



Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión

Yolanda Quiles Marcos¹, María Carmen Terol Cantero y
María José Quiles Sebastián (*Universidad Miguel Hernández, España*)

(Recibido 16 julio 2002 / Received July 16, 2002)
(Aceptado 9 septiembre 2002 / Accepted September 9, 2002)

RESUMEN. En este trabajo se plantean dos objetivos: el primero de ellos, revisar el papel del apoyo social en los trastornos de la alimentación, especificando las dimensiones de apoyo que han sido consideradas y los instrumentos empleados; en el segundo, conocer la relación existente entre este constructo y otras variables psicosociales relevantes en estos trastornos, valorando sus efectos beneficiosos sobre la salud. Para ello se han revisado los estudios empíricos sobre apoyo social y efectos psicosociales y clínicos en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario en los últimos veinte años. Las dimensiones del apoyo social consideradas han sido: tipo de apoyo (emocional, instrumental e informativo), fuentes de apoyo, percepción-recepción del apoyo y la calidad del mismo. Los resultados sugieren que estos pacientes cuentan con un menor número de proveedores de apoyo en relación con sujetos sanos, perciben un menor apoyo emocional, informacional e instrumental, y están menos satisfechos con la calidad del apoyo que reciben.

PALABRAS CLAVE. Apoyo Social. Red Social. Trastornos Alimentarios. Anorexia Nerviosa. Bulimia Nerviosa. Estudio teórico.

ABSTRACT. In this work two aims are set up: First of them, to review the role of social support in eating disorders, specifying the dimensions of support which have

¹ Correspondencia: Centro de Psicología Aplicada. Campus de Elche. Universidad Miguel Hernández. Avda. del Ferrocarril, s/n. 03202 Elche. Alicante (España). E-mail: y.quiles@umh.es

been considered, and the instruments which have been employed. And second, to Know the relation of this concept with others psychosocial variables and valuing their beneficial effects in health. Therefore, we have reviewed the empirical studies of the last 20 years about social support and psychosocial and clinics effects in treatment of eating disorders. The dimensions of social support which have been considered are; type of support (emotional, practical or informational), sources of support, the perception-reception of support and the quality. These results suggest that these patients have less sources of support than healthy people, perceive less emotional, informational and practice support, and also, they are less satisfied with the quality of support. These patients also present low self-esteem, less social competence and a less use of adequate coping strategies than healthy people.

KEYWORDS. Social Support. Social Network. Eating Disorders. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Theoretical study.

RESUMO. Neste trabalho prosseguem-se dois objectivos: o primeiro deles consiste em rever o papel do suporte social nas perturbações alimentares, especificando as dimensões de apoio que têm sido consideradas e os instrumentos empregues; o segundo consiste em conhecer a relação existente entre este construto e outras variáveis psicossociais relevantes nestas perturbações, apreciando os seus efeitos benéficos sobre a saúde. Neste sentido, fizemos uma revisão dos estudos empíricos sobre o suporte social e efeitos psicossociais e clínicos no tratamento das perturbações do comportamento alimentar nos últimos vinte anos. As dimensões do suporte social consideradas foram: tipo de apoio (emocional, instrumental e informativo), fontes de apoio, percepção-recepção do apoio e a qualidade do mesmo. Os resultados sugerem que estes pacientes em comparação com sujeitos saudáveis contam com um menor número de fontes de apoio, percebem menor apoio emocional, informativo e instrumental, e estão menos satisfeitos com a qualidade do apoio que recebem.

PALAVRAS CHAVE. Suporte Social. Rede Social. Perturbações Alimentares. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Estudo Teórico.

Introducción

Los ideales de belleza establecidos por las distintas sociedades son un factor importante que marca ciertos patrones físicos y de imagen corporal; entre ellos, se ha insistido especialmente en el ideal de belleza femenina y en la delgadez como uno de los principios que la definen. Así, en la actualidad, ser delgado se asocia con la belleza, la salud y la riqueza, encontrándose en diferentes estudios epidemiológicos el deseo de ser más delgada de las mujeres adolescentes (Baile, Guillén y Garrido, 2002; Raich *et al.*, 1992; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989). Adelgazar se ha convertido en metáfora del éxito y engordar del fracaso, entendiéndose la delgadez extrema como algo esencial para que una mujer triunfe, sea aceptable y exitosa en nuestra sociedad. De este modo, el culto al cuerpo y el canon estético de la delgadez esquelética se impone aún cuando resulta imposible para el común de las personas y obliga a inhumanos sacrificios (Acosta García y Gómez Peresmitré, 2003; Raich, 1994; Ruiz, 1999). Esta

preocupación excesiva por el peso y la figura conduce, en muchas ocasiones, al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, entre los que existe una especial preocupación por la anorexia y la bulimia, dado que comportan graves anormalidades en la ingesta y sus índices de prevalencia se han incrementado notablemente en las últimas décadas. En relación con la anorexia nerviosa, los estudios epidemiológicos realizados señalan que el trastorno aparece en un 0,5% a 1% de la población, donde aproximadamente el 90% de los casos son mujeres. A pesar de que actualmente está aumentando el número de varones que desarrollan anorexia nerviosa, la proporción que se estima es de 9:1 (Ghaderi y Scott, 1999; Saldaña, Tomás y Bach, 1997). Por su parte, la bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia y presenta una prevalencia en países occidentales que oscila entre un 2-3%.

Es común que las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria rechacen mantener el peso corporal por encima del mínimo para su edad y talla, mostrando un miedo intenso a aumentar de peso o engordar y hacia la comida, así como una influencia exagerada de la silueta o el peso en su autoevaluación y en su autoestima. En la paciente bulímica lo característico son los episodios recurrentes de sobreingesta con sentimiento de falta de control seguidos de conductas compensatorias (vómitos, toma de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo), aunque la mayoría de estas pacientes tiene un peso normal. Frente a estos síntomas, en las pacientes con anorexia nerviosa destaca su severo infrapeso y la amenorrea que se produce en mujeres posmenáuricas. Sin embargo, muchas veces se observa que en un mismo paciente se pueden alternar 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 (Bousoño, González y Bobas, 1994). De este modo, podemos encontrar en las pacientes con trastornos de conducta alimentaria conductas impulsivas, pensamientos circulares repetitivos en cuanto a la comida y al peso y ciertas características de personalidad exacerbadas (como perfeccionismo y temor a madurar); pero las alteraciones más frecuentes son síntomas depresivos, trastornos de ansiedad y una baja autoestima (Beato y Rodríguez, 2000; Raich, 1994; Saldaña *et al.*, 1997). Los sentimientos de disforia y depresión y la presencia de ansiedad acompañan frecuentemente a la conducta anoréxica y bulímica, considerándose ambas variables fundamentales en el mantenimiento de los trastornos alimentarios. La autovaloración de estas pacientes y su baja autoestima, vinculada a la no aceptación de su propio cuerpo, condiciona las características de sus relaciones, sus aspiraciones y actitudes. En general, esto se traduce en dificultades para expresar emociones y falta de habilidades de afrontamiento en circunstancias estresantes, especialmente en situaciones sociales, resultando un aspecto característico en los trastornos de la conducta alimentaria el deterioro en sus relaciones y el aislamiento social (Beato y Rodríguez, 2000; Raich, 1994; Saldaña *et al.*, 1997). Algunos estudios muestran que los sujetos con bulimia nerviosa presentan 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, búsqueda de encuentros sociales, entre otros) (Cattanach y Rodin, 1988; Grissett y Norvell, 1992; Herzog, PePOSE, Norman y Rigotti, 1985; Johnson y Berndt, 1983).

La evaluación y acercamiento al tipo de recursos sociales y de apoyo de los que disponen las pacientes con un trastorno de conducta alimentaria es uno de los temas de interés en este ámbito. Los estudios que han investigado la relación entre el apoyo social y los trastornos de la alimentación muestran que aunque estos pacientes 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 y Cooper, 1999; Grissett y Norvell, 1992; Tiller *et al.*, 1997). Además, en el caso de las anoréxicas 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). Los trabajos de revisión efectuados hasta el momento 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 y Cooper, 1999; Cattanach y Rodin, 1988). Sin embargo, aunque estos resultados plantean un punto de partida en la investigación sobre la relación entre apoyo social y trastorno de conducta alimentaria, el apoyo social debe entenderse como un constructo multidimensional que precisa ser evaluado teniendo en cuenta la complejidad conceptual y metodológica que lo caracteriza (niveles de análisis, perspectivas de estudio y variables en las que se ha operativizado para su evaluación) (House y Khan, 1985).

Por esta razón, en este trabajo se plantean dos objetivos: el primero de ellos conocer el papel del apoyo social en los trastornos de la conducta alimentaria, especificando las dimensiones de apoyo que han sido consideradas y los instrumentos empleados, a partir de los resultados obtenidos en los trabajos empíricos existentes; el segundo, conocer la relación existente entre el apoyo social con otras variables psicosociales consideradas en estos trastornos, valorando sus efectos beneficiosos sobre la salud. Respecto al primer objetivo, se parte de la definición de Lin (1986) que acota conceptualmente el apoyo social como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas– proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. La definición propuesta tiene la virtud de recoger los elementos más importantes del constructo: el tipo de apoyo (instrumental / emocional), fuentes de apoyo (comunidad, red social, relaciones íntimas) y la percepción-recepción del apoyo. Otros autores concretan además cómo la adecuación o calidad del apoyo resulta ser un elemento de especial interés en la percepción del apoyo social (Barrón, 1996; Tardy, 1985). En relación con los tipos de apoyo, la mayoría de autores coincide en al menos tres categorías: emocional, instrumental e informacional (Barrón, 1996; House y Kan, 1985; Tardy, 1985). Entendemos por apoyo emocional el que se operativiza en términos de expresiones de afecto, cariño, empatía, etc.; el instrumental supone realizar acciones o proporcionar materiales o servicios que sirven para resolver problemas prácticos, como por ejemplo prestar dinero o ayudar en tareas de casa; y por apoyo informacional aquel que recoge todas aquellas intervenciones que implican aconsejar, informar o guiar. Por fuentes de apoyo o proveedores de apoyo consideramos a todas aquellas personas de las que el sujeto recibe apoyo (parientes, vecinos, parejas, conocidos, compañeros de trabajo, profesionales de la salud o miembros de instituciones religiosas o asociaciones). Así, cada uno de los distintos miembros que componen la red social

de un sujeto puede llegar a ser considerado como una fuente o proveedor de apoyo. El término red social lo entendemos en un sentido amplio, como el conjunto de relaciones entre miembros de un grupo o colectivo así como la descripción de los vínculos establecidos entre los componentes de ellas. En este trabajo nos vamos a referir a fuentes de apoyo y a redes de forma indistinta, refiriéndonos en ambos casos a los proveedores de apoyo. La calidad del apoyo refleja la adecuación del apoyo social y se refiere al equilibrio entre las necesidades del receptor y la medida en que éstas son cubiertas; generalmente se evalúa a través de medidas de la satisfacción del sujeto con el apoyo que recibe o bien por el deseo de tener más o menos apoyo (Terol, 1999). Consideramos que el apoyo percibido hace referencia a cualquier informe por parte del receptor o proveedor acerca del apoyo que recibe o que ofrece. En el caso de que se evalúe desde el receptor del apoyo hablaremos de apoyo recibido y si es evaluado desde el proveedor del apoyo de “apoyo provisto” (Winemiller, Mitchell, Sutliff y Cline, 1993). De entre estas cuatro dimensiones, son la calidad y la percepción del apoyo las que han sido más frecuentemente relacionadas con efectos beneficiosos para la salud (Barrón, 1996; Terol, 1999).

En cuanto a nuestro segundo objetivo, partimos del supuesto de que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad. Esto es así porque el apoyo aumenta la autoestima y está estrechamente unido a la capacidad de enfrentarse con los problemas. Diremos que el apoyo social será eficaz siempre que, además de la buena intención, consiga realmente mejorar la autoestima del enfermo, aumentar sus ganas de vivir y de curarse, mejorar su humor y reducir el impacto de la enfermedad. Y al contrario, toda conducta de ayuda que pueda comunicar al enfermo sentimientos de impotencia, que baje su autoestima o que le muestre una visión negativa de la vida y de su enfermedad, tendrá efectos negativos. De este modo, cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) y la satisfacción con el mismo a través de las relaciones estrechas con los miembros de su familia, parientes, amigos, compañeros de trabajo, colegas y comunidad, menor será el impacto de la enfermedad (Ovejero, 1990).

Método

Se han revisado los estudios publicados sobre apoyo social y efectos psicosociales y clínicos en la evolución y tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario en las siguientes bases de datos: *Psyclit*, *Medline*, *Psicodoc*, *IME* e *ISOC*. El criterio para la selección de descriptores y del periodo de búsqueda tuvo como objetivo acceder a todos aquellos trabajos empíricos que incluían el apoyo social evaluando una o más de sus dimensiones (apoyo percibido, bien provisto o recibido; tipos de apoyo; fuentes; adecuación y/o calidad, entre otros), recogiendo desde las primeras investigaciones realizadas en 1980 hasta el 2000. En cuanto a los descriptores, se incluyeron las siguientes palabras clave: *Social Support*, *Social Network*, *Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa* y *Eating Disorders*. La estrategia de búsqueda se llevó a cabo combinando por pares cada uno de los descriptores sobre apoyo social (*Social Support*, *Social Network*) con los seleccionados en el caso de la muestra de estudio (*Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa* y *Eating Disorders*). Sólo se encontraron resultados de la búsqueda en las bases de datos *Medline* y *Psyclit*.

De un total de 53 trabajos obtenidos, se descartaron 40. Se desestimaron aquellos que no estuvieran publicados en lengua inglesa o española (3), los referidos a grupos de autoayuda de sujetos con estos trastornos e intervención, que no incluían ninguna evaluación del apoyo social (13), tesis doctorales americanas (*dissertation abstracts*) (17), artículos donde el apoyo social era entendido como estrategia de afrontamiento (3), manuales de salud y estrés de carácter general donde tratan los trastornos y el apoyo social de forma separada (3), cuando la muestra la constituían sujetos no sólo con un trastorno alimentario, sino que también les acompañaba otra patología (abuso sexual, adicción u obesidad) (4). Un total de 13 trabajos fueron seleccionados de los que 4 son artículos de revisión del papel que los distintos factores psicosociales, entre ellos el apoyo social, tienen en los trastornos de la alimentación, y el resto, en los que se ha basado el presente trabajo, son estudios empíricos en los que se evalúa el apoyo social en estos trastornos.

Resultados

El análisis de los trabajos seleccionados muestra una gran heterogeneidad de los instrumentos de evaluación de apoyo social empleados y el uso mayoritario de diseños transversales. Las muestras utilizadas están constituidas por grupos de mujeres diagnosticadas de anorexia o de bulimia nerviosa, que se comparan con población sana. El tamaño muestral también es muy variable, oscilando entre 42 y 1067 sujetos, con edades comprendidas entre los 18 y 45 años, y una edad media de 24,7 años. Los resultados de la revisión de los diferentes estudios se han organizado en tres apartados. El primero de ellos se centra en el análisis del tipo de instrumentos de apoyo social y en las dimensiones evaluadas (percepción de apoyo provisto o recibido, adecuación o satisfacción con el apoyo social, fuentes o redes de apoyo y tipos); en el segundo apartado se muestran los resultados descriptivos y diferencias encontradas en apoyo social en el caso de las pacientes con trastornos alimentarios; y, en último lugar, se incluyen los resultados obtenidos en estas pacientes en cuanto a formas de afrontamiento, niveles de autoestima y competencia social, grado de ajuste y resultados en salud, incidiendo en las relaciones que el apoyo social establece con dichas variables.

Instrumentos de apoyo social y dimensiones evaluadas en muestras con trastornos de la conducta alimentaria

En los estudios revisados destaca la variedad de instrumentos de evaluación del apoyo social utilizados. Sólo tres de ellos, el *Perceived Support Scale (PSS)* (Procidiano y Heller, 1983), el *Social Support Questionnaire (SSQ)* (Saranson, Saranson, Shearin y Pierce, 1987) y el *Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)* (Barrera, Sandler y Ramsay, 1981) coinciden en dos estudios distintos (véase Tabla 1). El *PSS*, utilizado en dos de los trabajos, consta de dos escalas que evalúan el apoyo social percibido de la familia (*PSS-FA*) y el de los amigos (*PSS-FR*) (Ghaderi y Scott, 1999; Grissett y Norvell, 1992). Cada una está formada por 20 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No). El contenido de sus enunciados permite recoger simultáneamente la información sobre el tipo de apoyo que percibe el sujeto referido a su familia y amistades como fuentes de apoyo. Ejemplos de los ítems que incluye serían “Tengo una relación íntima con un gran número de amigos” o “Mi familia me da el apoyo moral que necesito”. Entre

las ventajas de este instrumento destacan sus elevados índices de consistencia interna y la importancia que otorga a la familia y amigos como proveedores de apoyo. Sin embargo, plantea la dificultad de la falta de mención explícita a la evaluación del apoyo instrumental. También plantea dudas acerca de la posibilidad de recoger con este instrumento otro de los aspectos implicados en la evaluación del apoyo social como es la satisfacción, pues en algunos ítems resulta difícil asumir que el que recibe el apoyo está satisfecho.

El *SSQ* también ha sido utilizado en dos trabajos con versiones (extensa *versus* breve) y forma de administración (autoadministrado *versus* entrevista) distintas (Koo-Loeb, Costello, Light y Girder, 2000; Rorty, Yager, Buckwalter y Rossotto, 1999). En el trabajo de Koo-Loeb *et al.* (2000) se presenta una versión breve del *SSQ*, compuesta por 6 ítems, que permite conocer el número de fuentes proveedoras de apoyo, así como el tipo de apoyo que ofrecen. Además, y como ventaja frente al *PSS*, también facilita una evaluación explícita de la calidad del apoyo evaluado en términos de satisfacción con una escala Likert de 6 puntos para cada uno de los proveedores. Completa la evaluación de los tipos de apoyo con la utilización de otro instrumento *The Interpersonal Support Evaluation List* (Cohen, Mermelstein, Kamarck y Hoberman, 1985), compuesto por 10 ítems que evalúan la disponibilidad que percibe el sujeto para contar con los diferentes tipos de apoyo (emocional, instrumental, informacional). Por su parte, en el trabajo presentado por Rorty *et al.* (1999) se ha utilizado una versión modificada del *SSQ*, en el que la evaluación del apoyo se hace con una entrevista cara a cara, frente a la versión original autoadministrada utilizada por Koo-Loeb *et al.* (2000). El procedimiento referido incluye una primera parte en la que se le plantea al sujeto una situación hipotética de enfermedad y se utilizan preguntas combinadas pidiéndole que nombre a quiénes les ofrecerían apoyo o podrían considerarse como fuentes proveedoras de éste (limitado a familia y amigos), a la vez que refieren los distintos tipos de apoyo que les prestarían: instrumental (por ejemplo, dejándole dinero), emocional (por ejemplo, mostrando comprensión) e informacional (por ejemplo, ofreciendo consejo). Después, los sujetos identifican la relación que mantienen (amigos, parientes, esposo, amante, etc.) con los proveedores espontáneamente mencionados. En una segunda parte de la entrevista se aborda la dimensión de satisfacción con el apoyo evaluada con una escala Likert de 5 puntos. Se evalúa la satisfacción centrada sólo en aquellas personas con quienes las pacientes sienten una relación íntima en dos áreas, apoyo instrumental y emocional, sin contemplarse en este caso la satisfacción con el apoyo informacional.

Por su parte, el *ISSB*, empleado también en dos estudios, permite la evaluación de los diferentes tipos de apoyo (emocional, instrumental e informacional) y además posee un elevado índice de consistencia interna. Sin embargo, y como el *PSS*, no facilita la evaluación de la adecuación del apoyo (Bennett y Cooper, 2001; Jacobson y Robins, 1989). Una peculiaridad que presenta el trabajo de Jacobson y Robins (1989) es que el *ISSB* fue modificado y los sujetos tenían que estimar cada ítem de la escala atendiendo a fuentes proveedoras de apoyo de género masculino y también femenino, es decir, no atendiendo a la relación (familia o amigo) que tenían con el proveedor sino a la provisión de apoyo por parte de hombres y mujeres, ya que una de las hipótesis a probar era que las mujeres bulímicas recibían menos apoyo de los hombres que las controles.

Otros cuestionarios utilizados en los trabajos fueron el *Significant Others Scal (SOS)* (Power, Champion y Aris, 1988), *The Social Support Network Inventory (SSNI)*

(Flaherty, Gaviria y Pathak, 1983) y una entrevista diseñada por Brown, Andrews, Harris, Adler y Bridge (1986). Las dimensiones del apoyo social que evalúan todos los instrumentos, así como los trabajos en que han sido utilizados se describen en la Tabla 1.

TABLA 1. Revisión de instrumentos de evaluación del apoyo social.

Instrumento	Trabajo	Dimensiones de apoyo				Fiabilidad/ Consistencia
		Percibido	Fuentes	Tipos	Adecuación	
ISSB	Bennett y Cooper (2001)	R	Global	Emocional Instrumental Informacional	NSE	Test-retest: 0,88*
ISSB	Jacobson y Robins (1989)	R	Global	NSE	NSE	Test-retest: 0,88*
PSS-FA, PSS-FR	Ghaderi y Scott (1999)	R	Familia / Amigo	Emocional Informacional	NSE	α^* : PSS-FA: 0,99 PSS-FR: 0,88
PSS-FA, PSS-FR	Grissett y Norvell (1992)	R	Familia / Amigo	Emocional Informacional	NSE	α^* : PSS-FA: 0,99 PSS-FR: 0,88
QRI	Grissett y Norvell (1992)	R	Familia / Amigo/ Pareja	NSE	Calidad	NSE
SSQ	Koo-Loeb <i>et al.</i> (2000)	R	Global	NSE	Satisfacción	α^* : Fuentes: 0,90 Satisfacción: 0,80
SSQ	Rorty <i>et al.</i> (1999)	R	Global	Emocional Informacional Instrumental	Satisfacción	α^* : Fuentes: 0,90 Satisfacción: 0,80
The Interpersonal Evaluation List	Koo-Loeb <i>et al.</i> (2000)	R	Global	Instrumental	NSE	NSE
Entrevista de Brown <i>et al.</i> (1986)	Troop, Holbrey y Treasure (1998)	R	Amigos	Emocional	NSE	NSE
SOS	Tiller <i>et al.</i> (1997)	R	Familia/ Amigos	Emocional Instrumental	Satisfacción	NSE
SSNI	Sohlberg, Norring y Rosmark (1992)	R	Global	Emocional Instrumental	NSE	NSE

Nota: NSE: No se especifica; α : alfa de Cronbach; *: cualidades psicométricas no evaluadas en este trabajo; Apoyo percibido \Rightarrow R: Evaluado en el receptor P: Evaluado en proveedor.

Tras la revisión de los instrumentos se observa que ninguno de ellos ha sido diseñado de forma específica para pacientes con un trastorno de conducta alimentaria y, aunque se refieren datos psicométricos avalados en la literatura, éstos no han sido comprobados en este tipo de población. Asimismo, ninguna de estas escalas se ha administrado a los proveedores del apoyo, y resultaría de interés completar la información del apoyo recibido con la del apoyo provisto, puesto que el percibido puede no reflejar la realidad de este último. En referencia a las fuentes de apoyo, la mayor parte de los instrumentos restringe los proveedores sólo a la familia y a los amigos, presentando discrepancias en cuanto a la información explícita o no sobre personas concretas. El tipo de apoyo presente en casi todos los trabajos es el apoyo emocional, siendo menos frecuente encontrar la evaluación del apoyo instrumental y el informacional. La adecuación del apoyo sólo es evaluada por dos de los instrumentos presentados, el *SSQ* y el *SOS*. El *SSQ* lo hace a través de la satisfacción con el apoyo recibido y el *SOS* a partir de la discrepancia entre niveles reales e ideales de apoyo.

Apoyo social en pacientes con anorexia y bulimia

En la Tabla 2 se exponen los resultados de los distintos trabajos en los que se ha evaluado el papel del apoyo social en pacientes con trastornos de conducta alimentaria. Se han comparado los resultados obtenidos en cuanto a fuentes, adecuación y tipos de apoyo percibido por estas pacientes. En referencia a las fuentes de apoyo, la mayoría de trabajos coincide en afirmar que tanto anoréxicas como bulímicas cuentan con un menor número de proveedores de apoyo al compararlas con población sana (Ghaderi y Scott, 1999; Grissett y Norvell, 1992; Rorty *et al.*, 1999; Tiller *et al.*, 1997; Troop *et al.*, 1998). Es frecuente encontrar que 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. Además, un 14% de las anoréxicas y un 12% de las bulímicas no disponen del apoyo de un mejor amigo, tras perderlo durante su enfermedad (Tiller *et al.*, 1997). Por su parte, Jacobson y Robins (1989) no encuentran diferencias entre bulímicas y población sana en apoyo social percibido bien de hombres o de mujeres (en este estudio no consideran el tipo de relación que el sujeto mantiene con ella: amigo, pariente, profesional de la salud, vecino, etc.). 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 y Scott, 1999; Grissett y Norvell, 1992; Troop *et al.*, 1998). Y 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 y Norvell, 1992). Sin embargo, este resultado difiere del encontrado por Ghaderi y Scott (1999) que concluyen que no existen diferencias en apoyo social percibido de los amigos entre personas con y sin un trastorno de conducta alimentaria.

Respecto a la adecuación del apoyo, las bulímicas presentan menores niveles de satisfacción con el apoyo al compararlas con los grupos controles (Rorty *et al.*, 1999; Tiller *et al.*, 1997). 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 anoréxicas y bulímicas

establecen ideales de apoyo inferiores a la población sana (Tiller *et al.*, 1997). En cuanto a la evaluación de la adecuación del apoyo, referida a los tipos de apoyo o a las fuentes proveedoras del mismo, se encontró que las bulímicas están más insatisfechas con el apoyo emocional, el instrumental y con el apoyo de los padres frente a controles (Tiller *et al.*, 1997). Sin embargo, Rorty *et al.* (1999) encontraron que no existían diferencias entre bulímicas y 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 alimentario no hay diferencias en satisfacción con el apoyo, lo que podría indicar que esta dimensión del apoyo no favorece el desarrollo de este trastorno.

En tercer lugar y respecto a los tipos de apoyo, anoréxicas y bulímicas perciben menos apoyo informacional, emocional e instrumental que la población sana, no presentándose diferencias entre ambos tipos de pacientes en los dos últimos (Bennett y Cooper, 2001; Tiller *et al.*, 1997). Estas pacientes perciben un mayor apoyo emocional e instrumental en el primer y tercer año post-diagnóstico que en el segundo (Sohlberg *et al.*, 1992). Además, si se considera el “hacer dieta” como factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria, se encuentra 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 (Bennett y Cooper, 2001).

TABLA 2. Resultados de apoyo social en trastornos alimentarios.

AUTORES	MUESTRA	DISEÑO/ ANÁLISIS	RESULTADOS
Bennett y Cooper (2001)	GTCA = 42 GC = ? Edad: 26,7	Transversal Regresión Spearman	TIPOS: GTCA < GC Apoyo emocional, instrumental e informacional
Jacobson y Robins (1989)	GB = 23 GC = 34 Edad: 18-35	Transversal MANOVA	FUENTES: GB = GC (H y M)
Tiller <i>et al.</i> (1997)	GA = 44 GB = 81 GC = 86 Edad: 22-26	Transversal ANOVA Correlacional ChiCuadrado	FUENTES: [GB=GA] < GC Pérdida de la pareja: GA: 66% GB: 44% GC: 22% Pérdida mejor amigo: GA: 14% GB: 12% GC: 0% TIPOS: [GB = GA] < GC Apoyo emocional e instrumental ADECUACIÓN: GB > GC insatisfacción Apoyo emocional e instrumental GB > [GA y GC] insatisfacción con apoyo padres GB = GA en ideales de AS + bajos que GC

TABLA 2. Resultados de apoyo social en trastornos alimentarios (continuación).

Rorty <i>et al.</i> (1999)	GB = 40 GBR = 40 GC = 40 Edad: 23-26	Transversal ANOVA Correlacional	FUENTES: GB < [GBR=GC] red amigos Apoyo emocional y apoyo instrumental GB = GBR = GC red amigos apoyo informal y apoyo instrumental GC > [GBR = GB] red familia Apoyo emocional GB = GBR = GC red familia Apoyo instrumental y apoyo informal ADECUACIÓN: GC > [GBR = GB] satisfacción Apoyo emocional familia GB = GBR = GC satisfacción Apoyo emocional y apoyo informal amigos GB = GBR = GC satisfacción Apoyo informal familia
Grissett y Norvell (1992)	GC = 21 GB = 21 Edad: 20,3	Transversal Correlacional MANOVA	FUENTES: GB < GC en AS familia y amigos
Ghaderi y Scott (1999)	N = 1157 Edad: 18-30 G1 = 60 G2 = 30 G3 = 1067 G4 = 90	Transversal ANOVA	FUENTES: Familia: G2 < G1 < G3 G4 < G3 Amigos: G1 = G2 = G3
Troop <i>et al.</i> (1998)	GA = 12 GB = 21 GC = 21 Edad: 23-29	Transversal ANOVA	FUENTES: GB < [GA y GC] vínculo amigos apoyo en SC
Sohlberg <i>et al.</i> (1992)	GTCA = 30, donde GA = 8, GB = 15, GB y GA = 2 GNOESP = 5 Edad: 18-45	Longitudinal T1, T2, T3 ANOVA	TIPO: Apoyo Emocional y Apoyo Instrumental: En: T1 > T3 > T2
Koo-Loeb <i>et al.</i> (2000)	GAT = 26 Edad media: 20 GBT = 27 Edad media: 21	Transversal ANOVA	APOYO RECIBIDO: GAT < GBT valoración AS, Apoyo tangible y ASg ADECUACIÓN: GAT = GBT

Nota. AS: Apoyo Social; ASg: Apoyo Social general; GA: Grupo Anoréxicas; GAT: Grupo con alta tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria; GB: Grupo Bulímicas; GBR: Grupo bulimia en remisión; GBT: Grupo con baja tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria; GC: Grupo Control; GNOESP: Grupo con trastorno alimentario no específico; GTCA: Grupo con trastorno alimentario; G1: trastorno de conducta alimentaria en el pasado; G2: trastorno de conducta alimentaria actual; G3: Grupo control; G4: G1 + G2; H: Hombre; LP: Largo Plazo; M: Mujer; N: número de sujetos; R: Respuesta; r: correlación; r+: Correlación positiva; r-: Correlación negativa; SC: Situación Crítica; T1: 1 año post-diagnóstico; T2: 2 años post-diagnóstico; T3: 3 años post-diagnóstico; TCA: Trastorno Comportamiento Alimentario; ∃: Existe; =: igual; <: menor que; >: mayor que.

El apoyo social en relación con otras variables

En los trabajos revisados, además del apoyo social también se han evaluado las experiencias previas de estas pacientes, como la incidencia de acontecimientos vitales estresantes, los niveles de autoestima, de competencia social y dependencia de otros, así como las formas de afrontamiento y el tipo de relaciones sociales, para determinar en qué medida dichas variables psicosociales intervienen en su ajuste social. En cuanto a los acontecimientos vitales estresantes que pueden haber incidido en el desarrollo del trastorno, los resultados reflejan que tras un año post-diagnóstico un menor número de acontecimientos vitales estresantes será predictor de una menor severidad en el trastorno. Sin embargo, esta relación no se establece tras 2 ó 3 años post-diagnóstico (Sohlberg *et al.*, 1992). Cuando se comparan grupos con una alta o baja tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria no hay diferencias en el número de estresores diarios que experimentan ni en el grado de estrés que de ellos perciben. La diferencia reside en el impacto emocional que le producen estos acontecimientos, siendo éste mayor en las personas con mayor probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario (Koo-Loeb *et al.*, 2000). Como variables de interés en el estudio de estos trastornos y entendidas desde su influencia en su desarrollo, control y recuperación, algunos trabajos coinciden en evaluar la autoestima o la competencia social de estas pacientes (Ghaderi y Scott, 1999; Koo-Loeb *et al.*, 2000; Tiller *et al.*, 1997). Con respecto a la autoestima los resultados coinciden con los que aporta la literatura, anoréxicas y bulímicas presentan niveles más bajos de autoestima que la población sana sin diferencias entre ambos tipos de pacientes (Ghaderi y Scott, 1999; Tiller *et al.*, 1997). Además, estos niveles más bajos de autoestima ya están presentes en las personas con alta tendencia a desarrollar un trastorno alimentario (Koo-Loeb *et al.*, 2000). En cuanto a la competencia social, Grissett y Norvell (1992) también muestran que las bulímicas se sienten menos competentes socialmente en una variedad de situaciones, tales como menor confianza en su habilidad para un buen funcionamiento social y en la formación de relaciones íntimas. A esto se añade el mayor número de interacciones sociales negativas, presentando frecuentemente conflictos en su vida diaria, y sobre todo con miembros de su familia (Grissett y Norvell, 1992). Además, también presentan una mayor preocupación por la evaluación y por la separación de otros referentes presentando, en general, una mayor dependencia social que el grupo control, y en particular, de los hombres (Jacobson y Robins, 1989).

Otro de los aspectos a los que se ha prestado especial atención en el ámbito de estudio de los trastornos de conducta alimentaria parte del interés por identificar cómo estas pacientes afrontan su situación de enfermedad. Los resultados reflejan que anoréxicas y bulímicas usan más estrategias de afrontamiento inadecuadas, como la evitación y la rumiación, y que es menos frecuente en ellas el optimismo o la resolución de problemas. También muestran una menor “maestría” o habilidad en sus respuestas de afrontamiento ante una situación de crisis (Troop *et al.*, 1998). En el caso de pacientes con bulimia, también es más frecuente el uso de otra estrategia inadecuada de afrontamiento como es el autoculpabilizarse por lo que está ocurriendo, más que las anoréxicas y controles. Este uso de estrategias inadecuadas de afrontamiento ya se observa en las personas en riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (Koo-Loeb *et al.*, 2000). Sin embargo, estos resultados no coinciden con los obtenidos por Bennett y Cooper (2001),

que no encontraron diferencias entre sujetos con un trastorno de conducta alimentaria y controles en el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Estos resultados acerca del uso de estrategias inadecuadas o poco apropiadas son coherentes con los aportados desde otros trabajos que inciden en los problemas de ajuste de estas pacientes. Así, en el trabajo de Rorty *et al.* (1999), las bulímicas presentan un peor ajuste social en las áreas de tiempo libre, con la familia extensa y en las relaciones sociales al compararlas con controles y con bulímicas en remisión.

Los resultados planteados hasta el momento adquieren especial relevancia para el objetivo de este trabajo si atendemos al papel que juega el apoyo social y las relaciones que establece con las variables con las que se ha analizado: la autoestima, la dependencia social y el ajuste social. En referencia a la autoestima, las anoréxicas que reciben apoyo emocional, instrumental y el apoyo de hermanos tienen una adecuada autoestima, y en ellas una buena autoestima será predictora de la satisfacción con el apoyo emocional e instrumental y con apoyo de la madre. Sin embargo, en bulímicas la relación entre apoyo social y autoestima no es significativa (Tiller *et al.*, 1997). Respecto a la dependencia social, no se confirma la hipótesis de trabajo de Jacobson y Robins (1989), quienes afirmaban que las bulímicas se caracterizaban por la interacción de una alta dependencia social y un bajo apoyo social. Esta interacción no es significativa en estas pacientes. Con el ajuste social, las bulímicas que poseen una red pequeña de amigos y familia presentan un peor ajuste. Y también se puede predecir un menor ajuste en aquellas bulímicas más insatisfechas con el apoyo instrumental de los amigos y con el apoyo emocional de amigos y familia (Rorty *et al.*, 1999).

Por último y en cuanto a la relación que el apoyo social establece con variables clínicas como la severidad del trastorno o curso de la enfermedad, los resultados sugieren que el apoyo social está negativamente relacionado con la severidad de los síntomas de los trastornos de conducta alimentaria (Grissett y Norvell, 1992; Sohlberg *et al.*, 1992). 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. En el trabajo de 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 segundo año. En esta investigación el apoyo social era entendido como el número de personas que el paciente cree disponibles para proporcionarle apoyo emocional e instrumental. El apoyo social se evaluó longitudinalmente en periodos de tiempo variables, (1, 2 y 3 años) después de ser diagnosticado el trastorno (anorexia o bulimia), encontrándose que tras tres años de diagnóstico el apoyo social está fuertemente relacionado con el curso de la enfermedad.

TABLA 3. Resultados de otras variables psicosociales en los trastornos alimentarios.

AUTORES	INSTRUMENTO	RESULTADO	
		V. PSICOSOCIAL	AS Y V. PSICOSOCIAL
Bennett y Cooper (2001)	WCS	Afrontamiento Estrategias centradas en el problema: GTCA = GC Estrategias centradas en la emoción: GTCA > GC	No especificado
Jacobson y Robins (1989)	<i>Sociotropy Scale</i>	Dependencia Social : GB > GC GB = GC (H)	GB: ↓ AS * ↑ DS (ns)
Tiller <i>et al.</i> (1997)	SCQ	Autoestima: GB = GA	GA: Tipos, Fuentes AS Emocional, Instrumental } r + Hermanos } Satisfacción, Fuentes AS Emocional } Instrumental r + } Madre } GB: r (ns)
Rorty <i>et al.</i> (1999)	SAS-SR Areas; Trabajo Actividades sociales Relaciones con familia extensa Funcionamiento como esposo, padre o miembro de una unidad familiar	Ajuste Social GB < GBR < GC	GB = GBR Fuentes AS amigos } r+ familia } GB: Satisfacción AS Emocional } Instrumental } r + GC: r (ns)
Grissett y Norvell (1992)	COM-Q SIS BULIT	Competencia Social: GB < GC Percepción Interacciones Sociales: GB > GC interacciones negativas Severidad Bulimia: GB > GC	GB: Apoyo familia Apoyo amigos } r - Severidad } Bulimia
Ghaderi y Scott (1999)	SCQ BSQ	Autoestima: G2 < G1 < G3 G4 < G3 Preocupación imagen corporal: G2 < G1 < G3 G4 < G3	G4 ↔ G3 Autoestima (-) Apoyo familia (-) Preocupación Imagen (+)

TABLA 3. Resultados de otras variables psicosociales en los trastornos alimentarios (continuación).

Troop <i>et al.</i> (1998)	<p><i>CSI</i></p> <p>Estrategias: Busca información Optimismo Evitación cognitiva Rumiación Autoculpa</p> <p>Bifulco y Harris (1992)</p>	<p>Afrontamiento en SC: [GB = GA] ↔ GC optimismo (-) resolución problemas (-) rumiación (+) evitación (+) GB > [GC = GA] autoculpa</p> <p>Inseguridad /Maestría en SC [GB = GA] < GC maestría en R afrontamiento</p>	<p>No especificado</p>
Sohlberg <i>et al.</i> (1992)	<p><i>EFA</i></p> <p><i>PERI:</i></p> <p><i>EDI</i></p>	<p>Fuerza del yo: En T1: severidad TCA (r-) En T2 y T3: r (ns)</p> <p>Acontecimientos vitales estresantes: T1: severidad TCA (r+) En T2 y T3: r (ns)</p>	<p>T1 y T2: AS no r con severidad TCA T3: AS r- severidad TCA</p>
Koo-Loeb <i>et al.</i> (2000)	<p><i>BDI</i></p> <p><i>STAI</i></p> <p><i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i></p> <p><i>PMS</i></p> <p><i>POMS</i> Sosegado/ Ansioso Confiado/ Inseguro Regocijo/ Deprimido</p> <p><i>PSS</i></p> <p><i>WCS</i> Estrategias: Centrado problema Culpar a otros Contar ventajas Evitación problema Autoculpa Busca apoyo social Minimiza amenaza Pensamiento de deseo</p>	<p>Depresión: GAT > GBT</p> <p>Ansiedad Rasgo: GAT > GBT</p> <p>Autoestima: GAT < GBT</p> <p>Percepción de control: GAT < GBT</p> <p>Estado de ánimo: GAT ↔ GBT</p> <p>Hostilidad (+) Inseguridad (+) Ansiedad (+)</p> <p>Estrés: [GAT = GBT] estrés percibido y número estresores diarios GAT > GBT impacto estrés</p> <p>Afrontamiento: GAT ↔ GBT</p> <p>evitación (+) autoculpa (+) GAT = GBT otras estrategias</p>	<p>No especificado</p>

CUESTIONARIOS: *BDI*: Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Medelson y Erbaugh, 1961); *BSQ*: Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987); *BULIT* (Smith y Thelen, 1984); *COM-Q*: Social Competence Questionnaire (Saranson, Saranson, Hacker y Bashman, 1985); *CSI*: Coping Strategies Inventory (Bifulco y Brown, 1996); *EDI*: Eating Disorder Inventory (Garner y Olmsted, 1984); *EFA*: Ego Function Assessment (Bellak, Hurvich y Gediman, 1973); *PERI*: The PERI Life Events Scale (Dohrenwernd, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwernd, 1978); *PMS*: Pearlin Mastery Scale (Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan, 1981); *POMS*: Profile of Mood States (Lorr y McNair, 1988); *PSS*: Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983); *QRI*: Quality of Relationship Inventory; *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965); *SAS-SR*: Assessment Social Adjustment: Self-Report (Weissman y Bothwell, 1976); *SCQ*: Self-Concept Questionnaire (Robson, 1989); *SIS*: Social Interaction Scale (Abbey, Abramson y Caplan, 1985); *Sociotropy Scale* (Beck, Epstein, Harrison y Emery, 1983); *STAI*: Spielberg Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); *WCS*: Ways of Coping Scale (Lazarus y Folkman, 1984).

A: Apoyo; A. Em: Apoyo emocional; A instr: Apoyo instrumental; AS: Apoyo Social; ASg: Apoyo Social general; GA: Grupo Anoréxicas; GAT: Grupo con alta tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria; GB: Grupo Bulímicas; GBR: Grupo bulimia en remisión; GBT: Grupo con baja tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria; GC: Grupo Control; GTCA: Grupo Trastorno de la Alimentación; H: Hombre; M: Mujer; N: número de sujetos; ns: no significativa; q: que; R: Respuesta; r: Correlación; r+: Correlación positiva; r-: Correlación negativa; SC: Situación Crítica; TCA: Trastorno Comportamiento Alimentario.

=: igual; <: menor que; >: mayor que; *: interacción; ↑: alta; ↓: baja; ↔: frente a; +: más; -: menos.

Discusión

Las conclusiones de este trabajo se deben valorar considerando las limitaciones que plantea el reducido número de estudios que cumplen los criterios de selección propuestos y la disparidad de objetivos que plantean. A esto se añade la diversidad de dimensiones de apoyo consideradas y la heterogeneidad de instrumentos de evaluación del apoyo social utilizados, lo que dificulta la contrastación de resultados. Además, la valoración del apoyo sólo se ha realizado desde las personas que padecen el trastorno y con respecto a la familia y los amigos, cuando hubiera resultado interesante atender a otras fuentes no menos importantes en contextos de enfermedad como son profesionales de la salud, asociaciones, vecinos, pareja y compañeros de trabajo (Barrón, 1996). Entre los instrumentos empleados se encuentran el *PSS*, el *ISSB* y el *SSQ*, que a pesar de que son habituales en la evaluación del apoyo en otras muestras y han demostrado tener buenas cualidades psicométricas, no incluyen aspectos específicos para la evaluación del apoyo en población enferma en general o con un trastorno de la conducta alimentaria (Kimberley y Serovich, 1999; Rodrigue y Hoffmann, 1994). Por ejemplo, podría ser de interés valorar el apoyo que perciben estas pacientes en ciertas situaciones críticas que se les presentan con frecuencia (por ejemplo, en los vómitos, atracones, ingesta de alimentos, el peso, etc.). Respecto a las dimensiones evaluadas, se encuentra que entre las fuentes de apoyo, la familia y los amigos son los proveedores que con más frecuencia han sido evaluados, quizás porque son consideradas el grupo de relaciones más significativas en este sentido (Tiller *et al.*, 1997). El análisis de los estudios revisados pone de relieve que tanto anoréxicas como bulímicas cuentan con un menor número de proveedores y perciben menos apoyo que la población sana. Este hecho podría deberse, por un lado, al deterioro que sufren las relaciones y las redes de apoyo en enfermedades de larga evolución como éstas (Tiller *et al.*, 1997); pero, por otro lado, una posible

explicación es que la percepción del apoyo y la satisfacción con éste en estas pacientes se ve afectada por sus niveles de autoestima, percibiendo menos apoyo social, en términos de cantidad o satisfacción, a pesar de las conductas de apoyo de los proveedores. Así lo demuestran McClintock y Evans (2001) en su trabajo; según éstos una variable que media en la relación entre el apoyo social y los trastornos de conducta alimentaria sería la autoaceptación. De forma que cuanto menos se acepte una persona con un trastorno de conducta alimentaria menos apoyo social percibirá. La relevancia de estos resultados a nivel clínico es importante, pues la literatura sugiere que la carencia de unas relaciones de apoyo adecuadas afecta a la recuperación. Así, Collings y King (1994), en su estudio de diez años de seguimiento en pacientes bulímicas, encontraron que la ausencia de una relación íntima de apoyo afectaba a la mejoría clínica y estaba asociado a problemas psiquiátricos. La razón estriba en que el apoyo social reduce el impacto de la enfermedad y está estrechamente relacionado con la capacidad de enfrentarse a los problemas (Terol, 1999; Tiller *et al.*, 1997).

Respecto a las fuentes de apoyo, se encuentra que el apoyo de la familia es menor en anoréxicas y bulímicas frente a controles. Este resultado podría explicarse por la tendencia de este tipo de pacientes a percibir las muestras de ayuda, afecto, cariño e información por parte de la familia como no apoyo. Y esto es así, porque consideran a la familia como “enemigo” en su cruzada hacia la delgadez. Además, puesto que el apoyo es percibido puede no reflejar la realidad del apoyo provisto, ya que la autoestima merma la percepción de apoyo, pero quisiéramos resaltar que estas pacientes no lo perciben y acusan su falta. Esto es como un círculo vicioso que no tiene porque coincidir con medidas objetivas reales. Así, una baja autoestima merma la percepción del apoyo, y esta ausencia de apoyo percibido merma la autoestima. En todo caso, se propone que cualquier terapia dirigida a tratar un trastorno de conducta alimentaria debe incluir un apartado dedicado a mejorar la autoestima y además, un entrenamiento en estrategias que permitan a estas pacientes ampliar sus redes de apoyo y relaciones, propiciando la posibilidad de un mayor número de conductas de apoyo de otras fuentes distintas a la familia. De este modo, tratamientos que incluyen el entrenamiento en habilidades de comunicación, en resolución de problemas y en estrategias de afrontamiento que ayuden a estas pacientes a mejorar su funcionamiento cotidiano, aumentar su autoeficacia, reducir sus conflictos familiares y mejorar la calidad de sus relaciones, podrían facilitar una actitud más receptiva ante la ayuda ofrecida por los demás. En cuanto al apoyo de los amigos no se han encontrado resultados consistentes, ya que mientras Grissett y Norvell (1992) afirman que las bulímicas reciben menos apoyo de éstos, Ghaderi y Scott (1999) no hallan diferencias entre sujetos con un trastorno de conducta alimentaria y población sana. Estas discrepancias en los resultados pueden ser debidas a que en este último estudio se modificó la escala de respuesta del *PSS* con un formato tipo que oscila desde “Siempre” hasta “Nunca”.

Otro aspecto importante en la evaluación del apoyo, por su relación con la salud, es la adecuación (Barrón, 1996; Terol, 1999). Los estudios revisados sugieren que las bulímicas presentan más insatisfacción respecto a las anoréxicas, pero estas últimas parecen estar igual de satisfechas que la población sana, no porque reciban niveles similares de apoyo sino porque establecen ideales de apoyo inferiores (Tiller, 1997).

Sin embargo, es difícil explicar en las anoréxicas estos ideales inferiores de apoyo, ya que con frecuencia suelen ser perfeccionistas y establecen altos valores tanto para ellas como para los demás. Una posible explicación es que los ideales de apoyo de estas pacientes se hayan deteriorado durante su enfermedad, mientras su psicopatología ha determinado sus interacciones con los demás, conduciéndole a relaciones menos satisfactorias y a una menor expectativa de interacciones sociales. En cuanto a las personas en situación de riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria, Koo-Loeb *et al.* (2000) no encontraron diferencias en satisfacción entre las personas con una alta o baja tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. Una posible explicación respecto a este último trabajo 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. Así, la satisfacción con el apoyo no viene determinada por la cantidad de proveedores, sino por la calidad del apoyo que presentan. En referencia a los tipos de apoyo, los más evaluados han sido el apoyo informacional, emocional e instrumental, no encontrándose diferencias en los dos últimos entre bulímicas y anoréxicas, y resultando los tres ser menores respecto al percibido por la población sana. Como en otras enfermedades de larga duración, el apoyo informacional es mayor durante los primeros meses de la enfermedad, mientras el apoyo emocional e instrumental lo son en momentos posteriores (Collings y King, 1994; Sohlberg *et al.*, 1992). En cuanto a la relación del apoyo social con otras variables psicosociales, sólo se han localizado tres trabajos que consideran estas relaciones. Así, se evalúa el apoyo social junto a la autoestima, encontrándose una relación positiva entre ambos, la dependencia social y el ajuste. Con respecto a esta última variable se encuentra que las bulímicas presentan un peor ajuste que las personas sin una historia de trastorno de conducta alimentaria (Rorty *et al.*, 1999). Este peor ajuste puede determinar la capacidad de estas pacientes de mantener una red de apoyo que proporcione unos niveles óptimos de apoyo. Sin embargo, son escasos los estudios en los que el apoyo social se evalúe con el objetivo de determinar sus efectos beneficiosos en cuanto ajuste psicosocial y adaptación ante un acontecimiento estresante como es padecer un trastorno de conducta alimentaria. Una de las cuestiones relevantes en este contexto sería averiguar las relaciones que se establecen entre apoyo social y percepción del estrés y afrontamiento por un lado, y la contribución de ambas variables respecto a los resultados de salud, por otro, ya que no existen trabajos que se hayan ocupado de comprobar la relación del apoyo social como predictor de las estrategias de afrontamiento.

La revisión de trabajos efectuada apoya la necesidad de un mayor desarrollo investigador centrado en el apoyo social y trastornos de conducta alimentaria, donde se concreten las dimensiones del apoyo relevantes en estos trastornos y se utilicen diseños longitudinales que permitan conocer el papel del apoyo social no sólo en el curso del trastorno sino también en el inicio y en la remisión del mismo, ya que los estudios transversales no permiten concluir si el déficit en apoyo social es una característica que precede al trastorno de conducta alimentaria o si por el contrario es resultado del proceso de enfermedad. Los resultados de estas investigaciones son de gran interés para la elaboración de programas de prevención e intervención dirigidos a pacientes y grupos de población de riesgo, donde se fomentaría la ampliación de sus redes sociales y el uso de estrategias que les ayudaran a elicitar un mayor apoyo social.

Referencias

- Abbey, A., Abramson, D. J. y Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 111-119.
- Acosta García, V. y Gómez Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 9-21.
- Barrera, M., Sandler, I. N. y Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Baile, J. I., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del 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. (1996). *Apoyo Social: Aspectos Teóricos y Aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Psiquis*, 6, 50-55.
- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R.P. y Emery, G. (1983). *Development of the sociotropy autonomy scale: A measure of personality factors in psychopathology*. Manuscrito no publicado. Universidad de Pensilvania, Filadelfia.
- Beck, A. T., Ward, Ch., Medelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bellak, L., Hurvich, M. y Gediman, H. K. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals. A systematic study of conceptual, diagnostic, and therapeutic aspects*. Nueva York: John Wiley y Sons.
- Bennett, D. A. y Cooper, C. L. (1999). Eating disturbance as a manifestation of the stress process: A review of the literature. *Stress Medicine*, 15, 167-182.
- Bennett, D. A. y Cooper, C. L. (2001). Psychological discriminators of subjects at different stages of the eating disturbed spectrum. *Personality and Individual Differences*, 30, 917-929.
- Bifulco, A. y Brown, G. W. (1996). Cognitive coping response to crises and onset of depression. *Social and Psychiatric Epidemiology*, 31, 163-172.
- Bifulco, A. y Harris, T. O. (1992). *Coping Dictionary*. Londres: Royal Holloway and Bedford New Collage.
- Bousoño, M., González, P. y Bobas, J. (1994). *Psicobiología de la Bulimia Nerviosa*. Madrid: EDIDE.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z. y Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Cattanach, L. y Rodin, J. (1988). Psychosocial components of the stress process in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 75-88.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal Health of Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. y Hoberman, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support. En I.G. Saranson y B.R. Saranson (eds.), *Social Support: Theory, research and applications* (pp. 73-94). Dordrech: Martinus Nijhoff.
- Collings, S. y King, M. (1994). Ten year follow-up of 500 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

- Dohrenwernd, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R. y Dohrenwernd, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: The PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 205-229.
- Flaherty, J. A., Gaviria, F. M. y Pathak, D. S. (1983). The measurement of social support: The social support network inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 521-529.
- Garner, D. M. y Olmsted, M. P. (1984). *Manual for Eating Disorders Inventory (EDI)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Ghaderi, A. y 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.
- Grissett, N. I. y 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.
- Herzog, D. B., Pepose, M., Norman, D. K. y Rigotti, N. A. (1985). Eating disorders and social maladjustment in female medical students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 734-737.
- House, J. S. y Khan, J. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y L. S. Syme (eds.), *Social Support and Health* (pp. 154-170). Londres: Academic Press.
- Jacobson, R. y Robins, C. J. (1989). Social dependency and social support in bulimic and nonbulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 665-670.
- Johnson, C. y Berndt, D. J. (1983). Preliminary investigation of bulimia and life adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 140, 774-777.
- Kimberly, J. A. y Serovich, J. M. (1999). The role of family and friend social support in reducing risk behavior among HIV- positive gay men. *AIDS- Education and prevention*, 11, 465-475.
- Koo-Loeb, J. H., Costello, N., Light, K. y Girder, S. S. (2000). Women with eating disorder tendencies display altered cardiovascular, neuroendocrine, and psychosocial profiles. *Psychosomatic Medicine*, 62, 539-548.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lin, N. (1986). Conceptualising social support. En N. Lin, A. Dean y T. W. Ensel (eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 103-105). Nueva York: Academic Press.
- Lorr, M. y McNair, D. M. (1988). *Profile of mood states: Bipolar form*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- McClintock, J. M. y Evans, I. M. (2001). The Underlying Psychopathology of Eating Disorders and Social Phobia: A Structural Equation Analysis. *Eating Behaviors*, 2, 247-261.
- Ovejero, A. (1990). Apoyo Social y Salud. En S. Barriga y J. M. León (eds.), *Psicología de la Salud* (pp. 107-134). Madrid: Sedal.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A. y Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health Social Behavior*, 22, 337-356.
- Power, M. J., Champion, L. A. y Aris, S. J. (1988). The development of a measure of social support: The Significant Others Scale (SOS). *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 349-358.
- Procidiano, M. E. y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 63-72.

- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychology Medical*, 19, 513-518.
- Rodrigue, J. y Hoffmann, R. G. (1994). Caregivers of adults with cancer. Multidimensional correlates of psychological distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 231-244.
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J. G. y Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 1-12.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Ruiz, P. M. (1999). *Guía práctica prevención de los trastornos alimentarios*. Zaragoza: Calidad Gráfica.
- Saldaña, C., Tomás, I. y Bach, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos alimentarios. *Ansiedad y Estrés*, 3, 319-337.
- Saranson I. G., Saranson, B. R., Hacker, T. A. y Bashman, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 469-480.
- Saranson I. G., Saranson, B. R., Shearin E. N. y Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Smith, M. C. y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Sohlberg, S. S., Norring, C. y Rosmark, B. E. (1992). Prediction of the course of anorexia nervosa/bulimia nervosa over three years. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 121-131.
- Spielberger, C. D., Gorusch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Tardy, CH. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.
- Terol, M. C. (1999). *Apoyo social y salud en pacientes oncológicos*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Tiller, J. M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. y 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. y Cuesta, L. (1989). Eating Attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Troop, N. A., Holbrey, A. y Treasure, J. L. (1998). Stress, coping and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-166.
- Weissman, M. y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Winemiller, D. R., Mitchell, M. E., Sutliff, J. y Cline, D. J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 76-85.