

Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes

Lidia Pamies Aubalat y Yolanda Quiles Marcos
Universidad Miguel Hernández de Elche

El objetivo del presente trabajo fue analizar las diferencias en el estilo y estrategias de afrontamiento, en los adolescentes españoles de ambos géneros, con mayor y menor riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Y en segundo lugar, estudiar la relación entre los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento con el riesgo de desarrollar un TCA. La muestra estuvo compuesta por 2.142 adolescentes (1.130 chicas y 1.012 chicos), con una media de edad de 13,96 años ($dt= 1,34$), que completaron las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) y el Eating Attitude Test (EAT-40). Los resultados mostraron un mayor uso de estrategias de afrontamiento de huida intropunitiva en adolescentes, chicos y chicas, con mayores puntuaciones en el EAT-40. Los análisis de regresión indicaron que el estilo de afrontamiento que explicó el mayor porcentaje de varianza del riesgo de desarrollar un TCA fue la huida intropunitiva y la estrategia de afrontamiento de reducción de la tensión. Los resultados de este estudio tienen implicaciones para la prevención de estas conductas en adolescentes, ya que las personas en riesgo presentan un estilo de afrontamiento desadaptativo previo a la instauración del trastorno alimentario.

Avoidance coping style and the risk of developing an eating disorder in adolescents. The first aim of this study was to analyse the relationship between coping styles and strategies in Spanish adolescents of both genders, with high and low eating disorder risk. Secondly, this study aims to examine the relation of coping styles and coping strategies with eating disorder risk. The sample comprised 2142 adolescents (1.130 girls and 1.012 boys), mean age 13,96 years ($SD= 1,34$). They completed the Adolescent Coping Scale (ACS) and the Eating Attitude Test (EAT-40). The results showed high use of intropunitive avoidance coping in both female and male adolescents with high EAT-40 scores. The regression analysis indicated that, in both girls and boys, the intropunitive avoidance and the tension reduction coping strategy explained a high percentage of variance of eating disorder risk. The results of this study have implications for the prevention of these behaviours in adolescents, because people with a high risk of developing an eating disorder present a maladaptive coping style before the onset of the eating disorder.

Durante la adolescencia se producen una gran cantidad de cambios a nivel físico, que se acompañan también por otros a nivel cognitivo, emocional y social. Todos estos cambios pueden implicar que el adolescente los interprete como estresantes, por consiguiente, este período pone a prueba los recursos de los que dispone el individuo (Feldman, 2007). Uno de los recursos más importantes de los que dispone el adolescente para hacer frente a estas situaciones estresantes son sus estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) definieron las estrategias de afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Las estrategias de

afrontamiento son consideradas un importante factor mediador entre el estrés producido por la enfermedad y la adaptación a la misma. Es así, que la literatura presente una gran variedad de trabajos en los que se ha analizado el papel de las estrategias de afrontamiento en la adaptación en diferentes enfermedades crónicas (Carroles, Remor y Rodríguez-Alzemora, 2003; Rodríguez, Esteve y López, 2000).

En esta línea, existe un interés creciente por conocer el papel de las estrategias de afrontamiento en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Con este propósito se han realizado estudios que han evaluado las estrategias de afrontamiento tanto en población clínica como en población general. Con respecto a los estudios centrados en población clínica, Quiles y Terol (2008), en su artículo de revisión, pusieron de manifiesto que las pacientes diagnosticadas de estos trastornos presentaban un estilo de afrontamiento poco adaptativo, caracterizado por un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas y un menor uso de estrategias centradas en el problema (Blocs, Van Furth, Callewaert y Hoek, 2004; Troop, Holbrey, Trowler y Treasure, 1994). Las estrategias evitativas se consideran menos eficaces en estos trastornos ya que en los dife-

rentes estudios realizados se relacionan con mayor severidad del mismo con un mayor número de atracones y con comorbilidad con otras patologías, como la depresión, la ansiedad o el consumo de sustancias (Ghaderi y Scott, 2001; Quiles, Rodríguez-Marín, Terol, Romero y Pagán, 2006; Troop et al., 1994; Troop y Treasure, 1997; Valdés y Arroyo, 2002). En cambio, el uso de estrategias aproximativas y centradas en el problema se han relacionado con mejores resultados en la salud y con una mejor recuperación en los TCA (Aldwin y Park, 2004; Bloks et al., 2004). Así por ejemplo, el trabajo reciente de Davies et al. (2011), en una muestra de 93 pacientes de TCA, puso de manifiesto que el presentar un afrontamiento activo, unido a bajos niveles de acomodación a los síntomas antes del tratamiento, es un indicador de la efectividad del mismo y la reducción de síntomas.

En cuanto a los trabajos que se han centrado en población no clínica, la mayoría han sido realizados en población adulta (Bittinger y Smith, 2003; Cattanaach y Rodin, 1988; Christiano y Mizes, 1997), solo cinco trabajos se realizaron con adolescentes (Fryer, Waller y Kroese, 1997; García-Grau, Fusté, Miró, Saldaña y Bados, 2002; 2004; Hasking, 2006; Sierra y Lemos, 2008). Y entre éstos, solo tres han incluido a varones. Si se atiende a la clasificación de las estrategias de afrontamiento en evitativas versus aproximativas, la revisión de la literatura pone de manifiesto que las personas con un mayor riesgo de desarrollar un TCA utilizan más estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en la emoción, y menos estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Boujut y Bruchon-Schweitzer, 2010; Fryer et al., 1997; Sierra y Lemos, 2008). Además, otros estudios realizados indicaron que tanto en las chicas como en los chicos adolescentes, el uso de estrategias evitativas predecían el riesgo de desarrollar un TCA (García-Grau et al., 2002; 2004; y Hasking, 2006). Asimismo, aunque el estilo de afrontamiento evitativo y centrado en la emoción parece darse en mayor medida en chicos y chicas en riesgo, si se analizan las estrategias de afrontamiento aparecen diferencias según género, esto, unido a la escasez de estudios en los que se ha incluido a varones, hace necesario que éstos no sean excluidos de los estudios y que los análisis deben realizarse de forma diferenciada entre chicos y chicas (Boujut y Bruchon-Schweitzer, 2010; García-Grau et al., 2002; 2004).

La importancia de los resultados hallados en estas investigaciones, que señalan la relación entre estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en la emoción con el riesgo de desarrollar un TCA en población no clínica, así como la escasez de trabajos de investigación realizados con adolescentes de ambos géneros, ponen de manifiesto la necesidad de realizar más estudios en este ámbito. De este modo, el primer objetivo del presente trabajo fue analizar las diferencias en el estilo y estrategias de afrontamiento, en los adolescentes de ambos géneros, con mayor y menor riesgo de desarrollar un TCA. Y en segundo lugar, estudiar la relación entre los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento con el riesgo de desarrollar estos trastornos.

Método

Participantes

La población de interés estuvo formada por todos los centros educativos de Secundaria (privados, concertados y públicos) de la provincia de Alicante. De los 71.334 adolescentes escolarizados, se seleccionó a partir de un muestreo por conglomerados monoetá-

pico a 2.323, de los que 2.142 participaron finalmente en el estudio. En esta investigación participaron 9 centros educativos de la provincia de Alicante (5 públicos, 1 privado y 3 concertados). De los adolescentes evaluados, el 47,2% (N= 1.012) fueron chicos y el 52,8% chicas (N= 1.130). El 28,4% eran alumnos de primer curso de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), el 28,2% de 2º, el 23,7% de 3º y el 19,7% de 4º. La edad media fue 13,96 años ($dt= 1,34$). Por medio de la prueba de χ^2 de homogeneidad de la distribución de frecuencias se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los ocho grupos de género por curso ($\chi^2= 5,80$; $p= 0,12$). El tamaño del efecto ($Phi= 0,05$) confirmó que la diferencia no era significativa.

Instrumentos

El protocolo de evaluación estuvo formado por los siguientes cuestionarios:

Cuestionario de variables sociodemográficas; mediante el que se obtuvo información sobre edad, género y curso escolar.

Eating Attitude Test (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979), adaptado a la población española por Castro et al. (1991) y posteriormente validado como prueba cribado de los TCA en población general por Irala et al. (2008). Se trata de un cuestionario autoadministrado diseñado para detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, especialmente las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Consta de 40 ítems que se valoran en una escala de frecuencia tipo Likert de 6 puntos. La adaptación española del cuestionario establece tres factores: restricción alimentaria y preocupación por los alimentos, presión social percibida y malestar ante la ingesta y trastornos psicobiológicos. El EAT-40 es utilizado habitualmente como instrumento de cribado, en este trabajo se consideró que los adolescentes tenían un mayor riesgo cuando su puntuación en el instrumento estaba en el cuarto cuartil (las puntuaciones fueron superiores a 23 en las chicas y a 18 en los chicos) y un menor riesgo todos aquellos participantes que estaban en el primer cuartil (las puntuaciones fueron inferiores a 9 en las chicas y a 8 en los chicos). En las chicas, la media de las puntuaciones en este instrumento en el primer cuartil fue de 6,46 ($dt= 2,13$) y la media de las que se encontraban en el cuarto cuartil fue de 29,53 ($dt= 11,01$), siendo esta diferencia significativa ($t= -38,68$; $p<.001$; $d= 2,7$). En los chicos, la media de las puntuaciones en el primer cuartil fue de 5,86 ($dt= 1,83$) y la media en el cuarto cuartil fue de 26,58 ($dt= 8,76$), siendo esta diferencia significativa ($t= -38,75$; $p<.001$; $d= 3,3$). La fiabilidad de la escala en el trabajo original de la adaptación española fue igual a ,93, y en el presente estudio de ,81.

Las *Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)* (Frydenberg y Lewis, 1997) consta de 80 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde “no me ocurre” a “me ocurre con mucha frecuencia”), que se corresponden con 18 estrategias de afrontamiento. En la validación española, estas estrategias pueden agruparse en cuatro estilos de afrontamiento: *acción positiva* y *esforzada*, que hace referencia al uso de estrategias apropiadas para resolver el problema, en este factor se agrupan las siguientes estrategias de afrontamiento: por un lado, en sentido positivo, concentrarse en resolver el problema y esforzarse y tener éxito; por otro lado, preocuparse e ignorar el problema en sentido inverso; la *huida intropunitiva* se caracteriza por evitar el

problema y por un afrontamiento no adaptativo de las emociones, se compone de las estrategias: no afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse; el estilo *acción positiva y hedonista*, que se caracteriza por evitación del problema y por un control adaptativo de las emociones que genera el problema, se compone de las estrategias: buscar diversiones relajantes, fijarse en lo positivo, hacerse ilusiones, buscar pertenencia, invertir en amigos íntimos, ignorar el problema y distracción física; y, por último, el estilo de *introversión*, que hace referencia a evitar el apoyo social para evitar el problema, incluye las estrategias: reservarse el problema para sí mismo, evitar la acción social, así como buscar ayuda de un profesional y buscar apoyo social en negativo. El rango de puntuación en esta escala oscila entre 20 y 105. La consistencia interna de la adaptación española tiene un valor alfa de Cronbach igual a ,76, en el presente trabajo es de ,90.

Procedimiento

Una vez realizada la selección aleatoria de los centros educativos se llevó a cabo una entrevista con sus directores y orientadores para exponer los objetivos de la investigación y solicitar permiso y colaboración para realizar el estudio. Tras la aceptación por parte de los centros educativos para participar, se envió una circular a

los padres de los estudiantes en la que se les informaba de la investigación, y se solicitaba el consentimiento informado por escrito autorizando a sus hijos a participar en el estudio. Los cuestionarios fueron administrados de forma colectiva, anónima y voluntaria en horario de clase. Los investigadores estuvieron presentes durante la administración de los cuestionarios para proporcionar ayuda si era necesaria y para verificar la cumplimentación correcta e independiente por parte de los sujetos. No se pudo obtener la respuesta de aquellos estudiantes que no trajeron el consentimiento informado firmado por sus padres, que no estaban presentes el día de la administración de las pruebas, presentaban un TCA diagnosticado, o no cumplimentaron los cuestionarios correctamente o los dejaron incompletos.

Análisis de datos

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS V.18.0. Para analizar las diferencias entre grupos se utilizó la *t-Student* como prueba paramétrica para dos muestras independientes. Siguiendo las recomendaciones de Cohen (1998), se consideró el tamaño del efecto para evitar el sesgo de los tamaños muestrales. Se utilizó el índice *d*, que indica hasta qué punto una significación estadística es relevante eliminando el efecto del tamaño muestral

Tabla 1
Descriptivos y diferencias en el uso de estilos y estrategias de afrontamiento entre los grupos con mayor y menor puntuación en el EAT-40

Estilos y estrategias de afrontamiento	Chicas				t	/d/	Chicos				t	/d/
	25% (n= 313)		75% (n= 261)				25% (n= 240)		75% (n= 207)			
	Media	DT	Media	DT			Media	DT	Media	DT		
Acción positiva y esforzada	270,46	38,31	270,39	41,24	0,19	-	256,60	38,14	251,10	36,74	1,54	-
Concentrarse en resolver el problema	67,99	13,81	69,26	16,94	-0,98	-	64,61	15,06	65,18	13,92	-0,41	-
Esforzarse y tener éxito	67,66	13,52	68,48	14,94	-0,68	-	65,70	13,03	66,96	14,75	-0,95	-
Preocuparse	70,86	14,14	76,09	13,61	-4,45***	0,37	67,71	13,90	69,22	14,98	-1,09	-
Ignorar el problema (-)	36,03	12,96	43,59	16,99	-6,01***	0,50	41,55	15,03	50,07	17,53	-5,44***	0,52
Huida intropunitiva	119,23	31,11	155,41	42,84	-11,63***	0,97	113,46	31,36	144,73	39,82	-9,19***	0,87
Falta de afrontamiento	39,62	12,07	48,81	16,41	-7,67***	0,64	37,35	12,50	47,15	15,81	-7,26***	0,69
Reducción de la tensión	35,79	11,41	48,34	16,03	-10,86***	0,91	32,22	11,86	45,14	17,04	-9,34***	0,89
Autoinculparse	43,81	14,71	58,39	20,83	-9,75***	0,82	43,74	14,88	52,34	18,07	-5,41***	0,51
Acción positiva hedonista	436,09	65,79	474,38	69,66	-6,66***	0,56	440,18	76,99	463,51	74,82	-3,19**	0,30
Buscar diversiones relajantes	73,38	17,64	75,55	17,73	-1,46	-	73,03	17,76	74,23	17,92	-0,70	-
Fijarse en lo positivo	66,79	14,02	66,03	18,28	0,57	-	64,16	16,41	66,78	17,04	-1,64	-
Hacerse ilusiones	59,11	14,33	66,74	15,31	-6,09***	0,51	57,33	14,50	62,09	15,75	-3,28**	0,31
Buscar pertenencia	70,69	13,62	76,50	13,52	-5,07***	0,42	68,03	14,16	70,78	14,75	-1,98*	0,19
Invertir en amigos íntimos	67,97	15,54	74,00	15,71	-4,57***	0,38	64,81	16,89	65,88	17,03	-0,66	-
Ignorar el problema	36,03	12,96	43,59	16,99	-6,01***	0,50	41,55	15,03	50,07	17,53	-5,44***	0,52
Distracción física	62,49	19,18	71,39	22,86	-4,99***	0,42	71,46	20,75	75,44	20,52	-2,02*	0,19
Introversión	181,45	40,99	184,13	46,02	-0,72	-	193,11	40,65	183,45	39,39	2,52*	0,24
Reservarlo para sí	43,69	14,88	55,58	17,70	-8,56***	0,72	46,64	14,22	55,40	16,18	-5,98***	0,57
Buscar apoyo social (-)	72,30	15,33	73,26	18,16	-0,68	-	63,54	16,93	65,63	16,47	-1,31	-
Acción social (-)	37,86	12,51	43,03	15,62	-4,38***	0,37	38,41	12,80	47,14	16,90	-6,18***	0,59
Buscar ayuda profesional (-)	52,19	18,01	55,12	19,63	,183	-	51,58	18,78	59,31	19,33	-4,24***	0,40
Buscar apoyo espiritual	42,45	12,15	47,01	16,68	-3,76***	0,32	41,30	12,83	50,44	16,48	-6,41***	0,61

Significación: *** p≤,001, ** p≤,01, * p≤,05

(-): Puntuación de la estrategia invertida para calcular el estilo de afrontamiento

(cit. en Pardo y San Martín, 1994). En este trabajo se consideró una diferencia significativa cuando el tamaño del efecto superaba el valor 0.40. Para los análisis de relaciones entre variables se aplicó la correlación producto-momento de Pearson. Y para los análisis de predicciones entre variables se utilizó el análisis de regresión aplicando el método de pasos sucesivos (Stepwise) para evaluar el poder predictivo de cada variable.

Resultados

Análisis de diferencias

En primer lugar, en la tabla 1 se presentan los resultados del análisis de diferencias entre aquellos adolescentes que presentaron puntuaciones en el EAT-40 dentro del primer cuartil y aquellos que presentaron puntuaciones superiores en este instrumento en el cuarto cuartil. En cuanto a los estilos de afrontamiento, tanto las chicas como los chicos que presentaron puntuaciones más altas en el EAT-40 puntuaron, también, más alto en el estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva* (Chicas: $t = -11,63, p < .001; d = 0,97$; Chicos: $t = -9,19, p < .001; d = 0,87$). En el caso de las chicas, también hubo diferencias significativas en el estilo de afrontamiento *acción positiva y hedonista* ($t = -6,66, p < .001; d = 0,56$). Con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas, las chicas con mayor riesgo de desarrollar un TCA informaron realizar con más frecuencia las siguientes estrategias de afrontamiento: *reducción de la tensión* ($t = -10,86, p < .001; d = 0,91$), *autoinculparse* ($t = -9,75, p < .001; d = 0,82$), *reservarlo para sí* ($t = 8,97, p < .001; d = 0,79$), *falta de afrontamiento* ($t = -7,67, p < .001; d = 0,64$), *hacerse ilusiones* ($t = -6,09, p < .001; d = 0,51$) e *ignorar el problema* ($t = -6,01, p < .001; d = 0,50$). Con respecto a los chicos, aquellos que presentaban un mayor riesgo de desarrollar un TCA realizaban con más frecuencia estrategias de afrontamiento como: *reducción de la tensión* ($t = -9,34, p < .001; d = 0,89$), *falta de afrontamiento* ($t = -7,26, p < .001; d = 0,69$), *menor acción social* ($t = -6,18, p < .001; d = 0,59$), *buscar apoyo espiritual* ($t = -6,41, p < .001; d = 0,61$), *autoinculparse* ($t = -5,41, p < .001; d = 0,51$) y *buscar ayuda profesional* ($t = -4,24, p < .001; d = 0,40$).

Análisis de relación y regresión

En segundo lugar, se realizó un análisis de correlación de Pearson para detectar la relación entre los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento y el riesgo de desarrollar un TCA, tanto en chicas como en chicos. En cuanto a las chicas, el riesgo de desarrollar un TCA se relacionó de forma positiva y significativa con los estilos de afrontamiento de *huida intropunitiva* y *acción positiva y hedonista* ($r = .40, p < .01; r = .20, p < .01$; respectivamente). Así como se relacionó de forma positiva y significativa con diferentes estrategias de afrontamiento, tal y como se indican en la tabla 2. Por otro lado, y en cuanto a los chicos, las puntuaciones obtenidas en el EAT-40 se relacionaron de forma positiva y significativa con los estilos de afrontamiento: *huida intropunitiva* y *acción positiva y hedonista* ($r = .30, p < .01; r = .11, p < .01$; respectivamente), y se obtuvo una relación negativa y significativa con el estilo de *introversión* ($r = -.15, p < .01$). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las puntuaciones en el EAT-40 se relacionaron de forma positiva y significativa con *reducción de la tensión* ($r = .33, p < .01$), *acción social* ($r = .27, p < .01$), *falta de afrontamiento* ($r = .23, p < .01$) y *buscar apoyo espiritual* ($r = .25, p < .01$) (tabla 2).

En tercer lugar, se realizaron análisis de regresión utilizando como variable dependiente la puntuación en el EAT-40 y como variables independientes los estilos de afrontamiento, así como, en un segundo análisis, aquellas estrategias de afrontamiento que mostraron correlaciones significativas con el riesgo de desarrollar un TCA en los análisis anteriores. En primer lugar, se realizó un análisis de regresión del riesgo de desarrollar un TCA considerando como variables predictoras los cuatro estilos de afrontamiento (tabla 3). En el caso de las chicas, el 17,4% de la varianza del ries-

Tabla 2
Análisis de relación: puntuación total del EAT-40 y estilos y estrategias de afrontamiento en chicos

	Chicas	Chicos
Acción positiva y esforzada		
Concentrarse en resolver el problema	,03	,05
Esforzarse y tener éxito	,03	,07
Preocuparse	,12**	,09**
Ignorar el problema (-)	,21**	,16**
Huida intropunitiva		
Falta de afrontamiento	,40**	,30**
Reducción de la tensión	,29**	,23**
Autoinculparse	,38**	,33**
	,32**	,18**
Acción positiva hedonista		
Buscar diversiones relajantes	,20**	,11**
Fijarse en lo positivo	,02	,02
Hacerse ilusiones	-.04	,08*
Buscar pertenencia	,19**	,13**
Invertir en amigos íntimos	,17**	,09*
Ignorar el problema	,14**	,05
Distracción física	,21**	,16**
Introversión		
Reservarlo para sí	,05	-.15**
Buscar apoyo social (-)	,29**	,18**
Acción social (-)	-.00	,09**
Buscar ayuda profesional (-)	,17**	,27**
Buscar apoyo espiritual	,04	,18**
	,14**	,25**

*: $p < .05$; **: $p < .01$
(-) Puntuación de la estrategia invertida para calcular el estilo de afrontamiento

Tabla 3
Análisis de regresión entre estilos de afrontamiento y riesgo de desarrollar un trastorno alimentario

Variab. dependiente/ independiente	R ² /r	Cambio R ²	F	β
Chicas				
Riesgo TCA/				
Huida intropunitiva	0,17/0,41	0,17	104,77***	0,38***
Acción positiva y hedonista		0,09		0,09**
Chicos				
Riesgo TCA/				
Huida intropunitiva	0,09/0,3	0,09	79,02***	0,29***

Significación: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

go de desarrollar un TCA quedó explicada por el estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva* ($\beta=0,38, p<.001$), que explicó un 17% de la varianza, y por la *acción positiva hedonista* ($\beta=0,09, p<.01$), que explicó en menor medida solo el 0,4% de la varianza. En el caso de los chicos, el riesgo de desarrollar un TCA fue explicado por la *huida intropunitiva* ($\beta=0,29, p<.001$), siendo la varianza explicada por esta variable igual al 9%.

En último lugar, se realizó un análisis de regresión en el que se consideró como variable dependiente el riesgo de desarrollar un TCA y las variables independientes fueron las estrategias de afrontamiento que presentaron relaciones positivas y significativas con el EAT-40 (tabla 4). En el caso de las chicas, el 21% de la varianza del riesgo de desarrollar un TCA fue explicada en mayor medida por la estrategia *reducción de la tensión* ($\beta=0,28, p<.001$), que explicó el 15% de la varianza, y en menor medida por las estrategias: *reservarlo para sí* ($\beta=0,15, p<.001$), *distracción física* ($\beta=0,16, p<.001$) y *autoinculparse* ($\beta=0,13, p<.001$), el porcentaje de varianza aportado por estas variables fue bajo pero significativo. En el caso de los chicos, el 12% de la varianza del riesgo de desarrollar un TCA fue explicada principalmente por la estrategia de afrontamiento *reducción de la tensión* ($\beta=0,28, p<.001$), que explicó el 11%.

Variables dependiente/ independiente	R ² /r	Cambio R ²	F	β
Chicas				
Riesgo TCA/				
Reducción de la tensión		0,15		0,28***
Reservarlo para sí	0,21/0,46	0,03	68,55***	0,15***
Distracción física		0,03		0,16***
Autoinculparse		0,01		0,13***
Chicos				
Riesgo TCA/				
Reducción de la tensión	0,12/0,35	0,11	56,58***	0,28***
Buscar apoyo espiritual		0,02		0,14***

Significación: *** p≤,001, ** p≤,01, * p≤,05

Discusión y conclusiones

Los resultados de los análisis mostraron que las chicas que presentaban mayor riesgo de desarrollar el trastorno utilizaban en mayor medida un estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva* para afrontar sus problemas. Este estilo de afrontamiento se caracteriza por evitar el problema y presentar un afrontamiento no adaptativo de las emociones que genera el problema (aunque sea a corto plazo). Este estilo de afrontamiento se compone de las estrategias; “no afrontamiento”, “reducción de la tensión” y “autoinculparse”, en todas ellas las adolescentes con mayor riesgo de desarrollar el TCA presentaron puntuaciones medias más elevadas que las adolescentes con menor riesgo. Estos resultados son coherentes con la literatura existente, en la que se señala cómo los jóvenes con mayor riesgo de desarrollar el TCA se responsabilizan a ellos mismos de sus problemas o de las preocupaciones que tienen y/o se sienten incapaces para resolver sus problemas

(Boujut y Bruchon-Schweitzer, 2010; García-Grau et al., 2002; Hasking, 2006). Los análisis de relación realizados también mostraron que, en las chicas, el estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva* y la estrategia *reducción de la tensión* explicaron el mayor porcentaje de varianza del riesgo de desarrollar un TCA. Este resultado fue similar al hallado por García-Grau et al. (2002) en su estudio realizado con adolescentes de entre 14 y 18 años, en el que mostró que tanto el estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva*, como la estrategia de *reducción de la tensión*, fueron las que presentaron una mayor relación con el riesgo de desarrollar el trastorno. La evitación del problema, así como la estrategia de *reducción de la tensión*, que implica que el individuo intenta sentirse mejor llorando, gritando, bebiendo alcohol y/o fumando, indican un afrontamiento no adaptativo de los problemas por parte de estas adolescentes. Este resultado, que indica un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas en las adolescentes con mayor riesgo de desarrollar un TCA, es coherente con la literatura existente, que indica cómo las jóvenes diagnosticadas de estos trastornos también utilizan con más frecuencia este tipo de estrategias (Bloks et al., 2004; Quiles et al., 2006; Troop et al., 1994). Así por ejemplo el estudio de Quiles et al. (2006), realizado con pacientes diagnosticadas de un TCA, mostró cómo utilizaban con mayor frecuencia estrategias como la *autoculpa* y el *escape* para hacer frente a la enfermedad.

En el caso de los chicos, los análisis indicaron resultados similares a las chicas. Tanto el estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva* como las estrategias de *falta de afrontamiento*, *reducción de la tensión* y *autoinculparse* eran más utilizadas por los adolescentes varones con mayor riesgo de desarrollar un TCA. Además, también fue el estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva*, así como la estrategia de *reducción de la tensión*, las que explicaron un mayor porcentaje de varianza del riesgo de desarrollar un TCA. Al comparar estos resultados con los aportados por el único estudio realizado en España con adolescentes varones (García-Grau et al., 2004) se observa alguna diferencia. Mientras coinciden en señalar el estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva* como el que presenta un mayor poder predictivo sobre el riesgo de desarrollar el trastorno, no ocurre lo mismo con la estrategia de *reducción de la tensión*. En el estudio mencionado, la estrategia de afrontamiento que presentó una mayor relación con el riesgo de desarrollar un TCA fue la *autoculpa*. No obstante, en ambos casos se trata de estrategias que están incluidas en el estilo de afrontamiento de *huida intropunitiva*, y consideradas ambas evitativas. Además, las chicas con mayor riesgo de desarrollar un TCA también presentaron puntuaciones medias inferiores que las chicas con menor riesgo en el estilo de afrontamiento de *acción positiva* y *hedonista*.

Otro de los resultados a destacar de este trabajo es que los análisis no mostraron diferencias significativas, en ambos géneros, entre los adolescentes con mayor y menor riesgo de desarrollar el trastorno en el estilo de afrontamiento de *acción positiva* y *esforzada*, que incluye estrategias apropiadas para la resolución de problemas. Este resultado sugiere que los adolescentes con mayor riesgo también disponen de estrategias para resolver problemas, pero quizá, puede ocurrir, como señalan otros autores (Bittinger y Smith, 2003; Cattanach y Rodin, 1988; Christiano y Mizes, 1997; Crowther, Sanftner, Bonifazi y Shepherd, 2001), que aunque los adolescentes con mayor riesgo también posean estrategias para resolver problemas, tienden a percibir los problemas como más intensos y amenazantes, así como no tienen confianza en su capacidad para resolverlos con éxito. O también, estos resultados puedan

sugerir que otras características, como las variables familiares o de personalidad, han de tenerse en cuenta a la hora de valorar el uso de estrategias de afrontamiento en los adolescentes.

Como conclusión, tanto las chicas como los chicos con mayor riesgo de desarrollar un TCA utilizan con más frecuencia estrategias de afrontamiento evitativas. Estos resultados sugieren que los adolescentes, chicos y chicas, que tienden a autoinculparse de sus problemas, a no afrontarlos o intentan sentirse mejor llorando, gritando, bebiendo alcohol y/o fumando tienen una mayor vulnerabilidad a desarrollar estos trastornos. Como señala García-Grau et al. (2004), estos resultados indican la necesidad de incluir en cualquier programa dirigido a la prevención de estos trastornos el entrenamiento en reestructuración cognitiva, con el fin de que los adolescentes aprendan a relativizar su culpa, así

como en técnicas de autocontrol, para ayudarles en el manejo de sus emociones.

Como limitación de este trabajo es necesario señalar el diseño transversal utilizado, que dificulta conocer el papel de las estrategias de afrontamiento en el inicio de estos trastornos. De este modo, el estudio del afrontamiento está siendo estudiado como respuesta situacional puntual frente al concepto de “proceso” que enmarca teóricamente la investigación (Lazarus, 1993; López-Roig, Neipp, Pastor, Terol y Castejón, 1999). De todo esto se deriva la necesidad de un mayor desarrollo investigador centrado en el afrontamiento y los TCA, donde se concreten las dimensiones del afrontamiento relevantes en los TCA y se utilicen diseños longitudinales que permitan conocer el papel del afrontamiento no solo en el curso del trastorno, sino también en el inicio y en la remisión del mismo (Quiles et al., 2006).

Referencias

- Aldwin, C.M., y Park, C.L. (2004). Coping and physical health outcomes: An overview. *Psychology and Health, 19*(3), 277-281.
- Bittinger, J.N., y Smith, J.E. (2003). Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping responses in women with disordered eating. *Eating Behaviour, 4*, 89-106.
- Bloks, H., Van-Furth, E., Callewaert, I., y Hoek, H. (2004). Coping strategies and recovery in patients with severe eating disorder. *Eating Disorder: The Journal of Treatment and Prevention, 12*(2), 157-169.
- Boujut, E., y Bruchon-Schweitzer, M. (2010). Eating disorders among freshmen students: A prospective multigroup study. *Psychologie Française, 55*(4), 295-307.
- Carrobes, J.A., Remor, E., y Rodríguez-Alzemora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema, 15*(3), 420-426.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health, 35*, 382-398.
- Cattanach, L., y Rodin, J. (1988). Psychosocial components of the stress process in bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 7*(1), 75-88.
- Chrstiano, B., y Mizes, J. (1997). Appraisal and coping deficits associated with eating disorders: Implications for treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 4*, 263-290.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum (cit. en Pardo y San Martín, 1994).
- Crowther, J.H., Sanftner, J., Bonifazi, D.Z., y Shepherd, K.L. (2001). The role of daily hassles in binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 449-454.
- Davies, M.M., Bekker, M.H.J., y Roosen, M.A. (2011). The role of coping and general psychopathology in the prediction of treatment outcome in eating disorders. *Eating Disorders, 19*(3), 246-258.
- Feldman, R.S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson Educación.
- Frydenberg, E., y Lewis, R. (1997). *Manual: ACS. Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Adaptado por J. Pereña y N. Seisdedos. Madrid: TEA Ediciones (orig. 1993).
- Fryer, S., Waller, G., y Kroese, B. (1997). Stress, coping and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 427-436.
- García-Grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldaña, C., y Bados, A. (2002). Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 116-120.
- García-Grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldaña, C., y Bados, A. (2004). Coping style and vulnerability to eating disorders in adolescent boys. *European Eating Disorders Review, 12*, 61-67.
- Garner, D.M., y Garfinkel, P.E. (1979) The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 173-179.
- Ghaderi, A., y Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*(2), 122-130.
- Hasking, P.A. (2006). Reinforcement sensitivity, coping, disordered eating and drinking behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences, 40*(4), 677-688.
- Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M.A., y Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica, 130*, 487-481.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- López-Roig, S., Neipp, M.C., Pastor, M.A., Terol, M.C., y Castejón, J. (1999). Afrontamiento del cáncer: una revisión empírica. *Revista de Psicología de la Salud, 11*(1-2), 141-173.
- Pardo, A., y San Martín, R. (1994). *Análisis de datos en Psicología II*. Madrid: Pirámide.
- Quiles, Y., Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., Romero, C., y Pagán, G. (2006). Respuesta emocional y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Revista de Psicología de la Salud, 18*(1), 31-47.
- Quiles, Y., y Terol, M.C. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología, 40*(2), 259-280.
- Rodríguez, M.J., Esteve, R.M., y López, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema, 12*(3), 339-345.
- Sierra, S., y Lemos, S. (2008). Examining the relationship between binge eating and doping strategies and the definition of binge eating in a sample of Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(1), 172-180.
- Troop, N.A., Hobrey, A., Trowler, R., y Treasure, J. (1994). Ways of coping in women with eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 535-540.
- Troop, N.A., y Treasure, J. (1997). Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to life-events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology, 70*, 373-385.
- Valdés, M., y Arroyo, M.C. (2002). Estrategias de afrontamiento y ansiedad; estudio preliminar en una muestra de pacientes con un trastorno alimentario. *Ansiedad y Estrés, 8*(1), 49-58.