

## BULIMIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS DE LA CIUDAD DE PEREIRA, COLOMBIA

---

### Bulimia and coping strategies in adolescents schooling of the city of Pereira, Colombia

Marly Johana Bahamón Muñetón\*

*Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD (Colombia)*

#### *Resumen*

El artículo presenta resultados de la investigación dirigida a identificar y relacionar la presencia de síntomas bulímicos con el uso de estrategias de afrontamiento y variables socio-demográficas en mujeres entre los 10 y 17 años de edad. Se utilizó un diseño correlacional y se aplicó el BITE para la medición de síntomas bulímicos y el ACS para la identificación de las estrategias de afrontamiento. Se identificó que el 59% de las 278 participantes no presenta comportamientos alterados frente a la comida y 41% presenta síntomas de bulimia. Se identificaron correlaciones entre

---

\* Psicóloga, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente ocasional, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (Colombia). [marly.bahamon@unad.edu.co](mailto:marly.bahamon@unad.edu.co)

**Correspondencia:** Calle 18 con Carrera 1, barrio Manzanares. Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD, Tunja -Boyacá (Colombia).

la gravedad y el estrato socio-económico. Se hallaron correlaciones positivas entre síntomas de bulimia y las estrategias de autoinculparse y búsqueda de apoyo espiritual. También se encontró correlación positiva entre gravedad y las estrategias de búsqueda de apoyo espiritual y distracción física. Los resultados coinciden parcialmente con estudios previos sobre el tema puesto que las estrategias que se relacionan con los síntomas y gravedad de la bulimia son evitativas y centradas en la emoción. Finalmente, se expone la necesidad de realizar más estudios comparando muestras clínicas y no clínicas.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, bulimia, estrategias de afrontamiento.

### *Abstract*

The article presents the results of an investigation directed to identify and relate the presence of bulimic symptoms with the use of coping strategies and socio-demographic variables in women between 10 and 17 years of age. A correlational design was used and BITE was applied to measure bulimic symptoms and the ACS to identify coping strategies. We found out that 59% of the 278 participants do not present altered behaviors with food and 41% have symptoms of bulimia. Correlations were identified between the severity of cases and socioeconomic stratum. Positive correlations were found between symptoms of bulimia and self-incrimination and searching strategies for spiritual support. There was also positive correlation between severity of cases and searching strategies for spiritual support and physical distraction. The results are consistent with previous studies on the subject since the strategies related to the severity of symptoms and Bulimia are avoidant and emotion-focused. Finally, we illustrate the need for more studies comparing clinical and nonclinical samples.

**Keywords:** eating disorders, bulimia, coping.

Fecha de recepción: 19 de septiembre de 2011

Fecha de aceptación: 23 de febrero de 2012

## INTRODUCCIÓN

Unos de los pocos trastornos psicológicos que pueden desencadenar en la muerte de la persona que lo padece son los trastornos de la alimentación (TA), los cuales son considerados como un serio desorden en la conducta alimentaria que se acompañan de una alteración profunda en la percepción de la imagen corporal directamente relacionada con los hábitos alimentarios, o como síndromes en los que existe una alteración grave de la conducta alimentaria, fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las personas hacen para controlar su peso y su cuerpo (Salvador, 2004).

Al respecto, los estudios han determinado que la adolescencia se constituye en una etapa de alto riesgo para la aparición de TA, pues su incidencia y prevalencia es cada vez mayor (una de cada diez adolescentes está en peligro de padecer algún TA) y existe poca información sobre la aparición de síntomas antes de esta época (Herscovici & Bay, 1993; Tannenhaus, 1995; Simon & Fontaine, 1994).

Dentro de los TA, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR establece la existencia de la anorexia, la bulimia, el trastorno por atracón y los trastornos no especificados (American Psychiatric Association, 1997). Cada una de estas alteraciones funciona como entidades independientes con un conjunto de síntomas diferentes que se presentan en las personas con unas características específicas. No obstante, cada una refiere dificultades graves con relación a la ingesta de la comida, ya sea por las preocupaciones alrededor de la imagen corporal y el mantenimiento o reducción de peso, o por los sentimientos de culpa que acompañan estos trastornos junto con la sensación de pérdida de control de sí mismo traducido en algo tan elemental como la relación con la comida.

Esta investigación se concentró específicamente en la bulimia, teniendo en cuenta que presenta mayor prevalencia que la anorexia y el trastorno por atracón, y que se encuentra claramente más definida que los trastornos no especificados.

La bulimia es la ingestión episódica incontrolada de grandes cantidades de alimentos durante un periodo breve. Las personas con bulimia se percatan de sus hábitos alimenticios pero suelen no percatarse del hambre durante las comilonas, puesto que no son capaces de detenerse por sí solas sino hasta que sienten dolor abdominal intenso, se les interrumpe, se quedan dormidos, se desmayan o se inducen el vómito.

Sus principales características consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Estos métodos pueden ser vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y diuréticos, periodos de ayuno o consumo de fármacos. (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux & Espinoza, 2007; Cano et. al., 2007; Pascual, Etxebarria & Echeburúa, 2011).

Según el DSM-IV-TR, se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga, con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- *Tipo purgativo*: cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- *Tipo no purgativo*: cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

En contextos como el colombiano el recorrido investigativo sobre el tema es limitado y los estudios de carácter epidemiológico aportan significativamente en la visibilización del fenómeno, aunque no se constituyen en productos suficientes para el abordaje de la problemática. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante señalar que las investigaciones encontradas sobre el tema en nuestro país se remiten a estudios realizados en población escolar de bachillerato y universidad, frecuentemente con

muestras de género femenino y que exploran los TA de manera generalizada (Ángel et. al., 2000; Cortes et. al., 2003).

**Tabla 1**  
Investigaciones sobre TCA en Colombia.

<b>Autores</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
Ángel, Vásquez & Chavarro. (1997).	Instrumento de autorreporte	Estudiantes universitarios (Bogotá)	Prevalencia de 1,2% para la bulimia, 0,5% para la anorexia y 19,5% para trastornos no especificados.
Cortés, H. Díaz, A. Mejía, C. Mesa, J. (2003).	Cuestionario construido por los autores para cada trastorno con base en los criterios del DSMIV y el CIE-10. Escala de ansiedad y depresión de William Zung.	196 mujeres universitarias de primer y segundo año de cuatro de pregrado (Universidad de Medellín)	Prevalencia de 3,1% para AN, 2,1% para BN y 1,6% para trastorno por atracción. Se destacó la influencia de los medios de comunicación en población sana como en población anoréxica (50%), en relación al estrés académico éste se presentó en el 75% de los casos, además se identificó que las mujeres participantes han recibido presión familiar para adelgazar y que para el caso de esta muestra no se relaciona la ansiedad y la depresión con la presencia de TCA,
Ramírez et al. (2003)		474 estudiantes mujeres entre los 9 y los 19 años de edad	el 33% tenían riesgo de TCA y una prevalencia de 17,7% la cual se dividió así: 0,8 Anorexia Nerviosa, 2,3% Bulimia Nerviosa y 14,6% TCA no especificados.
Rueda, G. E. et al. (2005)	ECA psiquiátrica Entrevista	247 mujeres entre los 10 y 19 años (Bucaramanga)	La entrevista psiquiátrica indicó que el 30% de la población presentaba TCA. La prevalencia para bulimia nerviosa fue 0,8% y el 1,24% y para trastornos alimentarios no especificados 3,2% y 2,75%.
Cano, A. et al.(2007)	Cuestionario de variables socio-demográficas, escala de ansiedad y depresión de Zung, el Eating Disorders Inventory (EDI2) y el Apgar familiar	165 estudiantes de la universidad de Manizales	El 12,7% de la población analizada presentó factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria, 17,3% de la población femenina y el 3,8% de la población masculina; las personas con mayor factor de riesgo fueron las mujeres en la facultad de Comunicación Social y Periodismo (24,1%). Se determinó una relación significativa entre la variable impulso por la delgadez con la ansiedad o depresión. El mayor índice de masa corporal y de porcentaje de grasa está asociado con un aumento en la variable impulso por la delgadez
Fandiño, A. Giraldo, S. Martínez, C. Aux, C. ECA Espinosa, R. (2007)		147 estudiantes de Medicina (Cali)	El 39,7% de estudiantes puntuó de manera positiva en la prueba (puntaje >24), cifra que indica una alta probabilidad de desarrollar algún TCA; con relación al género se estimó una prevalencia de 44,1% en mujeres y 9,6% en hombres.
Así Ángel, L.A. Martínez, L. M. y Gómez, M. T. (2008)	El ECA, el STAIC (Encuesta de autoreporte para la tamización de la ansiedad), el CDS (encuesta para tamizaje de depresión) y el SCAN para el diagnóstico de los TCA.	2770 estudiantes de bachillerato de Sogamoso y Bogotá.	Las mujeres tienen mayor presencia del trastorno, con una frecuencia global de 37% del cual el 0,28% presenta anorexia nerviosa, el 3,25% bulimia nerviosa y el 33,6% trastorno alimentario no especificado. No se encontró relación entre el TCA y el estrato socio-económico y se encontró relación entre los TCA y la presencia de ansiedad como rasgo.

**Fuente:** Autora.

Los datos en Colombia suponen que, en promedio, un 33.5% de jóvenes adolescentes presenta riesgo a padecer un TA en tanto que la prevalencia reporta datos diferentes aunque cercanos: 17,7% (Ramírez et al., 2003); 30%, (Rueda et al., 2005) y 37% (Ángel, et. al., 2008). Específicamente, en el caso de la prevalencia de la bulimia, en Bogotá se determinó una cifra de 3.25% (Ángel, Martínez & Gómez, 2008).

Sobre el tema, investigaciones recientes en Latinoamérica indican que el riesgo de padecer de bulimia nerviosa es mayor que el riesgo de padecer otros trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa. Así, Cano et al. (2007) informan que mientras que el riesgo de desarrollar bulimia nerviosa es del 2% al 5%, el riesgo de padecer anorexia nerviosa es del 0.5% al 1%; cifras similares a las reportadas por diferentes autores (Fandiño, Giraldo, Jimenez, Aux & Espinosa, 2007; Quiles & Terol, 2008; Vásquez et al. 2005; Vásquez, López, Álvarez, Franco & Mancilla, 2004).

En el plano internacional las investigaciones sobre TA han indagado frecuentemente por la prevalencia en diferentes países, encontrando resultados similares a los arrojados por los estudios en Colombia; no obstante, aparece un interés creciente sobre diferentes variables que pueden estar involucradas en el desarrollo y en el mantenimiento de la sintomatología; una de ellas es el afrontamiento. Dicho proceso se ha relacionado teniendo en cuenta que la población adolescente experimenta múltiples presiones y situaciones que pueden resultar estresantes y derivar en dificultades como los TA.

El afrontamiento fue delimitado por Lazarus y Folkman como mediador en situaciones generadoras de estrés (Carver, Scheier & Kumari, 1989). Para estudiar el afrontamiento, Lazarus realizó una clasificación de estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción, las cuales dan cuenta de cómo el sujeto despliega ciertas acciones dirigidas a resolver la situación estresante o acciones que involucran la emotividad sin definición clara hacia el abordaje del problema.

Este concepto se encuentra estrechamente relacionado con el estrés, en la medida en que las consecuencias negativas de este son reguladas mediante el afrontamiento y es considerado como un esfuerzo en di-

ferentes áreas (cognitiva y conductual) que se dirige hacia el manejo, la minimización y la tolerancia de las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés (Halstead, Bennett & Cunningham, 1993).

Por ello, es posible afirmar que el afrontamiento se constituye en catalizador de las demandas a las que se expone el individuo y depende de la manera como este se despliegue puede moderar o acentuar las consecuencias negativas de determinadas situaciones que han sido percibidas como amenazas para el bienestar físico, psicológico o social. A continuación se exponen los principales aportes teóricos sobre los estilos y estrategias de afrontamiento.

Los estilos son considerados como la predisposición personal para hacer frente a las situaciones estresantes y a partir de los cuales se despliega el uso de determinadas estrategias de afrontamiento, las cuales son definidas como los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y que pueden ser modificables; en otras palabras las estrategias son “un conjunto de recursos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir, eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación [...]” (Londoño et al., 2005, p. 328). Así, mientras los estilos disponen para la acción orientada hacia determinado aspecto, las estrategias constituyen la acción en sí misma y pueden ser modificables.

Frydenberg y Lewis (1997) realizaron la siguiente clasificación sobre estrategias de afrontamiento:

- *Buscar diversiones relajantes (Dr)*: describe situaciones de ocio y relajantes, tales como la lectura, la pintura o divertirse.
- *Esforzarse y tener éxito (Es)*: describe compromiso, ambición y dedicación, se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal.
- *Distracción física (Fi)*: se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.
- *Fijarse en lo positivo (Po)*: indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.

- *Concentrase en resolver el problema (Rp)*: se dirige a abordar el problema sistemáticamente, pensar en él y tener en cuenta los diferentes puntos de vista u opciones de solución.
- *Buscar apoyo espiritual (Ae)*: consiste en una tendencia a rezar, y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual.
- *Invertir en amigos íntimos (Ai)*: se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas, al esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo y hacer nuevas amistades.
- *Buscar ayuda profesional (Ap)*: denota una tendencia a recurrir al uso de consejeros profesionales, como maestros o psicólogos.
- *Buscar apoyo social (As)*: consiste en una inclinación a compartir los problemas con los demás y conseguir ayuda y apoyo para enfrentarlos.
- *Buscar pertenencia (Pe)*: indica una preocupación o interés por las relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan de él.
- *Acción social (So)*: consiste en dejar que otros conozcan cuál es su preocupación y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.
- *Autoinculparse (Cu)*: indica que se percibe como culpable o responsable de sus problemas o dificultades.
- *Hacerse ilusiones (Hi)*: se refiere a la esperanza y a la expectativa de que todo tendrá un final feliz.
- *Ignorar el problema (Ip)*: denota un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.
- *Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na)*: se refiere a la incapacidad personal para resolver el problema, a no hacer nada y su tendencia a sentirse enfermo y a desarrollar síntomas psicósomáticos.
- *Preocuparse (Pr)*: indica temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.
- *Reservarlo para sí (Re)*: indica que el sujeto tiende a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones.
- *Reducción de la tensión (Rt)*: se refiere al intento de sentirse mejor y relajar la tensión, mediante acciones como: llorar, gritar, evadirse, fumar, comer o beber.

El análisis sobre el papel del afrontamiento en el curso de los TA es reciente y, de hecho, recibe bastante acogida teniendo en cuenta que la población con mayor riesgo a padecer este trastorno son jóvenes, quienes por la naturaleza de su ciclo vital se sumergen constantemente en conflictos psicológicos que involucran elementos como: la apropiación de una nueva imagen corporal debido a los cambios propios de la adolescencia y la presión que implica la construcción y definición de su identidad; todo ello sumado a las múltiples demandas del medio social, escolar y familiar que deben resolver como habitantes “casi adultos” del mundo.

Los autores señalan que la diferencia entre la población en general y personas con TA radica en que las situaciones tienden ser percibidas como más amenazantes y peligrosas por los segundos; de hecho, las maneras de afrontar dichas situaciones suelen ser diferentes y reportan que, incluso, la presencia de TA puede ser, en sí misma, una forma de afrontamiento. Así, en mujeres con síntomas bulímicos aparecen con mayor frecuencia el uso de estrategias evitativas centradas en la emoción con uso significativamente menor de estrategias centradas en el problema (Wölfigesa, Legenbauera, & Hillera, 2010; Valutis, Goreczny, Wister, Newton, Popp & Vavrek, 2008; Honey & Halse, 2008; Sierra & Lemos, 2008; García et al. 2004; Quiles & Terol, 2008; Ghaderi, 2003). El objetivo central del estudio fue identificar y relacionar la presencia de síntomas bulímicos con el uso de estrategias de afrontamiento y variables socio-demográficas en mujeres entre los 10 y 17 años de edad.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

El enfoque de la investigación es cuantitativo con diseño correlacional y transversal.

### **Participantes**

La muestra estuvo conformada por un total de 278 mujeres adolescentes entre los 10 y los 17 años de edad estudiantes de un colegio femenino de la ciudad de Pereira; la edad media fue de 13 años, con una desvia-

ción estándar de 1,4, y el grado de escolaridad se ubicó entre sexto y décimoprimer curso de bachillerato. Para llevar a cabo la investigación se realizó un muestreo no probabilístico, escogiendo a la totalidad de las jóvenes que cumplieran con el criterio de edad y consentimiento.

## Instrumentos

- **Cuestionario sociodemográfico.** Consta de tres ítems para indagar la edad, grado y estrato socio-económico de la población objeto de estudio, y fue aplicado de manera grupal con los demás instrumentos. La edad, entendida como el tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha de diligenciamiento de los instrumentos; el grado escolar, como el nivel académico en el cual se ubican (desde sexto hasta undécimo); y el estrato socioeconómico determinado como la forma de estratificación social basada en las remuneraciones que reciben las personas y que se utiliza para clasificar los inmuebles residenciales de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Ley 142 de 1994, artículo 102). Legalmente en Colombia existen seis estratos socioeconómicos, el estrato más bajo es 1 y el más alto es 6.
- **Test de Bulimia de Edimburgo BITE.** Se trata de un instrumento autoaplicado que evalúa presencia y gravedad de síntomas de bulimia o atracones. El BITE es un cuestionario diseñado para identificar a aquellos sujetos que presentan síntomas bulímicos, consta de 33 ítems que se agrupan en 2 subescalas diferentes: Escala de síntomas y Escala de gravedad. La escala de síntomas evalúa el número y grado de los síntomas que están presentes y la de gravedad proporciona un índice de la gravedad del trastorno, teniendo en cuenta la frecuencia con que se presentan las conductas patológicas (Cervera et al., 1995). Los puntos de corte para la escala de síntomas son: <10: ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida; 10-20: patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa); 15-20: posible bulimia nerviosa subclínica; >20: patrón de comportamiento muy alterado (posible bulimia nerviosa). En tanto que los puntos de corte para la escala de gravedad son: 5-10: gravedad significativa; >10: gran gravedad.

- **Escala de afrontamiento para adolescentes ACS de Frydenberg y Lewis.** Es un inventario de autoinforme compuesto de 80 elementos, 79 de tipo cerrado y 1 de final abierto, que permiten evaluar con fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Estas fueron elaboradas a partir del supuesto de que en la capacidad de afrontamiento pueden reconocerse estrategias diferentes que los sujetos utilizan con diferente fuerza. Los 18 factores que se reflejan en las estrategias de afrontamiento de los adolescentes son: buscar apoyo social, concentrarse en resolver problemas, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, no afrontar, reducir la tensión, llevar a cabo acciones sociales, ignorar el problema, autoinculparse, reservar el problema para sí, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar apoyo profesional, buscar diversiones relajantes y/o distraerse físicamente. Las anteriores dan lugar a tres estilos básicos de afrontamiento: dirigido a la resolución del problema, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento improductivo.

## **Análisis de datos**

Los datos fueron recolectados por auxiliares de investigación previamente instruidos, quienes realizaron la aplicación en un mismo momento a todas las participantes una vez se obtuvo el consentimiento informado. Se llevó a cabo un análisis descriptivo con el propósito de obtener estadísticos de tendencia central y análisis inferencial de correlacional mediante el coeficiente de rango de Spearman, haciendo uso del SPSS 17.0.

## **RESULTADOS**

### **Características socio-demográficas**

Se evaluaron en total a 278 mujeres entre los 10 y los 17 años de edad, quienes se distribuyeron de la siguiente forma: 10 años (F= 1), 11 años (F= 49), 12 años (F=79), 13 años (F=57), 14 años (F=47), 15 años (F=34), 16 años (F=9), 17 años (F=1) y una persona que no reportó edad en el cuestionario.

En cuanto al estrato socio-económico, el cual se indagó mediante cuestionario auto-aplicado teniendo en cuenta que no existe una postura clara sobre la relación entre el estrato y la presencia TA, los datos identifican que en su mayoría la población estudiada pertenece a estrato 2 ( $F=110$ ) y 3 ( $F=108$ ).

### **Hallazgos relacionados con los síntomas bulímicos y afrontamiento en la muestra**

La aplicación del BITE en las jóvenes permitió identificar que la mayoría de las participantes presenta ausencia de comportamiento compulsivos hacia la comida; no obstante un alto porcentaje presenta patrones alimentarios anormales (Véase tabla 1). Estos datos permiten establecer que la prevalencia de bulimia para esta población es de 0,41%, puntuación que puede considerarse como alta.

**Tabla 1.**  
Porcentaje de síntomas bulímicos

<b>Síntomas de Bulimia (BITE)</b>	
Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	59%
Patrones alimentarios anormales	37%
Patrones alimentarios muy alterados	4%

**Fuente:** Autora

Teniendo como referencia las investigaciones sobre el tema, se evaluaron las posibles correlaciones entre la presencia de síntomas y gravedad de la bulimia con características de orden socio-demográfico a partir de lo cual se encontró que existe una ligera correlación positiva entre la gravedad de los síntomas bulímicos y estrato socio-económico, es decir, entre mayor era el número del estrato socio-económico, con mayor gravedad se presentaban los síntomas bulímicos (véase tabla 2).

**Tabla 2.**  
Correlación entre síntomas, gravedad, edad, grado  
y estrato socio-económico.

	<b>Edad</b>	<b>Grado</b>	<b>Estrato S.E.</b>
Síntomas de bulimia	.049	.015	.065
Gravedad de síntomas	-.077	.000	.306**

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

**Fuente:** Autora

Una vez analizada la información anterior, se indagó sobre las posibles correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas bulímicos a partir de lo cual se hallaron correlaciones débiles positivas con autoinculparse, buscar apoyo espiritual y distracción física, así cuánto más altos eran los puntajes en síntomas y gravedad de estos, mayores eran los puntajes obtenidos en las estrategias mencionadas (Véase tabla 3).

**Tabla 3.**  
Correlación entre síntomas, gravedad y estrategias de afrontamiento.

	<b>Autoinculparse</b>	<b>Buscar apoyo espiritual</b>	<b>Distracción física</b>
Síntomas de bulimia	.290**	.225*	-.099
Gravedad de síntomas	.000	.232*	.194*

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

**Fuente:** Autora

Sobre las correlaciones encontradas, las personas con altos puntajes en síntomas bulímicos tienden a culparse por las situaciones que le acontecen como estrategia para afrontar los problemas o las situaciones estresantes, además de recurrir con mayor convicción a rezar o buscar una guía espiritual como mecanismo de afrontamiento. Así mismo, a mayores puntajes en la gravedad de los síntomas, más altos en las estrategias de buscar apoyo espiritual y la distracción física o realizar ejercicio y mantenerse en forma.

## DISCUSIÓN

Los datos arrojados permiten evidenciar que las relaciones frecuentemente establecidas entre el estrato socio-económico y la presencia de los TA, por la población en general y los servidores de atención primaria, deben ser reevaluadas, en tanto no puede considerarse como un factor importante en la aparición de los síntomas bulímicos. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Piñeros, Molano & López (2010). Sin embargo, teniendo en cuenta que la investigación estableció una correlación débil entre el estrato y la gravedad de los síntomas, es necesario considerar que esto puede ligarse a patrones de diferente orden propios de estratos socio-económicos altos; ello expone la necesidad de un análisis más profundo sobre la atención e identificación psico-socio-familiar que se da a la enfermedad en estos contextos.

En relación con la edad y el grado de escolaridad no se encontraron correlaciones significativas, cuestión que permite hipotetizar que la aparición de los TA no suele relacionarse con una edad en particular y puede afectar de la misma forma a adolescentes en general, por lo que las campañas de prevención y promoción de la salud deben dirigirse una gama amplia de la población adolescente sin excluir a los más jóvenes<sup>1</sup>.

Sobre el uso de estrategias de afrontamiento, se logró identificar la existencia de tres: autoinculparse, buscar apoyo espiritual y distracción física, que se correlacionan positivamente aunque en forma débil con la bulimia (síntomas y gravedad). Autoinculparse implica que el sujeto realice una interpretación negativa sobre su papel en el desarrollo del problema al que está expuesto. De acuerdo con esto, el sujeto asume un papel activo en las situaciones pero con mayor implicación emocional (menos racional) y la presencia de sentimientos de culpabilidad, esto involucra algunas cuestiones terapéuticas, en tanto es posible utilizar la implicación del sujeto desligando la situación del “ser” con las consecuencias negativas. En este orden de ideas, la exploración acerca del sistema de creencias sobre sí mismo emerge como factor importante (Sierra & Lemos, 2008).

<sup>1</sup> Es importante aclarar que las afirmaciones aquí realizadas corresponden solamente a la población objeto de estudio y sus datos no se pueden generalizar a otras poblaciones.

Las otras estrategias relacionadas con la presencia de síntomas y gravedad del trastorno: buscar apoyo espiritual y distracción física, deben analizarse en profundidad, en tanto, la búsqueda de apoyo espiritual puede constituirse en un aspecto a favor si se reevalúan cuestiones como el papel del sujeto en ese proceso, pues, de lo contrario hay un desplazamiento de la responsabilidad hacia otras esferas y no se explicita un afrontamiento directo que permita la acción hacia la consecución de la solución o, en su defecto, de la aceptación de la situación problemática o estresante (Wölfigesa, Legenbauera, & Hillera, 2010; Valutis, Goreczny, Wister, Newton, Popp & Vavrek, 2008).

En cuanto a la distracción física, esta puede relacionarse con el curso de la enfermedad, como método compensatorio para evitar la ganancia de peso; cuestión que requiere de otros abordajes evaluativos que permitan mayor profundización en el tema. Estos resultados tienen implicaciones de orden teórico y terapéutico, puesto que exponen una coincidencia en el uso de estrategias de afrontamiento relacionadas con la bulimia, y de orden terapéutico, porque muestra la necesidad de abordar la emocionalidad de las personas con este trastorno en interacción con la percepción del rol que ellas mismas desempeñan al afrontar un problema.

En conclusión, las estrategias de afrontamiento pueden considerarse en el plano preventivo para estimular el uso de estrategias dirigidas a la resolución de problemas de manera que las acciones sean más productivas y los sujetos perciban mayor eficacia; en este orden de ideas, la formulación de líneas de prevención pueden dirigir su atención hacia la capacidad de afrontamiento de los jóvenes frente a situaciones adversas y/o estresantes y la percepción de los problemas como oportunidades de mejoramiento; y, en el plano interventivo, para reestructurar las interpretaciones negativas de sí mismos al hacer frente a las múltiples situaciones problemáticas que pueden activar y mantener el trastorno (Quiles & Terol, 2008).

Entre las limitaciones del estudio pueden considerarse la relaciones débiles, por lo cual es posible considerar la existencia de otras variables no identificadas que se relacionan de manera significativa con la bulimia. Los resultados permiten entrever que las creencias que la persona

tiene sobre sus problemas, su capacidad para enfrentarlos y su sistema de creencias pueden asociarse fuertemente a la bulimia, cuestión que debería estudiarse en profundidad en investigaciones futuras en muestras clínicas y no clínicas.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1997). *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ángel, L., Martínez, L. & Gómez, M. (2008). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TA) en estudiantes de bachillerato. *Rev.fac.med.unal, jul./sep.* 2008, vol.56, no.3, p.193-210, disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=55565&id\\_seccion=1978&id\\_ejemplar=5628&id\\_revista=121](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=55565&id_seccion=1978&id_ejemplar=5628&id_revista=121)
- Ángel, L., Martínez, L. & Gómez, T. (2008). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato. *Revista Fac. Med.* 56, (3), 193-210
- Ángel, L., Vasquez, R., Chávarro, K. & García, J. (2000). Comportamiento alimentario. Desarrollo, validez y fiabilidad de una encuesta. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, vol. XXIX (001) 29-48, disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80629102.pdf>
- Cano, A. et al. (2007). Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en estudiantes de la Universidad de Manizales. *Revista Med. Unab*, 10, (03), 187-194.
- Carver, Ch., Scheier, M. & Kumari, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283, disponible en: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p89COPE.pdf>
- Cervera, S. et al. (1995). *Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. Navarra: Clínica Universitaria, Universidad de Navarra.
- Cortes, H., Díaz, A., Mejía, C. & Mesa, J. (2003). Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo en estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Revista CES Medicina*, 17 (001), 33-45, Disponible en: [http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ\\_Med\\_Vol17\\_1/Trastornos\\_de\\_la\\_alimentacion.pdf](http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ_Med_Vol17_1/Trastornos_de_la_alimentacion.pdf)
- Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Aux, C. & Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Cali, Colombia. *Revista Colombia Médica*, 38 (04), 344-351

- García, E., Fusté, A., Miró, A., Sladaña, C., & Bados, A. (2004). Coping style and vulnerability to eating disorders in adolescent boys. *European Eating Disorders Review Rev.* 12, 61–67. Consultado el 12 de abril de 2011. Disponible en: <http://onlineacademics.org/CopyrightedAitken/Adolescence/EatingDisorderArticleGarcia-Grau.pdf>
- Ghaderi, A. (2003). Structural modelling analysis of prospective risk factors for eating disorders. *Eating behaviours*, 3, 4, 387-396
- Halsted, M., Bennet, S & Cunningham, W. (1993). Measuring coping in adolescents: An application of de ways of coping checklist. *Journal of clinical child psychology*, 22(3), 337-344
- Herscovici, C.& Bay, L.(1993). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Barcelona: Paidós.
- Honey, A. & Halse, C. (2008). The specifics of coping: parents of daughters with anorexia nervosa, *Qual Health Res*, 16 (5), 611-629
- Londoño N., Henao G., Puerta I., Posada S., Arango D. & Aguirre, D. (2005). Escala modificada de coping. *Revista Universitas psicologicas*, vol.5 no.2, pp. 327-349 disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64750210.pdf>
- Pascual, A., Etxebarria, I. & Echeburúa, A. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (2), 229-247
- Piñeros, O., Molano, C. & López, C. (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2) 313-328, Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80615447007.pdf>
- Quiles, Y. & Terol, M. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (02) 259-280. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80500205.pdf>
- Ramírez, L. et al. (2003). *Prevalencia de anorexia/bulimia en mujeres adolescentes de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Rueda, G. et al. (2005). Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga. Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (3), 375-385. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80634304.pdf>
- Salvador, J. (2004). *Tratamiento de los trastornos alimentarios. Eficacia diferencial de la terapia cognitivo comportamental con un componente de imagen corporal apoyado en técnica de realidad virtual*. Tesis doctoral Publicada por la Universitat Jaume I. Castellón, España
- Sierra, S. & Lemos, S. (2008). Examining the relationship between binge eating coping strategies and the definition of binge eating in a sample of Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, (01), 172-180. Disponible en: [http://www.ucm.es/info/psi/docs/journal/v11\\_n1\\_2008/art172.pdf](http://www.ucm.es/info/psi/docs/journal/v11_n1_2008/art172.pdf)

- Simon, Y. & Fontaine, O. (1994). Bulimia. En: Ladouceur, R. Fontaine, O & Cottraux, J. *Manual de terapia cognitiva-comportamental*. Barcelona: Masson
- Tannenhaus, N (1995). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Plaza & Janes
- Valutis, S., Goreczny, A., Wister, J., Newton, H., Popp, S. & Vavrek, J. (2008). Relationships among coping, weight preoccupation, and body image in college undergraduates. *Journal of psychiatric, psychology and mental health*, 8. (01), 1-11. Disponible: <http://www.scientificjournals.org/journals2008/articles/1338.pdf>
- Vásquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J. (2004). Presencia de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 13(03), 415-427.
- Vásquez, R. et al. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, (01), 415-427.
- Wölfigesa, R., Legenbauera, T. & Hillera, W. (2010). Examination of situational coping in bulimic women in a social interaction. *Verhaltenstherapie*, 20, 23–29. Disponible en: [http://content.karger.com/ProdukteDB/miscArchiv/000/324/255/000324255\\_sm\\_eversion.pdf](http://content.karger.com/ProdukteDB/miscArchiv/000/324/255/000324255_sm_eversion.pdf)