

Representación de la Enfermedad, Afrontamiento y Ajuste en los Trastornos Alimentarios

Illness Representation, Coping and Adjustment in Eating Disorders

Yolanda Quiles Marcos, M.^a Carmen Terol Cantero y Juan Carlos Marzo Campos
Universidad Miguel Hernández de Elche

Resumen. El *objetivo* de esta investigación es evaluar la representación de la enfermedad en pacientes con un trastorno alimentario (TA), así como su relación con el afrontamiento y el ajuste, utilizando como marco teórico el Modelo del Sentido Común de Leventhal. *Método:* Participaron 98 mujeres diagnosticadas de un TA. La media de edad fue 20.8 años (dt=5.61). Para evaluar la representación de la enfermedad se administró la adaptación española para los TA del Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado (IPQ-R). *Resultados:* Respecto a la identidad, los síntomas más señalados fueron la “pérdida de peso” (89.8%) y las “alteraciones en la menstruación” (81.6%). Consideran que su enfermedad tiene una larga duración y serias consecuencias, así como que tienen control y siguiendo un tratamiento es posible su curación. El 21% de la varianza de las estrategias evitativas fue explicado por diferentes dimensiones de la representación de la enfermedad. Se confirman los efectos directos de la representación de la enfermedad sobre el ajuste, pero no los del afrontamiento. *Conclusiones:* Los resultados apoyan la necesidad de intervenir sobre las creencias que tienen estas pacientes sobre su enfermedad con el fin de mejorar su ajuste psicosocial. *Palabras clave:* representación de la enfermedad, trastornos alimentarios, afrontamiento, ajuste, estudio descriptivo mediante encuesta.

Abstract. *Introduction:* Using Leventhal’s Common Sense Model, this paper describes the representation of illness in patients with eating disorders (ED), along with its relationship with coping and adjustment. *Method:* Participants were 98 female eating disorder patients. Mean age was 20.8 (SD=5.61). In order to measure illness representation, the subjects completed the Spanish version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Results:* The most frequently experienced symptoms (identity) were “weight loss” (89.8%) and “irregularities in menstruation” (81.6%). ED patients perceived their illness as controllable, treatable, and as a chronic condition with serious consequences. Illness representation variables explained 21% of the variance of avoidance strategy. Results demonstrated that coping did not mediate the link between representation and adjustment. *Conclusions:* Findings indicate that illness representations of ED patients can have significant implications for their adjustment. *Key words:* illness representation, eating disorders, coping, adjustment, survey descriptive Study.

Introducción

Los trastornos alimentarios (TA) son alteraciones de tipo psicológico cuya característica principal es la

presencia de graves anomalías en la conducta alimentaria. Uno de los aspectos de mayor interés en estos trastornos es la investigación de aquellas variables que se considera que influyen en su desarrollo y mantenimiento. Es así que, se han analizado características de personalidad, familiares, sociales y psicofisiológicas, pero siguen siendo escasos los traba-

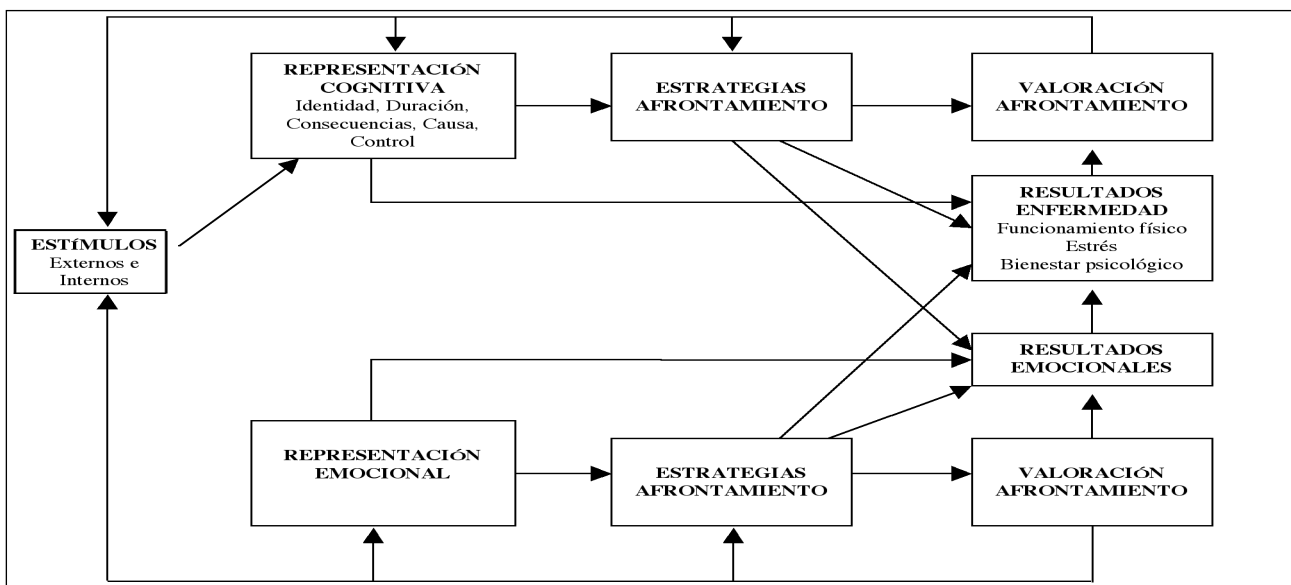
La correspondencia sobre este artículo dirigirla a la primera autora al Departamento Psicología de la Salud. Edificio Altamira, Universidad Miguel Hernández. Avda. de la Universidad s/n - 03202 Elche (Alicante). E-mail: y.quiles@umh.es

jos que han evaluado el papel de variables cognitivas (Casper y Troiani, 2001; Del Río, Torres y Borda, 2002; Gargallo, Fernández-Aranda y Raich, 2003; Okon, Greene y Smith, 2003; Quiles, Terol y Quiles, 2003; Woodside *et al.*, 2002). No obstante, la literatura al respecto señala como los procesos cognitivos pueden ayudar al mantenimiento del trastorno. Así, por ejemplo, el estilo cognitivo de estas pacientes destaca por la existencia de cogniciones distorsionadas y creencias irracionales, donde la sobregeneralización y el pensamiento dicotómico son predominantes, y estarían dificultando su recuperación (Borda, del Río y Torres, 2003; Campayo y Martínez, 2005). Otro factor cognitivo importante hace referencia a las creencias que tienen estas pacientes de su trastorno, es decir, a su representación de la enfermedad. A este respecto, el trabajo pionero de Holliday (2005) muestra como estas pacientes consideran que su enfermedad tiene una larga duración, además de graves consecuencias para ellas. También creen que no tienen control sobre la misma y dudan sobre la efectividad del tratamiento. En otras enfermedades, este tipo de creencias, se han relacionado con una peor adaptación (Hagger y Orbell, 2003).

En este trabajo se propone el Modelo del Sentido Común (Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980) como marco teórico para estudiar la representación de la enfermedad

en pacientes con un TA. Desde este modelo se concibe al ser humano como un ente activo que desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud, es decir, los individuos son procesadores activos de la información que se esfuerzan en dar sentido a sus experiencias corporales. Estas teorías, que son influenciadas por el contexto social, son individuales e idiosincrásicas y pueden o no coincidir con la realidad médica. Este modelo propone dos procesos paralelos de procesamiento: uno de ellos hace referencia a la representación mental de los elementos objetivos de la enfermedad, es decir su *representación cognitiva* y el desarrollo de un plan de acción para manejar la amenaza (afrentamiento). Y el otro, implica la representación mental de los elementos emocionales (*representación emocional*) que surgen de la enfermedad y la valoración de determinadas estrategias de afrontamiento para manejar la emoción. Estos dos procesos son relativamente independientes aunque están en continua interacción dando lugar a la percepción de la enfermedad y a los sentimientos asociados a ella. Así, a partir de la recepción de información (tanto interna como externa al individuo) se producen estos dos procesos paralelos de *representación* (cognitiva y emocional) seguidos de una fase de *afrentamiento* y otra de *evaluación* de la enfermedad, donde existe una retroalimentación continua que permite autorregular sus elementos. Así, podemos estructurar este modelo en tres etapas (ver figura 1).

Figura 1: Modelo Sentido Común (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980)



En este modelo, la representación cognitiva se elabora en torno a las siguientes dimensiones: la *causa*, que se refiere a las creencias que tiene el sujeto sobre la razón y el origen de la enfermedad. Las *consecuencias*, que hacen referencia al impacto producido por la enfermedad en la calidad de vida del paciente o en su capacidad funcional, es decir, a los resultados y secuelas. La *identidad*, etiqueta o nombre que el sujeto pone a su enfermedad y el conocimiento que tiene de sus síntomas. La *duración*, que se refiere a la creencia que tiene el sujeto sobre el curso de la enfermedad y su duración. Y la dimensión *control* (control personal/ del tratamiento) que incluye la percepción de control que el paciente tiene sobre su enfermedad (controlable/incontrolable) y de la efectividad del tratamiento. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que estas dimensiones están relacionadas entre sí. Así, la *identidad* se relaciona de forma negativa con las dimensiones *curación* y *control*, y de forma positiva con las dimensiones *duración* y *consecuencias*. De este modo, las personas que consideren que poseen muchos síntomas de su enfermedad y por lo tanto tengan una fuerte *identidad* con ella, creerán que ésta es incontrolable, incurable, crónica y que tiene serias consecuencias en sus vidas. También la dimensión *control* se relaciona de forma negativa con la *duración* de la enfermedad y con las *consecuencias*. Así, los pacientes que consideren que tienen un elevado control sobre su enfermedad será menos probable que perciban su enfermedad como crónica y con graves consecuencias (Hagger y Orbell, 2003; Heijmans y Ridder, 1998; Jessop y Rutter, 2003; Rees, Fry, Cull, y Sutton, 2004).

Como se ha señalado previamente, este modelo propone una relación explícita entre la representación de la enfermedad y el afrontamiento. Este modelo considera que la representación de la enfermedad actúa como un filtro y un esquema interpretativo que guía la acción en respuesta a la amenaza que implica la enfermedad. Además, este modelo indica que la relación es causal, esto es, que la representación tendrá un efecto sobre la conducta de afrontamiento que estará en función de la severidad con que perciba la enfermedad. Esta afirmación ha sido apoyada por estudios empíricos tanto transversales como longitudinales. En el estudio de

metanálisis de Hagger y Orbell (2003), en el que se revisan 43 trabajos en los que se ha evaluado la representación de la enfermedad en más de 23 enfermedades diferentes (diabetes, artritis, asma, infarto de miocardio, etc.), se pone de manifiesto que la dimensiones *curación* y *control* están asociadas con estrategias de afrontamiento activo, centradas en el problema y cognitivas, mientras que la percepción de graves *consecuencias*, cronicidad (*duración*) y una elevada sintomatología (*identidad*) está relacionada con estrategias de evitación y negación.

En la tercera fase de este modelo los individuos evalúan la efectividad de sus conductas de afrontamiento comparando los resultados obtenidos con los esperados. Los resultados en salud que obtiene el individuo pueden ser resultado del efecto directo de la representación de la enfermedad, como indirecto a través de las estrategias de afrontamiento. Respecto a la primera opción, la literatura reciente ha puesto de manifiesto que la *representación de la enfermedad* que elabore un individuo no sólo guía las estrategias de afrontamiento, sino que también está relacionada con tomar la decisión de buscar cuidados médicos, de cumplir con el consejo médico y de volver al trabajo, en definitiva, con la realización de conductas de salud y la obtención de resultados adaptativos (Jessop y Rutter, 2003; Leventhal, 2003; Llewellyn, Miners, Lee, Harrington y Weinman, 2003; Rees et al., 2004). Se trata de estudios empíricos que no apoyan que la relación entre la *representación de la enfermedad* y los resultados en salud esté mediada por las estrategias de afrontamiento y que han mostrado que las diferentes dimensiones de la representación de la enfermedad están asociadas con resultados en salud independientemente del afrontamiento, y además que esta relación es más fuerte que la que establece el afrontamiento (Law, Kelly, Huey y Summerbell, 2002; Moss-Morris, Petrie y Weinman, 1996; Rutter y Rutter, 2002; Scharloo et al., 1998). En el estudio de metanálisis de Hagger y Orbell (2003), se pone de manifiesto que las dimensiones de la representación de la enfermedad que con más frecuencia se han asociado con resultados en salud son la *identidad*, *duración*, *consecuencias* y *control/curación*. Así, se encuentra que resultados en salud adaptativos, como mejor ajuste y

funcionamiento físico y psicológico, están relacionados de forma negativa con una *duración* crónica de la enfermedad, con serias *consecuencias*, y con una fuerte *identidad* con ella, mientras están asociados de forma positiva con las dimensiones *control* personal y *curación*. De todos estos trabajos, cabe resaltar que, aunque no se dispone de resultados que relacionen específicamente la representación de la enfermedad con salud en pacientes con un TA, resulta de gran interés en nuestro estudio evaluar si en nuestras pacientes se confirman estas relaciones encontradas en otras muestras de pacientes crónicos.

Como se ha indicado previamente, en el Modelo de Sentido Común, la representación de la enfermedad podía presentar además determinados efectos sobre los resultados en salud de los que participaba íntimamente estableciendo relaciones a través del *afrentamiento*. En este sentido, han sido muchos los trabajos que han tratado de analizar la influencia del afrontamiento en el bienestar del individuo, sobre todo en contextos de enfermedad crónica (Aldwin y Park, 2004). Generalmente, estos estudios han puesto de manifiesto que el uso de diferentes estrategias de afrontamiento está relacionado con el ajuste psicológico en una gran variedad de enfermedades crónicas. Así, por ejemplo el uso de estrategias de afrontamiento activo, como la resolución de problemas, se asocian con altos niveles de ajuste, mientras que las estrategias de evitación y autoculpa se relacionaban con un peor ajuste (González, Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002; Holland y Holahan, 2003).

El presente trabajo tiene como objetivo identificar la representación de la enfermedad en pacientes con un trastorno alimentario, evaluar si las diferentes dimensiones de la representación de la enfermedad se relacionan con el afrontamiento, así como con el ajuste. Además, se propone examinar el posible papel mediador del afrontamiento. Las relaciones hipotetizadas se muestran en la figura 1.

Método

Participantes

Participaron un total de 98 mujeres con un TA

que estaban siendo atendidas en la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) del Hospital Universitario de San Juan (Alicante) en régimen ambulatorio. La evaluación de estas pacientes se realizó durante su tratamiento. En su consulta con el psiquiatra o la psicóloga de la unidad se les explicaba brevemente el objetivo de nuestro estudio y se solicitaba su participación de forma voluntaria en este trabajo. Tras su aceptación, la paciente era remitida para la realización de la entrevista, que en la mayoría de ocasiones se llevaba a cabo ese mismo día, o bien coincidía con alguno de los días en los que debía acudir de nuevo a consulta. La entrevista tenía lugar en una estancia ubicada en la misma planta que la UTA. Antes de iniciar la entrevista nos presentábamos y continuábamos explicando con mayor detalle el objetivo de nuestro trabajo, cómo se iba a realizar la evaluación, así como se le daban instrucciones para la cumplimentación de la batería de cuestionarios. Seguidamente se le ofrecía la opción de preguntar cualquier duda sobre los objetivos del trabajo, así como de las pruebas a completar. También se le informaba de la total confidencialidad de sus respuestas. La entrevista duraba alrededor de 35 minutos. Del total de 100 pacientes remitidas por el psiquiatra y la psicóloga de la unidad, 98 completaron la entrevista, mientras 2 la abandonaron antes de finalizarla.

En el momento de la evaluación, la mayoría de estas pacientes estaban diagnosticadas de anorexia nerviosa (N=60) y el resto de bulimia (N=27) y de un TA no especificado (N=11) según los criterios del DSM-IV. La edad estaba comprendida entre los 12 y 34 años (Media=20.8, dt=5.61) y con un nivel educativo en el que el 33.7% habían cursado la ESO y el 31.6% tenía estudios universitarios. Sólo el 4.1% tenía estudios primarios y el resto estudios medios. Respecto a su estado civil, el 90.8% eran solteras, sólo un 6.1% estaban casadas y en cuanto a su situación laboral, el 29.6% trabajaba mientras el 70.4% estaba desempleada. El curso del trastorno oscilaba entre 1 mes y 20 años (Media=45.58 meses, dt=45.52) y el tiempo medio que recibían tratamiento era de 16.85 meses (dt=17.69).

Instrumentos

Adaptación Española del Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado (IPQ-R) para los TA (Quiles, Terol, Tirado y Beléndez, 2007) (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick, 2002). El IPQ-R consta de tres subescalas, en nuestra versión adaptada al castellano y en la subescala *identidad*, siguiendo las recomendaciones de otros autores de incluir en esta subescala ítems más específicos para cada grupo de pacientes (Theunissen, de Ridder, Bensing y Rutten, 2003) añadimos dos síntomas más, que son característicos en estos trastornos, como son; *alteraciones en la menstruación y piel seca y áspera*. Por lo que esta subescala quedó finalmente compuesta por 16 síntomas. En cuanto al formato de respuesta en esta subescala, primero se pregunta al individuo si ha experimentado estos síntomas desde que padece la enfermedad, utilizando un formato de respuesta dicotómica SI/NO (la suma de “sies” constituye una puntuación de *somatización*). Después, en aquellos síntomas que hayan señalado que SI, se les pregunta si “creen que esos síntomas están relacionados con la enfermedad”, contestando en el mismo formato. La suma de “sies” en esta última pregunta constituye la puntuación en la subescala *identidad*.

La siguiente subescala está constituida por 24 ítems que definen 6 dimensiones: *duración* (creencia que tiene el sujeto sobre el curso de su enfermedad y su duración), *consecuencias* (hace referencia al impacto producido por la enfermedades, la calidad de vida del paciente o en su capacidad funcional, es decir, a los resultados y secuelas), *curación* (creencias que tiene el sujeto sobre la efectividad del tratamiento), *duración cíclica* (percepción que tiene el individuo de que su enfermedad es variable, que mejora y empeora) *control* (indican la percepción de control que el paciente tiene sobre su enfermedad) y *representación emocional* (respuestas emocionales que puede evocar la enfermedad). Se responde con una escala tipo Likert de 5 puntos: *totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y totalmente de acuerdo*

Respecto a la subescala *causa*, la adaptación al castellano para los TA consta de 4 factores: factor psicológico (4 ítems que se refieren a diferentes cau-

sas de índole psicológica: personalidad, actitud mental, etc.), factor específico TA (7 ítems que incluyen causas específicas que la literatura ha señalado en estos trastornos: influencia medios comunicación, presión de los iguales, llamar la atención, etc.), factor riesgo (incluye 6 ítems que hacen referencia a diferentes circunstancias que pueden implicar un riesgo para desarrollar una enfermedad: exceso trabajo, fumar, alcohol, etc.) y factor “otros externos” (4 ítems que se reflejan otras causas que el individuo puede considerar que están fuera de su control: mala suerte, un germen o virus, etc.) Esta subescala está compuesta por 21 ítems que también se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos: *totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y totalmente de acuerdo*. Este cuestionario ha sido adaptado a muestra española de hipertensos (Beléndez, Bermejo y García, 2005) y en pacientes con un TA mostrando adecuados índices de consistencia interna en las diferentes subescalas ($\alpha=0.6$ a $\alpha=0.8$).

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA) (Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor, 1992). El cuestionario original consta de 50 ítems, en nuestro trabajo hemos utilizado una versión reducida que está compuesta por 30 ítems, con un índice de consistencia interna igual a 0.73, y que ha sido utilizada en otras poblaciones con enfermedades crónicas (Neipp, 2005; Terol, 1999). Este cuestionario presenta una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 1= Nunca y 5= Casi siempre. Evalúa 11 estrategias de afrontamiento: *búsqueda de apoyo social, búsqueda de soluciones, expresión emocional, religiosidad, pensamiento de deseo, resignación, culpación de otros, pensamientos positivos, contabilizar ventajas, autoculpación y escape*. Las pacientes responden según la frecuencia con que usan determinadas estrategias para hacer frente a la enfermedad. Puntuaciones altas significan mayor frecuencia de uso de la estrategia en cuestión y son obtenidas a partir de la suma de las puntuaciones directas de cada una de las acciones específicas de afrontamiento que componen cada estrategia o factor. A su vez, estas estrategias se pueden clasificar en las dimensiones de afrontamiento *evitativas vs. aproximativas y centrado en el problema vs. centrado en la emoción*.

Cuestionario de Condición Física. Junto con el equipo médico de la UTA se elaboró un cuestionario en el que se recogió un listado de los principales síntomas físicos que se experimentan como consecuencia de los trastornos de la alimentación; *sensación de frío, disminución pulsaciones cardíacas, palpitaciones (taquicardias), mareos, piel seca o áspera, pelo quebradizo y/o caída de pelo, aparición de vello fino y largo en la espalda, mejillas y/o brazos, ausencia de la menstruación, estreñimiento, digestión lenta y pesada, cansancio, dolores abdominales, diarreas, debilidad, vómitos de sangre, erosión esmalte dental, daños en las encías o en el paladar, trastornos en la menstruación, úlceras y calambres en las piernas.* La respuesta se marcaba en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1= Nunca y 5= Casi siempre. De modo, que cuánto más elevada sea la puntuación de una paciente en esta subescala tendrá más consecuencias y peor condición física. La consistencia interna de esta escala es 0.83.

Cuestionario de Ajuste Psicosocial “Psychosocial Adjustment to Illness Scale” (PAIS; Derogatis, 1977, 1986; López-Roig et al., 1999). Consta de 46 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, desde 0= ningún problema a 4= Muchas dificultades. Este cuestionario ha sido utilizado en otras enfermedades psicológicas, como por ejemplo, en pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada (Lieh, Liang, Kuang, Dar Lee, Cheng y See, 2004). Evalúa el deterioro o el impacto en siete áreas psicosociales: *Actitud hacia el cuidado de la salud, Ámbito profesional/Académico, Ámbito doméstico, Relaciones sexuales* (se administró sólo en pacientes mayores de 16 años), *Relaciones familiares, Entorno Social y Distrés psicológico.* El PAIS permite obtener una puntuación global de *Adaptación Psicosocial* sumando las puntuaciones de cada subescala. Cuánto más elevada sea la puntuación de un individuo peor será su adaptación psicosocial. En la versión española, la consistencia interna de estas subescalas está entre 0.70 a 0.90 (Neipp, 2005).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983). Este instrumento fue diseñado para ser aplicado en ámbitos clínicos y concretamente en población enferma. Evalúa el estado emocional referido a un periodo concreto y

consta de dos subescalas; una de *ansiedad* y otra de *depresión*. Está compuesta por 14 ítems, 7 para cada subescala, y con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Cuánto más elevada sea la puntuación de cada paciente en las respectivas subescalas tendrá mayores niveles de ansiedad y depresión. Esta escala ha mostrado adecuados índices de consistencia interna que oscilan desde 0.68 a 0.93 para la subescala de ansiedad y de 0.67 a 0.90 para la de depresión (Bjelland, Dahl, Tangen y Neckelmann, 2002).

Análisis

Tratamos estadísticamente los datos con el paquete estadístico SPSS (versión 12.0) y el programa LISREL 8 de Jöreskog y Sörbom (1993) para el análisis de ecuaciones estructurales. Los análisis que realizamos fueron los siguientes:

Datos Descriptivos de las variables utilizadas en el estudio: hallamos las frecuencias y descriptivos de la muestra y de cada una de las variables (medias, valores máximos y mínimos, rangos y desviaciones típicas).

Análisis de Relaciones entre variables: aplicamos la correlación producto-momento de Pearson, así como el análisis de regresión múltiple aplicando el método de pasos sucesivos (Stepwise). Para evitar el sesgo de los tamaños muestrales, y como medida del tamaño del efecto, se utiliza en estos análisis el coeficiente de correlación r de Pearson. Elevando al cuadrado este coeficiente (R^2) se obtiene el porcentaje de varianza de la variable dependiente que es explicada por las variables predictoras. Seguimos las sugerencias de Cohen, que clasifica el tamaño del efecto como pequeño si ($r \approx 0.10$), medio ($r \approx 0.30$) y grande ($r \approx 0.50$).

Análisis de las relaciones causales mediante *Ecuaciones Estructurales Lineales* con variables observadas. Como input para el análisis de los datos se utilizó la matriz de covarianza. Se realizan análisis tanto analíticos (constatan las relaciones causales entre las diferentes variables o constructos) como globales (evalúa el grado de ajuste de la causalidad global propuesta). Se utilizaron los índices de ajuste *global* (RMSEA, GFI, AGFI), *comparativo* (CFI, NFI) y de *parsimonia* (PGFI, PNFI).

Resultados

Representación de la enfermedad

Identidad

Respecto a la *identidad*, todos los síntomas listados fueron señalados por todas las pacientes con un TA. La media de síntomas mencionados fue 7.98. Los síntomas más indicados por estas pacientes fueron la “Pérdida de peso” (89.8%), “Alteraciones en la menstruación” (81.6%) y “Molestias en el estómago” (72.4%). Mientras que los síntomas menos mencionados fueron “Respiración ruidosa” (6.1%), “Molestias en los ojos” (12.2%) y “Articulaciones rígidas” (23.5%).

Duración, control, curación, consecuencias, duración cíclica y representación emocional

Como se puede observar en la tabla 1 las pacientes con un TA consideran que su enfermedad es cró-

nica (duración) y tiene graves consecuencias, así como hace que se sientan disgustadas, deprimidas y ansiosas (representación emocional). No obstante, también consideran que tienen control sobre la misma y que siguiendo un tratamiento es posible su recuperación (curación).

Causas

Las *causas* más mencionadas por estas pacientes pertenecían al *factor psicológico* y al *específico de los TA*. Las causas a las que con más frecuencia atribuían su enfermedad (las participantes estaban *de acuerdo* o *totalmente de acuerdo*, media del ítem > 3) fueron “mi propia conducta” (86.7%), seguida de “mi baja autoestima” (85.7%), “mi estado emocional” (79.6%), “mi actitud mental” (77.5%) y la “necesidad de ser perfecta” (71.4%). Mientras que las causas menos señaladas pertenecían al *factor otros externos* y al *factor riesgo*; “un germen o virus” (3.1%), “hereditario” (9.1%), “contaminación del ambiente” (9.2%) y “envejecer” (16.2%).

Tabla 1: Puntuaciones medias e intercorrelaciones de las subescalas IPQ-R

DIMENSIÓN REPRESENTACIÓN	MEDIA/ DT Rango/ Pto. medio											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Identidad	7.98 (3.38) 0-16 (8)	1	.12	.16	.02	.19	.20*	.28*	.09	.25*	.25*	-.03
2. Duración	9.92 (3.48) 3-15 (9)		1	-.22*	-.36**	.27**	.21*	.36**	.15	.24*	.29**	.12
3. Control	20.73 (3.07) 5-25 (15)			1	.47**	.11	-.13	-.12	-.03	.10	.06	-.25*
4. Curación	19.08 (3.68) 5-25 (15)				1	.07	-.20*	-.08	-.00	.04	-.03	-.15
5. Consecuencias	11.36 (2.49) 3-15 (9)					1	.02	.25*	.09	.10	.15	.02
6. Duración Cíclica	9.33 (2.91) 3-15 (9)						1	.18	.10	.25*	.19	.05
7. Rep. Emocional	18.82 (4.18) 5-25 (15)							1	.03	.31**	.38**	.16
8. F. Riesgo	9.58 (3.74) 6-30 (18)								1	.10	.24*	.37**
9. F. Específico TA	22.44 (6.29) 7-35 (21)									1	.21*	.22*
10. F. Psicológico	15.57 (3.43) 4-20 (12)										1	.18
11. F. Otros Externo	6.12 (2.66) 4-20 (12)											1

*p<0.05 ; ** p<0.01

Relación entre las dimensiones de la representación de la enfermedad

Los análisis de correlación mostraron como la percepción de que el trastorno iba a durar mucho tiempo (*duración*) se relacionó con las creencias de que el trastorno tenía serias *consecuencias* y era más difícil su *curación*. El *control* y la *curación* se relacionaron de forma positiva entre sí. Por su parte, un mayor impacto emocional (*representación emocional*) mostró relaciones positivas con las dimensiones *identidad*, *duración* y *consecuencias*, así como con el “factor específico de los TA” y el “factor psicológico” de la dimensión *causa*.

Si atendemos a la dimensión *causa*, el “factor específico del TA” y el “factor psicológico” establecieron relaciones significativas de signo positivo con las dimensiones *identidad*, *duración* y *representación emocional*. Por su parte, la atribución del trastorno a causas del “factor otros externos” se relacionó con una menor creencia de *control*. Además, los distintos factores de esta dimensión presentaron relaciones positivas entre sí (ver tabla 1).

Diferencias en la representación de la enfermedad, estrategias de afrontamiento y ajuste en función de la edad y el curso del trastorno

Respecto a la *edad*, se agruparon a las pacientes en diferentes rangos de edad. Los resultados mostraron que la única diferencia respecto a la *representación de la enfermedad* era que el grupo de pacientes de menor edad (12 a 15 años) presentaban puntuaciones inferiores en el “factor psicológico” de la dimensión *causa* que las pacientes entre 24 y 27 años ($F=4.12$, $p<0.05$). En cuanto a las *estrategias de afrontamiento*, las pacientes de menor edad (12 a 15 años) utilizaban con menor frecuencia los pensamientos desiderativos ($F=3.26$, $p<0.01$), el escape ($F=3.21$, $p<0.01$), las estrategias evitativas consideradas en global ($F=3.3$, $p<0.01$), y centradas en la emoción ($F=3.28$, $p<0.01$) que las pacientes entre 24 y 27 años. En el *ajuste*, las pacientes entre 16-19 años presentaban un mejor ajuste en sus relaciones sexuales que aquellas que tenían mayor edad ($F=4.94$, $p<0.001$).

Respecto al *curso del trastorno*, también se agruparon a las pacientes según los meses que duraba su enfermedad. En cuanto a la *representación de la enfermedad*, los resultados mostraron que las pacientes entre 1-3 años de evolución de la enfermedad presentaban puntuaciones inferiores en la dimensión *consecuencias* ($F=2.28$, $p<0.05$), y en el factor psicológico de la dimensión *causa* ($F=2.98$, $p<0.01$), que las que lo padecían entre 8-11 años. En las estrategias de *afrontamiento* no se encontraron diferencias significativas. Respecto al *ajuste*, las pacientes con mayor evolución de la enfermedad presentaron más estrés psicológico ($F=3.16$, $p<0.01$) y ansiedad ($F=5.81$, $p<0.001$) que las que tenían el trastorno menos tiempo.

Representación de la enfermedad y estrategias de afrontamiento

Diferentes dimensiones de la representación cognitiva y también la representación emocional aparecen relacionadas con 8 de las 11 estrategias de afrontamiento. Así, por ejemplo, el 19% de la varianza de los *pensamientos desiderativos* era explicada por la *representación emocional* ($\beta=0.30$, $p<0.01$) junto con la *identidad* ($\beta=0.27$, $p<0.01$). También la *identidad* junto con el *factor psicológico* de la dimensión *causa*, ambos en sentido positivo, explicaron el 11% de la varianza de la *autoculpa*. Por su parte, la *curación* y el *factor psicológico* de la dimensión *causa* en positivo, y el *control* en negativo explicaron el 11% de la estrategia de *búsqueda de apoyo social* (ver tabla 2).

El 21% de la varianza de las *estrategias evitativas* consideradas en global fue explicada por la *representación emocional* ($\beta=0.24$, $p<0.05$), el *factor psicológico* ($\beta=0.24$, $p<0.01$) y el *factor riesgo* ($\beta=0.26$, $p<0.01$) de la dimensión *causa*. En cuanto a las estrategias *centradas en la emoción*, el 20% de su varianza fue explicada por el *factor psicológico* y el *factor riesgo* de la dimensión *causa*, junto a la *representación emocional* en sentido positivo.

Representación de la enfermedad y ajuste

En cuanto a la Respuesta Emocional (subescalas

Tabla 2: Análisis de regresión Representación de la Enfermedad y Estrategias Afrontamiento

AFRONTAMIENTO/ Representación Enfermedad	R ² /r	ΔR ²	F	β
CULPACIÓN OTROS/ Factor Específico TA (causa)	0.04/0.2	0.05	5.01*	0.22*
PENSAMIENTOS DESEO/ Representación Emocional Identidad	0.19/0.43	0.14 0.06	12.68***	0.30** 0.27**
BÚSQUEDA APOYO SOCIAL/ Curación Factor Psicológico (causa) Control	0.11/0.33	0.06 0.04 0.03	5.21**	0.35*** 0.20* -0.21*
BÚSQUEDA SOLUCIONES/ Factor de Riesgo (causa) Consecuencias	0.10/0.31	0.07 0.05	6.64**	0.25* 0.22*
RELIGIOSIDAD/ Duración Factor Psicológico (causa) Curación	0.12/0.34	0.05 0.05 0.04	5.31**	-0.36*** 0.25* -0.21*
AUTOCULPA/ Factor Psicológico (causa) Identidad	0.11/0.33	0.09 0.03	7.14***	0.26** 0.19*
RESIGNACIÓN/ Curación	0.09/0.3	0.10	11.38***	-0.32***
ESCAPE/ Factor Riesgo (causa) Duración cíclica	0.08/0.28	0.05 0.04	5.20**	0.22* 0.21*
GLOBAL EVITATIVAS/ Representación Emocional Factor Riesgo (causa) Factor Psicológico (causa)	0.21/0.45	0.12 0.05 0.05	9.82***	0.24* 0.24** 0.26**
GLOBAL APROXIMATIVAS/ Duración	0.03/0.17	0.05	4.86*	-0.22*
CENTRADAS EMOCIÓN/ Factor Psicológico (causa) Factor Riesgo (causa) Representación Emocional	0.20/0.44	0.12 0.06 0.04	9.36***	0.26** 0.22* 0.22*

*: p≤0.05, **: p≤0.01, ***: p≤0.001

ansiedad y depresión del HAD, y distrés psicológico del PAIS), el 27% de la varianza de la *ansiedad* fue explicada por la *representación emocional* ($\beta=0.28$, $p<.01$) y la *identidad* ($\beta=0.22$, $p<.05$) en sentido positivo, junto con la *curación* ($\beta=-0.22$, $p<.05$) y el *control* ($\beta=-0.20$, $p<.05$) en sentido negativo. Por su parte, el 17% de la varianza de la *depresión* fue explicada por la *representación emocional* en senti-

do positivo ($\beta=0.31$, $p<.01$) y la *curación* en negativo ($\beta=-0.27$, $p<.01$). Respecto a la Adaptación Psicosocial, la *curación* en negativo junto a la *identidad* en positivo, explicaron el 16% de la varianza de la adaptación en el *ámbito laboral* y el 9% de la varianza de la adaptación en las *relaciones familiares*. Mientras que el 23% de la varianza de la *adaptación global* fue explicada por la *identidad*

($\beta=0.29$, $p<.01$), la *curación* ($\beta=-0.29$, $p<.01$) y la atribución del trastorno al *factor psicológico* ($\beta=0.24$, $p<.01$) de la dimensión *causa* (ver tabla 3).

mostrado con más frecuencia relaciones con las estrategias de afrontamiento y resultados en salud, eliminándose de este modo la dimensión *causa* y la

Tabla 3: Análisis de Regresión Representación de la Enfermedad y Ajuste

AJUSTE/ Representación Enfermedad	R ² /r	ΔR^2	F	β
ANSIEDAD/				
Representación Emocional	0.27/0.52	0.15	10.21***	0.28**
Curación		0.08		-0.22*
Identidad		0.03		0.22*
Control		0.03		-0.20*
DEPRESIÓN/				
Representación Emocional		0.11		0.31**
Curación	0.17/0.41	0.07	11.22***	-0.27**
DISTRÉS PSICOLÓGICO/				
Representación Emocional		0.30		0.47***
Curación	0.34/0.58	0.03	17.94***	-0.19*
Identidad		0.03		0.18*
ÁMBITO LABORAL/				
Identidad	0.16/0.4	0.12		0.36***
Curación		0.05	10.45***	-0.23**
ACTITUD ANTE LA SALUD/				
Curación	0.07/0.26	0.08	8.29***	-0.28**
RELACIONES SEXUALES/				
Identidad	0.06/0.24	0.07	7.48***	0.27**
RELACIONES FAMILIARES/				
Curación	0.09/0.30	0.07	6.31***	-0.27**
Identidad		0.04		0.21*
ADAPTACIÓN GLOBAL/				
Identidad		0.11		0.29**
Curación	0.23/0.47	0.08	10.81***	-0.29**
Factores Psicológicos		0.06		0.24**
ESTADO FÍSICO/				
Identidad	0.08/0.28	0.09	9.41**	0.29**

*: $p<0.05$; **: $p<0.01$; ***: $p<0.001$

Representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste

Mediante ecuaciones estructurales se analizó si la relación entre la representación de la enfermedad y el ajuste estaba mediada por las estrategias de afrontamiento. Para la realización de los análisis, se seleccionaron aquellas dimensiones de la *representación de la enfermedad* que la literatura ha

duración cíclica (Hagger y Orbell, 2003; Law *et al.*, 2002; Moss-Morris *et al.*, 1996; Rutter y Rutter, 2002; Scharloo *et al.*, 1998). Respecto a las *estrategias de afrontamiento*, utilizamos la clasificación de evitativas y aproximativas. En cuanto al ajuste, se consideró la respuesta emocional (*ansiedad/depresión*), la *condición física*, y una puntuación global de *adaptación*. En la tabla 4 se presenta la matriz de covarianza.

Resultados nivel global

Los resultados de los índices de ajuste general se acercan a un ajuste razonable del modelo. Los índices GFI y AGFI obtuvieron un valor de .89 y .81 respectivamente, y el RMSEA de .08. Por su parte, los índices CFI (.91) y NFI (.82) indican que el ajuste comparativo es adecuado. Por último, los dos índices de parsimonia se sitúan dentro del rango óptimo de interpretación (PGFI= .51 y PNFI= .56).

Resultados nivel analítico

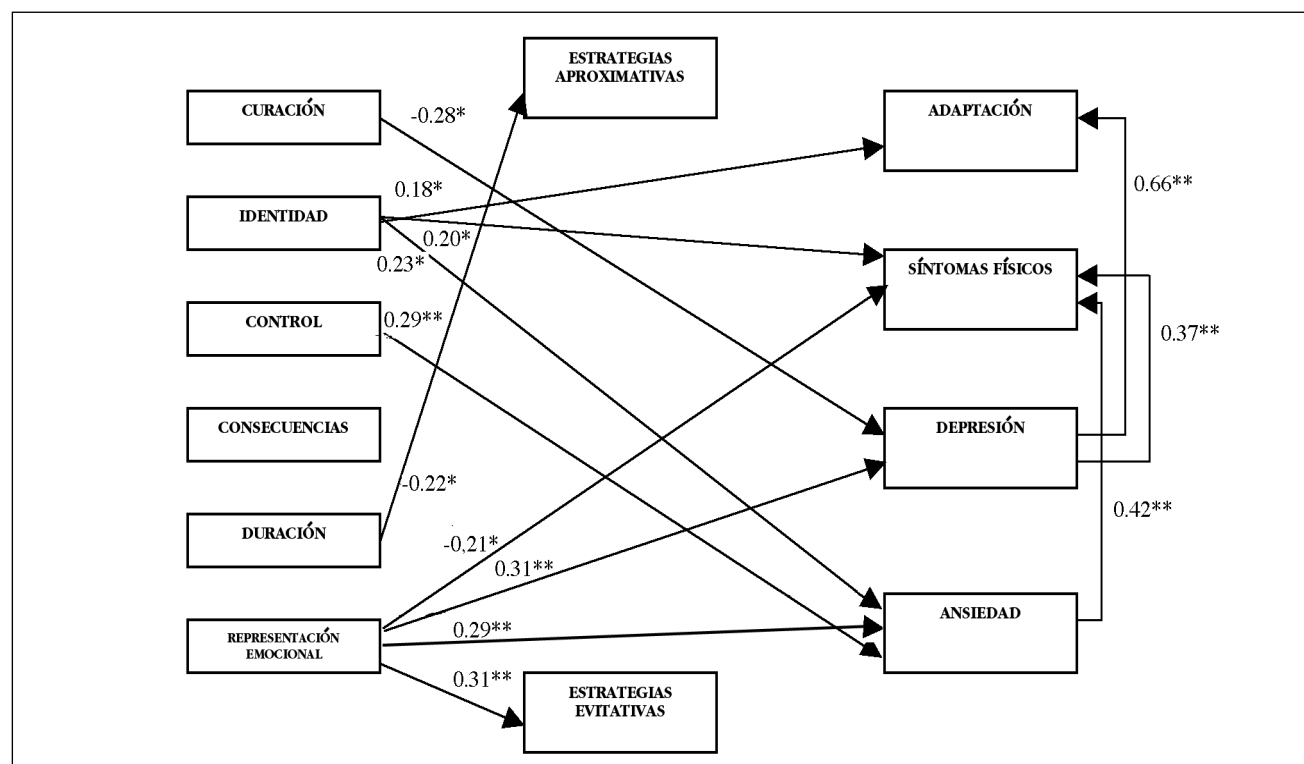
En la figura 2 se representan las relaciones significativas entre las variables observadas en el modelo propuesto. Como se puede observar, la dimensión duración tiene una relación directa negativa con el uso de *estrategias aproximativas*, y la representación emocional en positivo con las *evitativas*.

Son las distintas dimensiones de la representación de la enfermedad, y no las estrategias de afronta-

Tabla 4: Matriz de covarianza

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Aproximativas	1,93	0,39	-3,28	-1,08	-0,57	0,26	0,09	0,61	0,02	0,06	-0,36	0,08
2. Evitativas	0,39	2,14	6,76	2,58	0,56	2,00	-0,17	1,35	-0,11	0,06	0,42	0,44
3. Adaptación	-3,28	6,76	360,74	145,36	62,29	50,74	-3,93	21,90	-0,98	2,80	6,78	5,39
4. Síntomas Físicos	-1,08	2,58	145,36	183,96	35,58	44,60	-1,22	13,72	-0,11	0,28	3,42	1,40
5. Depresión	-0,57	0,56	62,29	35,58	22,02	17,09	-1,07	2,96	-0,58	0,10	1,29	1,34
6. Ansiedad	0,26	2,00	50,74	44,60	17,09	32,11	-1,39	5,15	-1,07	0,50	1,88	1,87
7. Curación	0,09	-0,17	-3,93	-1,22	-1,07	-1,39	0,54	0,06	0,20	0,04	-0,27	-0,07
8. Identidad	0,61	1,35	21,90	13,72	2,96	5,15	0,06	11,45	0,28	0,54	0,48	0,77
9. Control	0,02	-0,11	-0,98	-0,11	-0,58	-1,07	0,20	0,28	0,38	0,08	-0,05	-0,08
10. Consecuencias	0,06	0,06	2,80	0,28	0,10	0,50	0,04	0,54	0,08	0,69	0,25	0,16
11. Duración	-0,36	0,42	6,78	3,42	1,29	1,88	-0,27	0,48	-0,05	0,25	1,35	0,35
12. Representación emocional	0,08	0,44	5,39	1,40	1,34	1,87	-0,07	0,77	-0,08	0,16	0,35	0,70

Figura 2: Coeficientes estandarizados



miento las que tienen un efecto directo sobre el ajuste. Es así que, el 54% de la varianza de la *adaptación* queda explicada por el efecto directo de la identidad y la depresión. Respecto a la *condición física*, el 36% de la varianza de los síntomas físicos viene explicado por el efecto directo de la identidad, la representación emocional y la ansiedad. Y por último, y en referencia a la *respuesta emocional*, el 19% de la *depresión* es explicada por el efecto directo de la representación emocional y el 26% de la varianza de la *ansiedad* por el efecto directo de la identidad, el control y la representación emocional.

Discusión

Respecto a la *representación cognitiva* que las pacientes con un TA tienen de su enfermedad, no mostraron una elevada *identidad* con ella, correspondiéndose los síntomas más mencionados con los criterios del DSM-IV-R para el diagnóstico de estos trastornos y con las complicaciones físicas que conllevan, lo que sugiere que la representación cognitiva de estas pacientes se ajusta de un modo coherente al curso de su trastorno y proceso de enfermedad. Sin embargo, sí percibían que tenía graves *consecuencias* y que su curso era crónico (*duración*). Además, consideraban que ellas mismas tenían un elevado *control* sobre su trastorno y que si seguían un tratamiento podían recuperarse (*curación*). Sin embargo, Holliday (2005) en su grupo de anoréxicas señala que éstas perciben no tener *control* sobre el trastorno y que el tratamiento no les ayudará en su recuperación (*curación*). Esta diferencia de resultados, en las dimensiones *control* y *curación*, entre las anoréxicas del trabajo de Holliday y nuestro grupo de pacientes con un TA, podría explicarse si se considera la situación terapéutica de las pacientes de la muestra de Holliday (2005). Dichas pacientes formaban parte de una selección de los datos de una unidad de investigación en TA, y no refiere tipo de tratamiento psicológico alguno o lugar en el que eran atendidas. En nuestro caso, acudían a unidad especializada del hospital y este tipo de atención puede crear un sentido de mayor control sobre el curso de la enfermedad y de expectativas de curación, como parte de las atribuciones de las pacientes

al marco hospitalario. Pero además, en este régimen de atención especializada, un elevado porcentaje de nuestras pacientes recibía tratamiento psicológico cognitivo-conductual, donde una de las piedras angulares (además de la rehabilitación nutricional) es hacerles conscientes de que pueden influir en su enfermedad, que son ellas las que tienen el control de la misma. El tratamiento en los TA, trata de transmitir y promover el autocontrol en estas pacientes, así como la adquisición de responsabilidades para el cambio.

Entre las *causas* señaladas con más frecuencia por el grupo de pacientes con un TA como desencadenantes de estos trastornos destacan “la baja autoestima”, “la propia conducta”, “la actitud mental”, “estados emocionales” y la “necesidad de ser perfecta”. Todas ellas han sido señaladas en la literatura como factores que pueden predisponer al desarrollo de un TA y están incluidas dentro del “Factor Psicológico” y “Factor Específico del TA” del cuestionario (Schmidt, Troop y Treasure, 1999; Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie y Bulik, 2003). En este sentido, si la paciente considera que el TA depende de su “propia conducta, su actitud mental o su baja autoestima”, estaría atribuyendo a sí misma la causa del problema sin atender a otros factores externos que también los causan. Coherentemente con una mayor tendencia a atribuir a causas personales el TA, también mencionan con baja frecuencia *causas* como un “germen o virus” o la “contaminación del ambiente” que forman parte del factor “otros externos”. Al hilo de estos resultados, recordamos las elevadas puntuaciones que han obtenido estas pacientes en la dimensión *control*, lo que resulta coherente con las atribuciones internas que realizan y también con las relaciones negativas que ha mostrado esta dimensión con el factor “otros externos”. La literatura coincide con el resultado encontrado, explicando que las atribuciones a causas externas serían más características de una menor percepción de control y también de sentimientos de desesperanza y pensamientos de no poder recuperarse, lo que a su vez, podría estar ligado a la no responsabilidad por tener que hacer algo para mejorar (Rutter y Rutter, 2002). En este sentido, en nuestro grupo de pacientes existe una percepción de control elevada y la atribución de las causas del problema son perso-

nales, por lo que podríamos esperar que este patrón motivara el afrontamiento y el manejo de la enfermedad. Sin embargo, y aunque esto fuera así, como señala Rutter (2002), ser responsable de lo que a uno mismo le ocurre también produce más estrés. De hecho, en nuestro trabajo, la atribución del trastorno a causas internas del “factor psicológico” también se relacionó positivamente con estar más disgustada, preocupada y asustada por el trastorno (**representación emocional**).

El Modelo del Sentido Común propone que la representación que elabora un individuo de su enfermedad determina las estrategias de afrontamiento que utilice para afrontarla. En este sentido, en nuestro estudio la Representación Cognitiva y la Emocional confirman su relación con el afrontamiento. Así, y respecto a las dimensiones de la **Representación Cognitiva**, la mayor asociación de síntomas a la enfermedad (*identidad*) predijo un mayor uso de estrategias de afrontamiento *evitativas*, como los *pensamientos desiderativos* y la *auto-culpa* en estas pacientes. Por el contrario, la dimensión *curación* predijo un mayor uso de estrategias aproximativas como la *búsqueda de apoyo social y religiosidad* y menos *evitativas*, como la *resignación*. Parece que cuantos más síntomas asocien estas pacientes a su enfermedad (*identidad*) peor se sienten y esto dificulta el afrontamiento aproximativo y la capacidad de hacer frente a su problema, por lo que lo evitan con pensamientos de deseo. Mientras que unas expectativas positivas sobre la efectividad de su tratamiento (*curación*) facilitan el acercamiento de estas pacientes al problema, buscando apoyo y entre sus recursos también utilizan la religión. Respecto a la dimensión *causa*, la atribución del trastorno al *factor psicológico* (estados emocionales, personalidad, actitud mental,...) explicó el mayor porcentaje de varianza de estrategias *centradas en la emoción*. Es así que la atribución del trastorno a factores internos al individuo como la actitud mental y/o los estados emocionales se relaciona con el uso de estrategias cuyo objetivo principal consiste en regular la respuesta emocional desencadenada por la enfermedad. Por su parte, la **Representación Emocional**, se relacionó con el uso de *estrategias evitativas y centradas en la emoción*. Cuando estas pacientes se sienten disgustadas, deprimidas, asusta-

das y ansiosas por su enfermedad es más probable que perciban que su situación no puede cambiar, y utilicen este tipo de estrategias de afrontamiento. En general, estas estrategias permiten que cuando el individuo cree que no es posible el cambio, pueden evitar el problema y al menos regular su respuesta emocional.

Los resultados de nuestro trabajo muestran cómo la Representación Cognitiva y la Representación Emocional mantienen relaciones con el ajuste. En cuanto a la **Representación Emocional**, ésta predijo mayor *ansiedad y depresión*, tal y como propone este modelo, que apoya que la representación emocional es un factor determinante de la respuesta o resultado emocional del individuo ante su enfermedad. De la **Representación Cognitiva**, la *identidad* y la atribución del trastorno al “factor psicológico” de la dimensión *causa* se relacionaron con un peor ajuste en general, mientras la *curación y el control* lo hicieron en sentido contrario. Nuestros resultados apoyan los de Hagger y Orbell (2003), donde también los resultados en salud menos adaptativos estaban relacionados con una fuerte *identidad*, y la atribución del trastorno al “factor psicológico” de la dimensión *causa*, mientras que una elevada percepción de *control y curación* se relacionaban con mayor adaptación. No se encontraron relaciones significativas en las dimensiones *consecuencias y duración*. En concreto, la *identidad* predijo un peor estado emocional, en términos de un mayor nivel de *ansiedad y estrés psicológico* en global. Además, también se relacionó con una peor *condición física*, evaluada por la frecuencia de síntomas específicos del TA que padecían y predijo una peor adaptación en el *ámbito laboral*, y en las *relaciones sexuales y familiares*. Leventhal (2003) explica la relación entre *identidad* y ansiedad argumentando que conforme el paciente identifica más síntomas que cree consistentes con su trastorno experimenta más ansiedad, y ese estado de alerta y ansiedad causado por la sintomatología puede provocar aún más el etiquetado de nuevos síntomas, de modo que cuanto más síntomas asocie a su problema más ansiedad experimentará. Además, los resultados respecto de esta dimensión, sugieren que cuantos más síntomas se asocien al trastorno, la percepción del problema es más negativa, dificultando el ajuste de estas

pacientes en las distintas facetas de su vida cotidiana, así como también impacta en el funcionamiento físico, es decir, también puede ser que esta paciente identifique más síntomas porque físicamente está peor. Por su parte, la *curación* predijo un mejor *estado emocional* (menor *depresión* y *ansiedad*), así como una mejor adaptación en el *ámbito laboral*, en las *relaciones familiares* y en general en la *adaptación global*. De modo que, confiar en que el tratamiento es efectivo para recuperarse y tener expectativas de curación es acorde con una percepción más positiva del problema que mejora el estado emocional de estas pacientes y facilita su adaptación en general, así como en el ámbito laboral y familiar.

En cuanto a los análisis que tratan de relacionar representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste siguiendo el Modelo de Sentido Común, los índices de ajuste fueron aceptables, y confirmaron el efecto directo de la *representación de la enfermedad* sobre los resultados en *salud*. Sin embargo, el papel mediador del *afrontamiento* no se confirmó, obteniéndose valores no significativos. Así, y aunque dos dimensiones de la Representación Cognitiva de la enfermedad mostraron relaciones significativas con las estrategias de afrontamiento; la dimensión *duración* se relacionó con un menor uso de estrategias de afrontamiento *aproximativas* y la *identidad* con una mayor utilización de las *evitativas*, estas estrategias no mostraron tener efectos significativos sobre los resultados en salud. De modo que, en este trabajo se muestra que el papel prometedor del afrontamiento en la enfermedad crónica contrasta con la escasez de resultados concluyentes, como ocurre en otras investigaciones realizadas. Así, De Ridder y Schreurs (1996) en su estudio de revisión de la influencia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar del individuo en una variedad de enfermedades (cáncer, artritis, diabetes, asma, problemas coronarios, etc.) ponen de manifiesto que las estrategias de afrontamiento no explican más del 5% en la varianza del bienestar evaluado a través de diferentes parámetros (depresión, ansiedad, cumplimiento, incapacidad, etc.). Sin embargo, el efecto directo de la Representación de la Enfermedad sobre la salud se muestra en las relaciones que se establecen en el modelo, así, y respecto a la Representación Cognitiva fueron las dimensiones *curación*, *identi-*

dad y *control* las que mostraron efectos significativos sobre la depresión, la ansiedad y la adaptación. Por su parte, la Representación Emocional también presentó efectos directos sobre la respuesta emocional, tanto en la ansiedad como en la depresión, y sobre la condición física, en un sentido negativo en ambos casos. En cuanto a la relación que se propone en este modelo, donde la Respuesta Emocional influye en la *Adaptación Psicosocial* y *Condición Física*, de modo que la primera influye sobre los segundos, los resultados de nuestro estudio confirman esta relación.

Respecto al patrón de la Adaptación Psicosocial, en términos globales, está determinada por el efecto directo de la *identidad* y la *depresión*. Además, dicha Adaptación Psicosocial es el resultado de salud mejor explicado por el modelo, siendo el porcentaje (54%) muy superior a los habituales. Así, podemos decir que es esperable en los TA que las pacientes que asocien un mayor número de síntomas al trastorno (*identidad*) y presenten un estado de ánimo deprimido, disminuyan sus de actividades en distintos ámbitos (social, familiar, laboral, etc.). En cuanto a la Condición Física, el 36% de su varianza está explicada por el efecto directo de la *depresión* y la *ansiedad*, así como de la *curación* y la *representación emocional*. Estos resultados sugieren que un estado de ánimo deprimido junto con la presencia de un problema de ansiedad coexisten con una mayor percepción de síntomas físicos. En cuanto a la *Respuesta Emocional*, como resultado de salud en los TA, y en el caso de la *ansiedad*, el 26% de su varianza, está explicada por el efecto directo de la *identidad*, el *control* y la *representación emocional* de la enfermedad. Podemos considerar que, en las pacientes con un TA que más síntomas asocien a su enfermedad, menos crean que pueden controlarla y más emociones displacenteras sientan, la ansiedad se manifestará de forma más intensa. Este resultado confirma trabajos previos donde la incontrolabilidad también se relaciona con el aumento de la ansiedad (Andrykowski y Brady, 1994; Grassi y Rosti, 1996). En cuanto a la *depresión*, el 19% de su varianza queda explicada por el efecto directo de la *curación* y también de la *representación emocional*. Que la *representación emocional* influya sobre la depresión parece razonable ya que su evaluación contiene

ítems acerca de si la paciente se siente deprimida o disgustada con su trastorno. La creencia de que siguiendo un tratamiento puede recuperarse también influye en la depresión (*curación*). De modo que la creencia de que no es posible la recuperación con un tratamiento intensifica un estado de ánimo deprimido, y cómo hemos visto anteriormente, este estado deprimido, provoca a su vez una disminución de actividades sociales y peor condición física resultando en una valoración negativa del funcionamiento social y físico.

A la vista de los resultados, exponemos las necesidades de intervención que sugieren, y en segundo lugar, nuestras propuestas para futuras investigaciones con el modelo. Respecto al primer punto, podríamos afirmar que la percepción de *control* y *curación* son factores de buen pronóstico en los TA, mientras la *identidad* y una elevada *representación emocional*, lo serían en sentido contrario, dada sus relaciones directas sobre el ajuste en estas pacientes. De este modo, la intervención psicológica tendría como objetivo trabajar estas creencias en estas pacientes, resultando necesario que consideren que su salud es contingente a sus comportamientos, y además que se sientan capaces de realizar las conductas adecuadas para ejercer control sobre su salud. Así, como resultaría de suma importancia trabajar la creencia de “curación” con el fin de mejorar su estado de ánimo. Estas expectativas positivas sobre el resultado de su tratamiento podrían conseguirse a través de una relación terapeuta-paciente satisfactoria, basada en una buena comunicación y encaminada a mejorar el grado de comprensión de la paciente acerca de su problema y de los objetivos del tratamiento, así como contando con su colaboración para el diseño del mismo. Respecto a los síntomas que estas pacientes relacionan con su trastorno, sería necesario racionalizarlos, tratando que estas pacientes no identifiquen aquellos que no están relacionados directamente con su problema. Además, nuestros resultados, también apoyan la necesidad de intervenir sobre la respuesta emocional de estas pacientes, para mejorar notablemente su funcionamiento psicosocial.

Respecto a nuestras propuestas para futuras investigaciones sobre el Modelo de Sentido Común, consideramos que la falta de resultados entre el

afrontamiento y la salud apoya la necesidad de reflexionar acerca de la metodología empleada para evaluar el papel del afrontamiento en la enfermedad. En este sentido, proponemos la realización de futuras investigaciones longitudinales que permitan evaluar el proceso dinámico del afrontamiento y proporcionen información sobre la causalidad. Además, este tipo de investigación, también hubiera permitido analizar la “valoración”, correspondiente a la tercera fase del Modelo de Sentido Común, y así, haber obtenido información sobre la evaluación que el individuo realiza de la efectividad de sus conductas de afrontamiento comparándolas con los resultados esperados, con el fin de poder conocer el continuo feedback entre las tres fases que componen el modelo; representación, afrontamiento y evaluación. Otra de las limitaciones que presenta este trabajo es el número de sujetos con el que se han realizado los análisis, que recomiendan un tamaño muestral mayor. No obstante, y a pesar de las limitaciones señaladas, estos resultados implican un útil punto de partida de la aplicación del Modelo del Sentido Común en pacientes con un TA.

Referencias

- Aldwin, C. M. y Park, C. L. (2004). Coping and physical health outcomes: an overview. *Psychology and Health, 19*, 277-281.
- Andrykowski, M. A. y Brady, M. J. (1994). Health locus of control and psychological distress in cancer patients: Interactive effects of context. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 439-458.
- Beléndez, M., Bermejo, R. y García, M. D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema, 17*, 299-305.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Tangen, T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An update literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 69-77.
- Borda, M., del Rio, C. y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 65*, 16-28.

- Campayo, M. A. y Martínez, F. (2005). Sesgos cognitivos en una tarea experimental de atención selectiva focalizada en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 71-80.
- Casper, R. C. y Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338-342.
- De Ridder, D. y Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 71-81.
- Del Rio, C., Torres, I. y Borda, M. (2002). Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 425-438.
- Derogatis, L. R. (1977). *Psychological Adjustment to Illness Scale*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 77-91.
- Gargallo, M., Fernández-Aranda, F. y Raich, R. (2003). Bulimia y trastornos de la personalidad: una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 335-349.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368.
- Grassi, L. y Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 523-532.
- Hagger, M. S. y Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18, 141-184.
- Heijmans, M. y de Ridder, D. (1998). Assessing illness representation of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485-503.
- Holland, K. D. y Holahan, C. K. (2003). Social support and coping with breast cancer. *Psychology & Health*, 18, 15-29.
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J. y Weinman, J. (2005). Perception of illness in anorexia nervosa: A comparison with other eating disorders and lay men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 50-56.
- Jessop, D. C. y Rutter, D. R. (2003). Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychology & Health*, 18, 595-612.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1993). *Lisrel 8. Structural Equation Modeling with the simplified command language*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associate Publishers.
- Lacroix, J. M., Martin, B., Avendano, M. y Goldstein, R. (1991). Symptom schemata in chronic respiratory patients. *Health Psychology*, 10, 268-273.
- Law, U., Kelly, T., Huey, D. y Summerbell, C. (2002). Self-Management and Well-being in adolescents with diabetes mellitus: do illness representation play a regulatory role? *Journal of Adolescent Health*, 31, 381-385.
- Leventhal, A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. En L. D. Camero (Ed.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). New York: Routledge.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. y Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and effect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense representations of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (pp.60-78). Oxford: Pergamon Press.
- Lieh, T., Liang, Ch., Kuang, Y., Dar Lee, Y., Cheng, Ch. y See, P. (2004). The adjustment to illness in patients with generalized anxiety disorder is poorer than that in patients with end-stage renal disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 165-170.
- Llewellyn, C. D., Miners, A. H., Lee, C. A., Harrington, C. y Weinman, J. (2003). The illness perceptions and treatments beliefs of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment. *Psychology & Health*, 18, 185-200.
- López-Roig, S., Picó, C., Rodríguez-Marín, J.,

- Massutí, B., Terol, M. C., Castejón, J. V. y Neipp, M. C. (1999). *Efectos psicosociales del protocolo de seguimiento en pacientes con cáncer de mama. Un estudio longitudinal*. Alicante: Fondo de Investigaciones Sanitarias. Exp. 99/0856.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. y Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*, 1-16.
- Moss-Morris, R., Petrie, K. J. y Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology, 1*, 15-25.
- Neipp, M. C. (2005). *Creencias de Control y Afrontamiento en Mujeres con Cáncer de Mama en la Etapa de Seguimiento*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Okon, D. M., Greene, A. L. y Smith, J. (2003). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 450-457.
- Quiles, Y., Terol, M. C. y Quiles, M. J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*, 313-333.
- Quiles, Y., Terol, M. C. y Tirado, S. y Beléndez, M. (2007). Estructura factorial de la versión española del "Cuestionario de percepción de la enfermedad revisado" (IPQ-R) en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario y sus familiares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 83*, 9-22.
- Rees, G., Fry, A., Cull, A. y Sutton, S. (2004). Illness perception and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology & Health, 19*, 749-765.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S. y Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: Propiedades psicométricas del cuestionario de forma de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud, 4*, 59-84.
- Rutter, C. L. y Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome. *British Journal of Health Psychology, 7*, 377-391.
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N. A., Bergman, W. y Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 573-585.
- Schmidt, U. H., Troop, N. A. y Treasure, J. (1999). Events and the onset of eating disorders: correcting an "age old" myth. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 83-88.
- Terol, M. C. (1999). *Apoyo Social y Salud en Pacientes Oncológicos*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Miguel Hernández. Alicante.
- Theunissen, N., de Ridder, D., Bensing, J. y Rutten, G. (2003). Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or actions plans concerning adherence. *Patient Education and Counselling, 51*, 247-258.
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J. y Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in Anorexia Nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 143-154.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., Strober, M., Treasure, J., Lilienfeld, L., Klump, K. y Kaye, W. (2002). Personality, Perfectionism, and attitudes toward eating parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 290-299.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava, 67*, 361-370.

Manuscrito recibido: 15/01/2008

Revisión recibida: 27/11/2008

Aceptado: 01/12/2008