

**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES  
HUMANAS**



**TESIS DE GRADO**

**“APOYO SOCIAL PERCIBIDO COMO FACTOR PROTECTOR DE  
LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”**

PRESENTADA POR

**SERGIO ALVAREZ**

**DIRECTORA: LIC. MARÍA FOLCO**

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología

Fecha: Octubre de 2013

*Por muchas riquezas que el hombre posea y por grandes que sean la salud y las comodidades que disfrute, no se siente satisfecho si no cuenta con la estimación de los demás.*

*Blaise Pascal*

## AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo y eterno agradecimiento a todos aquellos que me acompañaron y brindaron fuerza en esta etapa del camino.

En particular a María Folco, a Marcelo Bregua, a Florencia y a Germán, de quienes recibí invaluable apoyo.

## Apoyo Social Percibido como Factor Protector de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Sergio Alvarez

### **Resumen**

El presente trabajo tiene como objetivo relacionar el apoyo social percibido y los trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son aquellas alteraciones en las cuales la misma está perturbada; fundamentalmente, como consecuencia de los dramáticos intentos reiterados para controlar el cuerpo y el peso corporal (Perpiñá, 1994).

Por otra parte, el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas, que son proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza se denomina apoyo social, y puede darse tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de crisis (Lin, 1986).

Se tomó una muestra no probabilística accidental simple de 131 adolescentes de ambos sexos, de la ciudad autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, dividida en sujetos con y sin diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. La edad promedio fue de 16,6 años (DT= 2.59 años; Mediana= 16 años; Máx.= 23 años; Min.= 13 años). Con respecto al nivel educativo, se encontró que una persona (0,8%) se encontraba cursando la escolaridad primaria; el 92,4% se encontraba cursando o había concluido el nivel secundario de escolaridad; y el 6,9% se encontraba cursando el nivel terciario o universitario de estudios.

Las variables serán analizadas mediante los siguientes instrumentos: Inventario para la evaluación de Conductas Alimentarias (ICRA) (Pérez & Becerra, 2012) y la Escala de Apoyo Social Percibido para Estudiantes Adolescentes (Nolten, 1994; versión argentina: Fernández Liporace & Ongarato, 2005).

Existe una correlación entre los niveles bajos de apoyo social percibido y el diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria. De esta manera, la hipótesis de trabajo fue corroborada. Pues, al mismo tiempo, se encontró correlación entre los altos niveles de apoyo social percibido y las personas que carecían de algún diagnóstico relacionado con los trastornos de conducta alimentaria.

**Palabras clave:** Trastornos Alimentarios, Apoyo Social Percibido, Adolescencia, Propensión.

## Support Social Perceived as Factor Protector of the Disorders of Eating Behavior

Sergio Alvarez

### **Abstract**

The present work aims to relate perceived social support and eating disorders. (TCA) eating disorders are those disorders in which the same is disturbed; Basically, as a result of the dramatic attempts repeatedly to control the body and body weight (Perpiñá, 1994). On the other hand, the set of instrumental or expressive perceived provisions, which are provided by the community, social and people's confidence is called social support, and may occur both in everyday situations and in situations of crisis (Lin, 1986).

A non probabilistic simple accidental sample has been taken between 131 adolescents of both sexes, of the autonomous city of Buenos Aires and greater Buenos Aires, divided into subjects with and without eating disorder diagnosis. The average age was 16.6 years (DT = 2.59 years;) Median = 16 years; Max = 23 years; Min = 13 years). With respect to the level of education, found that a person (0.8%) was studying the primary schooling; 92.4% was studying or had completed the secondary level of schooling; and 6.9 per cent was pursuing a tertiary or university level studies. The variables will be analyzed with the following instruments: inventory for evaluation of conduct food (ICRA) (Perez & Becerra, 2012) and the scale of perceived Social support for students teenagers (Nolten, 1994; Argentina version: Fernández Liporace & Ongarato, 2005).

There is a correlation between low levels of perceived social support and the diagnosis of eating disorder. In this way, the working hypothesis was corroborated. Then, at the same time, found a correlation between high levels of perceived social support and people who did not have a diagnosis related to eating disorders.

**Key Words:** Eating Disorders, Perceived Social Support, Adolescents, Propensity.

# ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS .....	2
RESUMEN .....	3
ABSTRACT.....	4
ÍNDICE GENERAL .....	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	6
ÍNDICE DE TABLAS .....	7
CAPÍTULO I .....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
CAPÍTULO II.....	10
ANTECEDENTES .....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia .....	17
Características clínicas de los Trastornos Alimentarios en adolescentes.....	18
La Anorexia Nerviosa (AN).....	20
La Bulimia Nerviosa (BN).....	21
Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE).....	22
Apoyo Social .....	23
Antecedentes históricos del concepto de Apoyo Social .....	26
Definición conceptual del Apoyo social .....	27
Apoyo social y Redes sociales .....	30
Aproximaciones contextuales y perspectivas de estudio.....	31
1. Perspectiva estructural sociológica .....	31
2. Perspectiva funcional y psicológica .....	33
3. Perspectiva Interaccional y Contextuales.....	34
Fuentes de apoyo social .....	38
Calidad y cantidad de apoyo .....	41
CAPÍTULO III.....	45
METODOLOGÍA .....	46
3.1 Objetivo general.....	46
3.2 Objetivos específicos .....	46
3.3 Hipótesis .....	46
3.4 Justificación y relevancia .....	47
3.5 Tipo de estudio o diseño .....	47
3.6 Población .....	47
3.7 Muestra .....	47
3.8 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....	48
3.9 Procedimiento.....	54
4.0 Análisis de datos .....	54
CAPÍTULO IV .....	55
RESULTADOS .....	56
4.1 Caracterización de la muestra .....	56
4.2 Descripción de las variables.....	58
4.3 Cruce de variables.....	64
4.3.1 Análisis de valores extremos .....	64
4.3.2 Análisis de normalidad .....	64
4.3.3 Análisis de correlaciones entre las variables.....	64
4.3.4 Diferencias entre grupos .....	65
CAPÍTULO V .....	66
DISCUSIÓN .....	67
6. ANEXOS .....	70
6.1 Instrumento de recolección de los datos.....	71
6.2 Consentimiento Informado .....	77
REFERENCIAS.....	78

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1.</b> Sexo. ....	56
<b>GRÁFICO 2.</b> Nivel Educativo.....	56
<b>GRÁFICO 3.</b> Estado Civil.....	57
<b>GRÁFICO 4.</b> Modalidad de convivencia.. ....	57
<b>GRÁFICO 5.</b> Propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población con diagnóstico de TCA que se atendían en la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA).. ....	58
<b>GRÁFICO 6.</b> Propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población sin diagnóstico de TCA.....	59
<b>GRÁFICO 7.</b> Apoyo Social Percibido en población con diagnóstico de TCA.. ....	59
<b>GRÁFICO 8.</b> Apoyo Social Percibido en población sin diagnóstico de TCA.. ....	60
<b>GRÁFICO 9.</b> Propensión a TCA según el género en las 131 personas que conformaron la muestra de estudio.....	61
<b>GRÁFICO 10.</b> Diferencia según el género del Apoyo Social Percibido.....	61
<b>GRÁFICO 11.</b> Comparación del Apoyo Social Percibido en personas con y sin diagnóstico de TCA.....	62
<b>GRÁFICO 12.</b> Dimensiones del Inventario ICRA en personas sin diagnóstico de TCA.....	62
<b>GRÁFICO 13.</b> Dimensiones del Inventario ICRA en personas con diagnóstico de TCA.....	63

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA I.</b> Propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población con diagnóstico de TCA que se atendían en la asociación de lucha contra la bulimia y la anorexia (ALUBA).....	58
<b>TABLA II.</b> Propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población sin diagnóstico de TCA.....	58
<b>TABLA III.</b> Apoyo social percibido en población con diagnóstico de TCA. ....	59
<b>TABLA IV.</b> Apoyo Social Percibido en población sin diagnóstico de TCA.....	60
<b>TABLA V.</b> Propensión a TCA en las 131 personas que conformaron la muestra de estudio. ....	60
<b>TABLA VI.</b> Apoyo Social Percibido en las 131 personas que conformaron la muestra de estudio. ....	61
<b>TABLA VII.</b> Relación entre la Escala Apoyo Social Percibido y la Propensión a los TCA.....	64
<b>TABLA VIII.</b> Apoyo social percibido de sujetos con y sin diagnóstico de TCA .....	65

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son aquellas alteraciones en las cuales la conducta alimentaria está perturbada; fundamentalmente, como consecuencia de los dramáticos intentos reiterados para controlar el cuerpo y el peso corporal (Perpiñá, 1994).

Por otra parte, el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas, que son proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza se denomina apoyo social, y puede darse tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de crisis (Lin, 1986).

Un elemento muy importante en la percepción del apoyo social es la calidad de ese apoyo social. Esta calidad se relaciona con el equilibrio entre las necesidades del sujeto receptor del apoyo y la medida en que estas necesidades son cubiertas (Terol, 1999).

El presente trabajo tiene como objetivo relacionar el apoyo social percibido y los trastornos de la conducta alimentaria.

Los TCA son considerados un problema de salud que afecta sin distinción a todas las clases sociales y edades, aunque la población adolescente tiende a ser afectada con mayor incidencia por este tipo de trastornos (Perpiñá, 1994).

Durante la adolescencia, la imagen corporal (representación mental del cuerpo) constituye una parte especialmente importante de la autoestima. En esta etapa vital, el cuerpo es atravesado por numerosas significaciones y, al ser el depositario de la identidad personal, la apariencia puede transformarse en la medida de valor del individuo en toda su totalidad. Por lo tanto, es importante el número de adolescentes que, sesgados por las exigencias de los estereotipos sociales de la belleza, eligen el camino de la obsesión por el cuerpo perfecto. El hecho de que chicas y chicos quieran verse flacos y vigorosos, incrementa la asistencia de los jóvenes a los consultorios, así como el padecimiento de ciertas enfermedades que son producto del sometimiento a exhaustivas rutinas de ejercicio, al consumo de anabólicos y a la restricción de alimentos, entre otros factores.

Por este motivo, se considera relevante la realización de esta investigación. Los TCA componen un problema de salud pública progresivo y endémico. Esto se debe a la gravedad de los síntomas asociados que se presentan en edades cada vez más tempranas, a la resistencia que los sujetos ponen al tratamiento, así como también a su creciente incidencia (Brownell, Hotelling, Lowe & Rayfield, 2011).

# **CAPÍTULO II**

## ANTECEDENTES

En distintos estudios epidemiológicos se encontró que en la actualidad existe un deseo por las mujeres adolescentes en ser más delgadas. Asimismo, se resaltó que la delgadez hoy en día es asociada con la belleza, la salud e incluso la riqueza (Baile, Guillén & Garrido, 2002; Raich et al., 1992; Toro, Castro, García, Pérez & Cuesta, 1989).

Asimismo, diversas investigaciones informaron sobre el papel que juega la insatisfacción por la imagen corporal, tanto en su dimensión perceptiva como en su dimensión emocional o afectiva en el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Cooper, Cooper, Fairburn & Taylor, 1987; Cooper & Goodyer, 1997).

Con respecto al trastorno alimenticio de la anorexia nerviosa, varios estudios epidemiológicos realizados ponen en evidencia que esta enfermedad aparece en un 0,5% a 1% de la población, donde aproximadamente el 90% de los casos son mujeres. A pesar de que en la actualidad el número de varones que desarrollan anorexia nerviosa está aumentando, la proporción que se estima es de 9:1. Por su parte, la bulimia nerviosa se presenta con mayor frecuencia que la anorexia y tiene una prevalencia en países occidentales que oscila entre un 2-3% (Ghaderi & Scott, 1999; Saldaña, Tomás & Bach, 1997).

Distintos estudios realizados muestran una relación directa entre el apoyo social y los trastornos de la alimentación. Aunque estos pacientes tengan un acceso social similar al apoyo social que los individuos sin trastornos, se evidencia una mayor disconformidad con sus redes de apoyo, también más incomodidad y ansiedad. Otro dato a tener en cuenta es que las redes sociales de los individuos con trastornos son más pequeñas, comparadas con los grupos controles. En particular, los pacientes con bulimia perciben menor apoyo social de parte de sus familiares y amigos y tienen un mayor número de interacciones negativas (Quiles Marcos, Terol Cantero & Quiles Sebastián, 2003).

Un estudio realizado por Bousoño, González y Bobas (1994) reveló que en un mismo paciente se pueden observar alternancias entre conductas bulímicas y restrictivas. Así, hasta un 50% de pacientes con bulimia ha presentado antecedentes de anorexia y las pacientes anoréxicas pueden desarrollar durante el trastorno conductas bulímicas.

De acuerdo a un estudio realizado por Beato y Rodríguez (2000); Raich (1994) y Saldaña et al. (1997), se pueden encontrar en las pacientes con trastornos de conducta alimentaria conductas impulsivas, pensamientos circulares repetitivos con respecto a la

comida, al peso y a ciertas características de personalidad exacerbadas (perfeccionismo y temor a madurar). Sin embargo, las alteraciones más frecuentes son síntomas depresivos, trastornos de ansiedad y una muy baja autoestima. Los sentimientos de disforia y depresión, así como la presencia de ansiedad, acompañan con frecuencia a la conducta anoréxica y bulímica, considerándose ambas variables fundamentales en el mantenimiento de los trastornos alimentarios.

Algunas investigaciones ponen en evidencia que los sujetos que padecen bulimia nerviosa suelen presentar un peor ajuste en el trabajo, tiempo libre, actividades sociales y en sus relaciones familiares, además de sentirse menos competentes socialmente en distintas áreas (confianza en su habilidad para un buen funcionamiento social, en la formación de relaciones íntimas, en la búsqueda de encuentros sociales, etcétera) (Cattanach & Rodin, 1988; Grissett & Norvell, 1992; Herzog, PePOSE, Norman & Rigotti, 1985; Johnson & Berndt, 1983).

Existen trabajos que han investigado la relación entre el apoyo social y los trastornos de la alimentación. Ellos muestran que aunque los pacientes con diagnóstico de bulimia o anorexia tengan un acceso similar al apoyo social que individuos sin el trastorno, se muestran más insatisfechos con sus redes de apoyo, más ansiosos, incómodos y alienados, sus redes sociales son más pequeñas comparados con los sujetos controles y en particular, las pacientes con bulimia perciben menor apoyo social de la familia y amigos y tienen un mayor número de interacciones negativas (Bennett & Cooper, 1999; Grissett & Norvell, 1992; Tiller et al., 1997). En el caso de las personas diagnosticadas con anorexia se espera que dispongan de una red familiar en la que sus padres son sus mayores proveedores de apoyo (Raich, 1994; Tiller et al., 1997).

Hasta el momento, los trabajos de revisión efectuados confirman que el apoyo social debe ser considerado como una variable de especial interés en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Bennett & Cooper, 1999; Cattanach & Rodin, 1988).

La mayoría de los trabajos de investigación coincide en afirmar que tanto anoréxicas como bulímicas cuentan con un menor número de proveedores de apoyo al compararlas con población sana (Ghaderi & Scott, 1999; Grissett & Norvell, 1992; Rorty et al., 1999; Tiller et al., 1997; Troop et al., 1998).

De acuerdo con Tiller, et al. (1997), es frecuente encontrar que las personas que sufren de algún trastorno alimenticio no cuentan con el apoyo de la pareja porque la han

perdido a lo largo de su enfermedad, lo que ocurre aproximadamente en el 66% de las anoréxicas y en un 44% de las bulímicas, frente a un 22% de las controles. Asimismo, un 14% de las anoréxicas y un 12% de las bulímicas no disponen del apoyo de un mejor amigo, tras perderlo durante la enfermedad.

Por su parte, Jacobson y Robins (1989) realizaron una investigación con pacientes diagnosticadas con algún trastorno alimentario. En dicho trabajo encontraron diferencias entre las bulímicas y la población sana en cuanto a apoyo social percibido, bien de hombres o de mujeres. En el estudio no se consideró el tipo de relación que el sujeto mantiene con el otro: amigo, pareja, profesional de salud, vecino, etcétera.

Por otro lado, los trabajos que evalúan a la familia en sentido amplio, como fuente proveedora de apoyo, encuentran que tanto anoréxicas como bulímicas perciben un menor apoyo de su familia frente a controles (Ghaderi & Scott, 1999; Grissett & Norvell, 1992; Troop et al., 1998). Asimismo, las personas con bulimia perciben menos apoyo de sus amigos frente a población sana, cuando se ha evaluado esta fuente de apoyo de forma global (Grissett & Norvell, 1992).

No obstante, Ghaderi y Scott (1999) difieren con respecto a lo anterior y concluyen que no existen diferencias en el apoyo social percibido de los amigos entre personas con y sin un trastorno de conducta alimentaria.

Con respecto a la adecuación del apoyo, estudios muestran que en el caso de las personas bulímicas se observan menores niveles de satisfacción con el apoyo al compararlas con los grupos controles. Incluso cuando la satisfacción es evaluada a partir de la discrepancia entre el apoyo real y el ideal también es menor, a pesar de que las personas anoréxicas y bulímicas establecen ideales de apoyo inferiores a la población sana (Rorty et al., 1999; Tiller et al., 1997).

En lo que respecta a la evaluación de la adecuación del apoyo, referida a los tipos de apoyo o a las fuentes proveedoras del mismo, en un estudio se encontró que las pacientes bulímicas están más satisfechas con el apoyo emocional, el instrumental y con el apoyo de los padres frente a controles (Tiller et al., 1997).

Contrariamente a lo anterior, Rorty et al. (1999) encontraron en su investigación que no existían diferencias significativas entre las personas diagnosticadas con bulimia y la población sana en satisfacción con el apoyo emocional de amigos y con el apoyo

informativo percibido de amigos o familia. Además, en el caso de personas con una alta o baja tendencia a desarrollar un trastorno alimenticio no hay diferencias en satisfacción con el apoyo, lo que podría indicar que esta dimensión del apoyo no favorece directamente el desarrollo de este trastorno.

Respecto a los tipos de apoyo, en varios estudios se encontró que personas con anorexia y bulimia suelen percibir menos apoyo informacional, emocional e instrumental que la población sana, no presentándose diferencias entre ambos tipos de pacientes en los dos últimos (Bennett & Cooper, 2001; Tiller et al., 1997).

De acuerdo con Sohlberg, et al. (1992), las pacientes diagnosticadas con anorexia o bulimia perciben un mayor apoyo emocional e instrumental en el primer y tercer años post-diagnóstico que en el segundo.

Aunado a lo anterior, según un estudio realizado por Bennett y Cooper (2001), si se considera el “hacer dieta” como factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria, se encontró que las personas que finalmente desarrollan el trastorno se diferencian de las que hacen dieta y no lo desarrollan en que cuentan con un menor apoyo emocional, instrumental e informacional en el año anterior al inicio de la enfermedad.

En un estudio realizado por Tiller et al. (1997) se encontró que las anoréxicas que reciben apoyo emocional, instrumental y el apoyo de hermanos tienen una adecuada autoestima; esto implica que una buena autoestima en estos pacientes será predictora de la satisfacción con el apoyo emocional e instrumental y con apoyo de la madre. Sin embargo, también se mostró que en bulímicas la relación entre apoyo social y autoestima no es significativa.

Otro estudio realizado por Jacobson y Robins (1989), refutó la hipótesis que afirmaba que las pacientes con bulimia se caracterizaban por la interacción de una alta dependencia social y un bajo apoyo social. Esta interacción no demostró significatividad en las pacientes analizadas en dicho trabajo.

Por su parte, Rorty et al. (1999) establecieron que con el ajuste social, las bulímicas que poseen una red pequeña de amigos y familiares presentan un peor ajuste. Con lo cual, también es posible predecir un menor ajuste en aquellas bulímicas más insatisfechas con el apoyo instrumental de los amigos y con el apoyo emocional de amigos y familiares.

Por otro lado, los resultados de otras investigaciones sugieren que el apoyo social está negativamente relacionado con la severidad de los síntomas de los trastornos de conducta alimentaria. Así, las bulímicas, que en el momento del diagnóstico cuentan con mayor apoyo de la familia y amigos presentan una menor severidad de la enfermedad valorada por la frecuencia de atracones y vómitos (Grissett & Norvell, 1992; Sohlberg et al., 1992).

En una investigación llevada a cabo por Sholberg et al. (1992), se encontró que a partir del tercer año post-diagnóstico contar con un mayor número de personas que den apoyo contribuirá a sentirse mejor, no encontrándose esta misma relación tras el primer o el segundo año. El apoyo social era entendido, en este estudio, como el número de personas que el paciente cree disponibles para proporcionarle apoyo emocional e instrumental. El apoyo social fue evaluado por los autores de forma longitudinal, en periodos de tiempo variables (1, 2 y 3 años) posterior al establecimiento del diagnóstico del trastorno alimenticio (anorexia o bulimia). Se encontró que tras los tres años de diagnóstico, el apoyo social está fuertemente relacionado con el curso de la enfermedad.

De acuerdo con un análisis bibliográfico realizado por Quiles y Terol (2003), se puso de relieve que tanto las anoréxicas como las bulímicas cuentan con un menor número de proveedores y perciben menos apoyo que la población sana.

Según señalan McClintock y Evans (2001) en su trabajo, una variable que media en la relación entre el apoyo social y los trastornos de conducta alimentaria es la auto-aceptación. En este sentido, cuanto menos se acepte una persona con un trastorno de conducta alimentaria menos apoyo social percibirá.

Un estudio realizado por Collings y King (1994), de diez años de seguimiento con pacientes bulímicas, mostró que la ausencia de una relación íntima de apoyo afectaba a la mejoría clínica y estaba asociado a problemas psiquiátricos.

Un estudio sugiere que las bulímicas presentan mayor insatisfacción que las personas con anorexia; sin embargo, estas últimas parecen estar igual de satisfechas que la población sana, no a causa de que reciban niveles similares de apoyo, sino porque establecen ideales de apoyo inferiores (Tiller, 1997).

En un estudio realizado por Koo-Loeb et al. (2000) no se encontraron diferencias significativas en satisfacción entre las personas que presentaban una alta o baja

tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. Los autores señalan que una posible razón es que esta dimensión del apoyo permanece a pesar de la pérdida de proveedores y es compensada por el número de personas que permanecen en la red de apoyo. De este modo, la satisfacción con el apoyo no viene determinada por la cantidad de proveedores, sino por la calidad del apoyo.

## MARCO TEÓRICO

### **Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se consideran enfermedades muy complejas que corresponden al plano de la salud mental. Son patologías provocadas por múltiples causas y que afectan principalmente a adolescentes y a mujeres jóvenes.

De acuerdo con López y Treasure (2011), los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres jóvenes, llegando a una incidencia del 5%. A pesar de ser un trastorno que incide mayormente en las mujeres, los varones no están exentos de padecerlo, una proporción de hombres de 1:10 es afectada actualmente.

Los TCA han sido ubicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre las enfermedades mentales más prioritarias para la atención de los niños y los adolescentes, dado el gran riesgo que implican para la salud. Frecuentemente, el diagnóstico más popular entre los adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nervosa (AN) y, finalmente, el de Bulimia Nervosa (BN) (Golden et al., 2003).

Los TCA abarcan factores de carácter psicológico y físico. En su etiología, desarrollo y mantenimiento involucran elementos del medio ambiente. A su vez, comparten síntomas cardinales tales como la insatisfacción con la propia imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal; una preocupación persistente e interferente por la comida; el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las cuales derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren.

La mayoría de las veces el curso de esta patología es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio (Hudson et al., 2007). El pronóstico de los TCA suele mostrar una mejora considerable cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad. En este sentido, el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prever la cronicidad.

Varias investigaciones toman la restricción de comida, también llamada dieta restrictiva, como uno de los precursores más importantes de los trastornos de la conducta alimentaria. Hombres y mujeres, mayoritariamente durante la adolescencia, pretenden reducir su peso corporal. Para ello, evitan ciertos alimentos engordantes,

como la comida chatarra o el pan (Bojórquez, Ávila Escalante, Cortés Sobrino, Vázquez Arévalo & Mancilla Díaz, 2008).

La adolescencia es un período donde tanto hombres como mujeres se encuentran en crecimiento y desarrollo, evaluándose constantemente. También es conocida como la etapa más vulnerable en relación con los problemas de alimentación, ya que se caracteriza por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física. Esta última, se torna diferente según el sexo: mientras los chicos se preocupan por tener una imagen corporal donde predomine la musculación, las chicas poseen unos ideales de belleza asociados a la delgadez y por debajo incluso de una talla saludable. En este sentido, la medida de la talla corporal en la adolescencia es un importante indicador de salud (Ramos, Rivera de los Santos & Rodríguez, 2010). En los casos de extrema delgadez y bajo índice de masa corporal, se habla de TCA.

Una gran parte de las adolescentes que sufre TCA no consulta directamente por este problema, ya que regularmente la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas, a pesar de que la salud física y psicológica se encuentra severamente amenazada por la enfermedad (López & Treasure, 2011). La patología alimentaria en las adolescentes muchas veces es detectada por sus padres, profesores o pares, siendo forzosamente llevadas a consultar a un profesional de la salud. Dichas consultas, en estos casos, se realizan a médicos generales, nutricionistas o nutriólogos o, en una gran proporción, a médicos capacitados para atender los problemas asociados a los TCA (por ejemplo, problemas ginecológicos tales como la menorrea; dentales como las erosiones del esmalte; gastroenterólogos como la gastritis o las úlceras, etc.). Esta cuestión enfatiza la importancia de que los médicos no especialistas en el tema posean las herramientas necesarias que les permitan sospechar el diagnóstico y actuar oportunamente para conseguir una pronta y exitosa derivación a un equipo especializado de profesionales (Harris & Barraclough, 1998).

### **Características clínicas de los Trastornos Alimentarios en adolescentes**

Las definiciones y categorización de los TCA en las distintas clasificaciones internacionales continúan siendo materia de debate. El principal desafío se encuentra en la dificultad para separar los síntomas diagnósticos y conductas asociadas a los TCA que frecuentemente se sobreponen unos con otros en las categorías vigentes en la actualidad (Teasure, et al., 2010). Las dos categorías internacionales más destacadas son

el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad).

Según el DSM IV (1996) los TCA son caracterizados como alteraciones graves de la conducta alimentaria e incluyen como trastornos específicos: la Anorexia Nerviosa (AN) (miedo a la obesidad reflejado en ayunos deliberados para perder peso), la Bulimia Nerviosa (BN) (ingesta voraz seguida por maniobras para eliminar las calorías ingeridas) y los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE) -o Trastornos Alimentarios Atípicos, según CIE-10 (1992).

Los límites entre estas categorías están basados en el grado de desviación del peso normal, el patrón de alimentación y las medidas para controlar el peso utilizadas por quienes los sufren (Collier & Treasure, 2004).

En la actual revisión de los criterios del DSM-IV, en miras del lanzamiento de la 5ª edición de este manual, se espera superar algunos de los problemas más comunes de la clasificación para su aplicación clínica. Los esfuerzos generales apuntan a lograr los siguientes objetivos:

Una mejor y más homogénea caracterización de los TANE (ya que es una de las categorías utilizadas con mayor amplitud en settings clínicos, cuya prevalencia varía entre un 50 y 70% en los individuos que padecen TCA (Norrington & Palmer, 2005).

Evaluar la validez y la utilidad del diagnóstico de Trastorno por Atracón, clasificado en la actualidad como TANE (Wonderlich et. al., 2009).

Considerar en la redefinición de los criterios diagnósticos la migración que se da con frecuencia entre AN y BN, y entre los patrones restrictivos y compulsivo-purgativos en AN.

Por otra parte, otro tema en discusión está relacionado con la aplicación de los criterios, hasta ahora mencionados, establecidos para los TCA. Se trata de una cuestión bastante compleja en el caso de las adolescentes, debido a las características propias de esta etapa del desarrollo y a los procesos que tienen lugar en ella. Con base en esto, el grupo de trabajo dedicado a la clasificación de los TCA para niños y adolescentes, estableció un acuerdo para proponer ciertos cambios en la clasificación actual. Entre ellos se pueden destacar los siguientes:

Establecer límites menores y más sensibles al desarrollo en el caso de los adolescentes para determinar la severidad de los síntomas (por ejemplo, disminuir la frecuencia de las conductas purgativas requerida y considerar la desviación significativa de las curvas del desarrollo caso a caso como criterio diagnóstico, en vez de guiarse puntos de corte estandarizados).

Que puedan ser considerados indicadores conductuales de los rasgos psicológicos de los TCA, en lugar de solicitar su reporte por parte de la misma paciente (por ejemplo, considerar la negación a comer como un equivalente al temor a engordar) y que se debe alertar a los profesionales sobre la limitación de algunos adolescentes para expresar o describir este tipo de síntomas.

La inclusión de múltiples informantes para evaluar los síntomas (por ejemplo, los padres, tutores, familiares más cercanos, profesores o amigos).

Estos cambios ayudarán a los profesionales que trabajan con adolescentes a superar algunas de las dificultades diagnósticas actuales que crean barreras para el tratamiento. Por lo tanto, es recomendable que el diagnóstico de los TCA en la adolescencia, siguiendo los criterios mencionados, se realice en el contexto de las características del desarrollo puberal y adolescentes considerados normales (López & Treasure, 2011).

### **La Anorexia Nerviosa (AN)**

La Anorexia Nerviosa fue descrita como un problema médico por Richard Morton, hacia finales del siglo XVII. Dicho autor, describió casos de personas, principalmente mujeres, que sufrían una pérdida significativa de peso, no asociada a causas físicas u orgánicas.

Posteriormente, dos siglos más tarde, Lasegue en 1873 y Gull en 1874, ilustraron con gran detalle dos casos que presentaban características similares que lo que hoy en día se entiende por AN.

Para definirla, es posible decir que la AN es un trastorno psiquiátrico grave y de gran complejidad, que se caracteriza por el mantenimiento o la búsqueda voluntaria de un peso que está por debajo del rango saludable para la edad y talla de quien lo padece. Esto es logrado a través de medios extremos para controlar el peso tales como el ejercicio compulsivo, la restricción de los alimentos para consumir y/o las conductas purgativas. Estos síntomas están acompañados por un intenso temor a ganar peso o por la negación de estar en un peso realmente bajo. De acuerdo con Bravender et al., (2010) este trastorno presenta una prevalencia de 0.48 – 0.7% entre las adolescentes.

## **La Bulimia Nerviosa (BN)**

Etimológicamente el término “bulimia” significa tener un “apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”. Esto hace alusión a una de las características diagnósticas fundamentales de este trastorno: la presencia de los llamados “atracones”.

A finales del siglo XX, la BN obtuvo el reconocimiento como un trastorno de la conducta alimentaria en sí misma. Esto ocurrió luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russel, en el Reino Unido, seguido por su inclusión en el DSM-III. No obstante, las descripciones más tempranas sobre este padecimiento se remontan a tres casos documentados de BN, realizados en 1972 por Otto Dörr-Zegers, un psiquiatra de origen chileno. Asimismo, es relevante la aportación de Hilda Bruch, quien en 1973 realizó una sistemática descripción de la BN (Vandereycken, 1994).

Lo que caracteriza a todas estas descripciones es la presencia de un síndrome alimentario, que se caracteriza por episodios regulares de “hiperfagia”, seguidos por purgas u otras conductas compensatorias.

La BN puede ser considerada la presentación más común de los TCA, tomando en cuenta todos los grupos etarios, después de trastornos alimentarios no especificados. La prevalencia de esta enfermedad ha sido estimada entre 1 y 2% en mujeres jóvenes, y su edad de aparición suele ser entre 15,7 y 18,1 años.

Una de las diferencias más importantes que presenta la BN con respecto a la AN es que las adolescentes que presentan el primer trastorno frecuentemente mantienen su peso sin cambios, dada la ineffectividad de los métodos purgativos. Además, la mayoría de las pacientes con BN está muy afectada y avergonzada por la pérdida de control sobre su ingesta. Esto facilita mucho más la motivación en estas pacientes para recibir ayuda profesional. Sin embargo, el tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta es largo, debido principalmente a la posibilidad de mantener el trastorno en secreto y porque éste no provoca signos visibles para las otras personas que rodean a la enferma (Fairburn & Harrison, 2003).

Siguiendo los criterios establecidos por el DSM-IV, se debe enfatizar la presencia regular y recurrente de los episodios de sobreingesta, mejor conocidos como atracones, los cuales están acompañados por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso que potencialmente produciría el atracón.

Dentro del trastorno de la BN se pueden distinguir dos subtipos, según lo señala el DSM-IV. Uno de ellos tiene que ver con la recurrencia que presentan las pacientes a

efectuar conductas purgativas (vómitos, abuso de laxantes y/o diuréticos u otras medicinas). El otro subgrupo se caracteriza porque las enfermas no recurren regularmente a purgas después de sus atracones, sino que utilizan conductas compensatorias tales como el excesivo ejercicio o el ayuno (López & Treasure, 2011).

### **Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE)**

Los TANE son una categoría residual que incluye los TCA que no cumplen todos los criterios para AN o BN. Estos trastornos constituyen los TCA más comunes entre las adolescentes, con una prevalencia estimada en 3,06% entre las mujeres jóvenes. A diferencia de lo que sucede en la BN o en la AN, los TANE reportan una creciente prevalencia en las últimas décadas (Machado et al., 2007).

Específicamente, los TANE incluyen los casos que cumplen con todos criterios para la AN, pero que permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal (inclusive después de una pérdida considerable de peso); los casos que cumplen con todos los criterios para BN, pero cuya frecuencia de atracones y purgas es menor a dos veces por semana; los casos en que las purgas o las conductas compensatorias suceden después de haber ingerido sólo una cantidad mínima de alimentos en una persona con peso normal; los casos que se mastica y devuelve gran cantidad de alimentos; y finalmente los casos que deben incurrir regularmente en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas (Trastorno por Atracón).

Con respecto al diagnóstico de los TCA en general, resulta de gran relevancia destacar dos aspectos. En primer lugar, existen múltiples estudios que han reconocido a prevalencia de la migración temporal entre diagnósticos de TCA, lo que ha conducido a validar cada vez más la visión transdiagnóstica de los mismos. Según el modelo construido a partir de estas investigaciones, los TCA serían mantenidos por mecanismos comunes, independientemente de su forma de presentación y, por lo tanto, pueden ser tratados de forma similar (Wade et al., 2006). Finalmente, otra forma de abordar las diferencias y similitudes entre estos trastornos es considerar los matices que las características de personalidad imprimen a su presentación clínica.

Según un estudio efectuado por Westen y Harnden-Fisher (2001), se pueden distinguir tres tipos predominantes de personalidad entre quienes presentan un TCA. El primero de ellos se describe como un grupo de alto funcionamiento, autocrítico, perfeccionista que tienen la tendencia a sentir culpa y ansiedad, y que en su mayoría sufren de BN.

En segundo lugar, está el grupo que posee un perfil sobrecontrolado o constreñido, en el cual hay una restricción de placer, necesidades, emociones, relaciones, autoconocimiento, sexualidad y entendimiento profundo de los otros. Por lo general, estos pacientes se presentan disfóricos, anedónicos, ansiosos y con un potente sentimiento de vergüenza. Este tipo de personalidad es observado, por lo regular, en personas que padecen AN de tipo restrictivo.

El tercer tipo de personalidad incluye a personas que se caracterizan por una desregulación emocional y por impulsividad. Los individuos que conforman este grupo con frecuencia presentan antecedentes de abuso sexual y los síntomas de trastornos alimentarios, que son generalmente del tipo bulímico, les sirven para modular la intensidad del afecto. Estos subgrupos de personalidad se manifiestan como rasgos temperamentales en la niñez.

### **Apoyo Social**

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta. Durante este momento, el individuo experimenta un gran número de cambios y desafíos evolutivos. El adolescente inicia la ardua tarea de definir su identidad (Erikson, 1963) y se confronta a la consolidación de cambios cognitivos como el pensamiento abstracto (Inhelder & Piaget, 1972) y, con frecuencia, al desarrollo de un sistema de valores propio (Kohlberg, 1973). Al mismo tiempo, anhela una mayor independencia del contexto familiar y otorga un papel cada vez más importante y decisivo al grupo de iguales (Sullivan, 1953; Erwin, 1998).

Por décadas, se ha mantenido la representación cultural de la adolescencia como un periodo caracterizado por innumerables problemas y tensiones. Como un periodo de confusión normativa, tormentoso y estresante, conformado por fluctuaciones y desacuerdos (Hall, 1904; Cotterell, 1996). Sin embargo, en las últimas décadas esta concepción negativa de la adolescencia ha sido sustituida por otra más optimista que subraya los aspectos positivos de este periodo, mostrando a la adolescencia como una etapa de evolución durante la cual el individuo se ve confrontado a un amplio horizonte de demandas, conflictos y oportunidades (Compas et al., 1995). Desde esta perspectiva, se entiende que el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida (Grotevant & Cooper, 1985).

Ahora bien, el hecho de que la adolescencia ya no sea descrita como una etapa de necesaria conflictividad, rebeldía y desajuste social, no significa que no sea una etapa difícil. De acuerdo con los señalamientos de Arnett (1999), el incremento en el número de conflictos con los padres, la mayoría de las alteraciones en el estado de ánimo y la mayor implicación en conductas de riesgo son aspectos característicos de la adolescencia, que la convierten en una etapa especialmente difícil no sólo para el/la adolescente sino también para las personas que lo rodean.

Es importante destacar, con respecto a lo que se ha dicho hasta ahora sobre el adolescente, que no todos los individuos que experimentan esta etapa la inician con los mismos recursos personales y sociales. La mayor o menor adaptación del adolescente estará determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos que tiene el adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Musitu et al., 2001).

Según Castel (1981) y Castel, Castel y Lovell (1980) la sociedad es un entramado complejo de relaciones sociales donde no todas las personas que la componen participan del mismo modo en el acceso, distribución, consumo de recursos y bienes, ni todas tienen la misma capacidad de modificar papeles y formas de género ni todas pueden establecer normas y regulaciones colectivas. El conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas, que son proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza denominado Apoyo social puede darse tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de crisis.

Un elemento muy importante en la percepción del apoyo social es la calidad de ese apoyo social. Esta calidad se relaciona con el equilibrio entre las necesidades del sujeto receptor del apoyo y la medida en que estas necesidades son cubiertas.

Hoy en día se puede percibir un aumento ostensible de las investigaciones sobre el apoyo social y su relación con el bienestar psicosocial y el afrontamiento de situaciones estresantes. Esto ha ocurrido fundamentalmente desde mediados de los años 70, momento en que este tema se consolida como un prolífico campo de investigación (Caplan, 1974; Cassel, 1974; Cobb 1976).

El apoyo social hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo emocional, informacional, material, o de compañía que la persona percibe y recibe de distintos miembros de su red social (Gracia, Herrero & Musitu, 1995). Contar con personas de confianza a las que es posible expresar emociones, confiar problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado impactar fuertemente tanto en la autoestima como en la

capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones complejas y estresantes (Lin & Ensel, 1989; Herrero, 1994; Cava, 1995; Musitu et al., 2001).

En lo que respecta a la adolescencia, se ha constatado que aquellos adolescentes que perciben mayor apoyo por parte de sus padres suelen utilizar también estrategias de afrontamiento más efectivas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con mayores competencias sociales (Barrera & Li, 1996; Musitu et al, 2001).

Por otra parte, la adolescencia es también un periodo que comprende diferentes etapas y durante el cual la red social del adolescente evoluciona en gran medida. Siguiendo la misma perspectiva, Kahn y Antonucci (1980) propusieron la “metáfora del convoy” para describir de qué manera evoluciona la red social de una persona en las diferentes etapas evolutivas. En cada estación -o etapa evolutiva-, las personas del entorno van variando, así como la importancia que se les concede como fuente de apoyo. En relación a esto, algunos estudios, como el de Furman y Buhrmester (1992), han analizado la evolución de la red social de chicos y chicas de 9, 12, 15 y 19 años, observando cómo las principales fuentes de apoyo percibidas variaban según la edad.

Por otro lado, existe otra cuestión de gran relevancia relativa a la red de apoyo de los adolescentes. Sobre esto se han planteado diferentes hipótesis que señalan que se trata del tipo de conexión que existe entre la percepción de apoyo de los padres y la percepción de apoyo de los iguales (Beest & Baerveldt, 1999; Martínez & Fuertes, 1999). Por una parte, investigadores como Fuligni y Eccles (1993) han sugerido un modelo complementario, al observar que aquellos adolescentes que perciben pocos cambios en la organización familiar, en el sentido de otorgarles una mayor participación en la toma de decisiones familiares y una mayor autonomía e independencia, buscan más apoyo y consejo en sus amigos que en su familia. De esta forma, las relaciones con los iguales se ven intensificadas cuando las relaciones familiares no aportan el apoyo que el adolescente necesita. Por tanto, se trataría de una relación de signo negativo.

Otro planteamiento tiene que ver con la existencia de una relación positiva entre la percepción de apoyo de los padres y la percepción de apoyo de los amigos. Así, por ejemplo, Dekovic y Meeus (1997) observaron relaciones positivas entre el apoyo parental y una mayor satisfacción en las relaciones con los iguales. Desde esta segunda perspectiva, podría pensarse que las relaciones familiares proporcionan un aprendizaje en habilidades sociales y en esquemas interpersonales que facilitan o dificultan las relaciones con los iguales. Ambas relaciones son necesarias y se potencian mutuamente.

## **Antecedentes históricos del concepto de Apoyo Social**

Recién en los inicios del siglo XXI, el estudio de los mecanismos de formación de las redes sociales y su dinámica adquiere una especial relevancia. En ese momento, a pesar de la creciente mercantilización e individualización de todas las esferas de la vida social, continuaron surgiendo grupos o comunidades especializados en función de los intereses y las necesidades comunes. A este proceso el autor Barry Wellman (2001) lo ha denominado como “individualismo conectado”, es decir, comunidades flexibles que acompañan el proceso de individualización inducido por el capitalismo.

En las últimas décadas del pasado siglo XX y de forma especial en disciplinas como la Medicina Preventiva, la Psicología Comunitaria y de la Salud y la Sociología, nace el estudio del “apoyo social”. Aunque con anterioridad se realizaron diversos estudios, como son los llevados a cabo, entre otros, por Durkheim (1897) y McKenzie (1926). También es necesario señalar el desarrollo del estudio de las redes sociales por parte de la Escuela de Chicago, la cual se interesó por los problemas psicológicos y sociales derivados de la ruptura de tales redes.

Por otra parte, los sistemas de salud se enfrentaban a un gran incremento de las enfermedades crónicas, a fuertes procesos migratorios y a una población cada vez más anciana que pusieron en evidencia la carencia de los recursos necesarios tanto de carácter sanitario como social. Este modelo sanitario estuvo acompañado de una reducción de los presupuestos destinados a la salud y de un uso abusivo de los fármacos. En estas circunstancias, el modelo médico hegemónico perdió autoridad y progresaron otros modelos alternativos. En este contexto de reducción de recursos y búsqueda de soluciones alternativas apareció el término de “Apoyo Social” utilizado por disciplinas dispares como la Medicina Preventiva, la Sociología, la Psicología Comunitaria y Salud, y la Antropología.

Como se decía anteriormente, la falta de recursos procedentes de la Administración favorecen la creación de entidades u organizaciones bajo la denominación de “grupos de autoayuda” o de “ayuda mutua”. Estos grupos ofrecen ayuda de distinta índole a personas con el único objetivo común de satisfacer sus necesidades frente a un hecho estresante: pérdida de un ser querido, diagnóstico de una enfermedad, estigmatización social, etcétera. La literatura existente sobre tales asociaciones coincide en la importancia de las redes personales de los afectados y en la necesidad de ampliarlas y reforzarlas (Llopis, 2005).

Sin embargo no se debe olvidar que cualquier persona en situación de peligro, angustia, o estrés, está dispuesta a buscar la proximidad de otra persona, sus palabras que le orienten o den consuelo, y en definitiva a cualquier aportación que le ofrezca bienestar.

### **Definición conceptual del Apoyo social**

Que las personas obtienen sustento y apoyo de su entorno ha sido admitido de forma intuitiva y como algo obvio a lo largo de los años, pero ha sido en los últimos 20 años cuando se ha tenido lugar un creciente interés sobre este tema. Sin embargo, a pesar del espectacular aumento de trabajos en el área de apoyo social, la literatura más reciente sigue referenciando la falta de uniformidad respecto a su definición y conceptualización (Barrón, 1996).

Se ha sugerido que existen tantas definiciones de apoyo social como investigadores interesados en el tema, y aún hoy en día, la diversidad conceptual y metodológica sigue caracterizando los trabajos llevados a cabo en esta área (Wood, 1984).

Una breve revisión de los antecedentes en este tema muestra el interés general de las diferentes disciplinas preocupadas por el estudio del apoyo social (Epidemiología, Sociología, Psicología, Gerontología, Educación para la Salud, entre otras). Durkheim (1951), en su clásico estudio, mostró cómo el debilitamiento de los lazos sociales se relaciona estrechamente con el suicidio. Siguiendo esta perspectiva sociológica Myers y cols. (1975) consideran el apoyo social como una cuestión de centralidad social frente a la marginalidad, de forma que las personas no integradas se dice que son marginadas, o sea sin apoyo. En ésta línea, otros autores sugieren que el apoyo social se fundamenta en la mera presencia de otras personas (Bovard, 1959).

Durante los años 70, y desde una perspectiva Psicológica, otros autores como Moos (1973), se centraron en la dimensión emocional y el sentimiento subjetivo de apoyo. También predominó la visión de Lin y cols. (1979), quienes definieron el apoyo social en términos de lo que es accesible a un sujeto a través de lazos sociales de otros individuos, grupos y de la comunidad. Aunque son Cassel (1974; 1976) Caplan (1974, 1977) y Coob (1976) los autores que frecuentemente se consideran como los fundadores de las investigaciones sobre apoyo social. Sus trabajos enfatizaban la importancia de los recursos que ofrecen las relaciones sociales para el bienestar de los individuos, y demostraban asociaciones entre problemas psicológicos y psiquiátricos con factores

como status marital, movilidad geográfica y desintegración social, en el sentido de que tales problemas se acompañaban de falta de vínculos o apoyos sociales adecuados.

Entre las aportaciones más significativas de éstos autores cabe mencionar en primer lugar a Cassel (1974) quién señaló que el apoyo social es ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo. En segundo lugar, a Caplan (1974), de quien se destaca haber mencionado por primera vez las funciones del apoyo social caracterizándolas por el aporte a un individuo de información y guía cognitiva, recursos tangibles y apoyo emocional que le permiten manejar emocionalmente un evento estresante. Éste autor además subraya que el apoyo social procede de personas significantes para el sujeto, es decir, aquéllas con quienes se mantienen buenas relaciones en los distintos contextos sociales. Finalmente, son relevantes las sugerencias de Cobb (1976) acerca de que los beneficios del apoyo social se derivan de la información que se ofrece a los individuos respecto de que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social.

Esta inauguración conceptual y metodológica del tema del apoyo social derivó en la proliferación de numerosos estudios que se desarrollaron en décadas posteriores con el objetivo de establecer distintas relaciones entre salud y mantenimiento de relaciones sociales, así como de concretar y operativizar el concepto de apoyo social.

Una característica común de las definiciones que se citan durante este periodo es su remarcado interés en la naturaleza interactiva y social del apoyo. Entre estas definiciones se puede destacar la de Thoits (1985,) que propone como definición de apoyo social el grado en que las necesidades sociales básicas (afiliación, afecto, identidad, seguridad, y aprobación) de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros.

Otras como la de House (1981), que al igual que Caplan (1974), se interesa por el tipo de transacciones que tienen lugar en las relaciones de apoyo y las funciones que éstas cumplen; las de carácter emocional (amor, empatía, cariño, confianza), las de ayuda (bienes y servicios), las informativas (dirigidas a solucionar el problema), y las valorativas (feedback sobre la actuación personal). Estas últimas refieren, por un lado, a una dimensión objetiva del apoyo social representada por las transacciones reales de ayuda, y por otro lado, a una dimensión subjetiva; las evaluaciones que realiza el sujeto respecto de ésas transacciones.

Otra definición es la propuesta por Shumaker y Brownell (1984) que consideran el apoyo social como un intercambio entre al menos dos individuos, con el objetivo, percibido por el proveedor o por el receptor, de incrementar el bienestar de este último.

A finales de los años 80, surge una tendencia común hacia una visión más integradora del apoyo social. Así por ejemplo, Hobfoll y Stokes (1988) lo definen como “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen al individuo asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada”. En el mismo sentido, Vaux, (1988) defiende que el apoyo social es un meta-construido con tres elementos conceptuales que se relacionan en un proceso dinámico de transacciones entre el sujeto y su ambiente: recursos de la red, conductas de apoyo y evaluaciones de apoyo.

Lin y Ensel (1989) definen el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales, o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos, y añaden que estas provisiones pueden producirse tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de crisis. De estas definiciones más recientes, cabe destacar el interés común por hacer interactuar a los distintos aspectos con los que, hasta el momento, venía relacionándose el concepto de apoyo social: carácter interactivo e interpersonal, existencia de relaciones y redes sociales, transacción de recursos de apoyo, valoración subjetiva del sujeto y de sus necesidades, y sentimientos de integración, aceptación y de sentirse querido o amado.

Como se ha visto a lo largo de esta explicación, en la literatura se cita un gran número de definiciones sobre apoyo social, inicialmente más imprecisas, pero que se han ido posicionando y perfeccionando a través de los años.

Respecto del apoyo social, es realmente difícil delimitar lo que concierne meramente a la definición y aspectos teóricos, de lo que se concluye a través de los trabajos empíricos. En esta área, la investigación y conceptualización se ha desarrollado de forma interdependiente y recíproca. Por un lado, las definiciones de apoyo social han partido de los resultados empíricos encontrados y en particular de cómo se había operativizado para medirlo. Y por otra parte, las decisiones sobre la operativización del constructo y de las variables resultado (salud y bienestar) han partido de las definiciones de apoyo social. De este modo, inicialmente, basándose en la explicación de una variable (apoyo social) según sus efectos sobre otra, se definía el apoyo social sin haberse operativizado, o bien a partir de cómo se había operativizado, en particular y con respecto de un determinado trabajo, se definía el constructo de apoyo social.

En algunos trabajos se atribuía un efecto sobre la salud a los recursos que surgen del mantenimiento de las relaciones sociales en sí mismas; y en otros, se hacía especial hincapié en la necesidad de cierta calidad e intensidad de esos recursos (Loventhal y Haven, 1968). De tal modo que ciertas definiciones enfatizaban el objetivo de

integración social y de la existencia de relaciones en sí mismas. Otras, se enmarcaban más en una perspectiva de estudio transaccional e interpersonal del tema del apoyo social, poniendo el acento en el interés en las funciones de apoyo y el tipo de valoraciones subjetivas del individuo según sus necesidades. Por último, estaban las definiciones que reflejaban los intentos de integración de las anteriores.

Toda la explosión conceptual y metodológica anterior se resume en una conceptualización del apoyo social como un meta-constructo, que ha sido investigado a través de distintas disciplinas y orientaciones, generándose así, una gran variedad en cuanto a definición, perspectivas de estudio y métodos de evaluación.

### **Apoyo social y Redes sociales**

Como se dijo en el apartado anterior, no es fácil realizar una definición exacta del concepto de “apoyo social” teniendo en cuenta la cantidad de actividades que en su término se deben incluir. Para ello se ha considerado necesario y pertinente distinguir tres factores fundamentales para llegar a un concepto más o menos claro del mismo (Barrón, 1996).

En primer lugar cabe preguntarse por el nivel de análisis, dónde se observa el nivel comunitario, a continuación por las redes sociales y finalmente por el nivel personal. Es en el nivel comunitario en donde la sensación de pertenencia y de integración social favorecerá destacar los roles y los distintos contextos sociales.

En un segundo nivel se sitúan las redes sociales que aportan un sentido de unión con el resto de los actores, y finalmente se sitúan las transacciones que se hayan presentes en las relaciones más íntimas en donde se esperan intercambios recíprocos y mutuos.

Es importante advertir que la existencia de relaciones sociales no implica obligatoriamente un suministro de apoyo social. Por dicha razón el término de red social se refiere a los aspectos estructurales de apoyo social, mientras que el propio concepto de apoyo social se refiere a aspectos funcionales del mismo (Barrón, 1990).

Un factor a tener en cuenta tiene que ver con las distintas perspectivas de estudio. Siguiendo a Lin (1986), estas perspectivas se pueden clasificar en tres grupos: la perspectiva estructural y sociológica, la perspectiva funcional y psicológica, y la perspectiva contextual.

## **Aproximaciones contextuales y perspectivas de estudio**

Las tres perspectivas antes mencionadas: la estructural y sociológica, pasando por orientaciones más psicológicas y funcionalistas hasta la perspectiva interaccional y contextual, han ido surgiendo casi de modo secuencial a lo largo de estos últimos veinte años. Su orden de aparición y desarrollo resume la trayectoria de investigación llevada a cabo sobre el área de apoyo social y más que concebirlas como perspectivas independientes es necesario interpretarlas como el resultado de un proceso continuo, marcado por los trabajos iniciales realizados en esta área hasta los actuales.

Los resultados obtenidos a través de las investigaciones llevadas a cabo sobre el apoyo social han ido mostrando la complejidad del constructo. En consecuencia, se han ido delimitando distintas perspectivas de estudio que, desde un enfoque inicial más simplista hasta la complejidad de lo actual, permitieran por un lado, describir y explicar el proceso de apoyo social desde un marco teórico global, y por otro lado, delimitar y operativizar las distintas variables y dimensiones implicadas a la hora de evaluar el constructo que interesa a la presente investigación.

### ***1. Perspectiva estructural sociológica***

Este tipo de perspectiva hace referencia a aquellos trabajos que se ocupan del análisis de las redes sociales y de cómo la mera existencia de determinadas relaciones sociales y de interconexiones entre los miembros de la red tienen determinados efectos sobre la salud de un individuo o un grupo.

Se examina todo el campo social en que el sujeto está inmerso. Toma como papel fundamental el estudio de las redes sociales y sus dimensiones. Gottlieb (1981 citado en Barrón, 1990) sostiene que la red social es la unidad de la estructura social que incluye todos los contactos sociales del individuo. Asimismo la misma autora afirma que en un estudio de redes se obtiene información sobre sus propiedades pero no de la disponibilidad de los recursos.

Desde esta perspectiva, se asume que tener relaciones sociales es equivalente a tener apoyo. Esta hipótesis, fundamentada en aproximaciones sociológicas, caracterizó sobre todo las investigaciones iniciales que se centraron en la predicción y resultados del apoyo social en función de las características de la red. Sin embargo, como afirman Gracia et. al. (1995) los factores incluidos en la predicción (características de red) no deben confundirse con el fenómeno que se pretende predecir; la funcionalidad del apoyo social y sus efectos.

Desde la perspectiva estructural han sido estudiados dos aspectos fundamentales: la integración y participación social y la estructura de las redes sociales. El primero de ellos se refiere al conjunto de relaciones de un individuo como índice cuantitativo de integración. El segundo se refiere a las relaciones de un individuo, grupo o comunidad a partir de las características de la red social.

Conceptualmente, la cuestión de si una medida es objetiva o subjetiva no implica necesariamente partir de una perspectiva estructural o funcional, respectivamente. Aunque, en términos generales y desde una perspectiva estructural, la información recogida se basa en medidas objetivas de las características de las redes sociales (número de personas con las que se relaciona, frecuencia de contactos, etc.) y la experiencia o percepción del individuo ocupa un lugar secundario.

Por su parte, el estudio del apoyo social desde una perspectiva funcional, está representado mayoritariamente por medidas subjetivas y de auto-informe (Gracia et al., 1995). Los índices de apoyo social evaluados desde perspectivas estructurales se refieren al número de miembros activos con quienes un sujeto o grupo se relaciona incluyendo los que provienen tanto de sistemas comunitarios (de prestación económica, asistencial y/o sanitaria denominadas redes formales de apoyo), cómo los de las llamadas redes informales. Estas últimas engloban todas aquellas relaciones sociales que de forma natural se configuran en el entorno del sujeto, (amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.).

Los estudios llevados a cabo desde ésta perspectiva estructural y sociológica han recibido numerosas críticas:

La forma de evaluación y las variables implicadas en los trabajos llevados a cabo desde ésta perspectiva varían considerablemente siendo prácticamente imposible llegar a conclusiones precisas acerca de los efectos de las redes (House & Khan, 1985).

Un creciente número de autores entiende la integración como un concepto subjetivo vinculado a un sentimiento de pertenencia y no como una mera suma de contactos sociales (Gracia et al., 1995).

Sólo se han encontrado asociaciones débiles de las características de las redes con resultados de salud y con otras variables de adecuación del apoyo o disponibilidad (Sarason et al. 1990).

La evidencia empírica para la utilidad de estas medidas en cuanto a calidad de predicción de las percepciones individuales sobre apoyo es baja (House & Khan, 1985; Saranson et al., 1990).

Pretender que todas las relaciones sociales contribuyen de igual modo al bienestar del individuo es simplificar la cuestión. No todos los contactos sociales son beneficiosos, también pueden ser fuentes de conflicto. Así, algunos autores dirigen sus análisis de redes hacia aquellas relaciones “más significativas” lo que supone incorporar aspectos funcionales (Gracia et al., 1995). Es necesario por tanto, aproximarse a perspectivas más psicológicas y atender a la calidad y significado de las relaciones y no únicamente a la cantidad y estructura de las mismas. (House & Khan, 1985; Saranson et al., 1990; Gracia et al., 1995).

En ocasiones, la información “objetiva” (por ejemplo el número de relaciones, frecuencia de contactos) desde perspectivas estructurales se recoge preguntándole al sujeto de quien se quiere evaluar el apoyo. En este caso, su información acerca de, por ejemplo, la frecuencia de sus relaciones o el número de las mismas, puede responder más a su percepción de las mismas que a lo que objetivamente ocurre (Cohen & Syme, 1985).

## ***2. Perspectiva funcional y psicológica***

Frente a la perspectiva estructural, la funcional evalúa si las relaciones interpersonales cumplen determinadas funciones emocionales, de ayuda, e informativas, entre otras. Se han incluido valoraciones de esas funciones, en ocasiones en términos más globales y cognitivos, como un sentimiento general de sentirse apoyado, y otras veces, considerando también las distintas formas de apoyo posibles. Inicialmente, el interés se centraba básicamente, en la valoración subjetiva y global del individuo respecto de sentirse apoyado y en cómo la calidad de las relaciones sociales fomentan estos sentimientos. En este sentido, se evaluaba más la disponibilidad de apoyo percibida especificándose en mayor o menor medida las personas que podrían apoyar y cómo podrían hacerlo. En este tipo de evaluaciones el sujeto responde lo que uno cree o espera de los demás, más desde un “sentimiento subjetivo de sentirse apoyado” (Saranson et al., 1990) que desde la experiencia de acciones de apoyo reales ante situaciones específicas. Entonces, desde éste enfoque, se defiende que el apoyo social está influido por variables de personalidad que determinan ese sentimiento subjetivo de apoyo. Incluso se ha llegado a considerar el apoyo social como una variable de personalidad más o menos estable que tiene su origen en las experiencias previas de un sujeto (Saranson et al., 1990).

La perspectiva funcional se asienta en las teorías psicológicas que defienden que el proceso de apoyo está mediado por la percepción del sujeto. Se evalúan por tanto,

medidas subjetivas de la representación o percepciones individuales del sistema de apoyo de un sujeto. Éstas pueden no estar relacionadas con otras medidas realmente objetivas que parten desde perspectivas estructurales (Cohen & Syme, 1985). Considerando que las relaciones entre apoyo y salud están mediadas por las percepciones y representaciones del sujeto, estas evaluaciones desde perspectivas psicológicas y funcionales serán en mayor medida predictoras de los resultados de salud (Cohen & Syme, 1985; Barrón, 1996).

Los trabajos realizados en el marco de la aproximación psicológica y funcional han contribuido notablemente a esclarecer los efectos del apoyo social sobre la salud. En la actualidad, uno de los objetivos que caracteriza el estudio de las funciones del apoyo social, es evaluar independientemente cada una de las funciones de apoyo con el objetivo último de identificar qué efectos diferenciales sobre la salud tienen cada una de ellas a través de las distintas situaciones y grupos de población. Sin embargo, para conseguir este objetivo se precisan evaluaciones de apoyo que aborden en detalle las situaciones y el contexto específico en que éste se da. Esto último se enmarca entre las limitaciones que quedan aún por resolver en el estudio del apoyo social:

La multifuncionalidad del apoyo y sus efectos diferenciales sobre la salud es, aun hoy en día, objeto de debate. (Cohen & Syme, 1985; Saranson et al., 1994; Barrón, 1996).

Las relaciones en sí mismas no son directamente relaciones de apoyo, sino más bien lo son las acciones específicas que forman parte de esas relaciones. La aproximación psicológica, que se centra básicamente en una representación mental del sistema de apoyo evaluando lo que uno cree acerca del apoyo disponible, no refleja los detalles de las acciones de apoyo reales o de la experiencia de apoyo ante determinadas situaciones y contextos específicos. (Cohen & Syme, 1985; Saranson et al., 1994; Barrón, 1996).

### ***3. Perspectiva Interaccional y Contextuales***

La perspectiva Interactiva Contextual parte de la funcionalidad del apoyo social para analizar el proceso de apoyo como interacciones o intercambios en el marco de las relaciones sociales y del contexto en que estas ocurren. El énfasis aquí se centra sobre todo en el análisis e interpretación de las diversas formas de apoyo que se dan ante una situación específica experimentada por un sujeto.

Diversos investigadores han llamado la atención sobre la necesidad de considerar otra serie de variables o factores implicada en el proceso de apoyo social. Así

House (1981 citado en Gracia et al., 1995) propone que la recepción o provisión de apoyo social puede ser facilitada o inhibida en función de determinadas características individuales, de las relaciones establecidas, y de las condiciones sociales y culturales. Otros autores subrayan la importancia de considerar las características de quien recibe y provee el apoyo, del estresor y del entorno como aspectos relevantes en el estudio del apoyo social (Gracia et al., 1995).

Por su parte, Cohen y Syme (1985) consideran que un adecuado modelo predictivo de las relaciones entre apoyo social y salud debe prestar atención a las necesidades o deseos individuales por determinadas formas de apoyo; así como, a los contextos sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, dado, y recibido. En este sentido, los autores refieren determinadas cuestiones implicadas en el proceso de apoyo social que podrían resumirse en las siguientes (Cohen & Syme, 1985; Barrón, 1996):

- Características de los participantes, ya que una determinada forma de apoyo puede ser efectiva o no en función de que proceda de uno o de otro proveedor (Por ejemplo, la información sobre la enfermedad por parte de los profesionales de la salud).
- Momento adecuado y tipos de apoyo específicos en función de la situación estresante y de las distintas fases de la misma, así como de los recursos de afrontamiento del sujeto y de sus necesidades particulares.
- Cambios y duración del apoyo a corto y a largo plazo (por ejemplo las enfermedades crónicas).

El estudio del apoyo social desde perspectivas contextuales e interactivas cobra especial interés en esta última década. Las actuales líneas de investigación se centran en el apoyo social como un proceso dinámico condicionado por determinadas variables contextuales que influyen en la eficacia de las diferentes acciones de apoyo que se ofrecen (Saranson et al., 1994; Cohen & Syme, 1985; Barrón, 1996). En ésta línea Vaux (1988) propone que las conductas de apoyo y las valoraciones subjetivas de éstas reflejan las transacciones dinámicas del sujeto con su entorno. Simultáneamente, Cutrona y Russell (1990) proponen tres pilares básicos para el estudio de los procesos de apoyo, a saber, el sujeto, el ambiente, y las relaciones entre persona-ambiente.

Además, establecen relaciones entre los tipos de apoyo que pueden ser más eficaces en función de una serie de dimensiones de los eventos estresantes: controlabilidad, duración, y área a la que afecta el estresor. Así, ante eventos

incontrolables, el apoyo emocional será el más eficaz, mientras que ante eventos controlables lo será el apoyo que fomente la búsqueda de soluciones (material e informacional). Respecto de la duración del evento estresante, cuanto más se prolongue, mayor importancia cobrará el apoyo emocional. Finalmente, respecto de las áreas afectadas, por ejemplo, el apoyo material será más efectivo cuando los recursos del sujeto se vean mermados por el estresor, o el apoyo a la autoestima cuando el estresor afecte a los logros personales.

Estos planteamientos no se contradicen con la multidimensionalidad de los eventos estresantes y con la multiplicidad de formas de apoyo que son requeridas para cada uno de ellos. Ni tampoco con el hecho de que algunos aspectos del apoyo puedan ser útiles para casi todos los estresores (Cutrona & Russell, 1990).

Finalmente, desde esta perspectiva, se ha ido profundizando en los distintos modos de abordar la complejidad del proceso de dar y de recibir apoyo analizando en detalle cada uno de los aspectos implicados. Saranson et al. (1994) enlazan sus propuestas iniciales respecto del apoyo social y su relación con variables de personalidad, enmarcándolas en esta nueva perspectiva contextual. De ésta, subrayan sobre todo la característica interactiva del apoyo social. Para ellos, la conceptualización del apoyo social requiere especificar la situación en la que ocurre el apoyo, cómo este es interpretado, y cuál es la relación establecida entre proveedor y receptor. Delimitan así, el análisis del contexto situacional, intrapersonal, e interpersonal. Respecto del primero de ellos, resaltan la necesidad de definir la situación en la que es requerido el apoyo (pérdida de trabajo, enfermedad crónica, etc.). Consideran que se necesita ampliar el estudio del apoyo social a un amplio rango de situaciones, puesto que la experiencia de apoyo también se consolida desde lo vivenciado a través de situaciones traumáticas.

La naturaleza del estresor es un determinante situacional importante en el marco del apoyo social. Su carácter crónico o episódico puede afectar de forma diferencial al proceso de apoyo y al tipo de respuestas de apoyo. Los estresores agudos o episódicos pueden requerir respuestas de apoyo que se limitan en el tiempo o en un periodo determinado y las redes de apoyo inicialmente se movilizan activamente para ayudar o apoyar de algún modo durante un periodo determinado. Cuando el estresor es crónico se presentan problemas a largo plazo que precisan de una continua movilización de esas redes de apoyo, y es posible que estas situaciones agoten el apoyo disponible (Gracia et al., 1995). Por lo tanto, es importante examinar los sucesos vitales estresantes y sus características como variable contextual implicada en los procesos de apoyo.

De esta manera se disponen de diferentes definiciones de Apoyo Social en función de las diferentes perspectivas teóricas. Así, mientras que Barrón (1996) lo define como: “(...) algún tipo de transacción en la que se intercambian recursos que permiten cumplir alguna de estas funciones”, refiriéndose a las funciones antes citadas, Thoits (1985) lo define como: “El grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otras.” (p. 54).

Finalmente cabe citar como resumen de estas y otras definiciones, la realizada por House (1981) en los siguientes términos: “transacciones interpersonales de uno o más de los siguientes tipos” y describe los siguientes:

- Interés o apoyo emocional
- Ayuda o apoyo instrumental
- Apoyo informacional
- Apoyo evaluativo

Respecto a los efectos en que el apoyo social se relaciona con la salud, y siguiendo a Cohen, 1998 (citado en Barrón, 1996), éstos se clasifican en:

*Modelos genéricos:* en que el apoyo social es relacionado con distintas enfermedades, bien sea por la influencia sobre patrones de conducta o por su acción sobre procesos biológicos.

*Modelos centrados en el estrés.*

*Modelos de proceso psicosocial:* clasificados a su vez en modelos generales de apoyo social, específicos y de especificidad del apoyo.

Por otra parte, las redes informales están constituidas por un pluralismo de personas que intervienen en el apoyo social. Familiares, amigos o vecinos se mueven por el único objetivo de prestar ayuda. Asimismo, se muestran interesados por el problema y muchas veces se involucran intensamente por haberlo padecido previamente (Llopis, 2005).

La contribución de las redes informales al ámbito de la salud se diferencia de los sistemas formales de apoyo fundamentalmente en cinco aspectos (Gottlieb, 1983 citado en Gracia, 1997):

- Su accesibilidad natural.
- Su congruencia con las normas locales acerca del momento y forma en que el apoyo debe ser expresado.
- Sus raíces en relaciones duraderas entre iguales.
- Su variabilidad, comprendiendo desde la provisión de bienes y servicios materiales a la simple compañía.

- Su libertad e independencia de los costes económicos y psicológicos que tienen lugar cuando se utilizan los recursos profesionales.

Finalmente, cabe señalar que las fuentes de apoyo informales tienen su origen en la red personal disponiendo como vehículos formales de los mismos, los grupos de ayuda mutua y de autoayuda (Gracia, 1997).

Volviendo al tema de las redes sociales, un buen punto de partida es la afirmación de Wellman (2000) según la cual el mundo está compuesto por redes, no por grupos. Félix Requena define “red social” como:

Una serie de vínculos entre un conjunto definido de actores sociales. Las características de estos vínculos como un todo tienen la propiedad de proporcionar interpretaciones de la conducta social de los actores implicados en la red (Requena, 1989).

El análisis de las redes sociales (Requena, 1989) investiga el efecto de la posición de la red del actor en su conducta, la identificación de los subgrupos en la estructura o la red, y la naturaleza de las relaciones entre los actores. Las aplicaciones posibles derivadas de esta perspectiva son múltiples: estudios sociológicos de la organización, la sociología de la familia, la integración local de los barrios urbanos, la influencia de la red social en la salud mental de la población anciana, la búsqueda de trabajo por parte del inmigrante, entre otros.

### **Fuentes de apoyo social**

El apoyo social es accesible a una persona a través de lazos sociales, bien sea con otros individuos, con grupos o con la comunidad (Lin et al, 1981). Es decir, la cantidad de personas con quien se relaciona un sujeto representa el amplio espectro de fuentes o proveedores de apoyo disponibles (parientes, vecinos, pareja conocidos, compañeros de trabajo, terapeutas, profesionales de la salud, miembros de instituciones religiosas o asociaciones). Así, cada uno de los distintos miembros que componen la red social de un sujeto, consecuentemente, puede llegar a ser considerado como una fuente o proveedor de apoyo. De tal modo, que la red social de un individuo es la clave para explicar la provisión de apoyo accesible a un individuo. Desde una perspectiva estructural, para definir quiénes serían las fuentes de apoyo Tardy (1985) resume como posibles miembros de una red: la familia, vecinos, amigos íntimos, compañeros de trabajo, profesionales y comunidad.

Existe acuerdo en cuanto a que el apoyo social procede de distintos miembros del entorno del sujeto y de distintos ámbitos o niveles (House & Khan, 1985; Lin et al.,

1981; Barrón, 1996; Gracia et al., 1995). Así, el término fuentes o proveedores, en términos generales, define a quienes pueden proveer de apoyo y alude a los tres niveles de análisis propuestos por House y Khan (1985): “relaciones sociales”, “red social” y “apoyo social”. En primer lugar, en las relaciones sociales se evalúa el grado de integración o de participación de un sujeto en su comunidad. Se atiende a la cantidad y existencia de relaciones de un sujeto y al rol o roles que desempeña en relación con alguien que es un potencial proveedor de apoyo. En segundo lugar, se analizan con detalle las características o propiedades estructurales de las relaciones con otros quienes, de igual modo, representan los posibles proveedores de apoyo. Por último, en el tercer nivel de análisis, aunque prima el análisis de la funcionalidad del apoyo frente a lo estructural, también se recoge información acerca de quiénes son los que pueden proveer de apoyo.

Otros autores analizan las fuentes de apoyo de un sujeto desde los diferentes niveles o ámbitos de interacción atendiendo al tipo y calidad de la relación con los proveedores, y a la cantidad de recursos o acciones que éstos proporcionan (Lin, 1986; Barrón, 1996; Gracia et al., 1995). Parten de una idea común basada en un incremento de la disponibilidad de recursos o acciones de apoyo conforme las relaciones e interacciones son más próximas y de confianza. Así, Pattison (1981) distingue cinco zonas en función de la proximidad emocional y de la relación del sujeto con los diferentes proveedores o fuentes de apoyo potenciales: personal (con quienes convive), íntima (de interacciones frecuentes), efectiva (relaciones cotidianas), nominal (conocidos) y externa (relaciones indirectas a través de otros).

Por su parte, Lin (1986) distingue tres ámbitos en los que puede producirse el apoyo: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas equiparables a los propuestos por House (1981) que diferencia entre un nivel macro (integración y participación social), meso (redes sociales) y micro (relaciones íntimas). Cada uno de estos niveles de interacción puede proporcionar un tipo o sentimiento de ayuda.

La comunidad, como marco global, puede aportar al individuo un sentimiento de pertenencia. Por su parte, en el seno de la comunidad y desde las redes sociales se pueden producir sentimientos de vinculación más sólidos que se basan en lazos reales con los demás, aunque algunos indirectos (Lin, 1986). Por último, las relaciones íntimas o de confianza son las más próximas y de las que deriva un sentimiento de compromiso. Así, el sentido de pertenencia se uniría a fuentes específicas de apoyo (profesores, vecinos, conocidos etc.) mientras el sentimiento de vinculación se relaciona con otras fuentes características (compañeros de trabajo, amigos) y finalmente, el sentido de

compromiso procede de la relación del sujeto con fuentes más próximas emocionalmente (pareja, familia, amigos íntimos) (Gracia et al., 1995).

Por otro lado, Thoits (1985), considera que si bien la red social comprende el conjunto de personas disponibles para el sujeto, el acceso al apoyo se articula en torno a tres dimensiones: las redes sociales, los grupos de afiliación y las relaciones interpersonales más íntimas. Desde la primera de ellas, las redes sociales, se informa de la potencialidad de apoyo o de proveedores potenciales en un sentido amplio, y aquí se incluyen los recursos sociales y organizacionales que la sociedad pone a disposición de sus miembros.

Es decir, existen una serie de recursos sociales a los que tiene acceso un individuo y que incluyen tanto las organizaciones, los grupos, y otros sujetos en particular (Thoits, 1985). Sin embargo, como afirman otros autores, las relaciones sociales y la red social definirían un marco más amplio que sobrepasa los límites del “apoyo” que describiría un sujeto (Thoits; Barrón, 2006).

Una segunda perspectiva acerca de las fuentes de apoyo haría referencia a un concepto más restringido del estudio de los proveedores potenciales que forman parte del total de contactos sociales de un sujeto. Este término se centraría en aquellos grupos o miembros de la red social, pero con los que el sujeto se relaciona de un modo más directo y frecuente, los denominados grupos de afiliación (Thoits, 1985). Estos grupos se identifican según el autor, no sólo a partir de preguntas acerca de con quién interactúa un sujeto, sino también preguntando por la proximidad geográfica o de residencia, la frecuencia de visitas, etc. Se podría suponer que un sujeto recibiría la mayor cantidad de los diferentes tipos de apoyo de éstos grupos debido que es con ellos con quién su relación es más frecuente, activa o directa (familia, amigos, compañeros de trabajo). Es decir, la provisión de apoyo también es más probable que se dé entre aquellas relaciones cuyas características estructurales lo propician. En cuanto a la tercera dimensión propuesta por Thoits (1985) respecto de quiénes proveen de apoyo, ésta se basa más en las características de la calidad de la relación que de la cantidad. Este tipo de relaciones se refieren más a determinados sujetos que a grupos, y se suelen encontrar en la pareja, amigos o íntimos.

Como se ha visto, la existencia de tres niveles está recogida en la literatura y sus efectos sobre la salud difieren, si bien los niveles más directos dependen de los más amplios (Barrón, 1996). Así, el comunitario es el de menor efecto directo aunque es previo a los demás y de él se derivan las redes sociales grupales. Éstas tienen un mayor efecto que la anterior y proporcionan el marco en el que el apoyo social puede estar

disponible para el sujeto. De ellas emergen las redes informales más cercanas, que tienen un mayor efecto sobre el bienestar”. En este sentido Lauretiet y Baunman (1992) afirman que la estructura crítica de la red social de un sujeto la conforman las relaciones íntimas y por tanto la influencia sobre la salud es más acentuada cuánto más se identifica el tamaño de la red con el número de miembros íntimos y de mayor confianza. Así, la diferenciación propuesta por Thoits (1985) respecto de los grupos de afiliación y de los que conforman las relaciones íntimas resulta de interés porque representa ese subgrupo o zona crítica de la red sobre la que se ha investigado con mayor frecuencia en el área del apoyo social. Por un lado, los costes que suponen el estudio exhaustivo de la estructura de la red social del sujeto y por otro, la baja predicción sobre el ajuste del sujeto, ha provocado que muchos trabajos hayan limitado el análisis de las relaciones sociales a un número de entre cinco y diez proveedores potenciales sin llegar a abordar el total de interacciones que mantiene un sujeto (Thoits, 1985; House & Khan, 1985). Es decir, a aquellos subgrupos de personas con los que las relaciones son más frecuentes e íntimas y han mostrado mejores resultados con respecto a índices de salud y bienestar. Por tanto, en la práctica coinciden en ajustarse a este concepto más restringido de “fuentes o proveedores de apoyo” aunque el punto de partida teórico suponga un concepto más amplio.

### **Calidad y cantidad de apoyo**

En otros niveles de análisis del apoyo social el término cantidad, representa el número de relaciones sociales (nivel 1) que un sujeto mantiene con otros, o se identifica con el tamaño de la red (nivel 2) para finalmente, describir en ambos casos, el número de proveedores o fuentes potenciales de apoyo. En este tercer nivel de análisis hay que diferenciar inicialmente: la cantidad del apoyo frente a la calidad o adecuación del mismo (House & Khan, 1985).

La cantidad se refiere al número de conductas o acciones de apoyo. En términos operativos sería la cuantificación de las distintas acciones de apoyo en términos de ocurrencia y frecuencia. Así, se obtiene bien una puntuación global de todas ellas, o bien a través de puntuaciones de las categorías de apoyo (emocional, informacional, instrumental entre otras), o incluso de la frecuencia de cada una de las acciones específicas. Lo habitual es que el sujeto responda a un listado de conductas de apoyo en términos de si se han recibido o se esperan recibir y en qué grado (House & Khan, 1985; Barrón, 1996; Thoits, 1985). En este caso, los proveedores del apoyo no son identificados por quien responde el cuestionario. El investigador está interesado en

saber si determinadas conductas de apoyo se producen o no y el resultado de las mismas en términos de cantidad de apoyo.

En ocasiones, la cantidad de apoyo, ha sido evaluada preguntando por el proveedor o proveedores que prestan las distintas acciones o conductas de apoyo. Por ejemplo, ante una situación de apoyo hipotética, el sujeto responde a una pregunta que engloba a un determinado proveedor (familiar o amigo) y una determinada acción de apoyo concreta. O bien, en primer lugar, se solicita un listado de las personas que le proveen de apoyo o son importantes para él, y entonces, se pide al sujeto que responda si obtendría determinada acción de apoyo respecto de cada una de las personas listadas y en qué grado. Éstos últimos presentan, por un lado, resultados sobre la cantidad de apoyo en función del número de proveedores que prestan cada acción, y por otro lado, el número o la cantidad de proveedores en términos del total de personas que componen la red. Sin embargo, el tamaño de la red debe estar representado por el total de proveedores potenciales de apoyo, aquéllos con quienes el sujeto mantiene contactos, sean o no mencionados como proveedores de apoyo reales. El tamaño de la red puede diferir del número de proveedores de apoyo reales (que en todo caso, compondrían lo que algunos autores han denominado como red de apoyo). No todos los miembros de la red o proveedores potenciales proporcionan apoyo. En este sentido, si se pregunta directamente que enumeren quiénes proveen de apoyo y se habla en términos de tamaño de red, no estamos incluyendo el número de proveedores potenciales sino sólo los reales.

En resumen, la variable cantidad de apoyo, a veces ha sido entendida como cuantificación de conductas y acciones, en relación a un proveedor o proveedores que las prestan; y en ocasiones, se refiere al número de proveedores de apoyo reales identificándola con tamaño de red. Es importante no solapar el término tamaño de red con cantidad de proveedores reales. Los proveedores reales se identificarían con la Red de Apoyo. Los resultados del tamaño de la red deben referir el número total de proveedores potenciales o disponibles, no sólo el de los proveedores reales mencionados por el sujeto. De este modo, se evitaría la confusión operativa respecto de lo que se entiende por el término tamaño de red y lo que son los proveedores de apoyo real.

La calidad del apoyo refleja la adecuación del apoyo social, se refiere al equilibrio entre las necesidades del receptor y la medida en que éstas son cubiertas. La mayoría de autores coinciden en considerar que debe evaluarse a través de medidas de la satisfacción del sujeto con el apoyo que recibe (Tardy, 1985; Barrón, 1996). Este tipo de evaluaciones son las que mejor informan sobre el lado negativo de la interacción

social (Barrón, 1996). Se puede evaluar preguntando al sujeto lo satisfecho que está con cada una de las acciones de apoyo y se obtienen puntuaciones de satisfacción, específicas por acciones de apoyo y globales respecto del total de las acciones de apoyo.

Algunos autores han evaluado la calidad del apoyo con preguntas acerca de si el sujeto desearía más apoyo respecto de cada una de las situaciones de apoyo presentadas (Tardy, 1985). Otros autores utilizan un formato de respuesta cerrada utilizando una escala tipo Likert. Así, ante la pregunta “Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas económicos” el sujeto respondería en una escala que oscilaría entre “tanto como deseo” a “mucho menos del que deseo” o bien, han propuesto alternativas de respuesta como “desearía más”, “depende de la situación”, o “es adecuado” (Tardy, 1985).

Respecto de la cantidad de apoyo, un sujeto puede informar con relativa fiabilidad acerca de si determinadas conductas de apoyo se llevan a cabo. A pesar de ello, no puede olvidarse que los procesos en virtud de los cuales una conducta de ayuda se percibe como tal dependen también de características personales, del emisor de la ayuda, de la naturaleza de la situación entre otras (Gracia et al., 1995). Por esta razón, no se puede descartar que las respuestas de un sujeto acerca de determinadas acciones de apoyo estén influidas por determinadas valoraciones cognitivas de quien informa. Por ejemplo, ante la pregunta de si determinados proveedores (uno o más de mi familia y amigos) podrían sugerirme o aconsejarme qué hacer, o bien, escucharme cuando necesito hablar acerca de mis sentimientos, una persona podría contestar no sólo en función de que determinada conducta se dé por parte del proveedor, sino también en función de otras variables (Vaux, 1988). Es decir, valoraría si se da según las condiciones deseadas por el receptor, o con la frecuencia esperada, o si proviene de la persona adecuada. De tal modo que quizá mis padres me den consejos cuando tengo problemas, pero no los considero útiles, o no se dan en el momento adecuado o en la forma adecuada. Por lo que, podría responder que mis padres no me aconsejan cuando tengo un problema, a pesar de que la transacción de determinada conducta de apoyo se esté dando. O bien podría informar de la ocurrencia de las mismas, pero no las consideraría como acciones de apoyo. Por tanto, y enlazando con la diferenciación antes expuesta respecto de las categorías y funciones de apoyo, estas conductas podrían no ser reconocidas como acciones de apoyo si no cumplen determinadas expectativas para el receptor. Que un sujeto reciba dichas acciones de apoyo es una condición necesaria pero no suficiente para que el receptor informe de sentirse apoyado o de la adecuación del

apoyo prestado. Estas dos últimas preguntas se referirían más a la valoración cognitiva y subjetiva del receptor y a la calidad del apoyo.

Tener en cuenta si lo que se le ofrece como acciones de apoyo cubre las necesidades específicas del receptor fundamenta la funcionalidad del apoyo social. Por lo tanto, ambos aspectos, las acciones específicas que son transferidas y la calidad o satisfacción del receptor con las mismas deben ser consideradas en la evaluación del apoyo social. En este sentido, Tardy (1985) propone un modelo explicativo de la satisfacción con el apoyo a partir de las acciones o conductas de apoyo que son transferidas realmente. Propone tres factores que predicen la satisfacción con el apoyo, la frecuencia o los intercambios de las acciones de apoyo, el número de personas en la red con las que se mantienen relaciones conflictivas, y la orientación hacia la red. Este último factor entendido como un conjunto de creencias, actitudes y expectativas del sujeto acerca de la utilidad potencial de los miembros de la red para ayudarle a solventar un problema.

A partir de este modelo, la experiencia subjetiva de apoyo y la satisfacción con el mismo, depende de las acciones o la cantidad de apoyo que se transfiere, pero también de la relación con el o los proveedores que las ofrecen y de las creencias y actitudes sobre la utilidad de las mismas y de quienes las prestan como potenciales proveedores de apoyo. Una ventaja de este modelo es que enmarcándose en una perspectiva contextual, describe de modo operativo las variables implicadas en la satisfacción del sujeto con el apoyo que recibe.

Por último, en la literatura sobre el constructo y las formas de evaluación del apoyo social, se añade, que las medidas de apoyo social difieren respecto de si se pregunta acerca de la disponibilidad percibida de apoyo o de la ocurrencia real del apoyo. Este aspecto también alude a la dimensión de subjetividad/objetividad del apoyo social y a lo que se entiende por “apoyo percibido”.

# CAPÍTULO III

# METODOLOGÍA

## 3.1 Objetivo general

- Determinar la relación existente entre la propensión a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la influencia del apoyo social percibido.

## 3.2 Objetivos específicos

- Describir la propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población con diagnóstico de TCA.
- Describir la propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población sin diagnóstico de TCA.
- Describir el apoyo social percibido en población con diagnóstico de TCA.
- Describir el apoyo social percibido en población sin diagnóstico de TCA.
- Describir la propensión a los trastornos de la conducta alimentaria según la variable sexo.
- Describir el apoyo social percibido según la variable sexo.
- Comparar población con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria, con población sin diagnóstico de trastornos, en relación al apoyo

## 3.3 Hipótesis

*H1: A mayor apoyo social percibido, menor propensión a los trastornos de la conducta alimentaria.*

*H2: Los adolescentes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria perciben menor apoyo social que los adolescentes no diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria.*

### ***3.4 Justificación y relevancia***

Los TCA son considerados un problema de salud que afecta sin distinción a todas las clases sociales y edades, aunque la población adolescente tiende a ser afectada con mayor incidencia por este tipo de trastornos (Perpiñá, 1994).

Durante la adolescencia, la imagen corporal (representación mental del cuerpo) constituye una parte especialmente importante de la autoestima. En esta etapa vital, el cuerpo es atravesado por numerosas significaciones y, al ser el depositario de la identidad personal, la apariencia puede transformarse en la medida de valor del individuo en toda su totalidad. Por lo tanto, es importante el número de adolescentes que, sesgados por las exigencias de los estereotipos sociales de la belleza, eligen el camino de la obsesión por el cuerpo perfecto. El hecho de que chicas y chicos quieran verse flacos y vigorosos, incrementa la asistencia de los jóvenes a los consultorios, así como el padecimiento de ciertas enfermedades que son producto del sometimiento a exhaustivas rutinas de ejercicio, al consumo de anabólicos y a la restricción de alimentos, entre otros factores.

Por este motivo, se considera relevante la realización de esta investigación. Los TCA componen un problema de salud pública progresivo y endémico. Esto se debe a la gravedad de los síntomas asociados que se presentan en edades cada vez más tempranas, a la resistencia que los sujetos ponen al tratamiento, así como también a su creciente incidencia (Brownell, Hotelling, Lowe & Rayfield, 2011).

### ***3.5 Tipo de estudio o diseño***

Se trata de un estudio de carácter descriptivo y correlacional, con una intervención observacional de corte transversal, y con un abordaje esencialmente cuantitativo y retrospectivo.

### ***3.6 Población***

La población la conformaron adolescentes de ambos sexos de 13 a 23 años de edad. Algunos de los participantes tienen la característica particular de haber sido diagnosticados con algún trastorno de la conducta alimentaria y llevar un tratamiento (en ALUBA). En los restantes participantes, por el contrario, se desconoce algún diagnóstico relacionado con la conducta alimentaria.

La unidad de análisis sería cada uno de los participantes que cumplieran con los siguientes criterios:

*Criterios de inclusión:*

- \* Rango de edad comprendido entre los 13 y los 23 años.
- \* Las personas deberán consentir voluntariamente su participación en la investigación.

*Criterios de exclusión:*

- \* Personas que no se encuentren comprendidos en el rango de edad de 13 a 23 años.
- \* Personas que no manifiesten su participación voluntaria a la investigación.

### **3.7 Muestra**

Se llevó a cabo un muestreo de tipo probabilístico simple ya que los participantes fueron seleccionados al azar, sin la intervención de los criterios personales del investigador. La muestra estuvo compuesta por 131 adolescentes, 77 mujeres y 54 hombres, de entre 13 y 23 años, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en Gran Buenos Aires. De entre los participantes, 26 fueron diagnosticados con trastorno de la conducta alimentaria y estuvieron sometidos a tratamiento. Los otros 105 adolescentes carecen de diagnóstico. La muestra presentó una edad promedio de 16,6 años (DT= 2.59; Mediana= 16; Máx.= 23 años; Min.= 13 años). Con respecto al nivel educativo, se encontró que una persona (0,8%) se encontraba cursando la escolaridad primaria; el 92,4% se encontraba cursando o había concluido el nivel secundario de escolaridad; y el 6,9% se encontraba cursando el nivel terciario o universitario de estudios. En lo referente al estado civil, se lograron observar los siguientes datos: el 96,9% de las personas se encuentra soltera actualmente; y el 3,1% es casada o mantiene una relación de pareja. Respecto a la modalidad de cómo viven los participantes, se encontró que el 95,4% vive en compañía de su familia; el 1,5% vive solo y el 3,1% vive junto a su pareja.

### ***3.8 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos***

Se utilizó un cuestionario autoadministrado compuesto por:

- **Cuestionario de datos socio-demográficos (construido ad-hoc para la presente investigación).**
- **Inventario para la evaluación de conductas alimentarias (ICRA) de Pérez y Becerra (2012).**

Este inventario tiene como objetivo identificar la presencia de síntomas asociados o conductas de riesgo.

El cuestionario evalúa rasgos o dimensiones psicológicas que deben ser tenidos en cuenta en la comprensión y el tratamiento adecuado de los trastornos en la alimentación, siendo útil no solo para la identificación de sujetos en riesgo, sino también para el seguimiento y control de avances en el trabajo con pacientes con TCA.

Consta de 107 ítems en una escala tipo Likert, distribuidos en 15 dimensiones de análisis, incluye además 4 escalas de validez.

El inventario presenta 4 opciones de respuesta posibles, las cuales son valores con puntajes entre 1 y 4. Se entiende que a mayor puntaje, mayor frecuencia o mayor identificación con la dimensión evaluada.

La gran mayoría de los enunciados son directos, es decir que si la persona responde por siempre o casi siempre (opción valorada con 4), señala mayor orientación o frecuencia hacia esa dimensión. No obstante, se presentan algunos ítems inversos, donde una respuesta de siempre o casi siempre, indicará un bajo riesgo hacia conductas vinculadas a TCA o una menor orientación hacia la dimensión evaluada.

Los ítems inversos son: 8, 12, 16, 21, 25, 38, 42, 46, 47, 51, 59, 63, 67, 70, 74, 89, 103 y 105, los mismos son señalados con \* en la descripción de la escala.

#### ***Dimensiones***

##### ***Escalas básicas***

1) DA Deseos de adelgazar: necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a “ser gordo”. Los ítems que integran esta escala se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso. (Ítems 1, 14, 27, 40, 53, 65, 70\*).

2) BU Bulimia: tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva. (Ítems 2, 15, 28, 41, 54, 66).

3) INSC Insatisfacción corporal: sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la “imagen corporal”. (Ítems: 3, 16\*, 29, 42\*, 55, 67\*, 71, 74\*).

4) ANA Actitudes negativas hacia la alimentación: Los ítems que componen refieren a sentimientos, creencias y conductas negativas respecto a los hábitos de alimentación considerados comúnmente saludables, Las personas que puntúan alto en esta escala, dan cuenta de un riesgo mayor a padecer sintomatología asociada a estos trastornos. (Ítems: 4, 17, 30, 43, 56, 68, 72, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89\*, 91, 93).

5) PPIC Preocupación por el peso y la imagen corporal: Al igual que la escala anterior, esta dimensión evalúa actitudes asociadas a un riesgo elevado para el padecimiento de trastornos de alimentación. Puntajes altos señalan una preocupación excesiva sobre el peso y la imagen corporal. (Ítems: 5, 18, 31, 44, 57, 69, 73, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 95, 96, 97).

6) IC Ítems críticos: Los ítems agrupados en esta dimensión, resultaron en estudios internacionales, válidos para diferenciar a los sujetos sin trastornos de aquellos que se encontraban en tratamiento por trastornos de alimentación. (Ítems: 6, 19, 32, 45).

#### *Escalas complementarias*

7) INF Sentimientos de ineficacia: presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la propia vida. Se vincula con “baja autoestima” o “pobre autoconcepto”, incluyendo además referencias a sentimientos de “vacío” y “soledad”. (Ítems 7, 20, 33, 46\*, 58).

8) DE Desconfianza: existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas. (Ítems 8\*, 21\*, 34, 47\*, 59\*).

9) AX Alexitimia: presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales. (Ítems 9, 22, 35, 48, 60).

10) ASC Ascetismo: tendencia a comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol. (Ítems 10, 23, 36, 49, 61).

11) IMP Impulsividad: presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática. (Ítems 11, 24, 37, 50, 62).

12) INSS Inseguridad social: creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general, de baja calidad. (Ítems 12\*, 25\*, 38\*, 51\*, 63\*).

13) BP Bienestar Psicológico: Se agregaron ítems para la evaluación de indicadores de bienestar psicológico. Las personas que refieren trastornos, suelen autoperibirse con un bajo nivel de bienestar. Puntajes elevados en esta escala, estarían asociados a una baja probabilidad de presentar trastornos de alimentación (ítems 13, 26, 39, 52, 64).

14) PF Perfeccionismo: presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto sólo conductas exitosas. (Ítems 98, 100, 102, 104, 106).

15) MC Miedo a crecer: hace referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto. (Ítems 99, 101, 103\*, 105\*, 107).

#### *Escalas de validez*

-OM Omisiones: Es la cantidad de ítems sin responder o con respuestas en más de una opción. Un protocolo con 19 o más puntos en esta escala debe ser considerado con cautela, ya que los resultados obtenidos pueden representar un nivel sintomático algo menor al realmente exhibido. Puntajes elevados en esta escala se asociarían a una escasa cooperación con el proceso de evaluación, la persona se hallaría reticente a compartir información personal o bien tendería a hacer una interpretación particular de los enunciados no pudiendo decidirse por ninguna opción de respuesta.

-CON Consistencia: evalúa la consistencia, coherencia entre las respuestas. Evalúa las contradicciones generadas por contestar de manera similar a ítems contrapuestos. A mayor puntaje en la escala, mayor consistencia y por lo tanto, más confiables son los resultados obtenidos en el resto de las escalas.

El puntaje se obtiene sumando la diferencia absoluta entre los valores de las respuestas a los siguientes pares de ítems: 15-72; 16-31, 21-34, 75-28, 48-8, 63-60.

Por ejemplo, si al ítem 15 “Me lleno excesivamente de comida” el sujeto a respondido Nunca / Casi Nunca, su respuesta valdrá 1. Esta respuesta, se compara, se resta, a la respuesta marcada en el ítem 72 “Me controlo en las comidas”. Si el sujeto respondió con 4 (Siempre / Casi siempre), la diferencia absoluta entre las respuestas será de 3. Una respuesta contradictoria sería que a ambos enunciados cuyo contenido es opuesto entre sí conteste de la misma forma. En estos casos, la diferencia entre un ítem y otro será 0 o cercana a 0. Se debe sumar entonces, la diferencia absoluta entre las respuestas a los pares de ítems mencionados en el cuadro: la diferencia entre las respuestas a los ítems 15 y 72, más la diferencia entre las respuestas a los ítems 16 y 31, más la diferencia entre las respuestas a los ítems 21 y 34 y así sucesivamente. El puntaje de la escala referirá a la suma de las diferencias absolutas entre los ítems señalados. Los puntajes cercanos a 0 indicarán que la persona respondió de manera inconsistente y por lo tanto los resultados obtenidos son poco confiables. Las respuestas al azar, pueden derivarse tanto de una baja cooperación con el proceso de evaluación como por dificultades en la comprensión lectora. En cualquier caso, será aconsejable re-evaluar a la persona, integrando la información obtenida en otros medios.

-IP Impresión positiva: evalúa posibles distorsiones en la descripción del sujeto, cuyo interés es mostrarse mejor que lo que se encuentra o con una semblanza positiva. El puntaje bruto de la escala se calcula promediando el valor de las respuestas a los ítems que componen la dimensión. Los ítems que componen IP pertenecen ya a otras escalas y fueron seleccionados por su contenido considerado positivo. Se evaluó la frecuencia de puntajes en una muestra de población general, estableciéndose como punto de corte estimativo el valor de 3 puntos, correspondiente a un percentil 80, tanto para varones como para mujeres. Quienes obtengan 3 puntos o más estarían describiéndose de forma muy positiva, exagerando en cierta medida las características consideradas socialmente positivas. Es probable que se hayan mostrado reticentes a admitir dificultades

personales, pudiendo cuestionarse la representatividad del resto de las escalas. (Ítems 8, 12, 46, 47, 59).

-IN Impresión negativa: al igual que IP evalúa distorsiones en la descripción del sujeto, pero en este caso en relación a la exageración de malestar. Los ítems que componen la escala también fueron extraídos de los 107 restantes y se valoran en relación a la frecuencia de respuestas de la muestra piloto de población general. Se debe calcular el promedio de las respuestas, sumando los valores de respuesta asignados a cada ítem y dividiendo el total por la cantidad de ítems contestados. Puntajes iguales o superiores a 2 en varones y 2, 4 en mujeres, corresponderían a un percentil 80, siendo probable que el sujeto haya querido presentarse con mayor malestar, ya sea para resaltar su necesidad de ayuda o conseguir otro tipo de beneficio. (Ítems 7, 14, 20, 33, 58).

En el cálculo del alfa de Cronbach, obtuvo confiabilidad favorable en 13 de las 15 escalas (valores entre 0,519 y 0,934 con una media de 0,705). Las escalas Miedo a crecer y Perfeccionismo obtuvieron coeficientes alfa menores a 0,5 presentando bajos niveles de consistencia interna.

- **Escala Apoyo Social Percibido para Estudiantes Adolescentes (Nolten, 1994; versión argentina: Fernández Liporace & Ongarato, 2005).**

Por su parte, la Escala Apoyo Social Percibido en su versión argentina de Fernández Liporace y Ongarato (2005) consta de 15 ítems, con 4 opciones de respuesta (Nunca o casi nunca = 0. A veces = 1. Frecuentemente = 2. Siempre o casi siempre = 3) y 4 dimensiones a evaluar (Mis padres 4 ítems, mis profesores 3 ítems, mis compañeros de clase 4 ítems, mi mejor amigo o amiga 4 ítems).

Las puntuaciones se calculan mediante la sumatoria de las respuestas dadas según el formato likert en cada dimensión, siendo posible, por otra parte, obtener una medida del apoyo total percibido efectuando la suma de las cuatro subescalas.

Se obtuvieron coeficientes de alfa de Cronbach de 0,96 para el instrumento total y 0,92 a 0,95 para las diferentes dimensiones.

Estos instrumentos se presentan en Anexo.

### ***3.9 Procedimiento***

Se evaluó una muestra de población general (n: 105) y otra de pacientes con TCA (n: 26) en tratamiento en la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA), mediante la aplicación de los instrumentos psicológicos siguientes: Inventario para la evaluación de conductas alimentarias (ICRA) (Pérez & Becerra, 2012) y la Escala Apoyo Social Percibido para Estudiantes Adolescentes (Nolten, 1994; versión argentina: Fernández Liporace & Ongarato, 2005). Los instrumentos fueron completados en su mayoría por los propios participantes, pues los mismos estaban diseñados para su autoadministración, cumpliendo con los criterios de inclusión/exclusión. Luego de firmar el consentimiento informado pertinente, fueron entregados personalmente a los mismos que estuvieron presentes los días en que se realizó el procedimiento. El personal a cargo de la recolección de los datos fue el alumno de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, quien conocía los objetivos del estudio y estaba motivado para llevarlos a cabo.

### ***4.0 Análisis de datos***

Se realizaron análisis correspondientes e estadística descriptiva y estadística inferencial; como se encontró distribución asimétrica de las variables, se utilizaron Rho de Spearman para las correlaciones y U de Mann Whitney para la diferencia de grupos. Todos los procesos se ejecutaron con el programa SPSS 15.0.

# CAPÍTULO IV

## RESULTADOS

### 4.1 Caracterización de la muestra

Gráfico 1. Sexo

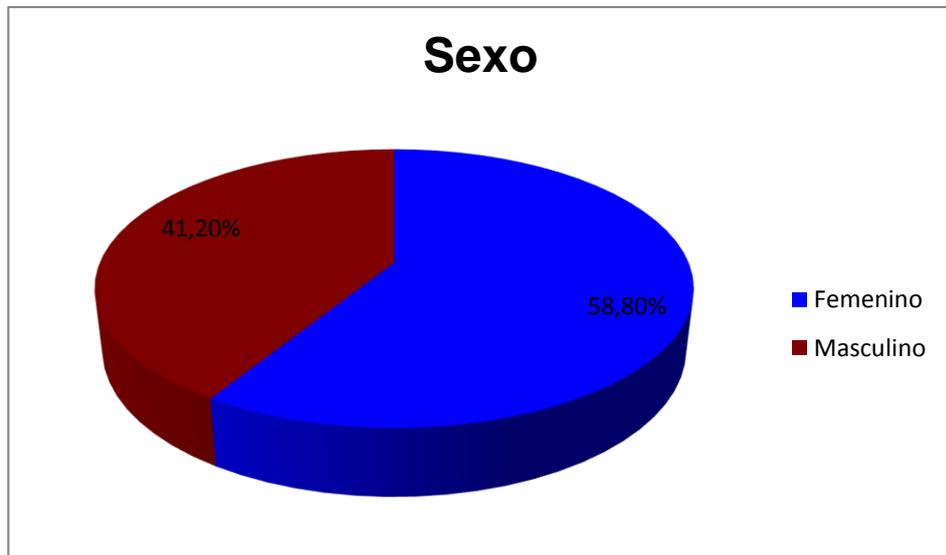
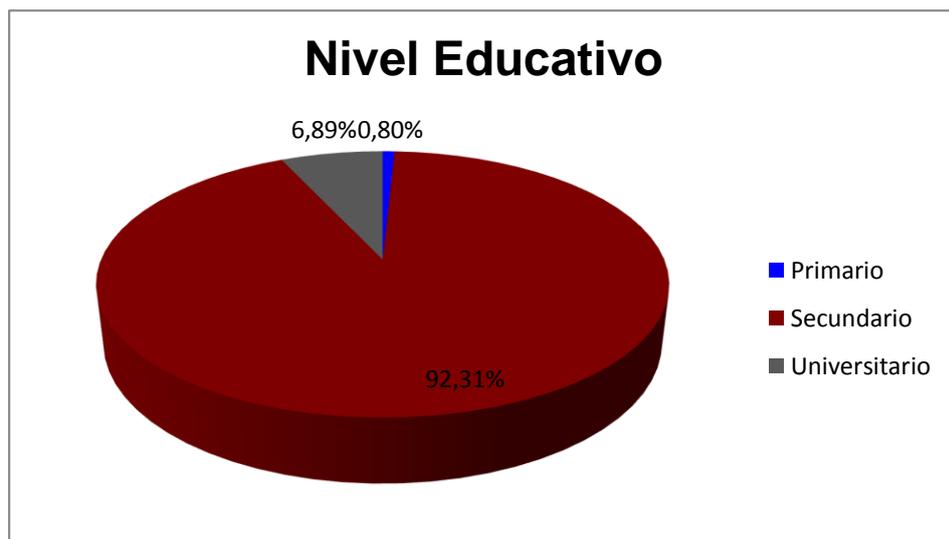
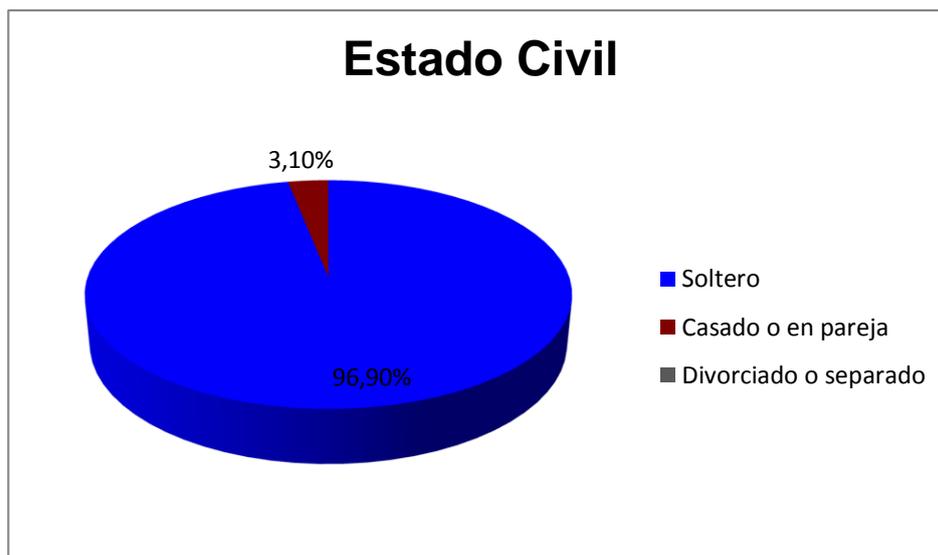


Gráfico 2. Nivel Educativo.



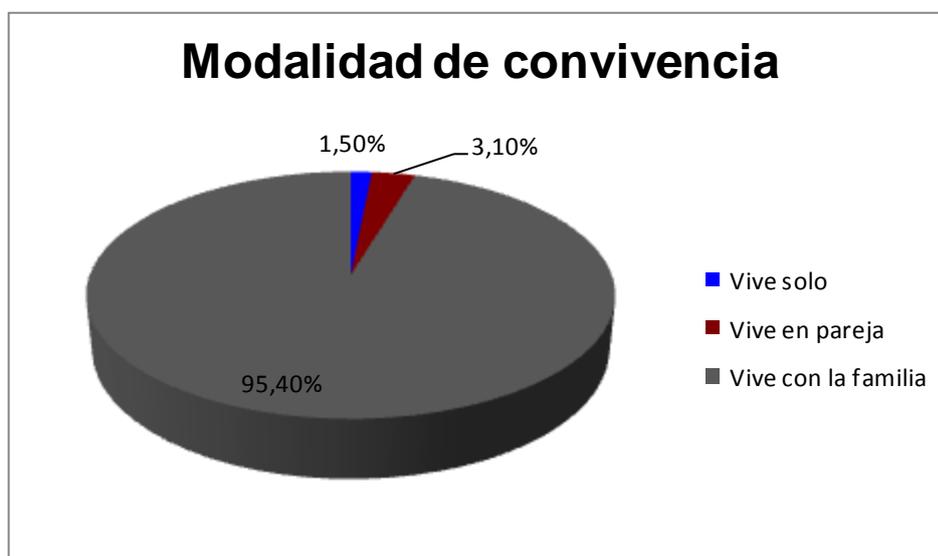
Como se observa en la gráfica anterior, la mayor proporción de los participantes se encontraba cursando el nivel secundario de estudios (92,31%), el resto de las personas se encontraba estudiando el nivel primario y el nivel universitario (0,8% y 6,89% respectivamente).

Gráfico 3. Estado civil.



La mayoría (96,9%) de las personas que participaron en la investigación eran solteras, mientras que la menor parte (3,1%) correspondió a personas casadas o que vivían con sus parejas, no encontrándose personas divorciadas o separadas de su pareja.

Gráfico 4. Modalidad de convivencia.



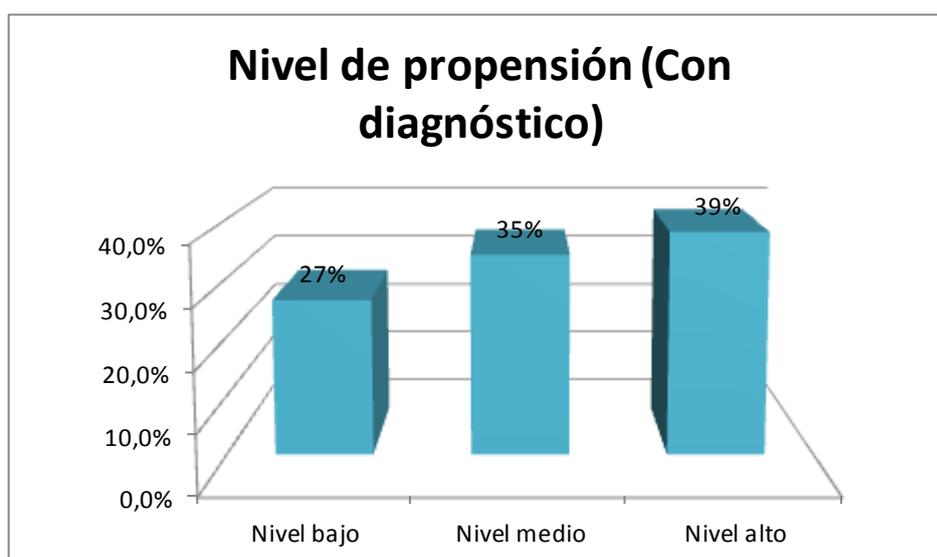
Como se logra apreciar en la gráfica anterior, la mayoría de los participantes (95,4%) convive con algún miembro de su familia, entre los cuales se pueden incluir a los padres, los hermanos, los abuelos, los primos y/o los tíos. Por el contrario, la suma de los porcentajes de las personas que viven solas o en pareja (1,5% y 3,1% respectivamente) es mucho menor al porcentaje de la categoría anterior.

## 4.2 Descripción de las variables

Tabla I. Propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población con diagnóstico de TCA que se atendían en la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA).

<b>N</b>	<b>DT</b>	<b>Máx.</b>	<b>Min.</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>
26	0.62	3	1	2.00	2.12

Gráfico 5. Propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población con diagnóstico de TCA que se atendían en la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA).

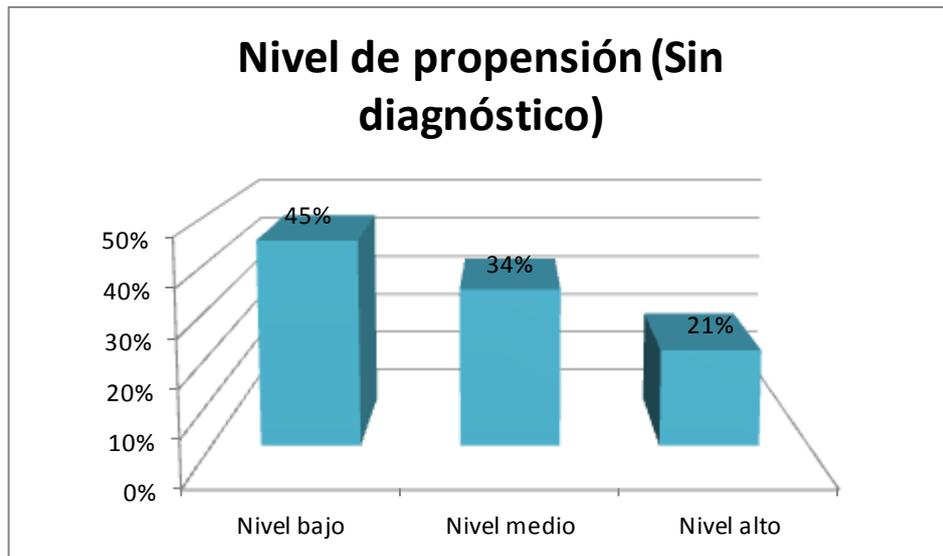


En la presente gráfica es posible observar que las personas con diagnóstico de TCA se presentan en mayor porcentaje (39%) con nivel alto de propensión a adquirir estos padecimientos.

Tabla II. Propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población sin diagnóstico de TCA.

<b>N</b>	<b>DT</b>	<b>Máx.</b>	<b>Min.</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>
105	0.78	3	1	2.00	1.76

Gráfico 6. Propensión a los trastornos de la conducta alimentaria en población sin diagnóstico de TCA durante enero del año 2013.

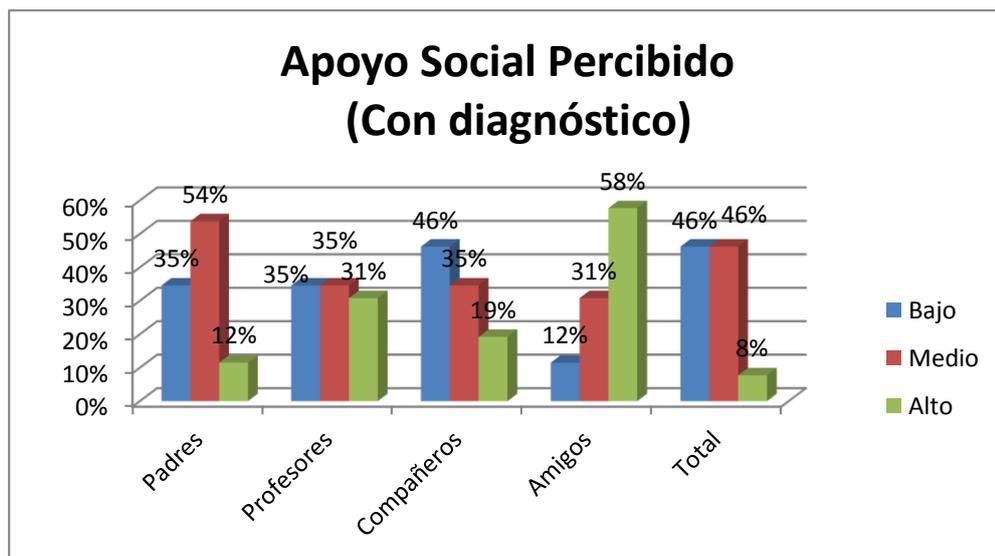


La gráfica anterior muestra que las personas que no han sido diagnosticadas con TCA son menos propensas a padecer una enfermedad en su conducta alimentaria.

Tabla III. Apoyo Social Percibido en población con diagnóstico de TCA.

N	DT	Máx.	Min.	Mediana	Media
26	0.64	3	1	2.00	1.62

Gráfico 7. Apoyo Social Percibido en población con diagnóstico de TCA.

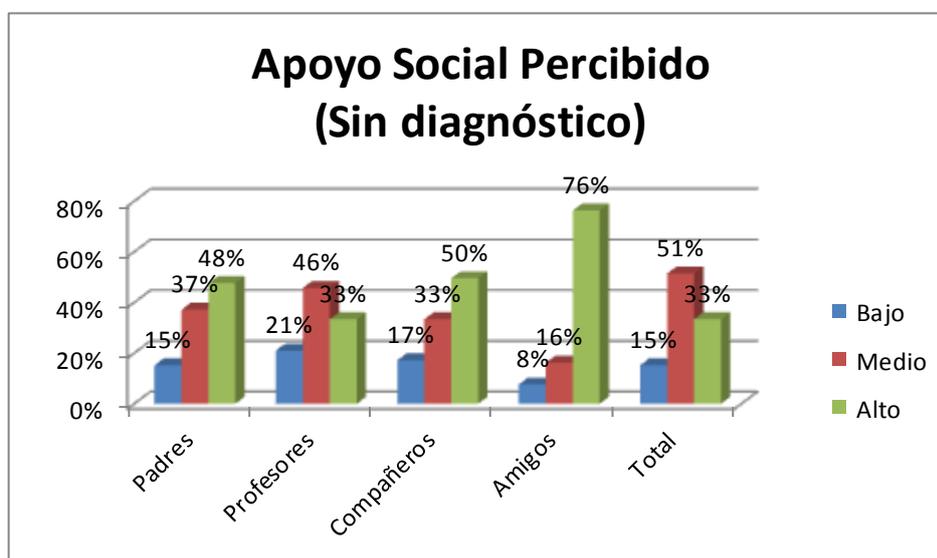


La gráfica anterior muestra que las personas con diagnóstico de TCA presentan en su gran mayoría una percepción baja y mediana (46% en cada una) de apoyo social en general. No obstante, de manera específica, se observa un alto nivel de apoyo social percibido por parte de los amigos (58%).

Tabla IV. Apoyo Social Percibido en población sin diagnóstico de TCA.

<b>N</b>	<b>DT</b>	<b>Máx.</b>	<b>Min.</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>
105	0.68	3	1	2.00	2.18

Gráfico 8. Apoyo Social Percibido en población sin diagnóstico de TCA.

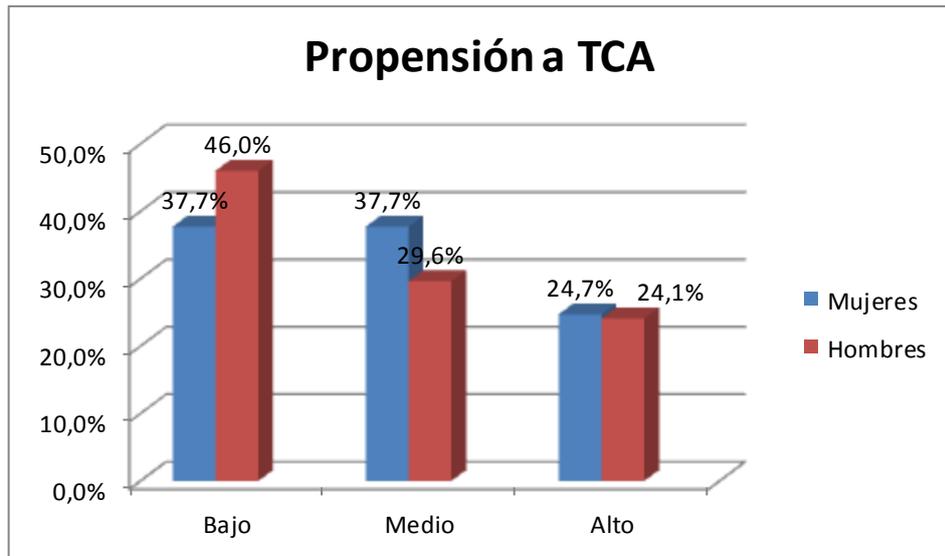


En la gráfica se pone en evidencia que las personas que no tienen algún diagnóstico de TCA presentan en su mayoría niveles medios de apoyo social percibido (51%). Dentro de las dimensiones específicas en las que se aprecia mayor apoyo social destacan los amigos (76%).

Tabla V. Propensión a TCA en las 131 personas que conformaron la muestra de estudio.

<b>N</b>	<b>Máx.</b>	<b>Min.</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>
131	3	1	2	2.07

Gráfico 9. Propensión a TCA según el género en las 131 personas que conformaron la muestra de estudio.

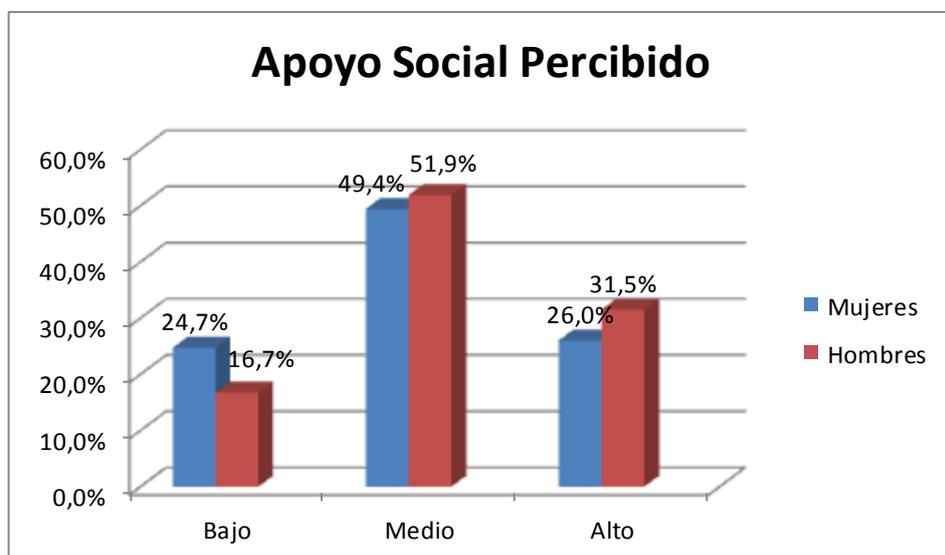


En la gráfica anterior se observa que la mayor propensión para adquirir TCA corresponde al género femenino con un 24,7% de alta propensión y un 37,7% de baja propensión. Mientras que el género masculino tiene 24,1% de alta propensión y 46% de bajas probabilidades de adquirir este trastorno.

Tabla VI. Apoyo Social Percibido en las 131 personas que conformaron la muestra de estudio.

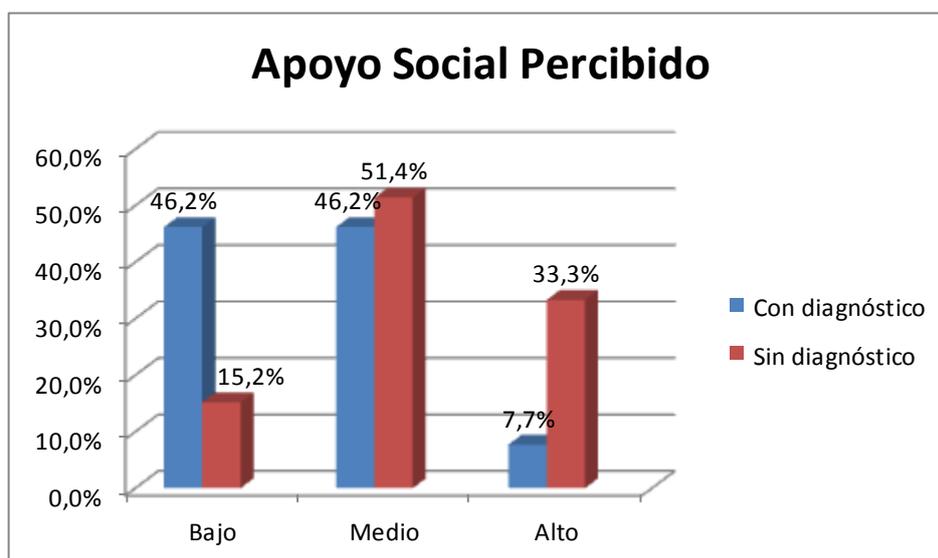
N	Máx.	Min.	Mediana	Media
131	3	1	2	2.07

Gráfico 10. Diferencia según el género del Apoyo Social Percibido.



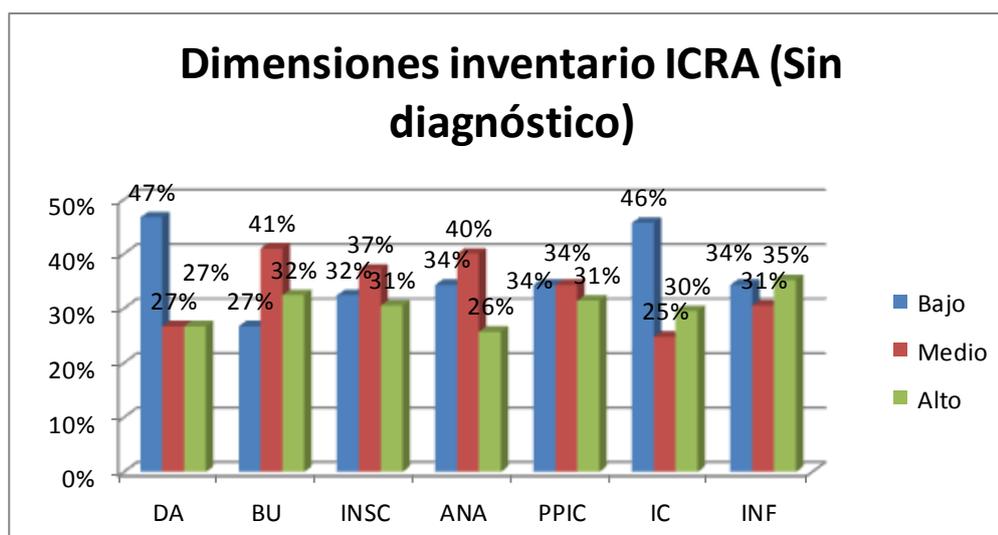
En la presente gráfica se aprecia que el género masculino percibe mayores niveles de apoyo alto (31,5%) con respecto a las mujeres (26%), mientras que las mujeres obtuvieron mayor porcentaje en bajo apoyo (24.7%) respecto de los hombres (16,7%).

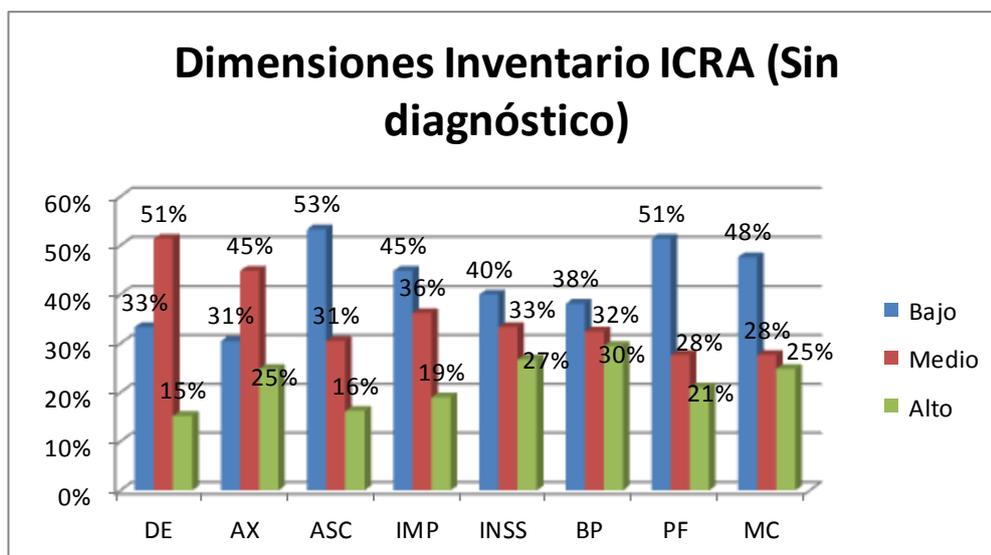
Gráfico 11. Comparación del Apoyo Social Percibido en personas con y sin diagnóstico de TCA.



Se observa que las personas diagnosticadas con TCA perciben niveles bajos (46,2%) de Apoyo social, a diferencia de las personas no diagnosticadas, que perciben niveles altos (33,3%) de apoyo social.

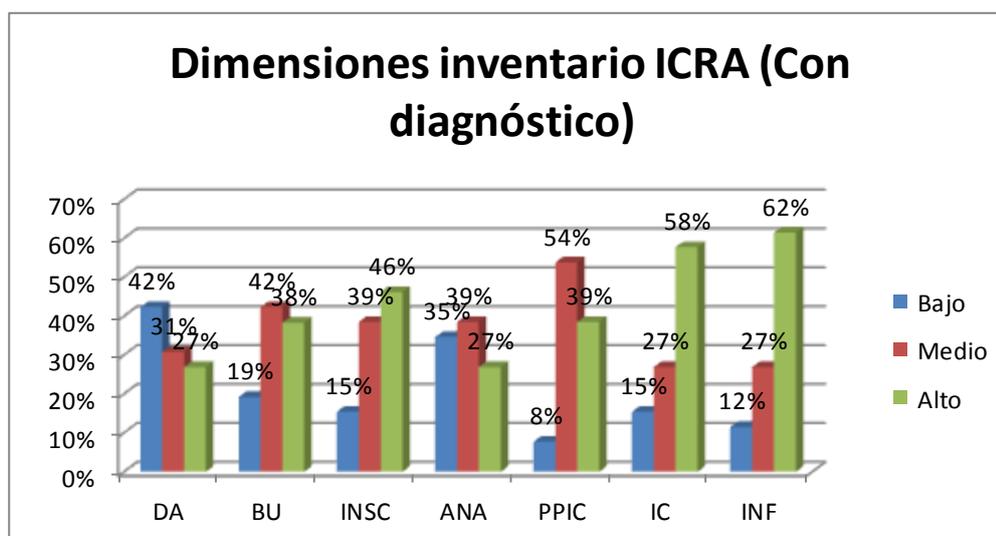
Gráfico 12. Dimensiones del Inventario ICRA en personas sin diagnóstico de TCA.

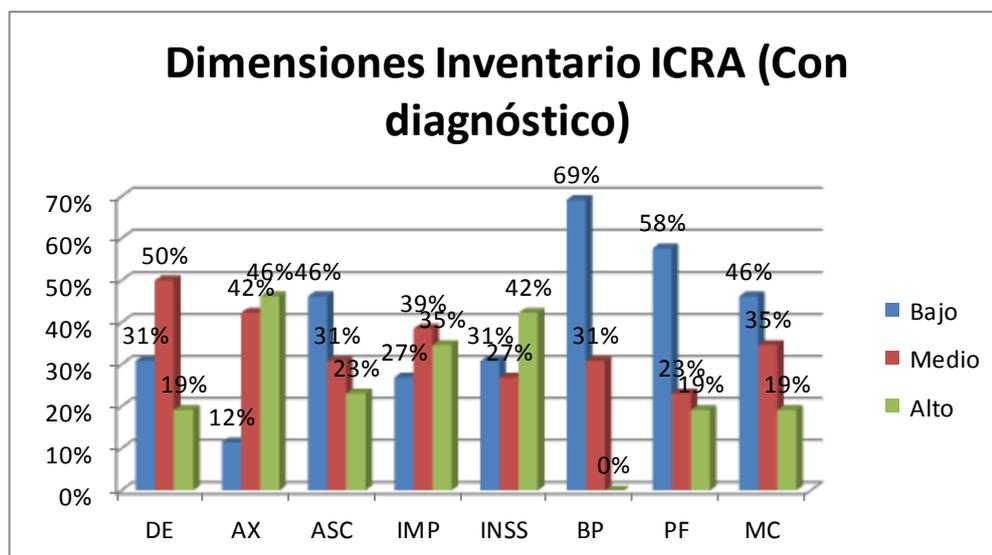




La presente gráfica desglosa las distintas dimensiones del Inventario ICRA y muestra los porcentajes alcanzados por las personas que no fueron diagnosticadas con TCA.

Gráfico 13. Dimensiones del Inventario ICRA en personas con diagnóstico de TCA.





La presente gráfica desglosa las distintas dimensiones del Inventario ICRA y muestra los porcentajes alcanzados por las personas que fueron diagnosticadas con TCA.

#### 4.3 Cruce de variables

##### 4.3.1 Análisis de valores extremos

Se realizó un análisis previo para determinar la existencia de valores extremos.

No se hallaron valores extremos.

##### 4.3.2 Análisis de normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para todas las variables. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Ninguna de las variables posee distribución normal.

##### 4.3.3 Análisis de correlaciones entre las variables

Tabla VII. Relación entre la Escala Apoyo Social Percibido y la Propensión a los TCA.

	Propensión a	
	TCA	p
Apoyo Social Percibido	-.450	<.01

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los datos obtenidos en la tabla anterior muestran evidencia significativa ( $p < .01$ ) que establece una relación inversa entre los niveles de apoyo social percibido y los niveles de propensión a trastornos de la conducta alimentaria. Lo que corrobora la primera hipótesis.

#### 4.3.4 Diferencia entre grupos

Tabla VIII. Apoyo social percibido de sujetos con y sin diagnóstico de TCA

Variable	Sin diagnóstico		Con diagnóstico		U	P
	N	Rango	N	Rango		
	Promedio		Promedio			
Apoyo Social Percibido	105	145.12	26	105.23	6449.000	<.01

Con base en la anterior tabla y en el gráfico 11, comparación del apoyo social percibido en personas con y sin diagnóstico de TCA, se confirma la segunda hipótesis del trabajo, la cual establece que las personas diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria perciben menor apoyo social que las personas no diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria.

Los resultados anteriores y la confirmación de las dos hipótesis de investigación sugieren la posibilidad de que, efectivamente, la adquisición de algún trastorno alimentario en un sujeto esté estrechamente asociada al nivel de apoyo social que éste percibe. Asimismo, se puede conjeturar que el grado de apoyo social percibido puede favorecer la rehabilitación de una persona que padece algún trastorno alimentario, o bien ser una variable que intensifica y contribuye a mantener dicho padecimiento.

No obstante, si bien los resultados obtenidos en la presente investigación confirman las conclusiones a las que llegaron otros estudios científicos, con objetivos similares, es de gran pertinencia, sin embargo, abrir el campo de exploración e indagar más sobre otros factores relacionados con la adquisición de los trastornos alimenticios y con la percepción del apoyo social. Pues la adolescencia probablemente sea una variable clave que interfiere en ambos aspectos.

Cabe resaltar, que la investigación podría enriquecerse aún más estableciendo la correlación de otros factores tales como la edad, el género, el nivel socioeconómico, el grado de estudios obtenido, las características del núcleo familiar, etcétera. Por tal motivo, este estudio queda abierto a nuevas preguntas científicas que tengan la inquietud de profundizar en estos aspectos que, por el marco de la hipótesis, no fueron tenidos en cuenta para el análisis de la información, pero que, sin lugar a dudas, podrían representar datos valiosos para el desarrollo en el tratamiento de estos padecimientos.

# **CAPÍTULO V**

## DISCUSIÓN

El presente apartado tiene como objetivo presentar una síntesis de los resultados obtenidos, haciendo referencia a las hipótesis de trabajo, establecida en los inicios del escrito. Para lograr lo anterior, resulta conveniente relacionar las hipótesis con los resultados, incluyendo algunos comentarios que corresponden al marco teórico y al estado del arte. Asimismo, se expondrán las posibles aplicaciones prácticas que el estudio pueda aportar. Para concluir, se señalarán las limitaciones y dificultades a las que se enfrentó la investigación, así como el despliegue de algunas propuestas que pueden ser útiles en el futuro.

El tipo de estudio que se realizó fue correlacional y descriptivo, con una intervención de carácter observacional de corte transversal. El abordaje utilizado fue esencialmente cuantitativo y retrospectivo. El objetivo del estudio era establecer la relación que existía entre el nivel de apoyo percibido y la propensión a los trastornos de la conducta alimentaria.

A partir de los resultados obtenidos se puede concluir que existe una correlación entre los niveles bajos de apoyo social percibido y el diagnóstico de algún trastorno de conducta alimentaria. De esta manera, las hipótesis de trabajo fueron corroboradas. Pues, al mismo tiempo, se encontró correlación entre los altos niveles de apoyo social percibido y las personas que carecían de algún diagnóstico relacionado con los trastornos de conducta alimentaria.

Lo expuesto en el trabajo de investigación puede complementarse con las aportaciones de los estudios de Quiles, Terol y Quiles (2003), quienes encontraron una estrecha relación entre el apoyo social percibido y los trastornos de la conducta alimentaria. Según estos autores, existe evidencia de que los pacientes con estos trastornos presentan una mayor disconformidad con respecto a sus redes de apoyo, lo cual al, mismo tiempo, les genera grandes niveles de ansiedad. Asimismo, proporcionan otro dato relevante: las personas diagnosticadas con algún trastorno en su conducta alimentaria, principalmente los pacientes bulímicos, tienen redes sociales muy pequeñas y suelen percibir un menor grado de apoyo social por parte de los miembros de su núcleo social más cercano como la familia, los amigos o la pareja, teniendo, a su vez, interacciones de carácter negativo. Esto es de gran importancia, sobre todo si se tiene en cuenta la aportación teórica de Lin et al. (1981), con respecto al tema del apoyo social. Estos autores señalan que los lazos sociales son los medios que posibilitan el acceso al apoyo social; estos lazos pueden establecerse con otras personas, con un grupo o con una comunidad particular. En este

sentido, la cantidad de personas con las cuales un individuo es capaz de relacionarse e interactuar representa la amplitud de las fuentes de apoyo disponibles y con las que ese individuo puede contar.

El hecho de que el presente trabajo haya corroborado los resultados a los que llegaron la mayoría de los estudios que se exponen en el “Estado del arte” revelan la gran importancia que implica abordar esta problemática. Pues, como apuntan Cattanach y Rodin (1988) en sus investigaciones, las personas que perciben un menor grado de apoyo social, además de ser propensas a padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, que desde ya implica un problema grave, también presentan la tendencia a manifestar un peor ajuste en su espacio laboral, durante su tiempo libre, en actividades sociales, en las relaciones familiares y de pareja. Esto pone en evidencia las grandes limitaciones a las cuales el individuo se ve sujeto y las posibles consecuencias nocivas que pueden resultar de ello como resultado de un trastorno alimentario y de otros problemas correlativos.

Por otra parte, cabe resaltar una variable presente en la investigación pero que, por las limitaciones espaciales y temporales que fueron impuestas al trabajo, no se tomó en cuenta. Esta variable es el género. Resulta interesante que la mayoría de las personas de la muestra que padecían un trastorno en la conducta alimentaria y, por ende, la percepción de un nivel bajo de apoyo social eran del sexo femenino. Esta cuestión puede abrir la pauta a nuevas investigaciones que aborden la relación entre esta variable y las expuestas en el presente trabajo, con la finalidad de indagar sobre otras posibles causas que intervienen en estos padecimientos y la apertura a la posibilidad de pensar en nuevas estrategias de intervención que contribuyan a paliar el problema.

Los resultados arrojados por el presente trabajo de investigación pueden proporcionar herramientas para adaptar y perfeccionar las metodologías terapéuticas para personas que padecen algún trastorno en su conducta alimentaria. El enfoque puede enfatizar la cuestión del apoyo social buscando la forma de generar nuevas y más sólidas redes sociales y de apoyo que propicien una mejor inserción social en personas con estos padecimientos. Asimismo, el nuevo conocimiento obtenido puede servir para detectar focos de alerta y prevenir futuras adquisiciones patológicas, o bien evitar reinserciones.

Por otro lado, cabe mencionar que las limitaciones de este estudio pueden encontrarse en el tamaño de la muestra de trabajo, la cual es relativamente pequeña y no puede establecerse como un estándar de control. No obstante, la significatividad de los resultados obtenidos, así como la confirmación de varios estudios más que emplearon una muestra aún mayor, puede llevar a sugerir que la información extraída es bastante

confiable para, en un futuro, iniciar el establecimiento de estándares que orienten la práctica terapéutica.

De igual manera, es importante destacar las propias limitaciones del investigador, como por ejemplo, la falta de experiencia. También las políticas institucionales que pudieron funcionar como obstáculos (disponibilidad, espacios, tiempos, etc.) y la disposición de los participantes (honestidad, seguimiento de las instrucciones, etc.).

Para concluir, cabe decir que el espacio a nuevos cuestionamientos y propuestas de investigación queda abierto. Hoy en día es evidente la necesidad de un exhaustivo abordaje sobre estas problemáticas, así como la generación de nuevas propuestas que tomen en cuenta las exigencias y demandas de la sociedad actual.

# **6. ANEXOS**

## 6.1 Instrumento de recolección de los datos

### Cuestionario de datos Sociodemográficos

Edad: \_\_\_\_ Sexo: 1. Masculino  2. Femenino  Estado Civil: \_\_\_\_\_

1) ¿Se encuentra estudiando actualmente? 1. Sí  2. No

Si contesto que sí, indique qué estudia: \_\_\_\_\_

2) ¿Cuál es el nivel de educación de su madre? (Indique con una cruz)

- |                             |                          |                           |                          |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a. No sé                    | <input type="checkbox"/> | b. No asistió             | <input type="checkbox"/> |
| c. Primario incompleto      | <input type="checkbox"/> | d. Primario completo      | <input type="checkbox"/> |
| e. Secundario Incompleto    | <input type="checkbox"/> | f. Secundario Completo    | <input type="checkbox"/> |
| g. Terciario Incompleto     | <input type="checkbox"/> | h. Terciario Completo     | <input type="checkbox"/> |
| i. Universitario Incompleto | <input type="checkbox"/> | j. Universitario Completo | <input type="checkbox"/> |

3) ¿Cuál es el nivel de educación de su padre? (Indique con una cruz)

- |                             |                          |                           |                          |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a. No sé                    | <input type="checkbox"/> | b. No asistió             | <input type="checkbox"/> |
| c. Primario incompleto      | <input type="checkbox"/> | d. Primario completo      | <input type="checkbox"/> |
| e. Secundario Incompleto    | <input type="checkbox"/> | f. Secundario Completo    | <input type="checkbox"/> |
| g. Terciario Incompleto     | <input type="checkbox"/> | h. Terciario Completo     | <input type="checkbox"/> |
| i. Universitario Incompleto | <input type="checkbox"/> | j. Universitario Completo | <input type="checkbox"/> |

4) Usted trabaja: (Indique con una cruz)

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. En relación de Dependencia | <input type="checkbox"/> |
| 2. De manera Independiente    | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ambos                      | <input type="checkbox"/> |
| 4. No trabajo                 | <input type="checkbox"/> |

5) ¿Usted tiene hijos? 1. Sí  2. No  / Si contesto que sí, indique cuantos: \_\_\_\_

6) Económicamente dependo de:

Mis padres:	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuen- temente	Casi siempre	Siempre
	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

Mi pareja:	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuen- temente	Casi siempre	Siempre
	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

Otra/s persona/s	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuen- temente	Casi siempre	Siempre
	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

**ICRA Inventario para la evaluación de conductas relacionadas con la alimentación.**

Lo invitamos a colaborar en una Investigación en la que se estudian **trastornos de la conducta alimentaria**. Por este motivo su colaboración en este estudio es de **suma importancia**. Su participación es **voluntaria**. La **información** brindada por usted es **anónima** y sus datos **no serán difundidos**. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.

Recuerde que **no hay respuestas correctas o incorrectas**, por favor intente **no omitir ninguna pregunta** y responder **todo el cuestionario**.

<i>Lee atentamente las frases y piensa con qué frecuencia te sucede lo que allí se enuncia. Indica con una X tu respuesta marcando la columna que corresponda. Señala siempre una sola opción y no te detengas a pensar demasiado cada frase. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas, intenta ser lo más sincero/a posible.</i>		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
1	Pienso acerca de hacer dieta				
2	Pienso mucho en comer				
3	Creo que mis caderas son demasiado grandes				
4	Tengo ganas de vomitar después de las comidas				
5	Me preocupa tanto mi figura que hago dieta				
6	Me preocupa sentir que tengo que controlar cuanto como				
7	Siento que no sirvo para nada				
8	Soy muy abierta/o con mis sentimientos				
9	Cuando estoy mal, no se si estoy triste, asustado o enojado				
10	Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo				
11	Cambio fácilmente de estado de ánimo				
12	Sé que la gente me quiere				
13	Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo				
14	Me aterroriza subir de peso				
15	Me lleno excesivamente de comida				
16	Estoy conforme con el cuerpo que tengo				
17	Intento no comer alimentos con azúcar				
18	El hecho de estar junto a una persona delgada me hace sentir gorda/o				
19	Creo que la comida domina mi vida				
20	Desearía ser otra persona				
21	Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales				

		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
22	Estoy confundida/o con las sensaciones que noto en mi cuerpo				
23	Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas				
24	Suelo tener ataques de furia				
25	Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales				
26	Puedo confiar en mis amigos				
27	Quiero estar más delgada/o				
28	He llegado a comer y comer sin poder parar				
29	Creo que mis nalgas son demasiado grandes				
30	Me fijo cuantas calorías tienen los alimentos que como				
31	Me enojo al examinar mi cuerpo				
32	Siento que estoy gorda/o aunque los demás digan que estoy demasiado delgada/o				
33	Siento que no hago nada bien				
34	Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás				
35	Me cuesta entender porque me enojo				
36	Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo				
37	Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable				
38	Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco				
39	Me hago cargo de lo que digo o hago				
40	Me siento muy culpable cuando como demasiado				
41	Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer				
42	Creo que mis caderas son del tamaño normal				
43	Corto mis alimentos en trozos pequeños				
44	Siento que es injusto que yo sea mas gordo/a que otros/as				
45	Tengo la sensación de estar enferma/o porque tengo el estómago lleno				
46	En general puedo manejar lo que pasa en mi vida				
47	Confío en los demás				
48	Me resulta difícil entender mis sentimientos				
49	Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo				
50	Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o				
51	Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente				
52	Cuento con personas que me ayudan si lo necesito				
53	Exagero la importancia del peso de mi cuerpo				

		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
54	Como o bebo a escondidas				
55	Pienso que mi panza es demasiado grande				
56	Cuando hago ejercicio pienso en quemar calorías				
57	Evito correr para no vean mi carne tambalearse				
58	Tengo una baja opinión de mi misma/o				
59	Tengo buenos vínculos afectivos				
60	No sé que pasa dentro mío				
61	Comer por placer es un signo de debilidad				
62	Algunas personas piensan que me enojo fácilmente				
63	Creo que me conozco bien a mí misma/o				
64	Estoy conforme con mi forma de ser				
65	Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando				
66	Como poco cuando estoy con otras personas y mucho cuando estoy sola/o				
67	Creo que el tamaño de mis muslos es normal				
68	Vomito después de haber comido				
69	Imagino deshacerme de algunas zonas de mi cuerpo				
70	Como dulces e hidratos de carbono sin hacerme problemas				
71	Creo que mis muslos son demasiado grandes				
72	Me controlo en las comidas				
73	Me preocupa que otros vean mis rollitos				
74	Creo que mi estómago es de tamaño normal				
75	Me gusta sentir el estómago vacío				
76	Temo engordar				
77	Aunque tenga hambre intento no comer				
78	Me siento excesivamente regordeta/e				
79	Siento que soy incapaz de parar de comer				
80	Pienso que no tengo buen autocontrol de mi figura				
81	Como alimentos dietéticos				
82	No asistí a fiestas o reuniones por sentirme mal con mi cuerpo				
83	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo				
84	El ver reflejada mi figura me hizo sentir mal				
85	Me siento muy culpable después de comer				
86	Vomito o tomo laxantes para sentirme más liviana/o				

		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
87	Sigo estrictamente las dietas				
88	Me preocupa que mi carne no es suficientemente firme				
89	Me gusta comer acompañado/a				
90	No me gusta ir a la playa o lugares donde mi cuerpo que de expuesto				
91	Los demás me presionan para que coma				
92	Pellizco partes de mi cuerpo para ver cuanta grasa tienen				
93	Los demás preferirían que yo comiese más				
94	La sensación de plenitud me hace sentir gorda				
95	Me preocupa tener celulitis				
96	Me siento avergonzada/o de mi cuerpo				
97	Evito ponerme ropas ajustadas				
98	Mis padres esperan de mí un alto nivel de rendimiento				
99	La infancia es la etapa más feliz de la vida				
100	Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada				
101	Me gustaría tener menos años				
102	De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros				
103	La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta/o				
104	Me propongo metas sumamente elevadas				
105	Me gusta más ser un/a adulto/a que un/a niño/a				
106	Detesto cuando no soy la/él mejor en algo				
107	Creo que la niñez es la época más feliz de la vida				

## Escala Apoyo Social Percibido para Estudiantes Adolescentes

- A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que se refieren a cómo percibís los comportamientos y actitudes que tus padres, profesores, compañeros de clase, mejor amigo/a, tienen hacia vos.
- Indica la frecuencia con la que ocurre lo señalado en cada afirmación, marcando tu respuesta con un círculo (O) en la columna que corresponda.

Utiliza la siguiente escala:

Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

MIS PADRES	1. Me escuchan cuando estoy mal	1	2	3	4
	2. Me ayudan a tomar decisiones	1	2	3	4
	3. Me dan buenos consejos	1	2	3	4
	4. Me ayudan a encontrar soluciones o respuestas a mis problemas	1	2	3	4
MIS PROFESORES	5. Me entienden	1	2	3	4
	6. Me permiten hacer todas las preguntas que necesite	1	2	3	4
	7. Me ayudan cuando quiero aprender a hacer algo mejor	1	2	3	4
MIS COMPAÑEROS DE CLASE	8. Me invitan a unirme a sus actividades	1	2	3	4
	9. Hacen cosas buenas por mí, tienen una buena actitud para conmigo	1	2	3	4
	10. Juegan o charlan conmigo en el recreo	1	2	3	4
	11. Me eligen para formar parte de un equipo	1	2	3	4
MI MEJOR AMIGO O AMIGA	12. Me ayuda a solucionar mis problemas	1	2	3	4
	13. Me ayuda cuando lo necesito	1	2	3	4
	14. Me aconseja	1	2	3	4
	15. Me explica las cosas cuando estoy confundido/a	1	2	3	4

**Por favor, asegúrese de haber respondido todas las frases  
¡Muchas gracias por su cooperación!**

## 6.2 Consentimiento Informado

UN ESTUDIANTE DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA ESTÁ REALIZANDO UNA INVESTIGACIÓN CON EL OBJETO DE CONOCER ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS.

SU COLABORACIÓN ES MUY VALIOSA PARA EL TRABAJO, LA INCLUSIÓN DE ESTOS DATOS EN LA INVESTIGACIÓN ES **VOLUNTARIA**. EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE DESISTIR DE PARTICIPAR Y RETIRARSE DE LA INVESTIGACIÓN. LO QUE INTERESA ES OBTENER DATOS SOBRE GRUPOS DE PERSONAS, POR LO QUE LA INFORMACIÓN ES **CONFIDENCIAL**.

A CONTINUACIÓN, MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA Y FIRME. SI ESTÁ DE ACUERDO CON QUE LOS DATOS PUEDAN SER UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN, SEÑALE LA OPCIÓN “ACEPTO”, EN CASO CONTRARIO MARQUE “NO ACEPTO”.

ACEPTO

NO ACEPTO

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

SE AGRADECE SU PARTICIPACIÓN.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Baile, J. I., Guillén, F. & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto de anonimato, el sexo y la edad, *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 439-450.
- Barrón, A. (1990). *Proyecto docente para concursar a la plaza de profesor titular del área de Psicología Social*. Madrid: Departamento de Psicología Social, Universidad Complutense de Madrid.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos Teóricos y Aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Beato, L. & Rodríguez, T. (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Psiquis*, 6, 50-55.
- Beest, M. & Baerveldt, C. (1999). The relationship between adolescents' social support from parents and from peers. *Adolescence*, 34, 193-201.
- Bennett, D. A. & Cooper, C. L. (1999). Eating disturbance as a manifestation of the stress process: A review of the literature. *Stress Medicine*, 15, 167-182.
- Bojórquez, R., Ávila Escalante, M., Cortés Sobrino, M., Vázquez Arévalo, R. & Mancilla Díaz, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y salud*, 02, 189-198.
- Bousoño, M., González, P. & Bobas, J. (1994). *Psicobiología de la Bulimia Nerviosa*. Madrid: EDIDE.
- Bovard, W.W. (s. f.). The effects of social stimuli in the response to stress. *Psychol. Bulletin*, 66: 267-277.
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R. & Herzog, D. (2010). Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *European Eating Disorder Review*, 18(2), 79-89.
- Brownell, K., Hotelling, K., Lowe, M., & Rayfield, G. (2011). *Trastorno en la alimentación* [Versión electrónica]. American Psychological Association. APA Help Center. Burgess (comp.), The city, Chicago, University of Chicago Press. Recuperado el 23 de abril 2011, de <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Castel, R. (1981). *La gestión des risque. De l' antipsychiatrie a l' aprespsychanalise*. Paris, Editions de Minuit.
- Castel, F., Castel, R. & Novell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona, Anagrama.
- Cattanach, L. & Rodin, J. (1988). Psychosocial components of the stress process in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 75-88.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). *Social Support and Health*. London. Academic Press.
- Collier, D. & Treasure, J. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, (185), 363-5.
- Collings, S. & King, M. (1994). Ten year follow-up of 500 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87.
- Compas, E., Hinden, R. & Gerhardt, A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.
- Cooper, P.J., Cooper, Z., Fairburn, C.G. & Taylor, M.J. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494
- Cooper, P.J. & Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Cotterell, J. (1996). *Social networks and social influences in adolescence*. London: Routledge.
- Cutrona, C.E. & Russell D.W. (1990). *Type of social support and specific stress toward a theory of optimal matching*. In B.R. Sarason, I.G. Sarason and G.R. Pierce (Eds.) *Social Support: An Interactional point of view*. New York: John Wiley.
- Dekovic, M. & Meeus, W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self concept. *Journal of Adolescence*, 20, 163-176.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in Sociology*. (trabajo original publicado en 1897) Glenole, III, The Fre Press.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erwin, P. (1998). *Friendship in childhood and adolescence*. London: Routledge.
- Fairburn, C. & Harrison, P. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-16.

- Fernández Liporace, M. & Ongarato, P. (2005, en prensa). Adaptación de la Escala de Apoyo Social para Estudiantes en adolescentes de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 2.
- Fuligni, A.J. & Eccles, J.S. (1993). Perceived parent-child relationships and early adolescents' orientation toward peers. *Developmental Psychology*, 29 (4), 622-632.
- Furman, W. & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationship. *Child Development*, 63, 1, 103-115.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (1999). Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females aged 18-30 years in general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 261-266.
- Golden, N., Katzman, D. & Kreipe, R. (2003). Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 496-503.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Grissett, N. I. & Norvell, N. K. (1992). Perceived social supports, social skills, and quality of relationships in bulimic women, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 293-299.
- Grotevant, D. & Cooper, R. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity formation in adolescence. *Child Development*, 56, 415-428.
- Hall, S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Harris, E. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social*. Tesis Doctoral. Universitat de València.
- Herzog, D. B., Pepose, M., Norman, D. K. & Rigotti, N. A. (1985). Eating disorders and social maladjustment in female medical students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 734-737.
- Hobfoll, S.E. & Stokes, J.P. (1988). *The processes and mechanics of social support*. En S. Duck (Ed.) *Personal Relationships. Theory Research and Intervention*. London: Willey and Son.

- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, M.A. Addison Welley.
- House, J.S. & Kahn, R.L. (1985). *Measures and concepts of social support*. En S. Cohen y L.S. Syme. (1985). *Social Support and Health*. London. Academic Press.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H. & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, (61), 348-58.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1972). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Jacobson, R. & Robins, C. J. (1989). Social dependency and social support in bulimic and nonbulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 665-670.
- Johnson, C. & Berndt, D. J. (1983). Preliminary investigation of bulimia and life adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 140, 774-777.
- Kahn, L. & Antonucci, C. (1980). *Convoys over the life course: Attachment, roles and social support*. En P. Baltes y O. Brim (Eds.). *Life span development and behavior*. San Diego, CA: Academic Press.
- Kohlberg, L. (1973). *Continuities in childhood and adult moral development revisited*. En P. Baltes y K. Schaie (Eds.), *Life span developmental psychology: Personality and socialisation*. New York: Academic Press.
- Koo-Loeb, J. H., Costello, N., Light, K. & Girder, S. S. (2000). Women with eating disorder tendencies display altered cardiovascular, neuroendocrine, and psychosocial profiles. *Psychosomatic Medicine*, 62, 539-548.
- Laireter, A. & Baumann, U. (1992). *Network structures and support functions-theoretical and empirical analysis*. En H. Veiel y U. Bauman (Eds.). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- Lin, N. (1986). *Conceptualising social support*. En N. Lin, A. Dean & T. W. Ensel (Ed.), *Social support, life events and depression* (1a.ed, pp.103-105). Nueva York: Academic Press.
- Lin, N. & Ensel, M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Lin, N., Woelfel, M.W. & Ligth, S.C. (1985). The buffering effect of Social support subsequent to an important life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (3): 247-263.
- Llopis, J. (2005). Redes sociales y Apoyo social. Una aproximación a los grupos de autoayuda, *Revista de recerca e investigació en antropologia*, 3, 1-24.

- López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejos. *Revista Clínica Médica*, 22(1), 85-97.
- Lowenthal, M.F. & Haven, C. (1968). Interaction and Adaptation: Intimacy is as a critical variable. *Amer. Sociol. Rev.* 33, 20-30.
- Machado, P., Machado, B., Goncalves, S. & Hoek, H. (2007). The prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-7.
- Martínez, L. & Fuertes, A. (1999). Importancia del clima familiar y la experiencia de pareja en las relaciones de amistad adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 14, 235-250.
- McClintock, J. M. & Evans, I. M. (2001). The Underlying Psychopathology of Eating Disorders and Social Phobia: A Structural Equation Analysis. *Eating Behaviors*, 2, 247-261.
- McKenzie, R. (1926). *The ecological approach to the study of the human community*. En R. Park y E. Burgess (comp.), *The city*, Chicago, University of Chicago Press.
- Moos, G.E. (1973). *Illness, Immunity and social interaction*. New York, John Wiley.
- Musitu, G. & Cava, J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
- Myers, J.D., Lindenthal, J.L. & Pepper, M.P. (1975). Life Events, Social Integration and Psychiatric Symptomatology. *Journal of Health and Social Behaviour*, 16, 121-127.
- Nolten, P. W. (1994). *Conceptualization and measurement of social support: The development of the student social support scale*. Unpublished doctoral dissertation. University of Wisconsin-Madison.
- Norring, C. & Palmer, B., (eds.) (2005). *EDNOS: Eating Disorders Not Otherwise Specified*. East Sussex: Routledge.
- Pattison, E. (1981). *A theoretical –empirical base for social system therapy*. In E. Feulks, R.M. Wintrob, J. Westermeyer y A.R. Favazza (Eds.). *Current Perspectives in Cultural Psychiatry*. New York: Spectrum.
- Pérez, M. & Becerra, L. (2012). *Inventario para la evaluación de conductas alimentarias (ICRA) (Proyecto Desarrollo y validación de un inventario para la evaluación de Trastornos en la Conducta Alimentaria)*. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.
- Perpiná, C. (1994). *Trastornos alimentarios*. En Belloch, A; Sandlín & Ramos. *Manual de Psicopatología*. Vol I. (pp. 531-555). Madrid: McGraw-Hill.

- Quiles Marcos, Y., Terol Cantero, M.C. & Quiles Sebastián, M.J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (2), 313-333.
- Ramos Valverde, P., Rivera de los Santos, F. & Rodríguez, C.M. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles [Versión electrónica]. *Psicothema*. 22 (1), 77-83. Recuperado el 14 de Mayo 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72712699013>.
- Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. & Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 63-72.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Requena, F. (1989). El concepto de red social. *REIS-Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 48, 137-152.
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J. G. & Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 1-12.
- Saldaña, C., Tomás, I. & Bach, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos alimentarios. *Ansiedad y Estrés*, 3, 319-337.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R. & Sarason. I.G. (1990). *The sense of acceptance and the role of relationships*. In B.R. Sarason, I.G. Sarason, and G.I Pierce (Eds.) *Social Support: An interactional point of view*. New York . Jhon Willey.
- Schumaker, S.A. & Brownell, A. (1984). "Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 49, 4: 11-36.
- Sohlberg, S. S., Norring, C. & Rosmark, B. E. (1992). Prediction of the course of anorexia nervosa/bulimia nervosa over three years. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 121-131.
- Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Tardy, CH.H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2):187-202.
- Treasure, J., Claudino, A. & Zucker, N. (2010). Eating Disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-93.
- Terol, M.C. (1999). *Apoyo social y salud en pacientes oncológicos*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Miguel Hernández, Elche, España.

- Thoits, P.A. (1985). *Social support and psychological well-being. Theoretical possibilities*. En I.G. Saranson y B.R.Saranson: *Social Support: Theory, Research and Application*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Tiller, J. M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. & Treasure, J. L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 31-38.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. & Cuesta, L. (1989). Actitudes alimenticias, factores sociodemográficos y evaluación de la forma corporal en adolescentes. *Revista Británica de Psicología Médica*, 62, 61-70.
- Troop, N. A., Holbrey, A. & Treasure, J. L. (1998). Stress, coping and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-166.
- Vandereycken, V. (1994). Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: Review of the literature from 1960 to 1979. *International Journal of Eating Disorders*, 16(2), 105-16.
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory Research an Intervention*. Nueva York. Prager.
- Wade, T., Bergin, J., Martin, N., Gillespie, N. & Fairburn, C. (2006). A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 510-7.
- Westen, D. & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 547-62.
- WHO (1992). *ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- 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.
- Wood, Y.R. (1984). *Social support and social networks: Nature and mesasurement*. En P. McReynolds (Ed.). *Advances in Psychological Assessment*. San Francisco: Jossey Bass.