and Body Self-Esteem in Adolescents with Eating Disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 63-71
- Gillham, J E. y Seligman M., E., P (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.

- Gismero Gonzalez E. (1996) *Habilidades sociales y Anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Gist, R. y Woodall, J. (2000) There are no simple solutions to complex problems. En: J.M.Violanti, D. Paton y C. Dunning (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp. 81-96). Illinois, Springfield: Charles C. Thomas. Publisher LTD.
- Goldman H (1998). *Psiquiatría General*. 4a. Edición. Editorial .Manual Moderno. México: pp 449-459.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona, Kaidós.
- Gomero C. (2004) *La insoportable levedad del nunca comer*. Diario 1, Lima.
- Gómez Candela C, de Cos Blanco A y González-Fernández B.: (1999). *Trastornos de la conducta alimentaria*. En: Hernández Rodríguez M y Sastre Gallego A. *Tratado de Nutrición*. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999) *Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal*. *Revista Mexicana de Psicología* 16(1):153-165.
- Gonçalves, O.(1995). *Cognición, constructivismo y narrativa: En busca del sentido de las sílabas*. *Revista de Psicoterapia*, 7, pp: 45-52.
- González A (2007). *Eating disorders in adolescents*. *Australian Family Physician*; 36: 614-19.
- González, C.A. y Ham-Chande, R. (2007). *Functionality and health: a typology of aging in Mexico*. *Revista de Salud Pública de México*, 49(4), 448-458
- González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Martín B, Mitja I, Roy R, Vázquez de la Torre P. (2007) *Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación*. *Aten Primaria*; 39(4):189-94
- Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, y Montano D.(1979) *The family apgar index: a study of construct validity*. *J Fam Pract*; 8: 55.
- Gordon, Kimberly (1996) *A. Resilient Hispanic Youths' Self-concept and Motivational Patterns*. En: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, Vol 18 N1, Feb p. 63-73
- Götesman KG, y Agras WS. (1995) *General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway*. *Int J Eat Disord*, 18:119-126.
- Granada, P y Alvarado, S. (2010). *Resiliencia y sentido político en niños y niñas en situación de calle*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Manizales, 8(1), 311-327.

- Grau, J. (1998). Calidad de vida y salud: Problemas actuales es relevante enfocar en su investigación. II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud. Valle del Cauca.
- Greenberg, L.S. y Rice, L.N. y Elliot, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: the moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. y Safran, J.D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Greene (ed.). *Resiliency. Integrated Approach to Practice, Policy and Research*. Washington, DC. NASW Press.
- Greene, R.R. y Conrad, A.P. (2002) *Basics Assumptions and Terms*. En R.
- Greve, W. y Staudinger, U.M, (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and Potentials for successful aging. En D. Cicchetti y A. Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology* (2nd. Ed., pp. 796-840). New York: Wiley.
- Griffin, D. & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67, 3, 430-445.
- Grilo, C. M. (2013). Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? *The International Journal of Eating Disorders*, 46, 208–11
- Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2007). Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: Findings from a controlled trial of orlistat with guided self-help cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2537-2550.
- Grilo, C.M., Wilfley, D.E., Brownell, K.D., y Rodin, J. (1994). Teasing, bodyimage, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19, 443-450.
- Gross HA, Ebert MH, Faden VB (1981): A double-blind controlled study of lithium carbonate in primary anorexia nervosa, *J Clin Psychopharmacol* 1:376-381
- Grotberg, E (1995a). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*, The International Resilience Project. Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda.
- Grotberg, E (1995b). *The internacional resilience proyect: Promoting Resilience in Children*. ERIC: ED.383424, USA.
- Grotberg, E. (1995) *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.

- Grotberg, E. (1995) Fortaleciendo el espíritu humano. Fundación Bernard Van Leer. La Haya.
- Grotberg, E.H. (1995). The international resilience project: Research, application, and policy. Sympo-sium International Stress e Violencia, Lisbon, Portugal.
- Grotberg, E.H. (2001). Nuevas Tendencias en Resiliencia. En A. Melillo y E.N. Suárez Ojeda (Comp.). Resiliencia. Descubriendo las propias resiliencias .Tramas Sociales. Barcelona. Paidós.
- Grotberg E. (2001) Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; . p. 23-25.
- Gruhl, M. (2009). El arte de rehacerse: la resiliencia. España: Sal terrae.
- Gual P. (1999): Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Medicine*; 7 (109):5092-8.
- Gual, P (1999) Epidemiología de la bulimia nerviosa en la población juvenil de Navarra.*Rev.Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 26 (4): 97.
- Gual, P y Lasa, L. (1998) Trastornos bulímicos: Aspectos conflictivos de su delimitación diagnóstica.*Nutrición clínica*, 2(VIII-51), 15-26.
- Guerro, P y Barjau, R (2002) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla M. Trastornos de la conducta alimentaría: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones Barcelona: Editorial Masson.
- Guerro-Prado D, Barjau JM, Chinchilla A. (2001) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaría e influencia mediática: una revisión de la lite-ratura. *Acta Esp Psiquiatria*, 29:403-410.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Barcelona: Editorial Masson.
- Guinsberg, E. (1994). "El psicoanálisis y el malestar en la cultura neoliberal". *Subjetividad y Cultura (México)*, No. 3, octubre.
- Guinsberg, E. (1994). "El psicoanálisis y el malestar en la cultura neoliberal". *Subjetividad y Cultura (México)*, No. 3, octubre.*Journal*, 2, 527-528.
- Gull W (1874): Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) *Trans Clin Soc London* 7: 22-31.
- Gull W.W. (1868) The address in medicine. *Lancet*; (8):175.
- Gull W.W. (1874) Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transact Clin Soc London*; 7: 22-8.
- Gull, W.W. (1873). Anorexia hysterica (Apepsia hysterica).IN: *British Medical*

- Gull, W.W. (1874). Anorexia nervosa (Apepsia hysterica). Transactions of Clinical Society of London, n. 7. pp 22-8.
- Gwirtsman HE, Guze BH, Yager J, Gainsley B (1990): Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open trial, *J Clin Psychology* 51:378-382
- Habermas T. (1989) The psychiatric history of anorexia and bulimia nervosa :weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *International Journal Eating of Disorders*, 8, (3):259-73.
- Habermas T. (1996) In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *International Journal Eating of Disorders*, 19(4):317-34.
- Haley CC, Hedberg K, Leman RF. (2010) Disordered Eating and Unhealthy Weight Loss Practices: Which Adolescents Are at Highest Risk? *J Adolesc Health*; 47 (1): 102-5.
- Halgin, R.P. (2009). *Psicología de la anormalidad*. (5. Ta. Ed.) McGraw
- Halmi KA, Fal JR, Schwartz. (1981) Binge-eating and vomiting: a survey of a college population *Psychol Med*; 11:697-706.
- Halmi KA. (1962) Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychol Med*; 24: 187-94.
- Halsted CH. (1998) Clinical Nutrition education relevance and role models. *Am J Clin Nutr*. Feb; 67 (2): 192 –6.
- Halsted CH. (1999) The relevance of clinical Nutrition education and role models to the practice of medicine. *Eur J Clin Nutr*. May; 53 Suppl 2:S29 -34.
- Hardit SK, Hannum JW. (2012) Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. *Body Image*; [Epub ahead of print]
- Hawkins, D.; Catalano, R.; Kosterman, R.; Abbott, R.; y Hill, K. (1999). "Preventing Adolescent Health-Risk Behaviors by Strengthening Protection during Childhood." *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Marzo. 153 (3).
- Hawkins, N.; Richards, P.; Granley, H. y Stein, D. (2004). The impact of exposure to the thin ideal media image on women. *Eat Disord* Spring, 12(3): 35-50
- Hawkins, N.; Richards, P.; Granley, H. y Stein, D. (2004). The impact of exposure to the thin ideal media image on women. *Eat Disord* Spring, 12(3): 35-50.
- Hawkins, N.; Richards, P.; Granley, H. y Stein, D. (2004). The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eat Disord* Spring, 12(3): 35-50.

- Hawley, D. y Deán, L. (1996) Toward a definition of family resilience: Integration life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-289.
- Hay P, Mond J, Buttner P, Darby A. (2008) Eating disorders behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLOS ONE*. 3(2):1541.
- Hay P, Mond J, Buttner P, Darby A. (2008) Eating disorders behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLOS ONE*. 3(2):1541.
- Haynal A, A., (1999) Les orphelins savent rebondir. In: *Ces Enfants qui Tiennent les Coup* (B. Cyrulnik, org.), pp. 45-59, Revigny-sur-Ornain: Hommes et Perspective.
- Haz A. M. y Ramirez V. (1998). Preliminary Validation of the Child Abuse Potential Inventory in Chile. *Child Abuse & Neglect*, 22 (9), 869-879.
- Heatherton, T.F., Mahamedi, F., Striipe, M., Field, A.E. y Keel, P. (1997). A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 106(1), 117-25.
- Hebebrand, J y Bulik, KC (2011) Critical appraisal of the provisional DSM-5, criteria for anorexia nervosa and alternative proposal. *Int J Eat Disord*, 44(8):665-78.
- Henderson M, Freeman CPL (1987): A self-rating scale of bulimia, *The "BITE" Brit J Psychiatry* 150:1-24.
- Henderson, N y Milstein, M. (1996). *Resiliency in Schools: Making It Happen for Students and Educators*. Corwin Press, Thousand Oaks, Ca: Corwin Press
- Henderson, N. y Benard, B. (2000). *Mentoring for Resiliency: Setting Up Programs for Moving Youth from "Stressed to Success"*. Resiliency In Action, Inc., San Diego.
- Henderson, N. y Milstein, M.(2003). *La Resiliencia en la Escuela*. Buenos Aires, Paidós.
- Hernández, B. y Valera, S. (2001). *Psicologías sociales aplicadas e intervención psicosocial*. Madrid: Ed. Resma.
- Herpertz-Dahlmann. (2009) Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*; 18 (1): 31-47.2.
- Herrenkol, C; Herrenkol, R; y Egolf, B. (1994) Resilient early school age children from maltreating homes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64 (2), 301-309.

- Herscovici, C y Bay, L (1997) .Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 23, 3, 23-41.
- Herzog D.B., Keller M.B. Sacks N.R. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 31:810-18.
- Higgs J F., Goodyer IN. y Birch J. (1989). Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. Arch Dis Childhood, 64, 346-351.
- Hill, A. J. (2007). The psychology of food craving. Proceeding of the Nutrition Society, 66 (2), 227-285.
- Hindler, C.G., Crips, A.H., Mcguigan, S. y Joughin, N. (1994). Anorexia Nervosa: change over time in age of onset, presentation and duration of illness. Psychological Medicine. 24, 719- 729.
- Hobbes T (1908): Letter 1668, In Gee SJ, editor Medical Lectures and Clinical Aphorisms, London: Oxford University Press
- Hoek HW: (1991) The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. Psychol Med 21: 455-60.
- Hoek, HW. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders, 34, 383-396.
- Holland AJ, Hall A, y Murray R, (1984). Anorexia nervosa study of 34 twin pairs and one set of triplets. Br J Psychiatry; 145:414-419
- Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive related disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hood J, Moore TE, Garner DM (1982) Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. J Consult Clin Psychol; 50:3-13.
- Howard, F.(1991) Culture tales: A narrative approach to thinking, crosscultural psychology and psychotherapy, American Psychologist, 46, pp: 187-197.
- Hsu L.K. (1990) Eating disorders. Guilford, Nueva York.
- Hsu L.K. (1996) Epidemiology of the eating disorders Psychiatry Clinical of North America; 19(4) 681-700.
- Hsu LKG, Sobkiewicz TA. (1991) Body image disturbance: time to abandon the concept for Eating Disorders? Int J Eat Disord: 10:15-30.

- Hsu, L. K (1987) Are the eating disorders becoming more common in Blacks. *Int J Eat Disorders*; 6:113-24.
- Hsu, L. K. G. (1990b). *Experiential Aspects of Bulimia Nervosa. Implications for Cognitive Behavioral Therapy. Behavior Modification*,14 (1), 50-65.
- Hsu, L.K. y Lee, S. (1993). Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? *Am. J. Psychiatry*, v.150, n.10 pp.1466-71.
- Hudson J. I. Hi ripi E. , Pope H.G. , Kesl. C. (2007). The prevalence and correlates of disorders in the NCS Replication. *Biolo Psychiatry*, 61: 348–358.
- Hudson J. I. Hi ripi E. , Pope H.G. , Kesl. C. (2007). The prevalence and correlates of disorders in the NCS Replication. *Biolo Psychiatry*, 61: 348–358.
- Hudson J. I., Hi ripi E., Pope H.G., Kess ler R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS Replication. *Biological Psychiatry*, 61: 348–358
- Hudson, J. I., Weiss, R. D., y Pope, H. G. (1992). Eating disorders in hospitalized substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*,18(1), 75-85.
- Hutchinson, R.L. (1992) Psychosocial characteristics of institutionalized adolescents: resilient or at risk? *Adolescence*, 27, (106), 339-356.
- Hutz, C; Koller, H; y Bandeira ,R(1996)Resiliencia e vulnerabilidade em crianças em situação de risco.Coletaneas da ANEPEPP: Aplicações da psicologia na melhoria da qualidade de vida.
- Ibáñez, T. (1992). ¿Cómo se puede no ser constructivista hoy en día?.*Revista de Psicoterapia*, 12, 17-28.
- ICCB/BICE (1994). *Elements for a talk on resilience: Growth in the Muddle of Life.* Ginebra, Suiza.
- Instituto Nacional de la Salud (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario.* Madrid: INSALUD. Secretaría General.
- Isomaa AL, Isomaa R, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. (2010) Obesity and eating disturbances are common in 15-year-old adolescents. A two-step interview study. *Nord J Psychiatry*; 64 (2): 123-9.
- Jackson Jackson T, Chen H. (2007) Identifying the eating disorder symptomatic in China: the role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns. *J Psychosom Res*; 62 (2):241-9.
- Jackson T, Chen H. (2011). Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *J Abnorm Psychol*; 120 (2): 454-64.

- Jáuregui, I. (2006) La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona: Grafema.
- Jáuregui, I. (2012) Trastorno de la conducta alimentaria. (16)1744/17551. Sevilla.
- Jessor, R, y Jessor, S (1977). Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth. Académic Press, Nueva York.
- Jessor, R. (1991) Risk behavior in adolescent: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12: 597-605.
- Johnson C, Connors ME y Tobin DL. (1987) Symptommanagement of bulimia. *Journal Consulting andClinical Psychology*, 55: 668-676
- Juan, F; Rodríguez-T, Cristina S-C y Salvador P-G, (2014) From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 221–231. www.elsevier.es/ijchp
- Julián Viñals R y Ramírez Arrizabalaga R. (2002) Problemas de la alimentación y la autoimagen. En: *Guía de Actuación en Atención Primaria*. 2ª ed. SEMFYC. Barcelona
- Julián Viñals R.: (2000) Tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa. *Salud Rural*; XVII (9):.119-26
- Junqueira, M. F. P. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-335.
- Junqueira, S; y Deslandes, F. (2003) Resiliencia e maus tratos à crianza. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n 1, Rio de Janeiro.
- Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpela M, Rantanen P. (1999) Bulimia and bulimic behaviour inmiddle adolescence: more common than thought? *Acta Psychiatr Scand* 100; 33-39
- Kaplan y Sadock(2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Kaplan, H. (1999). Toward an understanding of resilience: a critical review of definitions and models. En: M. Glantz y J. Johnson (Ed.). *Resilience and Development: positive life adaptation*, (pp. 17-84). New York: Plenum.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2001). *Sinopsis de Psiquiatria. Ciencias de la conducta. Psiquiatria clínica*. Madrid: Panamericana.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Kaplan, L.y Girard J. (1994) *Strengthening high-risk families: A handbook for practitioners*. New York: Lexington Books. 9.

- Kasset KA., Gwirtsman HE., Kaye WH., Brandt HA. y Jimerson DC.(1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1287-1288.
- Kaye WH, Gwinsinan HE, George DT (1987): Elevated cerebro spinal fluid levels of immune reactive corticotrophin -releasing-hormone in anorexia nervosa: relation to state of nutrition, adrenal function and intensity of depression. *J Clin Endocrinol Melab*; 64: 203-8.
- Kaye, WH., Klump, KL, Frank, GWK. y Strober, M. (2000). Anorexia and Bulimia Nervosa. *Annual Review of Medicine*, 51, 299-313
- Kendell R.E, Hall D.J, Hailey A, y Babigan H.M. (1973) The epidemiology of anorexia nervosa *Psychol Med*; 3:200-203.
- Kendell R.E, Hall D.J, Hailey A, y Babigan HM. (1973) The epidemiology of anorexia nervosa *Psychol Med*; 3:200-203.
- Kenny ME, Han K: (1992) Relationsliip between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *J Counseling Psychology*; 39(4): 521-6.
- Kestemberg,E., Kestemberg,J., y Decobert, S. (1976). *El hambre y el cuerpo*. Madrid: Espasa Calpe.
- Keyes, C.L., y Haidt, J. (2002). *Flourishing: Positive Psychology and the life well lived*. Washington: A.P.A.
- Kirby, D. y Fraser, W. (1997) Risk and resilience in childhood. En: M. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood*, (pp. 10-33). Washington, DC: NASW Press.
- Kim, J.H. y Lennon, S.J. (2007). Mass media and self-esteem, body image, and eating disorder tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25, 3-23.
- Klesges R, Klesges L. (1988) Cigarette smoking as a dieting strategy in a university population. *Int J Eat Disord*; 7 (3):413-419.
- Kobasa, S.C. (1979a). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S.C. (1979b) Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 413-423.
- Kobasa, S.C. (1982) Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 420, 707-717
- Kobasa, S.C.; S. Maddi y S. Kahn (1993). Hardiness and health. A prospective study: clarification. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 65, Núm. 1.

- Kobasa, S.C.; y Paccetti, M. (1983). Personality and social resources in stress resistance, *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839-850.
- Koblentz C. (2003) Psychosocial aspects of beauty: How and why to look good. *Clin Dermatol*; 21 (6): 473-5.
- Koch, A. S. & Rosa, D. D. (2010). Transtorno do Comer Compulsivo in ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?140>.
- Kolb, C. L. (1973). Resiliência. *Psiquiatria Clínica Moderna* . México: La Prensa Médica Mexicana . 725 y 103.
- Koratkov, D., y Levery, J. (1989, March). Humour as moderator variable on daily stress and its impact on well-being. Paper presented at the 10th Annual Conference of the Society of Behavioral Medicine, San Francisco, CA.
- Kortabarría, L., Maganto, C., Iriondo, G. y Macías, A. (2010). Obesidad y emociones positivas y negativas. Comunicación presentada al VII Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo: Libro de Abstract.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. y Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54 (4), 337-343
- Kotliarenco A (2001) Efectos de la Pobreza en la Biopsicología del Desarrollo en Niños y Niñas Menores de 3 Años. Trabajo presentado en las 2as. Jornadas Psicopedagógicas. Organizadas por la Universidad Central Santiago de Chile: CEANIM.
- Kotliarenco, A Cáceres, I.; y Álvarez, C. (1996). Resiliencia: construyendo en adversidad. Santiago de Chile: CEANIM.
- Kotliarenco, A., Cáceres, I. y Fontecilla, M., (1997). Estado de arte en resiliencia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Kotliarenco, M. AyDueñas, V (1992) Vulnerabilidad versus Resilience: Una Propuesta de Acción Educativa. *Derecho a la Infancia*, 3er. Bimestre. Santiago, Chile.
- Kotliarenco, M. A.; Cáceres, I. (2011). Ponencia Estado del Arte en Resiliencia. En *Diplomado Promoción de la Parentalidad Positiva: Estrategias de Evaluación e Intervención Ecosistémicas*.
- Kotliarenco, María Angélica, Castro, Ana y Cáceres, Irma (1993). En torno a la problemática de la conceptualización en el ámbito preescolar. Primer Simposio Latinoamericano y Cuarto Simposio Nacional de Educación Parvularia: Desarrollo de una Atención Integral Pertinente a América Latina para el Niño Menor de 6 años. Santiago, Chile.

- Kotliarenco, María Angélica; Alvarez, Catalina; y Cáceres, Irma. (1995). Una nueva mirada de la pobreza. Foro Mundial 1995: La Persona Menor de Edad como Prioridad en la Agenda Mundial ¿Qué es lo necesario? Puntarenas, Costa Rica.
- Kotliarenco, María Angélica; Cáceres, Irma; y Alvarez Catalina. Eds. (1996). Resiliencia: Construyendo en adversidad. CEANIM
- Kovalskys I, Bay L, Raush C, Berner E; (2004) Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años de la consulta pediátrica. Arch Pediatr Urug.; 75(4):345- 351.
- Krahn, D. D. (1991). The relationship of eating disorders and substance abuse. Special Issue: Women and substance abuse. Journal of Substance Abuse, 3(2), 239-253.
- Kuehnel, R.H., & Wadden, T.A. (1994). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal of Eating Disorder*, 15(4), 321-329.
- Lacey, J.H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. Brit. Md. J., n. 285, pp.181-92.
- Laplanche, J., y Pontalis J. (1979). Diccionario de psicoanálisis. Ed. Labor, Barcelona.
- Largo, R, (2002) Etiopatogenia de la bulimia nerviosa .En A. M.Chinchilla (Ed) Trastornos de la conducta alimentaria .Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona. Masson.31-36.
- Lasègue C. (1998) Da anorexia histérica Rev Latinoam Psicopatol Fund 9(1):158-71.
- Latack, J.C. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. Journal of Applied Psychology, 71, 377-385.
- Lawler M, Nixon E. (2011) Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. J Youth Adolesc; 40 (1): 59-71.
- Lazaro L, Toro J, Canalda G. (1996) Clinical, psychological and biological variables in a group of 108 adolescent patients with anorexia nervosa. Med Clin (Barc); 107(5):169-174
- Lazarus, A. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (1993a). Coping theory and research: past, present and future. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.
- Le Breton, D. (1995): Antropología del cuerpo y modernidad. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Lee, S. (1991) Anorexia nervosa in Hong Kong: A Chinese perspective Psychol Med; 21: 703-711.

- Lefcourt, H.M. (1976). *Locus de control: current trends in theory and research*, Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Lemay, M., (1999). *Réflexions sur la résilience*. In: *Souffrir et se Construire* (M.-P. Poilpot, org.), pp. 83-105, Ramonville: Editions Érès.
- Lennon, R., & Eisenberg, N. (1987). Gender and age differences in empathy and sympathy. In N. Eisenberg y J. Strayer (Orgs.), *Empathy and its development* (pp.195-217). Cambridge: Cambridge University Press.
- Leiderman, E.A. y Triskier, F.J. (2004). Actitudes, conductas alimentarias rasgos obsesivo-compulsivos en adolescentes de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Revista argentina de psiquiatría*, 15, 175-179
- López Madrid, J.M.; Sallés Tenas, N. *Prevención de la anorexia y la bulimia*.(2005). Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Ed. Pedagogía Nau Llibres,.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000a). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71, 573-575.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000b). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Leon, G.R. (1984). Anorexia nervosa and sports activities. *Behavior Therapist*, 7 (1), 9-10.
- Levine, J. (1977). Humour as a form of therapy: introduction to symposium. En A.J. Chapman y H.C. Foot (Eds.), *It's a funny thing, humour*, Oxford, England: Pergamon.
- Lindberg, L. & Hjern, A. (2003) Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 397-408
- Lindström, B., (2001). O significado de resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, 2:133-137.
- Lindström, B., (2003). O significado de resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, 2, 133-137.
- Lipovetsky, Gilles. (1986) *La era del vacío*. Editorial Barcelona: Anagrama.
- Lipp, S. (1990) *Identidad latinoamericana: problemas y perspectivas*. Latino América. Anuario de Estudios Latinoamericanos 23 9-18.

- Lobera JJ, Candau JR, Ríos PB, Berriatúa CM, Jaramillo RD, Montaña González MT (2009). Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutr Hosp*; 24 (5): 568-573.
- Löesel, F. (1992) Resilience in Childhood and Adolescence. International Catholic Child Bureau; Ginebra, Suiza.
- Löesel, F.; Bliesener, T.; Kferl, P. (1989). On the Concept of Invulnerability: Evaluation and First Results of the Bielefeld Project. En M., Brambring, F., Löesel, H., Skowronek, *Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research and Intervention* (pp. 186-219), Walter de Gruyter, 1989. Nueva York, E.E.U.U.
- Löesel, F.; Bliesener, T.; Kferl, P. (1989). On the Concept of Invulnerability: Evaluation and First Results of the Bielefeld Project, pp. 186-219; en Brambring, M.; Löesel, F.; Skowronek, H.: *Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research and Intervention*. Walter de Gruyter, 1989. Nueva York, E.E.U.U.
- Löesel, Friedrich (1992). Resilience in Childhood and Adolescence. International Catholic Child Bureau; Ginebra, Suiza.
- Lösel, Friedrich.(1994) La resiliencia en el niño y el adolescente. En Revista: La Infancia en el mundo. Vol 5 No. 3 BICE, Montevideo.
- Lubinski, D. y Benbow, C.P. (2000) Status of excellence. *American of Psychologist*, 55, 137-150.
- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon VM, Kurland L T (1991) 50-years trend in the incidence of anorexia nervosa in Rochester Minnesota. *A Population-Based J Psychiatry*; 148:917-922.
- Lucas AR. Beard CM. O'Fallon WN, Kurland LT. (1988) Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a 45-year study. *Mayo Clin Proc*; 63; 433-42.
- Luthar, S. (1993).Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 4, 441-453.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- Luthar, S. S. y Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. Em M. D. Glantz & J. L. Johnson (Orgs.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 129-160). New York: Plenum Press
- Luthar, S. y Zigler, E. (1991).Vulneraty and competente: A review of research on resilience in childhoold.*American Journal of Orthopsichiatry* 61 (1) janury, 6-22.

- Luthar, S. y Zigler, E. (1992). Intelligence and Social Competence Among High-risk. Adolescents. *Development and Psychopathology*. (4), 287-299.
- Luthar, S., y Zigler, A., (1991) Vulnerability and Competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatric Association*, 61(1), 6-23.
- Luthar, S; Cicchetti, D. y Becker, B. (2000) The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Journal of Child Development*. 71, (3), 543-562.
- Lyddon, W. (1995). Forms and facets of constructivist psychology. In: R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.). *Constructivism in Psychotherapy*, pgs. 93-109. Washington, DC.
- Lyon M, Chatoor I, Atkins D, Silber T, Mosimann J, Gray J. Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents. *Adolescence* 1997; 32: 101-111.
- Machado EC, Silveira MF, Silveira VM. (2012) Prevalence of weight-loss strategies and use of substances for weight-loss among adults: a population study. *Cad Saúde Pública*; 28:1439-49
- Machado P, Machado B, Goncalves S, Hoek H. (2007) The prevalence of Eating
- Machado, P., Machado, B., Gonçalves, S., & Hock, H. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217
- Madden H, Chamberlain K. (2004) Nutritional health messages in women's magazines: A conflicted space for women readers. *J Health Psychol*; 9 (4): 583-97.
- Maddox R.W. y Long M.A. (1999). Eating disorders: current concepts. *J Am Pharm Assoc. (Wash)*, 39, 378-387.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2008). *TSA. Test de Siluetas para Adolescentes* Madrid: TEA Ediciones.
- Manciaux, M. (2001). *La résilience: résister et se construire*. Genève.
- Manciaux, M. (2003) *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Barcelona: Gedisa.
- Manciaux, M., (1999) *La resiliencia: Mythe ou réalité?* In: *Ces Enfants qui Tiennent les Coup* (B. Cyrulnik, org.), pp. 109-120, Revigny-sur-Ornain: Hommes et Perspective.

- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003) La resiliencia: estado de la cuestión. En M., Manciaux, M. (comp.) La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid: Gedisa
- Marchi M. Cohén P: (1990) Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *Am Ac Child Adolescent Psych*: 19: 11-27.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M.Manciaux (Ed.), La resiliencia: resistir y rehacerse Madrid: Gedisa, 2003
- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Markey CN. (2004) Culture and the development of eating disordersa tripartite model. *Eat Disord* 2004; 12:139-56. [Links]
- Martínez González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, de Irala Estevez J, Cervera S. Parental factors, Mass Media Influences, and the Onset of Eating Disorders in a Prospective Population-Based Cohort. *Pediatrics* 2003; 111 (2):315-320.
- Mataix VJ, López JM. . (2005) Valoración del estado nutricional. En: Nutrición y alimentación humana.
- Mataix VJ. Editorial Océano/Ergon; 1ª Edición, Madrid España, p. 261-262
- Masten, A.S.; Best, K.M. y Garmezy, N. (1990) Resilience and development: Contributions from de study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2 pp 425-444.
- Melillo, N. Suárez, E.N., Rodríguez, D. (comps) (2004) Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida Paidós. Barcelona
- Mujtaba T, Furnham A. (2001) A cross-cultural study of parenteral conflict and eating disorders in a non-clinical sample. *Int J Soc Psychiatry*.;47(1):24-35.
- Munist, M et al (1998) Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y jóvenes. Organización Panamericana de la Salud /OMS, Fundación W.K. Kellogg, ASDI. Washington D.C.
- Markey C. (2010) Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. *J Youth Adolesc*; 39 (12): 1387-91.
- Marriage and family review. 7(1):9-20.

- Martín Moreno, J.A., Marín Gorgojo(2009) A. Obesidad en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer?, CEU Cardenal Herrera y CEU San Pablo Instituto Tomás Pascual Sanz, Madrid, 28.
- Martin, R. A. (2000). Sense of Humor.En S.J. Lopez y C.R. Snyder (eds) Positive Psychological Assessment. Washington: A.P.A.
- Martin, R. A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. Psychological Bulletin, 127, 504-519.
- Martin, R.A., y Lefcourt, H.M. (1983). The sense of humor as a moderator of the relationship between stressors and moods. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 1313-1324.
- Martín, V.; Gómez, J.B.; Gómez, A. y Antoranz, M.J (2002). Grasa corporal e índice adiposo-muscular estimados mediante impedanciometría en la evaluación nutricional de mujeres de 35 a 55 años. Revista Española de Salud Pública 76(6), 723-734.
- Martineau, S. (1999) Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to "kids at risk". Tese de Doutorado. The University of British Columbia.
- Martinez A, Menendez D, Sánchez M J, Seoane M, Suarez P. (2000) Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria en una área sanitaria. Atención Primaria; 25: 313-319.
- Martínez E, Toro J, Salamero M. (1996) Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. Rev Psiquiatria. Fac. Med Barna; 23:125-33.
- Martínez M, Irala J. (2003) Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? Gac Sanit.; 17(5):347-350.
- Martínez Martínez A, Menéndez Martínez D,Sanchez Trapiello MJ (2000) Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. Aten Primaria; 25: 313-9
- Martinez, B, Isabel; B Campos, A; Dio B, y Emilce. (2001) Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer,
- Martínez-Aedo MJ. (2000). Anorexia y bulimia nervosas. Concepto y criterios diagnósticos. En: Trastornos del comportamiento alimentario en el niño. Málaga: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.

- Martínez-González M, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, de Irala-Estévez J, Cervera S. (2003). Parental factors, mass-media influences and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*; 111(2):315-320.
- Masten A. (1999). Resilience comes of age: reflections of the past and outlooks for the next generation of researches. En M. Glantz y J. Johnson (Ed.). *Resilience and development: Positive Life Adaptation*, (pp. 281-296). New York. Plenum.
- Masten A. S, y Garmezy N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey BB, Kadzin AE, eds. *Advances in clinical Psychology*, vol. 8, p. 1-52 New York, NY: Plenum Press Plenum.
- Masten, A S. y J. Douglas C. (1998): "The Development of Competence in Favourable and Unfavourable Environments. Lessons From Research on Successful Children". *American Psychologist* 53.2 205-220.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Masten, A.S., & Coalswoth, J. D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. En Cichetti y D. Cohen. (Eds.), *Developmental psychopathology*. New. York: J. Wiley
- Masten, A.S.; Best, K.M. y Garmezy, N. (1990) Resilience and development: Contributions from de study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2 pp 425-444.
- Mateos-Parra A, Solano-Pinto N. (1997) Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Rev Electrónica Psicología* 1997; 1 (1): 1-26. http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/artic_4.htm [Consulta: 21/04/07].
- Mateos-Parra y Solano-Pinto (1997) Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *REVISTA.ELECTRÓNICA.DE.PSICOLOGÍA*.1 (1). www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_4.htm - 2k - [Consulta: 124/04/07].
- Matorelli, A. y Mustaca, E. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. *Revista de Nefrología, Diálisis y Transplantes*, 24 (3), 99-104.
- Mattar Y., (2003). Psicología Positiva e resiliencia: o foco no indivíduo e na família. *Psicología em Estudo, Maringá*, v. 8, num. esp., p. 75-84.
- Melillo A, Suárez N, Ojeda E (2001). Resiliencia descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2001. p. 35-41.
- McCabe MP, Ricciardelli LA. (2005) A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behav Res Ther*; 43 (5): 653-68.

- McCullough, E. y Snyder, R. (2000). Classical sources of human strength: revisiting an old home and building a new one. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 1-10.
- Mcloughlin I J (1987) The Picas. *British Journal of Hospital Medicine*, Apryl: 286-90.
- Meermann R (1983) Experimental investigations of disturbances of body image estimation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 4:91-100.
- Melillo A, Suárez O y Rodríguez D (2005). Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Melillo, A. y Suárez, E. (2002). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Ed. Paidós.
- Melillo, N. Suárez, E.N., Rodríguez, D. (comps) (2004) Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida Paidós. Barcelona
- Melve KK, y Barheim A. (1994) Signs of subclinical eating disorders in teenage girls. *Scand J Prim Health Care*; 12: 197-203
- Mendelson, SD. (2008). *Metabolic Syndrome and Psychiatric Illness. Interactions Pathophysiology, Assessment and Treatment.* USA, EL SEVIER.
- Mendelson, SD. (2008). *Metabolic Syndrome and Psychiatric Illness. Interactions Pathophysiology, Assessment and Treatment.* USA, EL SEVIER.
- Mikulincer, M. (1998a). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74, 513-524.
- Mikulincer, M. (1998b). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and effect regulation. *Journal of personality and social psychology*, 74, 5, 1209-1224.
- Milgram, Norma A. y Palti, G. (1993). Psychosocial characteristics of resilient children. *Journal of Research in Personality*, 27, 207-221.
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L: (1978) Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Miró, T. (1994) Epistemología evolutiva y psicología. Valencia: Promolibro.
- Mitchell JE, Raymond N, Specker S (1993): A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa, *Int J Eating Disord* 14:229-247

- Mizes, JS. & Palermo, TM. (1997). Eating Disorders. In RT. Ammerman & M. Hersen (Eds.), Handbook of prevention and treatment with children and adolescents (pp. 572-603). New York: Wiley.
- Monleón MC, Perpiñá C, Botella C et al. (2003) Imagen corporal y res-tricción alimentaria en adolescentes. *An Pediatr*; 58 (3)268-72
- Montero, P., Morales, E. M. y Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropología*, 8, 107
116. www.didac.ehu.es/antropo
- Montoya I, y Morote, R. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós.
- Mora M, Raich RM (1993) Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Rev Psiq Fac Med Barcelona* 20:113-135.
- Morandé G. (1990) Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes: anorexia nervosa, bulimia y bulimiarrexis. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- Morandé G. y Casas J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nervosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2,(3) 243-260.
- Morandé, G. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria : ¿Una epidemia? *Anales Españoles de Pediatría*, 48, 3.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Moreno, S., Rodríguez-Ruiz, S. y Fernández-Santaella, M. C. (2009). ¿Qué es el ansia por la comida? Madrid: Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B. Alonso, M. y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 115-138.
- Moreno-Jiménez, B., González, L. y Garrosa, E. (2000b). Personalidad resistente, burnout y salud (en prensa) .
- Moreno-Jiménez, B., González, L., y Garrosa, E. (1999) Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología en Psicología Clínica* 4 (3), 163-180.
- Morgan, H. G., Purgold, J., y Welbourne, J. (1983). Management and outcome in anorexia nervosa: A standardized prognostic study, *British Journal of Psychiatry*, 143, 282-287.

- Morin, E. (1996) En el pensamiento complejo contra el pensamiento único, entrevista realizada por Nelson Vallejo Gómez, en *Sociología y Política*, Nueva época, año IV, núm. 8, México.
- Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Morís, M (2012). *Mecanismos fisiopatológicos de la rumiación*. Recuperado el 2 de octubre de 2014, de <http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2013/hd>
- Morrison, T.; Kalin, R. y Morrison M. (2004). Body-image evaluation and body-image investment among adolescents: a test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, 39(6): 571-592
- Morry, M.M., y Staska, S.L. (2001). Magazine exposure: internalization, self-objectification, eating attitudes, and body satisfaction in male and female. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 33, 4, 269.
- Morry, M.M., y Staska, S.L. (2001). Magazine exposure: internalization, self-objectification, eating attitudes, and body satisfaction in male and female. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 33- 4.
- Morton R. (1689) *Phathisiología or treatise of consumption*. London: Smith S, Walford B, Eds.
- Mousa TY, Mashal RH, Al-Domi HA, Jibril MA. 2010b. Body image dissatisfaction among adolescent schoolgirls in Jordan. *Body Image*; 7 (1): 46-50.
- Munist, M et al (1998) *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y jóvenes*. Organización Panamericana de la Salud /OMS, Fundación W.K. Kellogg, ASDI. Washington D.C.
- Muñoz MT. (1995) Argente J: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Argente, A Carrascosa, R Gracia, F Rodrigue/ Hierro: (eds). Edimsa, Madrid; 913-25.
- Murcia, F, M. (2006) Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27(2), pp. 104-115.
- Myers, G. (1993). *The pursuit of happiness*. New York: Avon. En: Myers, D.G. (2000)
- Myers, G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Nasser M. (1988) Culture and weight conscionsnees. *J Psychosom Res*; 32:573-577.
- Neilsen S, Moller Madsen S, Isagei T, (1998) Standardised mortality in eating disorders: Quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res* 1998; 44:412-434

- Neilsen S, Moller Madsen S, Isagei T, (1998). Standardised mortality in eating disorders: Quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res*; 44:412-434
- Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, Van den Berg PA. (2007b) Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*; 33 (5): 359-69.
- Newman, M. M., y Gold, M. S. (1992). Preliminary finding of patterns of substance abuse in eating disorder patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(2), 207-211.
- Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*; 198(4): 295-301.
- Nicholls DE, Viner RM (2009). Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48 [8]: 791-799.
- Nielsen S (1990) The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nation wide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatr Scand* 81:507-514.
- Nonbakhth DM, Dezhkam M. (2000) An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord*; 28:265-271.
- nonpurging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2003; 34 Suppl:S89-95.
- Notter ML, MacTavish KA, Shamah D. (2008). Pathways toward resilience among women in rural trailer parks. *Fam Relat*; 57:613-24.
- Nunes, M. A.; Appolinario, J. C.; Galvão, A. L.; Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade*. 2ed. Porto Alegre: Artmed.
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Halberstadt, J., Hunter, J. A., Anderson, J., y Caputi, P. (2008). Do Antifat Attitudes Predict Antifat Behaviors? *Obesity*, 16, 87-92.
- O'Leary, V. E., (1998). Strength in the face of adversity: individual and social thriving-thriving: broadening the paradigm beyond illness to health. *Journal of Social Issues*, 54 (2)
- Okasha, A., Kamel, M., Sadek, A., Lotaif, F. y Bishry, Z. (1977). Psychiatric morbidity among university students in Egypt. *British Journal of Psychiatry*. 131, 149-154.
- Olza I, Velilla J, y Quintanilla A, Sisteré (1999) Bulimia y autoestima: revisión bibliográfica. *Rev Psiquiatr Infanto- Juv*; 39-44.
- Olza i, Velilla MJ, Quintanilla MA, Sisteré M. (1999) BULIMIA Y AUTOESTIMA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *REV PSIQUIATR INFANTO- JUV*; 39-44.

- OMS (1992). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, C.I.E.-10. Traducción española. Madrid: Técnicas Gráficas Formas.
- OMS (1995). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO.
- OMS (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO.
- OMS (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 157-163.
- Ordeig MT. (1889) Actividades de riesgo para la anorexia nerviosa. *Rev Psiquiatría Fac Barna*; 16: 13-26.
- Organização Mundial de Saúde (2007). Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 10.^a Rev). Lisboa: Artmed Editora.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Retirado a 6 de Febrero de 2011 del site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, 36^o ed., Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1987) Atención primaria de salud. Alma Atá. Salud para todos. Núm. 1.
- Organización Panamericana de la Salud- OPS (1995) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud -10a revisión. Washington, DC.
- Oros, L. (2009). El valor adaptativo de las emociones positivas. Una Mirada al funcionamiento Psicológico de los niños pobres. *Interamerican Journal of Psychology*. 43 (2), pp. 288–296.
- Ortega RM. (1994) Publicidad y desordenes alimentarios. *Actualidad Nutr.*; 17: 35-37.
- Osborn, A. F.; Butler, N. R. & Morris, A. C. (1992). The social life of Britain's five-year-olds: A report of the Child Health and Education Study. Routledge & Kegan Paul. Gran Bretaña.
- Osborn, Albert F. (1990) Resilient children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development and Care*, vol. 62, pp. 23-47.
- Osborn, Albert F. (1993). What is the value of the concept of resilience for policy and intervention? *International Catholic Child Bureau*. Gran Bretaña.

- Ospina, M. D.; V. D. Jaramillo y T. M. Uribe (2005). "La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres", *Investigación y Educación en Enfermería* 23(1). Universidad de Antioquía.
- Padilla, V, F y. Miján de la Torre, A (1996). La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida. *Nutr Hosp.* 2006; 21(5):557-66
- Palmer T. A. (1990) Anorexia nervosa, bulimia nervosa: causal theories and treatment. *Nurse Pract* 15(4):12-18, 21.
- Park, C.L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54 (2), 267-77.
- Parker, S.; Nichter, M.; Vuckovik, N.; Sims, C. y Rittenbaugh, C. (1995). Body image and weight concerns among African-American and white adolescents females: Differences that make a difference. *Human Organization*, 54, 103-113.
- Parkes, K.R (1994). Personality and coping as moderators of work stress process: models, methods and measures. *Work and Stress*, 8, 110- 129.
- Parry-Jones, B. y Parry-Jones, W (1995). History of bulimia y bulimia nervosa. IN: Brownell K. D. y Fairburn (Eds.), *Eating disorders and Obesity: A comprehensive hand book*, pp145-50. New York: Guilford.
- Pastor, R., y Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. [ElectronicVersion]. 06/02/2009
de <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=818>.
- Pate, J.E.; Pumariega, A.J.; Hester, C. y Garner, D.M. (1992). Cross-cultural patterns in eating disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 802-808.
- Paton, D. G., Smith, L., Violanti, J. M., y Eräen, L. (2000). Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience. En: Violanti, J. M.,
- Patton, D. y Dunning, D. (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectivas*, Charles, C. Thomas. Publisher, LTD. Springfield, Illinois.
- Paxton SJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. (2006) Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Dev Psychol* 2006; 42 (5): 888-99.
- Pekrun, R. (1992). The Impact of Emotions on Learning and Achievement: Towards a Theory of Cognitive/Motivational Mediators. *Applied Psychology: An International Review*, 41, 4, pp.359-376.
- Peláez M. Labrador F. Raich R. (2004) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *C Med Psicosom* ; 71/72: 33 – 40.

- Peláez, M. A; Labrador. F. J. y Raich M.R. (2005) International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol.5,Nº2,pp.13148.http://www.ijpsy.com/ver_archivo.php?volumen=5&numero=2&articulo=116&lang=ES [Consulta: 21/04/07].
- Pemberton, A.R., Vernon, S.W. y Lee, E.S. (1996). Prevalence and Correlates of Bulimia Nervosa and Bulimic Behaviors in a Racially Diverse Sample of Undergraduate Students in Two-Universities in Southeast Texas. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 144, No. 5, 450-455.
- Peñacoba, C. y Moreno,B.(1998) El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Perpiña, C., Botella, C. y Baños, R. (2003). Virtual reality in Eating Disorders. *European Eat. Disor. Review*, 11, 3, 261-18.
- Polivy, J. y Herman, C.P (2002). Causes of eating disorders. *Annual reviews*, 53, 187–213
- Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Muñoz, C., Baquedano, M., Jiménez, J (2011). Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). *Avances en Psicología Latinoamericana*. Bogotá, Colombia. (1)29, 148-160.
- Pérez, G.; Rodríguez, F.; Esteve, E.; Larraburu, I.; Font, J. y Pons, V (1992).
- Pérez, Gaspar (2004) Trastornos de la alimentación.Claves para identificarlos y prevenirlos. Editorial Arguval. Málaga.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes Navarras.*Med Clin (Barc)*, 114: 481-486.
- Pérez-Poza A, Manuel Corbera, Alda, M. (2003) Abordaje cognitivo-conductual y familiar de los trastornos de alimentación. FUENTE INTERPSIQUIS. www.interpsiquis.com/2003/areas/at2/ - 23k [Consulta: 124/04/07].
- Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003) Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3), 235-254.
- Perpiñá, C. (1996). Evaluación de los trastornos alimentarios. En G. Buéla-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Directores.). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Perpiñá, C. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios*. Valencia: Promolibro.
- Perugini, M. y Solano, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4, 1, 43-56.

- Peterson, C. y Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues*. American Psychological Association. Oxford: Oxford University Press.
- Petras, J. (1997) *Neoliberalismo en América Latina*, Homo Sapiens Ed., Rosario.México.
- Petterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Peveler, R., y Fairburn, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal of Addiction*, 85(12), 1633-1638.
- Phelps, Le Adelle y Bajorek, (1991) Eating disorders of the adolescent : Current issues in etiology , assessment and treatment .*School Psychology Review*, 20(1), 9-14.
- Pichon.R, (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión
- Pike K M y Rodin, J (1991) Mothers, daughters and disordered eating. *J Abu Psychol*; 3 (4): 3-13.
- Piñel, I, (2004).*Neomanagement, jefes tóxicos y sus víctimas*.Madrid: Ediciones Generales, S.L.
- Pinheiro, J. y Ferreira D. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Caderno Saúde Pública*,19(1), 227-235.
- Piran N, Lemer P, Garfinkel PE, Kennedy S, Brouillette C: (1988) Personality disorders in restricting and bulimic forms of anorexia nervosa. *Int J Eating Disord*: 7:589-93.
- Pla C, y Toro J. (1999) Anorexia nervosa in a spanish adolescent sample: 8 - year longitudinal study. *Acta Psych Scandinava*; 100: 441-446.
- Planell S. L. (1997). *Bulimia Nerviosa Monografías de psiquiatría* Marzo-Abril. Año IX.Nº2.
- Polivy, J. y Thompsen, L. (1988).Los regímenes y otros trastornos de la alimentación. En E. A. Blechman y K. Brownell (eds.), *Handbook of Behavioral Medicine for Women* Pergamon Books Inc. Traducción: 1992.Barcelona: Martinez Roca.
- Pope HG, Hudson JI (1982): Treatment of bulimia nervosa with antidepressants, *Psychopharmacology* 78:176-179.
- Pope HG, Hudson JI (1986): Bulimia in men; a series of fifteen cases .*J Nerv Ment Dis* , 174 : 117-119.
- Poseck, V. (2004) Resistir y Rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva..*Revista de Psicología Positiva*, vol. 1.
- Powers P S. (1999) Osteoporosis and eating disorders. *J Podiatry Adolescent Gynecol*; 12: 51-57.

- Powers P, y Santana CA. (2002) Childhood and adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin NAm*; 11:219-236
- Powers P.S. y Santana C.A. (2002) Eating disorders: a guide for the primary care physician. *Prim Care*; 29: 81-89
- Powers, PS (1996): Initial assessment and early treatment options for anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Psychiatry Clin Norlh Am*: 19: 639-55.
- Prader A, Labhart A y Willi H. (1956) Syndrom von Adipositas, Kleinwuchs, Kryptorchismus und Oligophrenie nach Myatonieartigem Zustand imNeugeborenenalter. *Schweiz Med Wschr*. 86:1260-61.
- Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 1, 5-16.
- Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W, Goris M. (1992) Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: A reability study. *Journ of Psychos. Research*; 36: 89-97.
- Pryor T, Wicderm y MW, McGilley B: (1996) Clinical correlates of anorexia nervosa subtypes. [*nt J Eat Disord* 1996; 19: 371-9.
- Pullar P. (1971) *Consuming passions: A history of English food and appetite* London: Sphere Books.
- Pyle, R.L; Mitchell, J.E. y Eckert, E.D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 60-64.
- Qtiigicy ME, Sheehan KL, Casper RF (1980): Evidence for an increaseddopaminergic and opioid activity in patiens wiih hypothalainic hypogonadotropit; amenoirhea. *i Clin Endocrinol Melab*; 50: 949.
- Quandt, S.A. (1999). *Social and cultural influences on food consumption and nutritional health and disease* (9.^a ed.) (pp. 1783-1792). Baltimore: Williamas & Wilkins status. In M.E. Shils, J.A. Olson, M. Shike, & A.C. Ross (Eds.). *Modern nutrition in health and disease* (9.^a ed.) (pp. 1783-1792). Baltimore: Williamas & Wilkins.
- Raffi, A.R., Rondini, M., Grandi, S. y Fava, A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 727-731
- Raich RM. *Imagen corporal*. (2001)Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15 - 27.
- Rodin J. (1993) Cultural and pshychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med* ; 119 (7): 643-5.
- Rueda-Jaimes G, Cadena-Afanador L, Díaz-Martínez L, Ortiz-Barajas D, Pinzón-Plata C, Rodríguez-Martínez J. (2005) Validación de la encuesta del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*34 (3):375-385.
- Rutter, M. (1993). Psychological resilience and protective mechanism en *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, nº 3, pp 316-331
- Rutter M. (2006) Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci.*; 1094:1-12.
- Raich, R.M., (1999). La imagen corporal en los trastornos del comportamiento alimentario. *Jano*. 30 Abril- 6 Mayo. Vol. LVI. N° 1298.
- Raich, R.M., (2000). *Imagen corporal*. Madrid: Edición Pirámide.
- Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, M.J., Pérez, O. y Requena, A. (1991). Estudio de las conductas alimenticias en una muestra de adolescentes. *Revista de psi-quiatria de la*
- Raich, R.M., Herrera, S., Rovira, T. y Torres, J. (1997). Evaluación de la imagen corporal en estudiantes Universitarias. *Clinical Medicine Psicosomatic*. N° 41.
- Raich, R.M., Mora, M. y Soler, A. (1994). Trastorno de la Imagen Corporal: Evaluación y Tratamiento. *Cuadernos de Medicina Conductual*. 30, 105- 110.
- Raich, R.M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, S.A. y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 23. N° 89.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A. Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. Vol. 7 N° 1. Pp. 51- 66.
- Raich, R.M., Rosen, J.C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J. (1992). Eating Disorder Symptoms among Adolescents in the United States and Spain: A Comparative Study. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 10, No. 4, 647-1 -10.
- Raich, R.M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 22. N° 85.

- Raich, R.M., Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*. Vol. 5, N° 1, Pp. 55- 70.
- Raich, R.M^a. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, Torras y Figuera 1996, La imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo”
- Ramirez H. (1995) La Resiliencia. En red [www.geocities. Com/centrotecnicas/resiliencia. html](http://www.geocities.com/centrotecnicas/resiliencia.html). Recuperado 10 de enero de 2012.
- Rastam M, Gilbert C, Garton M. (1989); Anorexia nervosa in a Swedish urban región. A population based study. *Br J Psychiatry* 155:642-646.
- Raush C. (1996). *La esclavitud de las dietas: Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario*. México: Paidós.
- Reker, G. T., y Wong, P. T. P. (1985). Personal optimism physical and mental health: The triumph of successful aging. En J E. Birren y J. Livingston (Eds.), *Cognition, stress and aging* (Pp. 134-173). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Reker, G. T., y Wong, P. T. P. (1988). Personal optimism and positive life events: moderators of life stress in middle-aged and older adults. Unpublished data, Trent University, Peterborough, Ontario, Canada.
- Ressler A. (1998) A body to die for: eating disorders and body-image distortion in women *Int J Fertil Womens Med*, 43(3): 133-8.
- Richardson MH, Casper RC, y Larson R. (1990) Weigh and eating concerns among pre and young adolescent's boys and girls. *J Adolesc Health Care*; 11: 203-9
- Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, (3), 307-321.
- Richardson, G.E., Neiger, B., Jensen, S. y Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21, 33-39.
- Robb AS y Dadson MJ. (2002) Eating disorders in males. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*; 11:399-418.
- Robbins, A.S., Spence, J.T. Y Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: the tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (5), 755-765.
- Rodin J. (1993) Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med*; 119 (7): 643-5

- Rodríguez, A. (2003). Comunicación corporal en los medios. *Revista Latinoamericana de Comunicación Chasqui*,(83),34 - 41.
- Rodríguez, J.(1995) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla:Universidad de Sevilla.
- Rome E S. (1996) Eating disorders in adolescents and young adults: What's a primary care clinician today? *Cleve Clin J Med.*; 63:387-95; quiz 419-20.
- Rome ES y Ammermann S. (2003) Medical complications of eating disorders: An update. *J Adolesc Health*; 33:418-426.
- Rosen D (2003) Eating Disorders in Children AND Young Adolescents: Etiology, Classification, Clinical Features, and Treatment. *Adolescent Medicine. State of the Art Reviews*; 14: 49-59.
- Rosen JC, Leitenberg H (1982) Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Rosen JC, Leitenberg H (1988).The anxiety model of bulimia nervosa and treatment with exposure plus response prevention. En K.M. Pire, W. Vandereycken y D. Ploog (eds.), *The Psychobiology of Bulimia Nervosa*, Heidelberg: Springer – Verlag.
- Rosen, L.W. y Hough, D.O. (1988). Pathogenic weight-control behaviors of female college gymnasts. *Physician and Sportsmedicine*, 16 (2), 141-144.
- Rosen, L.W.; McKeag, D.B.; Hough, D. y Curley, V. (1986). Pathogenic weight control behavior in female athletes. *Physician and Sportsmedicine*, 14 (1), 79-86.
- Rotter, J.B. (1 954). *Social teaming and clinical psychology*. Engiewood Cliffs, Nueva Jersey: Prenticc-Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monogrphs*, 80, Whole, 609.
- Ruiz L. P (1998) *Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Grupo Zarima. Zaragoza.
- Ruiz Lazaro P (1998) *Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaría*. Grupo Zarima. Zaragoza
- Ruíz P.M. (2002) *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaría en España*. Artículo presentado en el 3er Congreso virtual de psiquiatría, Interpsiquis, psiquiatria.com.

- Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI. (1998) Estudio de prevalência de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatría Infanto Juvenil*, 3: 148-162
- Ruiz, M. y Barcia, D. (1987). Anorexia nerviosa. Concepto. *Anales de Psiquiatría*, 3 (2), 61-71.
- Ruiz-Lázaro PM y Comet Cortés P. (2000): Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin(Barc)*; 115: 278-9
- Russell GF, Szumukler GI, Dare C, Eisler I (1987): An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry* 44 (12): 1047-1056
- Russell G. (1979) Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 429-448.
- Russell, G.F.M. (1969). Endocrine and psychiatric aspects of anorexia nervosa. *Annual Review of Scientific Basic of Medicine*.
- Russell, G.F.M. (1970). Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment. In *Modern Trends in Psychological Medicine* (de. J.H. Price). 131-164.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9, 429-48.
- Russell, G.F.M. (1995). Anorexia through time. IN: Szumukler, G., Dare, C. y Treasure, J. (ed). *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. Chichester: John Wiley e Sons.
- Rutter, M.; Hussain T, A. y Lann, S. (1988) *Assessment and diagnosis in Child Psychopathology*. London: David Fulton Publishers.
- Rutter, M (1990) *La Psiquiatría de los trastornos del desarrollo*. Barcelona: Salvat.
- Rutter, M. (1970). Sex differences in children's response to family stress. En E. J Anthony, C. Koupernik, (Eds.). *The child in his family*. (pp. 165-196) New York: Wiley.
- Rutter, M. (1971) Parent-child separation: psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 233-260.
- Rutter, M. (1979) *Changing youth in a changing society: patterns of adolescent development and disorder*. London: Nulfield Provincial Hospitals Trust.
- Rutter, M. (1981) Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 323-356.

- Rutter, M. (1985a). Family and school influences on behavioural development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.22, n 3, 349-368.
- Rutter, M. (1985b) Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, vol.1 n 47, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, (3), 316-331.
- Rutter, M. (1989) Pathways from childhood to adult life. *J. of Child Psychol. Psychiatry*, 30, 23-51.
- Rutter, M. (1990) *La privación Materna*. Ed Morata. Madrid.
- Rutter, M. (1993) *La Resiliencia: Consideraciones Conceptuales*. *Journal of Adolescent Health*. Vol 14, No. 8, Society for Adolescent Medicine, New York.
- Rutter, M. (1993). Psychological resilience and protective mechanism en *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, nº 3, pp 316-331
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Rutter, M.(1997) (Dir.): *De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica*. Córdoba. Fundación Castilla del Pino-Ediciones Científicas Juste.
- Rutter, Michael (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, n.8, pp. 626-631.
- Rutter, Michael y Madge N. (1976). *Cycles of disadvantage*. Heinemann Educational Books. Kingston, Gran Bretaña.
- Rutter, Michael y Rutter, Marjorie (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Penguin Books, Gran Bretaña.
- Sable, P. (1997) Disorder of adult attachment. *Psychotherapy*, 34 (3), 286 – 296.
- Sacomani, L. (1997). Disturbi della condotta alimentare in età evolutiva. *Aggiornamenti clinici, esperienze di trattamento*. Istituto G. Gaslini.. 29(2), 130-131.
- Sánchez, S. (2003). Resiliencia. Como generar un escudo contra la adversidad. *Diario El Mercurio*. En red www.resiliencia.cl/investig/ . Recuperado 10 de marzo, de 2012.
- Saldaña, C. y Tomás, I. (1998). Ansiedad y trastornos de la alimentación. F. Palmero y E.G. Fernández-Abascal (Eds.). *Emoción y Adaptación*. Madrid: Ariel.

- Salebeey, D. (1996) The Strengths Perspective in Social Work Practice. En: Social Work (Journal of the National Association of Social Workers). Vol 41 No 3. Washington D.C.
- Sameroff, A J. y Seifer, R (1992). Early contributors to developmental risk En R., J., Masten, A., S., Cicchetti, D., Nuechterlein, y S. Weintraub, (eds.) Risk and protective factors in the development of Psychopathology. Gran Bretaña: Cambridge University Press.
- Sandbek TJ. The deadly diet (1993).Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Santa Cruz, E. y García, L. (2008). Títeres y resiliência en el nivel inicial.Argentina.: HomoSapiens.(Versión electrónica).Recuperado de: [www.bnm.me.gov.ar.Catálogos y libros.](http://www.bnm.me.gov.ar/Catálogos_y_libros)
- Santonastaso, P., Zanetti, T, Sala, A., Favaetto, G., Vidotto, G. y Favaro, A. (1996). Prevalence of Eating Disorders in Italy: A Survey on a Sample of 16-Year-old Female Students. *Psychotherapia Psychosomática*. 65, 158-162.
- Santrock, J. W. (2004). Adolescencia. Psicología del desarrollo. España: McGraw Hill
- Saslavsky, Cora, i (1996) Ponencia presentada en las Jornadas de salud integral de la adolescencia: Bulimia y Anorexia, organizadas por el Consejo Nacional de la Mujer, Buenos Aires.
- Schalling M, Johansen J. Nordfors, L. Longinest, F (1999) Genes involved in animal models of obesity and anorexia .*J. Intern Med* ; 245: 6133-619.
- Schlenker, B. R. (1985). The self and social life. New York: McGraw Hill.
- Schlundt, D. G., y Johnson, W. G. (1990). Eating disorders. Assessment and treatment. Boston: Allyn and Bacon.
- Schneider JA, O'Leary A y Agras S.: (1987) The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia: a preliminary examinations. *Behavior Research and Therapy*; 25 (5): 429-432.
- Schonfeld WA (1973) El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En: Caplan G, Lebovici S (eds.) *Psicología de la Adolescencia* Paidós, Buenos Aires.
- Schooler D, Trinh S. (2011) Longitudinal associations between television viewing patterns and adolescent body satisfaction. *Body Image*; 8 (1): 34-42.
- Seligman, M y Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive Psychology: An Introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14
- Seligman, M. (1999). Niños optimistas. Cómo prevenir la depresión en la infancia. Barcelona, Grijalbo.

- Seligman, M. (2005). *La Autentica Felicidad*. Ediciones B, S.A. Barcelona, España.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14 .
- Serna de Pedro (2001) Trastornos de la conducta alimentaría en el varón. En: E. García-Gamba. *Avances en trastornos de la conducta alimentaría: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Serra-Majem, L., y Aranceta, J. (2004). *Obesidad infantil y juvenil*. Estudio en Kid. Vol 2. Barcelona: Masson.
- Seligman, M.E.P. y C. Peterson. (2007). *Psicología clínica positiva*. En: L.G. Aspinwall & U.M. Staundinger (eds.). *Psicología del potencial humano*. (pp.409-425). Barcelona: Trillas
- Santa Cruz, E. y García, L. (2008). *Títeres y resiliencia en el nivel inicial*. Argentina.: HomoSapiens. (Versión electrónica). Recuperado de: www.bnm.me.gov.ar. Catálogos y libros.
- Schonfeld WA(1973) *El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes*. En: Caplan G, Lebovici S (eds.) *Psicología de la Adolescencia* Paidós, Buenos Aires,
- Serrato, G. (2000). *Anorexia y Bulimia. Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ed. Libro-Hobby-Club. España
- Shin, N. Y. y Shin, M. S. (2008). Body dissatisfaction, self-esteem and depression in obese Korean children. *Journal Pediatric*, 152(4), 502-206.
- Silva Gutiérrez, C, Sánchez Sosa, JJ, (2006) *Ambiente familiar, alimentación n y trastornos de la conducta alimentaria*. *Revista a Mexicana de Psicología*, vo l. 23, 2,173-183.
- Suárez, N. (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Paidós. (Versión electrónica). Recuperado de: www.libreriapaidos.com. Resiliencia.
- Serrato, A. G. (2000). *Anorexia y Bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Ed. Libro Hobby Club, S.A.
- Shapiro DH, Blinder BJ, Hagman J, Pituck S.(1993) A psychological "sense of control" profile of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychol Rep*; 73: 531-541.
- Sharp CW, Clark SA, y Duran J. (1994) Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *Int J Eat Disord* 15:125-134.

- Sheldon, M. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56 (3), 216-217.
- Sherwin, E.D., Elliott, T., Rybarczyk, B., Frank, R.G., Hanson, S., y Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of caregiving: hope, burnout and nursing. *Journal of social and Clinical Psychology*, 11 (2), 129-139.
- Shiffman, S. (1984). Coping with temptations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, (2), 261-267.
- Shin, NY, y Shin, M S. (2008). Body dissatisfaction, self-esteem and depression in obese Korean children. *Journal Pediatric*, 152(4), 502-206.
- Shoebriidge P, Gowers SG: (2000) Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *British Journal of Psychiatry*; 176:132-137.
- Sholberg, S. (1990). Personality, life stress and the course of eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361, 29-33
- Shore, R. (1997) *Rethinking the Brain. New Insights into Early Development.* Nueva York: Families and Work Institute
- Shroff H, Thompson JK. (2006^a) The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*; 3 (1): 17-23.
- Sieg KG, Hidler MS. Grialiam MA, Steele RL. Kuglcr LR: (1997) Hyperintense subcortical brain alteration in anorexia nervosa, *Int J Eal Disord*; 21:391-4.
- Signorielli N, Lears M. (1992) Television and childrens conceptions of nutrition: unhealthy messages. *Health Communication*; 4: 245-247
- Silber TJ: (1986) Anorexia nervosa in blacks and hispanics. *Int J Eat Disord* 5:121-128
- Silber TJ: (1994) Anorexia nervosa: mortalidad y morbilidad. *Act Nutric*; 17:56-61.
- Silverman J A. (1992) Historical development. In: Halmi K A, ed. *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa.* Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Silverman JA. (1995): History of anorexia nervosa. En: Brownel KD, Fairburn CH. (Eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook.* Pp141-150. New York: The Guilford Press
- Silverman, J.A. (1985). Richard Morton, 1637-1698: Limer of anorexia nervosa: His life and times. *Journal of Psychiatry Research*, 19, 83-88.

- Silverman, J.A. (1986). Anorexia nervosa in seventeenth century, England as viewed by physician philosopher and pedagogue. An essay. *The International Journal Eating Disorders*, 5 (4), 847-853
- Silverman, J.A. (1989). Marcé, L. V.1828-1864: Anorexia nervosa's forgot man. *Psychol Méd.*, (19) pp833-5.
- Silverman, J.A. (1995). Anorexia nervosa. EN K.D. Browenell y C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp141-44). New York: Guilford Press.
- Silverman, J.A. (1997). Anorexia nervosa: Historical perspective on treatment. EN D. M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp.3-10). New York: Guilford.
- Simonton, D., K. (2000). Creativity. *American Psychologist*, 55, 151-158.
- Simpson, J. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59, 5, 971-980.
- Skrabanek, P.(1983).Notes toward the history of anorexia nervosa .*Jamus Revue Internacional de la Histoire, des Scies de la Médecine, la Pharmacologie et la technique*, n.70, (pp109-28).
- Slade PD. (1985) A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa *Journal of Psychiatry Research*, 19 (2/3), 255-265.
- Slap, G. B. (2001). Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. *Adolescência Latino Americana*, 2(3), 173-176.
- Smilkstein G, Ashworth C, y Montano D. (1982) Validity and reliability of the family apgar as a test of family function. *J Fam Pract*; 15: 303-11.
- Smilkstein G. (1978)The family apgar: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract*; 6: 12-31.
- Smith, C. A. (1991). The self, appraisal and coping. En C. R. Snyder y D. R. Forsyth, (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (Pp. 116-137). New York: Pergamon.
- Smith, J.E, Krejci, J. (1991) Minorities join the majority: eating disturbances among hispanic and native american youth. *Int. J. Eating Disorders*, 10: 179-186.
- Smith, Robinson, Reck (1996) Serum albumin distribution in early tread anorexia nervosa. *Nutrition* 12: 677-84.
- Smith, S.C.Jr., & Haslam, D. (2007). Abdominal obesity, waist circumference and cardio- metabolic risk: Awareness among primary care psysicians, the general population and patients at risk-the shape of the nations survey. *Current Medical Research and Opinion*, 23(1), 29-47.

- Snyder, C. R., (1989). Reality negotiation: from excuses to hope and beyond. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 130-157.
- Snyder, C. R., Irving, L. M., y Anderson, J. R. (1991). Hope and health: measuring the will and the way. En C. R. Snyder y D. R. Forsyth (Eds.), *The handbook of social and clinical psychology: the health perspective* (Pp. 285-305). Elmsford, NY: Pergarnon.
- Snyder, C.R. (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 11-28.
- Snyder, C.R., Irving, L. M., Sigmon, S.t. y Holleran, S. (1993). Reality negotiation and valence linkage self theories: Psychic Showdown at the "I' m OK corral and beyond. En L. Montrada, S.H. Filipp, M. Lerner (Eds). *Crises and loss experiences in the adult years*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sobal J. (1984). "Group dieting, the Stigma of Obesity, and Overweight Adolescents: Contributions of Natalie Allon to the sociology of obesity".
- Sobal J. (1984). "Group dieting, the Stigma of Obesity, and Overweight Adolescents: Contributions of Natalie Allon to the sociology of obesity". *Marriage and family review*. 7(1):9-20.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [sede Web]. SEEDO (2010) Consejos de Nutrición: Dietas erróneas [Consulta: 26/02/2013]. Disponible en: <http://www.seedo.es/obesidadysalud/consejosdenutrición/tabid/135/default.aspx#14>..
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkarf, A., *et al.* (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorder*, 13(2), 137-153
- Sroufer A., y Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stein DM.; y Laakso W. (1988) Bulimia: A historical perspective. *Int J Eat Disord*; 7 (2):201-210.
- Steinhausen, H. C., y Glanville, K. (1983). A long-term follow-up of adolescent in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68, 1-10.
- Stice E, Ng J, Shaw H. (2010) Risk factors and prodromal eatingpathology. *J Child Psychol Psychiatry*; 51 (4): 518-25.

- Stice, E., Marti, C. N. y Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 445–57.
- Stice, E.; Hayward, C.; Cameron, R.P.; Killen, J.D.; Taylor, C.B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, vol.109, no.3, 438-444.
- Strangler, R.S. y Printz, A. M. (1980). DSM-III-psychiatric in a university population *American journal of psychiatry*, 137, 937-940.
- Strober M, Freeman R, Morrell W (1997): The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents, Survival analysis of severe anorexia nervosa in adolescents, Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study, *Int J Eating Disord* 22:339-360
- Strober, M., y Humphrey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654-659.
- Stuhlmiller, C y Dunning, C. (2000). Challenging the mainstream: from pathogenic to saluthogeni models of posttrauma intervention.
- Stunkard AJ, (1959): Eating patterns and obesity, *Psychiatric Quarterly* 33:284-292
- Stunkard AJ, W. Grace WJ, Wolff HG. (1955) The night-eating syndrome. *Am J Med*; 19: 78-86.
- Stunkard, A.J. y Messick, S. (1985). The three factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-81.
- Stunkard, A.J.(1993) A history of binge eating .IN: Fair Burn, C.G. y Wilson T.G.(Ed) being eating and its nature, assementment.The Guilford Press, London.
- Suárez, E. N. (1993) "Resilience" o capacidad de sobreponerse a la adversidad. EN *Medicina y Sociedad*.Vol.16, n 3 .Buenos Aieres.
- Suárez, E. y Krauskopf, D. (1995) El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En: M.Maddaleno, M. Munist, C. Serrano, T. Silver, E. Suárez y J. Yunes (Eds.), *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington: O.P.S, Publicación Científica No. 552: 183-193.
- Suárez, N. (2001) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Paidós. (Versión electrónica).Recuperado de: www.libreriapaidos.com.
RESILIENCIA
- Suetmatsu M, Ishikawa H, y Kubobi T. (1985) Stadistical studies an anorexia nervosa in Japan: Detailed clinical data on 1.011 patients. *Psych Psychosom*; 43:96-103.

- Sullivan P F. (1995) Mortality in anorexia nervosa. *Am J. Psychiatry*; 152:1073-1074.
- Sullivan P.F., Bulik, C.M. y Kendler, K.S. (1998). The epidemiology and classification of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*. 28, 599- 610.
- Sullivan, P.F. (1995) Mortality In anorexia nervosa. *Am JPsychiatry*; 152:1073-1074.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Fear, J.L. y Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: a casecontrol study. *American Journal of Psychiatry*. 155(7): 939-46.
- Sundgot- Borgen J (1993): Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *Int J Sport Nutr*; 3(1): 29-40.
- Sundgot-Borgen J. (1993) Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *Int J Sport Nutr*; 3: 29-40.
- Stice E, Ng J, Shaw H. (2010) Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry*; 51:518-25.
- Sysko R, Roberto C, Barnes R, Grilo C, Attia E, Walsh B.(2012) Test-retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry Res*.196 (2-3): 302-8.
- Szydlo, D. y Woolston, J. (2006). Bulimia nerviosa. En J. Wiener y M. Dulcan *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp. 693-705). Barcelona: Masson.
- Tannenhaus, N. (1999). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Tapia Ilibaca, P., & Ornstein Letelier, C. (1999) Trastornos de la alimentación en estudiantes universitarios. *Rev Psiquiatr Clin*, 36(1), 7-10.
- Taub, D. E., & Blinde, E. M. (1992) Eating disorders among adolescent female athletes. *Adolescence*, 27: 833-848.
- Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C. et al. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *Int J Eat Disord*, 24(1): 31-42.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2000) Posttraumatic growth: A new focus in psychotraumatology. *Psy-talk, Newsletter of the British Psychological Society Student Members Group*.
- Theander, S. (1970). Anorexia Nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214, 5-190.
- Theil, A., & Thomas, P. (2006). Test-retest reliability of the eating disorder inventory. *J Psychosom Res*, 61, 567-9.

- Theis, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. In. M. Manciaux (comp.). “La resiliencia capacidad de resistir y rehacerse”. Barcelona: Gedisa.
- Thomas, J. P., & Szmukler, G. S. (1985). Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction. *Br J Psychiatry*, 146, 653-656.
- Tierney, S. (2006). The dangers and draw of line comunicación: pro anorexia websites and their implicación for users, practitioners, and researches. *Eat Disord*, 14(3):181-90.
- Tiggemann, M. (2001). Effect of gender composition of school on body concerns in adolescent women. *Int J Eat Disord*, 29, 239-243.
- Tisera-López, G. (1996). *Anorexia y Bulimia: Musicoterapia y otros aportes terapéuticos*. Argentina: Homosapiens.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image Disturbance. Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, R., & Calkins, D. (1993). Self efficacy among urban african american early adolescents: exploring issues of risk vulnerability and resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 719-739.
- Tobal, M., Diaz, M., & Acre, J. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria en el Deporte anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Motivación*, 5, 11-12.
- Toro J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clinica (Barc)*, 114, 543-544.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.
- Toro, J. (1990). Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. *Monografías de Psiquiatría II*. 4, 10-16.
- Toro, J. (1995). Trastornos obsesivos en la infancia y la adolescencia. In. J. Vallejo y G. E. Berrios (Eds.). *Estados obsesivos*. Barcelona: Editorial Masson.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo: riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.
- Toro J., & Artigas, M. (2000). *El cuerpo como enemigo. Comprender la anorexia*. (1a ed.). Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P., & Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, socio demographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Toro, J., Salamero, M., & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147- 151.
- Toro, J., & Vilardell, E. (1989). *Anorexia nerviosa*. Barcelona, Martínez Roca.
- Toro, J., Cervera, M., Osejo, E., & Salamero, M. (1992). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J. Child. Psychol. Psychiatr.*, 33, 6, 1025-1037.
- Toro, J., Cantó, T. J., Castro, J., Lázaro, L., Martínez, E., & Raich, R. M. (1999). Trastornos del comportamiento alimentario. *Jano*, 56, 1286-1298.
- Tripp, J. H., & Cockett, M. (1998). Parenting, and family breakdown. *Arch Dis Child.*, 78(2):104-108
- Troncoso, L.C. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Importancia del tratamiento nutricional. *Trasts de la Cond Alim*, 9, 946 - 955.
- Troop, N., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2001). Specificity in the relationship between depressive and eating disorder symptoms in remitted and nonremitted women. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 306-311.
- Tschirhart, L., & Donovan, M. E. (1985). *Women & Self-Esteem*. Nueva York, Peguin.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia Nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson.
- Turón, V., Fernández, F., & Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revisión de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19(1), 9-15.
- Turón, V.J. (1997). Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. In. V. J. Turón (org.). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. (pp. 3-15). Barcelona: Masson.
- Turón, V. J., & Thomas, P. (1995). Antidepresivos en la bulimia nerviosa. In. J. Vallejo y C. Gastó (Eds.). *Antidepresivos en la Clínica Psiquiátrica*. Barcelona: Mosby/Doyma.
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. J., Chi Vacuán, E. M., & García-Castro, F. et al. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Rev Invest Clin*, 62, 424-32.

- Van Hoeken, D., Veling, W., & Sinke, S. (2009). The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Discord*, 42, 595-602.
- Vanistendael, S. (1993). *Resilience: A few key issues*. Malta: International Catholic Child Bureau.
- Vanistendael, S. (2003) *La resiliencia en lo cotidiano*. In. M. Manciaux (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Vanistendael, S. (2003) *La resiliencia en lo cotidiano*. In. M. Manciaux (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa
- Vanistendael, S. (1995) *¿Cómo crecer superando los percances: resiliencia capitalizar las fuerzas del individuo?* Ginebra, Suiza: International Catholic Child Bureau.
- Vásquez, R., Ángel, L., & Moreno, N. (1998). Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. *Actual Pediatr*, 8(1), 7-14.
- Vaughan, K., & Fouts, G. (2003). Changes in television and magazine exposure and eating disorder symptomatology. *Sex Roles*, 49 (7/8), 313-320.
- Vázquez Arévalo, R., & Raich Escursell, R. M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología conductual*, 5(3), 391-407.
- Vázquez, V. V., & Reidl, M. L. M. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*, 23(1), 15-24.
- Vecina, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles de Psicólogo*, 27, 9-17.
- Vega, A., Rasillo, M., Lozano, J., Rodríguez, G., & Franco, M. (2005). Eating disorders: Prevalence and risk profile among secondary school students. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 980-987.
- Verbrugge, M., Reoma, J., & Gruber, L. (1994). Short term dynamics and of disability and well-being . *Journal of health and Social Behavior*, 35, 97-117.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo alimentar: Adaptação e validação do questionário holandês do comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 59-71.
- Violanti, D., Paton, C., & Dunning, A. (1996). *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp. 10-42). Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD.

- Vitello, B., & Lederhendler, I. (2000). Research on eating disorders: Current status and future prospects. *Biological Psychiatry*, 47, 777-786.
- Waller, D., Newton, P., Hardy, B., & Svetlik, D. (1990). Correlates of laxative abuse in bulimia. *Hosp Community Psychiatry*, 41(7), 797-799.
- Walsh, J. M., Weat, M. E., & Freund, K. (2000). Detection, evaluation and treatment of eating disorders. The role of the Primary Care Phisician. *J Gen Intern Med*, 15, 577-90.
- Walsh, F. (1996). Family Resilience: A Concept and its Aplication The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process*, 35(3), 261-281.
- Walter, K., Strober, M., Stein, D., & Gendall, K. (1999). Nuevas directrices para la investigation en el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia nerviosa. *Biol. Psychiatry*; 45, 1285-1292.
- Walters, E. E., & Kendler, K. S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.
- Walters E. E., & Kendler, K. S. (1995). Toward an understanding of risk factors or bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.
- Waters, B. G. H., Beaumoni, P. J. V., & Touyz, S. (1990). Behavioral differences between twin and non-twin female sibling pairs discordant for anorexia nervosa. *Int J Eating Disord*, 9, 265-73.
- Way, K. (1996). *Anorexia nervosa. bulimia. Causas, consecuencias, tratamiento y recuperación*. Barcelona: Bellaterra.
- Welch, S., & Fairburn, C. (1998). Smoking and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 23, 433-437.
- Welch, S., & Fairburn, C. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*; 169, 451-458.
- Werner E. E., & Smith, R. S. (1992). *Over coming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. Ithaca/London: Cornell University Press.
- Werner, E. & Smith, R. (1988). *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: Adams, Bannister and Cox.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1998). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams.

- Werner, E. & Smith, R. (1992). *Over coming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Werner, E. E. (1989). Protective factors and individual resilience. In M. Brambring, M., F. Losel, y H. Skewronek (eds.) *Childen and risk: Assesment Longitudinal Research and Intervention*. (pp. 45-142). Nova York: Walter Gruyter.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.
- Werner, E. E. (1993). Protective factors and individual resilience. In S. J. Meisels, y J. P. Shonkoff, (Eds). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Werner, E. E. (1989). Protective factors and individual resilience. In M. Brambring, F. Losel y H. Skewronek. (eds.). *Childen and risk: Assesment Longitudinal Research and Intervention*. New York: Walter Gruyter.
- World Health Organization. (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva.
- Wildes, J. E., Emery, R. E., & Simons, A. D. (2001). The roles of ethnicity and culture en the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a meta analytic review. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 521-551.
- Wilfrey, D. E., & Rodin, G. (1995). Cultural influences on eating disorders. In K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.). *Eating disorders y obesity: A comprehensive handbook* (pp. 87-92). New York: Guilford.
- Wilfrey, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report? *Behavior Research and Therapy*, 35, 1151-1159.
- Williams, G. J., Chamove, A., & Millar, H. R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness, and hostility. *Brit J Clin Psychol*, 29, 327-35.
- Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., & Dowds, T. (1993). Comparision of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *Int J Eat Disord*, 14, 27-32.
- Wilson, G. T., & Sysko, T. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *Intl J Eat Dis*. Nov, 42(7), 603-610.

- Winfield, L. (1995). The knowledge base on resilience in African American Adolescents. In L. J. Crockett y Crouter (Eds). *Pathways Through Adolescence*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Publ.
- Woelders, L. C, Larsen, J. K., Scholte, R. H., Cillessen, A. H., Engels, R. C. (2010). Friendship group influences on body dissatisfaction and dieting among adolescent girls: a prospective study. *J Adolesc Health*, 47(5): 456-62.
- Woell, C., Fichter, M., Pirke, K., & Wolfram, G. (1989) Eating behavior of patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 8(5):557-568.
- Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books.
- Wonderlich, S., Gordon, K., Mitchell, J., Crosby, R., & Engel, S. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8):487-705.
- Wonderlich, S. A., Stephen, A., Swift, W. J., & Slotnick, H. B., Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 607-616.
- Wonderlich, S. A., & Swift, W. J. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: Clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 629-638.
- Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., & Goodman, S. (1990). Personality Disorders in Eating Disorder Subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.
- World Health Organization Europe. (2006). *10 things you need to know about obesity*. Copenhagen: World Health Organization.
- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., & Xu, Y. (2010) Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*, 7(2): 156-64.
- Yager, J., Devlin, M.J., Halmi, K.A., Herzog, D.B., Mitchell, J.E., Powers, P.S., & Zerbe, K.J. (2005). *Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (2.^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Yunes, M. (2001). *A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Zagalaz, M. L. (2000). Incidencia social de la anorexia nerviosa. Intervención del profesorado de educación física en la prevención del programa. *Aula de encuentro*, 4, 102-117.

Zimmerman, M. A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8 (4), 1-18.



ANEXOS

ANEXO I

Cuestionario de datos socio demográficos e imagen corporal

EDAD-----SEXO-----ESTADO CÍVIL-----LUGAR DE
ORIGEN-----CON QUIEN VIVES -----

¿TRABAJAS?: SÍ () O NO (). En caso afirmativo, ¿En QUE? -----

----- ¿CUÁNTAS HORAS SEMANALES? ----- ¿DESDE HACE

CUÁNTO TIEMPO? ----- ¿POR QUÉ HACES PSICOLOGÍA?-----

¿EN QUE CURSO ESTÁS? ----- ¿REPITES? SÍ () O NO (). En caso
afirmativo, ¿Cuál (es)?-----

ALTURA REAL-----ALTURA IDEAL-----PESO MÁS ALTO-----

PESO MÁS BAJO -----

PESO REAL-----PESO IDEAL-----TALLA ACTUAL-----

TALLA DESEADA-----

¿TE ENCUENTRAS DEPRIMIDO/A, ANSIOSO/A O CON ALGÚN OTRO TIPO DE
EMOCIÓN NEGATIVA? SÍ () O NO (). EN CASO POSITIVO, ¿Cuál?-----

NÚMERO DE HERMANOS (incluyéndote a ti) -----Y LUGAR QUE
OCUPAS-----

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES-----

EDAD DEL PADRE-----Y DE LA MADRE-----

PROFESIÓN: PADRE -----Y MADRE-----

RENTA FAMILIAR MENSUAL APROXIMADA-----

¿HAY OBESIDAD EN LA FAMILIA? SÍ () O NO (), ¿QUIÉN?-----

¿HAY ANOREXIA O BULIMIA EN LA FAMILIA? SÍ () O NO (), ¿QUIÉN? ----

¿HAY OTRO (S) TIPO DE TRASTORNO (S) EN LA FAMILIA?, ¿CUÁL (ES)? -----

¿QUIÉN(ES)? -----¿CÓMO SE COMPORTA TU
FAMILIA RESPECTO A TU IMAGEN Y PESO? -----



HIPERDELGADA(O) DELGADA(O) NORMAL RELLENITA(O) OBESA(O).

ANALICE LAS IMÁGENES Y CONTESTE LAS 16 PRIMERAS CUESTIONES:

1. ¿Cuál crees que está más en forma? ----- y, ¿Cuál crees que es la que está más sana?-----¿Por qué?-----

2. ¿Cuál crees que está más feliz?----- y, ¿más triste? -----

-- ¿Por qué?-----

3. ¿Cuál crees que es más exigente con ella misma? ----- ¿Por qué?-

4. ¿Cuál crees que tiene más amigos/as? ----- y, ¿cuál crees que tiene más éxito con los(as) chicos(as)? ----- ¿Por qué?-----

5. ¿Cuál crees que triunfa más en la vida?-----¿Por qué?-----

6. ¿Cuál se parecía físicamente más a ti de niña(o)?-----y, ¿Ahora? -----
----- ¿Por qué?-----

7. ¿Con cuál tú crees que tu familia se identifica más?----- ¿Por qué?-----

8.¿A cuál te gustaría parecerte?----- ¿Por qué?-----

9.¿Cuál se parece más físicamente a la persona que más admiras?-----
-----¿Por qué?-----

10. ¿Cuál se parece más físicamente a la persona que más odias? -----
--- ¿Por qué?-----

11. ¿Con cuál identificas a la mayoría de la gente?----- ¿Por qué?---

12. ¿Con cuál crees que se identifican más los profesores de psicología?-----
----- ¿Por qué?-----

13. ¿Cuál se parece más físicamente al perfil ideal?-----
¿Por qué?-----

14. ¿Cuál identificas que es alumna(o) de psicología?----- ¿Por qué?--

15. ¿A cuál crees que los profesores de psicología brindan más oportunidades académicas? -----¿Por qué?-----

16. ¿Con cuál crees que los pacientes se identifican más como Psicoterapeuta? -----
-----¿Por qué?-----

17. ¿Crees que las compañeras(os) de psicología para estar en forma hacen dieta con un profesional y sin dejar de comer? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

18. ¿Crees que las compañeras(os) de psicología para estar en forma comen equilibradamente, y hacen ejercicio físico, y no hacen dietas? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

19. ¿Crees que las compañeras(os) de curso para estar en forma leen mucha información sobre dietas y conocen los riesgos? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

20. ¿Crees que las compañeras(os) de psicología para estar en forma toman productos light anunciados en prensa y TV, y hacen dieta sin asesoría profesional? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

21. ¿Crees que las compañeras(os) de psicología para estar en forma dejan de comer para ponerse ropa de una talla menos? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

22. ¿Crees que las compañeras(os) de psicología para estar en forma queman lo que comieron haciendo ejercicio y vomitando? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

23. ¿Crees que algunas compañeras(os) de curso para afrontar la anorexia o la bulimia u otro trastorno hicieron opción por psicología? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

24. ¿Qué piensas de la moda en relación a la imagen corporal?-----

25. ¿Qué piensas de la publicidad en relación a la imagen corporal?-----

26. ¿Piensas que tus amigos te influyen en la forma de alimentarte, vestirse, dietas, y belleza? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

27. ¿Piensas que la imagen corporal determina una elevada autoestima? SÍ () O NO (), ¿Por qué?-----

28. ¿Cuál es el factor que más influye en la decisión de adelgazar? SÍ () O NO (),

¿Por qué?-----

29. ¿Tus amigos te hacen comentarios sobre tu aspecto y tu peso?-----

30. ¿Consideras que la felicidad está relacionada con la imagen corporal? SÍ () O NO (), ¿Por

qué?-----

ANEXO II

Cuestionario de resiliencia

En este cuestionario encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de la vida. No hay una respuesta correcta o incorrecta, cada uno tiene sus propias opiniones y forma de pensar. Por favor, lea cada frase y contesta anotando la frecuencia pensando en qué grado estás de acuerdo o no, con respecto a cómo te has sentido durante el último mes con cada afirmación; de acuerdo con la escala siguiente:

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Vea el siguiente ejemplo y conteste a la frase indicando su frecuencia sobre la línea que hay delante de la frase.

Ej.: ____ Cuando hago planes los sigo hasta el final.

No hay por tanto, contestaciones buenas o malas. No obstante, no emplee mucho tiempo, trate de contestar de forma espontánea nada más leer cada afirmación.

Por favor, responda a todas las afirmaciones, no deje ninguna sin contestar.

1. ____ Soy capaz de adaptarme a los cambios.
2. ____ Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro.
3. ____ Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude.
4. ____ Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente.
5. ____ Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza.
6. ____ Veo el lado divertido de las cosas.
7. ____ Afrontar el estrés, me fortalece.
8. ____ Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades.
9. ____ Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.
10. ____ Me esfuerzo al máximo en cada ocasión.
11. ____ Puedo conseguir mis metas.
12. ____ Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono.
13. ____ Sé dónde acudir a por ayuda.
14. ____ Bajo presión, me concentro y pienso claramente.
15. ____ Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema.
16. ____ No me desanimo fácilmente por el fracaso
17. ____ Pienso que soy una persona fuerte.
18. ____ Tomo decisiones difíciles o impopulares.

19. _____ Puedo manejar sentimientos desagradables.
20. _____ Sigo los presentimientos que tengo.
21. _____ Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.
22. _____ Siento que controlo mi vida.
23. _____ Me gustan los desafíos.
24. _____ Trabajo para conseguir mis metas.
25. _____ Me siento orgulloso de mis logros.

Inventario EAT-40

Instrucciones:

En este cuestionario hay una serie de preguntas que hacen referencia a actitudes alimentarias. No hay respuestas buenas ni malas. Solamente tienes que reflejar tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida						
7. A veces me he atracado de comida, sintiéndome que era incapaz de parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ej., pan, arroz, patatas, etc.)						
11. Me siento llena después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismos alimentos						

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuero no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incómoda después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38. Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Cuestionario BSQ

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz la respuesta que consideres más adecuada a tu caso. Contesta a todas las preguntas.

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUYA MENUDO	SIEMPRE
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta						
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en "gorda" (o más gorda)?						
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?						
6. ¿Sentirte llena (después de una comida) te ha hecho sentir gorda?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?						
8. ¿Hás evitado correr para que tu carne no botara, saltara?						
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijarte en tu figura?						
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchan cuando te sientas?						
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gorda?						
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13. Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la TV, leyendo o manteniendo una conversación)						
14. Estar desnudo/a, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marcasen tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17. Comer caramelos, pasteles y otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda y llena?						
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?						
21. La preocupación por tu figura ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?						

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUYA MENUDO	SIEMPRE
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente vea "michelines" alrededor de tu cintura?						
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?						
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio? (por ejemplo en un autobús, en el cine...)						
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de "piel de naranja" o "celulitis"?						
29. Verte reflejada en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo? (por ejemplo piscinas, duchas, vestidores...)						
32. Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a						
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?						
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

ANEXOS-III

CD - Contenido de la tesis

