

**INFLUENCIA DE LA
ESPIRITUALIDAD EN
LOS ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO DE
PACIENTES CON
BULIMIA Y
ANOREXIA
NERVIOSA***

**INFLUENCE OF
SPIRITUALITY IN
COPING STYLES OF
PATIENTS WITH
BULIMIA AND
ANOREXIA NERVOSA**



**Carlos Alexis
Chimpén
López**

Universidad de
Extremadura, Escuela
Universitaria de
Enfermería y Terapia
Ocupacional, Cáceres,
España

**Marisa Edith
Oviedo
Romero**

Centro de día Newen,
S.A., Villa Mercedes,
San Luis, Argentina

*Investigación realizada
bajo el auspicio de la
Universidad Adventista del
Plata, Entre Ríos, Argentina

RESUMEN

Basándose en el supuesto de que la espiritualidad es un factor que podría influir sobre los estilos de afrontamiento de las personas ante situaciones problemáticas, se analizó la influencia de la espiritualidad en el estilo de afrontamiento de pacientes diagnosticadas de anorexia y/o bulimia nerviosa.

39 mujeres de Buenos Aires, Entre Ríos, San Luis y Mendoza (Argentina), fueron evaluadas mediante el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (WCCL) y el Inventario de Sistema de Creencias (SBI-15R).

Los resultados mostraron una influencia moderada de la dimensión soporte social religioso ($F(1;24) = 2,094$; $p=0,054$) en el uso y/o desarrollo del estilo de afrontamiento centrado en la evaluación, no así en los demás estilos, por parte de pacientes diagnosticadas de bulimia y/o anorexia nerviosa.

Palabras clave

Bulimia; anorexia; estilos de afrontamiento; espiritualidad.

ABSTRACT

Based on the assumption that spirituality is a factor that may influence coping styles of individuals with problematic situations, it was analyzed the influence of spirituality in coping style of patients diagnosed of anorexia and/or bulimia.

39 women from Buenos Aires, Entre Ríos, San Luis and Mendoza (Argentina) were assessment through the Ways of Coping Checklist (WCCL) and the System of Beliefs Inventory (SBI-15R).

The results showed a moderate influence of "social support religious" dimension in the use and/or development of evaluation-focused strategies ($F(1;24) = 2,094$; $p=0,054$), nevertheless it didn't show the same in the other styles, by patients diagnosed with bulimia and/or anorexia nervosa.

Key words

Bulimia; anorexia; coping styles; spirituality.

1. Introducción

El concepto de belleza se ha ido transformando con el correr del tiempo. Sin embargo, el sexo femenino siempre luchó por tener la apariencia física que en cada época requería la sociedad. Por este motivo, se puede considerar que las enfermedades relacionadas con los desórdenes alimentarios no sólo afectan a las pacientes, sino que, de algún modo, afectan y son afectadas a su vez, por la cultura en la que están inmersas, el poder de los ideales de belleza y la conformidad con ellos (Day y Keys, 2008; Myers, 2000). En la actualidad, las investigaciones van encaminadas a analizar el impacto que produce en las mujeres el mensaje de la delgadez como único ideal elegible, transmitido desde internet y las redes sociales, y cómo influye en la etiología y el mantenimiento de los desórdenes alimentarios (Juarez, Soto y Pritchard, 2012; Williams y Reid, 2010; Day y Keys, 2008).

De acuerdo con las investigaciones de Myers (2000), la mayoría de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, como la bulimia y la anorexia nerviosa, son mujeres que se encuentran en la adolescencia final o alta adolescencia que comprende entre los 16 y 20 años de edad. Generalmente, presentan rasgos de ansiedad o depresión (Rodríguez et al., 2005; Echeburúa y Marañón, 2001; Myers, 2000; Pate et al., 1992, y Yates, 1990; citados en Myers, 2000) y en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2002) se caracterizan por estar muy preocupadas por la comida y tener miedo al aumento del peso corporal, además de estar muy pendientes de la percepción que los demás tienen con respecto a su apariencia física.

Según Juarez, Soto y Pritchard (2012) el criterio cultural impuesto a las mujeres, y que cada vez es más riguroso con respecto a la delgadez, ha venido acompañado por

una ininterrumpida y creciente incidencia de los trastornos alimentarios potenciado por el uso de websites pro-anorexia y pro-bulimia.

Incluso, en la cultura actual, reinan algunos requisitos de un individualismo despiadado que hacen que ciertas cualidades morales como el altruismo, la amabilidad, la capacidad de consolar, la abnegación, etc., sean puestas en tela de juicio (y en muchas ocasiones dejadas de lado) por apreciarse más la obtención de las mejores calificaciones académicas, el uso y consumo de determinadas marcas y productos y por cumplir los estándares de peso y talla que garantizan un supuesto éxito en la sociedad (Epston, 2008, pp. 177).

Las revistas de moda, las tallas cada vez más pequeñas de las prendas de vestir o las quejas que se oyen por parte de las otras mujeres respecto a su propia figura, hacen que aparezca la culpabilidad, la disconformidad y la desilusión con el propio cuerpo.

A pesar de todo, si bien tanto la bulimia como la anorexia nerviosa son enfermedades de mucho riesgo que incluso pueden llevar a la muerte, también pueden superarse y salir fortalecidos a pesar de los obstáculos y adversidades que se presentaron y fueron experimentados. Todo dependerá, entre otras cosas, del afrontamiento que posea la persona.

La importancia y novedad de la presente investigación, radica en la posibilidad de demostrar la eficacia de la espiritualidad como una herramienta para afrontar con éxito la opresión que causan los trastornos del comportamiento alimentario, algo que, hasta el momento, no ha sido muy tenido en cuenta.

Frankl (1979) expresaba la opinión de que la espiritualidad es útil como herramienta de afrontamiento cuando decía que: "la observación psicológica de los prisioneros, ha demostrado que únicamente los hombres que permitían que se debilitara su interno sostén moral y espiritual, caían víctimas de las influencias degenerantes del campo de concentración" (p. 72). También declaró: "no obstante, cuando un paciente tiene una creencia firmemente arraigada, no hay ninguna objeción en utilizar el efecto terapéutico de sus convicciones y, por consiguiente, reforzar sus recursos espirituales" (Frankl, 1979, p. 116).

El presente estudio trata de brindar información para utilizar los recursos espirituales de la persona como un instrumento más dentro del programa de tratamiento de los trastornos alimentarios, algo ya propuesto por numerosos investigadores en otros ámbitos de aplicación como en el afrontamiento de enfermedades físicas (Anandarajah y Hight, 2001; Gómez Montanelli, 1999); en la psicoterapia en general (Reich, 2005; Pereyra, 2006); en adultos mayores (Pickard y Nelson-Becker, 2011; Rivera y López, 2007) y en el afrontamiento de la depresión (Taha et al., 2011; Hatala, 2011), por citar unos pocos ejemplos.

2. Hipótesis y objetivos

La hipótesis que orientó la presente investigación declaraba que la espiritualidad influye en el estilo de afrontamiento que tienen las pacientes diagnosticadas de bulimia nerviosa y/o anorexia nerviosa.

Los objetivos a lograr fueron los siguientes:

1. Evaluar si la espiritualidad influye en el estilo de afrontamiento de pacientes diagnosticadas de bulimia y/o anorexia nerviosa.
2. Aportar información relevante que contribuya a la elaboración de nuevos métodos de terapia con respecto a la espiritualidad y el afrontamiento de pacientes con trastornos de alimentación.

3. Metodología

El presente estudio ha seguido un diseño tipo descriptivo *ex post facto* (Kerlinger, 1983). Las variables que se tuvieron en cuenta para este trabajo fueron la espiritualidad como variable independiente y los estilos de afrontamiento como dependiente.

La muestra estuvo formada por 39 mujeres con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa, cuyas edades oscilaban entre los 13 y 43 años y que estaban, en ese momento, recibiendo tratamiento en hospitales de día de las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, Mendoza y San Luis (Argentina). Con el propósito de obtener datos demográficos de las pacientes se elaboró un cuestionario que contenía los siguientes ítems: edad, sexo, estado civil, localidad de residencia, ocupación, escolaridad, religión y práctica de la misma. También se registraba la evaluación por parte del profesional respecto a la percepción de la calidad del apoyo familiar y valoración del estado actual en el tratamiento.

Con el objetivo de evaluar el estilo de afrontamiento, se utilizó el Cuestionario de Modos de Afrontamiento – WCCL ($\alpha=.76$) creado por Lazarus y Folkman (1985) y

formado por 67 ítems con la consigna de pensar en una situación problemática experimentada en el pasado y la forma en que actuaron en tal circunstancia. Las opciones de contestación son: (1) no, en absoluto, (2) en alguna medida, (3) bastante, (4) en gran medida y (5) no se puede realizar (Aparicio, 1999).

Para evaluar la espiritualidad se utilizó el *Inventario de Sistema de Creencias* (Almanza-Muñoz y Holland, 1999) formado por 15 ítems, los cuales se responden en base a cuatro opciones: (1) muy en desacuerdo, (2) algo en desacuerdo, (3) algo de acuerdo y (4) muy de acuerdo. Este instrumento mide las creencias y prácticas tanto religiosas como espirituales, agrupadas en la subescala "CPRE" formada por 10 reactivos; y el soporte social resultante de la comunidad que comparte dichas creencias, representado por la subescala "SSR", que contiene 5 reactivos. El inventario ha sido traducido y validado psicométricamente al castellano ($\alpha = .89$).

Antes de administrar los cuestionarios se solicitó la previa autorización de la institución para ello, como también proporcionar cartas de autorización para ser firmadas voluntariamente por los padres de las pacientes menores de edad.

Una vez obtenidas las autorizaciones, se entrevistó a las pacientes de manera individual donde se les explicó la finalidad del estudio y se les consultó si estaban de acuerdo en participar. En caso afirmativo, se les solicitaba que firmaran un consentimiento informado. Posteriormente, las pacientes completaron de manera individual la ficha demográfica y las pruebas psicométricas.

El análisis de los datos fue realizado con el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* a fin de proporcionar un resumen descriptivo de la muestra y realizar

un análisis de varianza multivariado (MANOVA) para conocer si existe influencia de la variable espiritualidad sobre los estilos de afrontamiento.

4. Variables y resultados

Estilos de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1985) definieron los estilos de afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos que son desarrollados con el objetivo de manejar las demandas específicas, tanto internas como externas, que son evaluadas como desbordantes o excedentes de los recursos que el individuo posee.

Las estrategias de afrontamiento, por tanto, serían aquellas actuaciones que están destinadas a amortiguar, frenar e incluso anular el impacto que situaciones amenazantes pueden llegar a provocar (Bermúdez, 1996).

La división clásica que se realiza del afrontamiento está relacionada con dos de sus funciones: (a) centrado en la emoción; que consistiría en intentar cambiar la forma en que la situación es entendida por el sujeto y (b) centrado en el problema; la cual intenta modificar la situación o al menos algunos de sus aspectos.

Sin embargo, para la realización de este estudio, hemos tenido en cuenta la división del afrontamiento empleada por Moos y Billings (1982).

(a) Centrado en la emoción: la persona entiende que no puede hacer nada para modificar las condiciones del entorno que resultan amenazantes y se centra en la regulación de la respuesta emocional, intentando manejar las emociones negativas.

En este caso, la persona utilizaría estrategias como la minimización, el distanciamiento, la evitación, la atención selectiva y el extraer valores positivos de las experiencias negativas. Incluiría estrategias de reevaluación para reducir la sensación de amenaza y estrategias de conducta con la finalidad de olvidarse del problema.

(b) Centrado en el problema: consistiría en buscar asesoramiento e información, acción y desarrollo de gratificaciones alternativas. Tiene lugar cuando las condiciones del entorno son consideradas susceptibles de ser cambiadas. Las estrategias implicarían un proceso analítico respecto al entorno (eliminación de la fuente de estrés llevando a cabo acciones sobre las condiciones concretas de la situación problemática) o respecto al sujeto (serían cambios motivacionales, cognitivos, variaciones de aspiraciones, aprendizaje de nuevos recursos y procedimientos...).

(c) Centrado en la evaluación: consistiría en intentar definir cuál es el significado de la situación e incluiría como estrategias la evasión cognitiva, la reevaluación cognitiva, el análisis lógico y la redefinición.

Estas tres funciones no son excluyentes sino que pueden integrarse, es decir, se entendería el afrontamiento como un proceso.

Se ha observado que las adolescentes con trastornos de alimentación poseen una evaluación cognitiva caracterizada por estados permanentes de depresión, ansiedad y agresividad que se hacen más intensos debido a la sintomatología de la patología alimentaria propiamente dicha, como por ejemplo: el temor a enfermarse, la baja autoestima, el sobrepeso, conflictos en las relaciones interpersonales, la presión familiar y la amenaza de no tener control sobre las distintas situaciones, entre otras (Breux y Moreno, 1994; Butow y Touyz, 1993; Mayhew y Edelman, 1989;

Orlandini, 1996; Soukup, 1990; Toro y Villardel, 1987; Troop, Holbrey, Trowler y Treasure, 1994; todos citados en Alemany, 2001).

Espiritualidad

Respecto a la espiritualidad, Rivera y López (2007) se proponen destacar dos puntos de vista: el de la psicología y el del cristianismo. Dichos autores explican que mientras que la "teología se ocupa de Dios, la psicología se ocupa de lo divino" (p. 42). De esta forma, la psicología ve la espiritualidad como una construcción tanto individual como social, siendo lo divino (no Dios) construido por el sujeto conforme a las circunstancias experimentadas en la vida. Además, aclaran que dicha construcción tendrá efectos importantes tanto físicos como psicológicos en la vida de la persona.

Gómez (2004) considera la espiritualidad como aquello que se relaciona con la intangibilidad de la vida, donde se incluye la relación con los demás, con uno mismo y con algo que el ser humano considera superior, algo que integra al hombre pero que también lo trasciende y le da sentido a su existencia.

Autores como Gómez (2004) y Quiceno y Vinaccia (2009) mencionan que si bien la espiritualidad puede expresarse mediante una religión, también puede manifestarse por medio de una creencia, una filosofía de vida, a través de la ética... Esto explicaría que un sujeto puede ser espiritual aún si no se identifica con un credo o confesión religiosa.

Anandarajah y Hight (2001) vieron necesaria una definición de espiritualidad que abarcara tanto perspectivas religiosas como no religiosas. Consideran la espiritualidad

como una parte compleja y multidimensional de la experiencia humana compuesta por elementos cognoscitivos, emocionales, y conductuales de la experiencia personal. Los aspectos cognoscitivos o filosóficos implican la búsqueda de sentido, la verdad y el propósito de la vida, como así también, valores y creencias. Los aspectos emocionales tienen que ver con el amor, la paz interior, el consuelo y el sentimiento de esperanza; el tipo de relación que tiene con lo trascendente; refiriéndose, con este último término a Dios. En alusión a los aspectos conductuales de la espiritualidad, Anandarajah y Hight (2001) explicaron que se trata de la manera exteriorizada en que una persona manifiesta sus creencias individuales así como también su estado interno espiritual.

Relación espiritualidad, salud y afrontamiento

Se han realizado diferentes estudios donde se ha podido constatar el efecto positivo que tiene la espiritualidad sobre la salud, no sólo física sino también mental.

A partir del año 2002, la Organización Mundial de la Salud afirma que además de lo psíquico, lo físico, y lo social, existe un dominio espiritual; reconociéndolo como parte integral de la salud, la calidad de vida y el bienestar de la persona. Desde ese momento, la OMS recomienda un cuidado de los pacientes donde se tenga en cuenta la prevención y el alivio del sufrimiento, identificando problemas físicos, psíquicos y espirituales (Pinedo, Rebolledo y Siles, 2009; Gómez, 2004).

Bernhardt (2000) habla de la existencia de más de doscientos estudios realizados que demuestran que la espiritualidad y la religión son factores positivos para la salud y que, además, al congregarse, las personas pueden encontrar un mayor soporte

social, disminuyendo así los índices de enfermedades que se relacionan con la ansiedad y la depresión.

Diferentes investigaciones, como las de Burkhart y Solari-Twadell (2001), Coyle (2002), Peri (1995) y Rivera y López (2007), han comprobado que cuando la espiritualidad forma parte de la personalidad del sujeto, ésta tiende a manifestarse en las estrategias de afrontamiento de la persona como un impacto positivo en su salud al emplear eficientemente las estrategias contra el estrés producido por la enfermedad (citados en Galvis-López, 2011).

Finalmente, Facundes y Nervi (2012) mencionan que investigadores como Koenig (2004) y Oxman, Freeman y Manheimer (1995) afirman que la espiritualidad es importante para aliviar los niveles de estrés ocasionados por el padecimiento de enfermedades graves o crónicas, por medio de estilos de afrontamiento más adaptativos.

Resultados

La muestra total ($N = 39$) estuvo compuesta por 27 pacientes (69,2%) diagnosticadas de bulimia nerviosa y 12 pacientes (30,8%) diagnosticadas de anorexia nerviosa; con una media de edad de 22,13 años y una desviación típica de 6,35. La edad mínima encontrada en la muestra fue de 13 años y la máxima de 43.

Del total de la muestra, el 51,3% ($n=20$) habitaba en la provincia de Entre Ríos; mientras que el 38,5% ($n=15$) vivía en la provincia de Buenos Aires; el 7,7% ($n=3$)

en la provincia de San Luis y el 2,6% restante ($n=1$) residía en la provincia de Mendoza.

Los datos referidos al valor medio obtenido en las variables estatura y peso de las pacientes se presentan en la Tabla 1 junto con los valores mínimos, máximos y su desviación típica.

Tabla 1. Variables estatura y peso

Variable demográfica	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Estatura	1,52	1,80	1,64	0,05
Peso	36,00	111,30	59,11	14,70

En lo que se refiere al estado civil de la muestra, 30 pacientes (76,9%) eran solteras, mientras que 5 (12,8%) se encontraban viviendo en pareja; 2 (5,1%) estaban casadas y otras 2 (5,1%) divorciadas.

El 59% del total ($n=23$) estaba formado por estudiantes, mientras que el 30,8% ($n=12$) trabajaba, el 7,7% ($n=3$) estaba desempleada y el 2,6% ($n=1$) se encontraba en otra situación.

Con respecto al nivel de escolaridad, el 53,8% ($n=21$) había completado los estudios secundarios, el 41% ($n=16$) tenía estudios terciarios y el 2,6% ($n=1$) contaba con título de postgrado, mientras que el 2,6% ($n=1$) había concluido, únicamente, sus estudios primarios.

Al observar la religión de las pacientes se pudo constatar que 18 (46,2%) de ellas eran católicas, 4 (10,3%) adventistas, 4 (10,3%) evangélicas y 1 (2,6%) judía; mientras que 7 (17,9%) no profesaban ninguna religión y 5 (12,8%) pertenecían a otras denominaciones religiosas. El 59% ($n=23$) del total de la muestra practicaba la religión, mientras que el 41% restante ($n=16$) no lo hacía.

Al evaluar el nivel de espiritualidad de la muestra se obtuvo una media de 40,08 puntos; siendo la desviación típica de 13,46. La puntuación mínima obtenida fue de 15 y la máxima de 60.

Del total de la muestra y teniendo en cuenta los resultados en el test de espiritualidad, 10 pacientes (25,6%) tenían una baja espiritualidad, 9 (23,1%) poseían una espiritualidad media, mientras que 10 (25,6%) tenían una alta espiritualidad y otras 10 (25,6%) poseían una espiritualidad muy alta.

Dentro de la dimensión de creencias y prácticas religiosas se obtuvo un valor promedio de 27,38 puntos y una desviación típica de 9,23 puntos. La puntuación mínima obtenida fue de 10 puntos y la máxima de 40. Mientras, en la dimensión de soporte social religioso, la media obtenida fue de 12,69 puntos y la desviación típica de 4,48 puntos. La puntuación mínima fue equivalente a 5 puntos y la máxima a 20.

En la tabla 2 pueden observarse los valores medios y desviación típica correspondientes a las distintas dimensiones de la variable afrontamiento.

Tabla 2. Medias y desviación típica de las dimensiones de estilos de afrontamiento

Variable Afrontamiento	Media	Desviación
Centrado en la emoción	37,03	7,37
Centrado en la evaluación	66,87	11,51
Centrado en el problema	39,08	7,24

Al realizar un análisis de varianza multivariado (MANOVA) el resultado global no muestra valores significativos respecto a la influencia de la espiritualidad sobre el afrontamiento centrado en la emoción, ni en cuanto a la influencia de la dimensión de creencias y prácticas religiosas ni en la dimensión soporte social religioso.

Tampoco se encontró ninguna relación significativa entre la espiritualidad a nivel global y el afrontamiento centrado en el problema.

En lo que respecta al estilo de afrontamiento centrado en la evaluación según el nivel de espiritualidad general, los resultados obtenidos en el MANOVA no arrojan diferencias significativas. Tampoco se encontró una incidencia significativa de las creencias y prácticas religiosas en este estilo de afrontamiento. Sin embargo, se observó que existía una tendencia considerable del soporte social religioso sobre el afrontamiento centrado en la evaluación ($F_{(1,24)} = 2,094, p = 0,054$). Estos valores indicarían que dicha dimensión de la variable independiente favorecería el uso o desarrollo de este estilo de afrontamiento

En la Tabla 3 se presentan detallados los valores obtenidos referentes a los distintos estilos de afrontamiento en función de la espiritualidad y las dimensiones de esta última variable.

Tabla 3. Comparación de los valores estadísticos de las dimensiones de la variable afrontamiento en función de la variable espiritualidad y sus dimensiones.

Dimensión de la variable	Creencias y prácticas		Soporte social		Espiritualidad	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Afrontamiento centrado en la emoción	0,541	0,909	1,159	0,363	1,816	0,131
Afrontamiento centrado en el problema	0,965	0,537	0,647	0,799	1,855	0,123
Afrontamiento centrado en la evaluación	1,623	0,157	2,094	0,054	1,677	0,166

5. Conclusiones

Con respecto a la incidencia de la espiritualidad sobre los estilos de afrontamiento, los resultados indican que la dimensión soporte social religioso tendría una influencia moderada sobre el afrontamiento centrado en la evaluación. Esto demuestra que una de las formas indicadas para trabajar con las pacientes con anorexia y/o bulimia sería fortaleciendo el soporte social religioso, ya que se conseguiría favorecer el uso de un estilo de afrontamiento centrado en la evaluación.

Estos resultados están de acuerdo con las afirmaciones de Reich (2005) acerca de que la experiencia espiritual influye en la forma de relacionarse de las personas y lleva al ser humano a percibirse "como un sistema interconectado con otros sistemas, interrelacionados y mutuamente afectados" (p. 23). Todo esto favorecería el desarrollo y el compartir con otros la motivación, el hallazgo de valores, el autoconocimiento, la esperanza, la búsqueda del significado de la vida y del sufrimiento, la redefinición y reflexión de aquellas circunstancias problemáticas o estresantes, etcétera.

También Knestrick (2005) afirma que los pacientes con enfermedades crónicas utilizan ciertos recursos espirituales, entre ellos el hecho de pertenecer a un grupo u organización religiosa, lo cual favorece el afrontamiento de la enfermedad y les brinda un sentido respecto al significado de la vida (citado en Galvis-López, 2011).

Así mismo, Rodríguez Fernández (2011) menciona que el hecho de pertenecer a una comunidad religiosa, proporciona un encuentro interpersonal y que ese apoyo social favorece a las personas en distintos aspectos de sus vidas.

Los resultados también podrían relacionarse con lo expuesto por Rivera y López (2007) quienes afirman que la espiritualidad impacta de manera positiva en la salud al emplear eficientemente estrategias contra el estrés que produce la enfermedad.

Por su parte, Gómez (2004) menciona que muchos pacientes oncológicos utilizan la espiritualidad o la religión como forma de apoyo en el momento de afrontar las enfermedades.

Los hallazgos obtenidos en el presente trabajo concuerdan también con las posturas de Pargament et al. (1998, citados en Rivera y López, 2007) quienes opinan que hay una importante relación entre espiritualidad y afrontamiento. Dichos autores mencionan que el afrontamiento religioso es un fenómeno multidimensional que ayuda a los sujetos en la búsqueda de fines significativos durante los momentos difíciles o situaciones problemáticas. La búsqueda de fines significativos incluiría el sentido de significado y propósito de la vida, autocontrol, confort emocional, salud física o espiritualidad, entre otros.

Tanto la espiritualidad como la religión, por medio del apoyo social o el sustento del grupo, favorecen los estados de serenidad y procesos cognitivos que ayudarían a la

salud física y mental de las personas, lo que significa que podrían ser utilizadas como maniobras terapéuticas frente al afrontamiento de enfermedades (Quiceno y Vinaccia,2009).

Basándose en lo mencionado anteriormente podría decirse que el hecho de desarrollar y potenciar las habilidades espirituales del paciente, repercutiría en el tipo de relaciones sociales que desarrolla, y como consecuencia, en su salud física y mental. De este modo, tener en cuenta la existencia o creación de una red social religiosa o espiritual podría mejorar el afrontamiento de los desórdenes alimentarios, no sólo porque se desarrollan relaciones interpersonales sino también porque se crea una relación con lo trascendente, lo cual brinda un significado de vida y un sentido de esperanza.

Se concluye que la espiritualidad y la religiosidad pueden ser considerados elementos adicionales a los tratamientos convencionales de los desórdenes alimentarios como forma de fortalecer el afrontamiento a la enfermedad.

6. Bibliografía

Aleman, M. (2001). *Afrontamiento ante situaciones de estrés en mujeres con trastornos de alimentación*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Humanidades, Educación y Ciencias Sociales. Universidad Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina.

Almanza-Muñoz, J. y Holland, J. (1999). Espiritualidad y Detección de "Distress" en Psico-Oncología. *Revista Oncología Clínica*. Consulta el 2 de Octubre de 2009.

(http://www.aaoc.org.ar/revista/vol4_99/espiritualidad.htm).

Anandarajah, G. y Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*. Consulta el 21 de Mayo de 2009.

(<http://www.aafp.org/afp/20010101/81.html>).

Aparicio, M. (1999). *Ansiedad, afrontamiento, esperanza-desesperanza y su incidencia en la salud mental en enfermeros de terapia intensiva pediátrica y de adultos*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Humanidades, Educación y Ciencias Sociales. Universidad Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina.

Bermudez, J. (1996). *Afrontamiento: aspectos generales*. En A. Fierro (Coord.) Manual de Psicología de la Personalidad (pp. 177-208). Barcelona: Paidós.

Bernhardt, I. (2000). *Influencia de la religiosidad intrínseca en las actitudes ante situaciones de agravio*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Humanidades, Educación y Ciencias Sociales. Universidad Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina.

Day, K. y Keys, T. (2008). Starving in cyberspace: a discourse analysis of pro-eating-disorder websites. *Journal of Gender Studies*, 17 (1), 1-15.

Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9, 513-525.

Epston, D. (2008). *Down under and up over: travels with Narrative Therapy*. Warrington, England: AFT Publishing Ltd.

Facundes, M y Nervi Vidal, M. (2012). La ciencia y el mundo del espíritu. Espiritualidad, religiosidad y salud. Estado de la cuestión. Consulta el 30 de Mayo de 2012.

(http://www.rcumariacristina.com/varioweb/Nueva_etapa/015_MENDES_FACUNDES_N_E_12.pdf).

Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Galvis-López, M y Pérez-Giraldo, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 11 (3), 256-273. Colombia: Universidad de La Sabana.

Gómez Montanelli, D. (2004). "Psicoterapia integral del paciente oncológico y su familia: un abordaje bio-psico-socio-espiritual". Oporto, Portugal: Asociación Médico Espírita del Área Metropolitana de Oporto. Consulta el 14 de Octubre de 2009.

(<http://www.ameporto.org/es/artigos/artigo10.htm>).

Hatala, A. (2011). Resilience and Healing Amidst Depressive Experiences: An Emerging Four-Factor Model from Emic/Etic Perspectives. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13, 27-51.

Juarez, L; Soto, E. y Pritchard, M. (2012). Drive for muscularity and drive for thinness: the impact of pro-anorexia websites. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 20 (2), 99-112.

Kerlinger, F. (1983). *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. (2ª Edición). México: Editorial Interamericana.

Lazarus, R y Folkman, S. (1985). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

López-Ibor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. (dir.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson

Moos, R.H. y Billings, A.G. (1982). *Conceptualizing and measuring coping resources and processes*. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: Free Press.

Myers, D. (2000). *Psicología*. New York: Worth Publishers Inc.

Pereyra, M. (2006). *Psicología Positiva. Cómo abrir los horizontes del futuro*. Lima: Editorial Imprenta Unión.

Pickard, J.G y Nelson-Becker, H. (2011). Attachment and spiritual coping: theory and practice with older adults. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13: 138-155.

Pinedo, M.; Rebolledo, D.; Siles, J. (2009). Cuidados de enfermería en el Sufrimiento Espiritual aplicando el modelo de Jane Watson. *Salud, arte y cuidado*, 2(2), 8-13.

Quiceno, J y Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.

Reich, S. (2005). Espiritualidad y Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(8), 17-25.

Rivera Ledesma, A. y López Lena M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39- 47.

Rodríguez Fernández M.I. (2011). ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología? *Psiquiatria.com*. Consulta el 30 de Mayo de 2012 (<http://hdl.handle.net/10401/4928>).

Rodríguez Martín, A.; Novalbos Ruiz, J.P.; Martínez, J.M.; Escobar, L.; Castro de Haro, A.L. (2005). Trastornos del Comportamiento Alimentario en un Área de Salud, análisis de su situación evolutiva y su relación con variables personales y familiares. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 74, 18-27.

Taha, N.; Florenzano, R.; Sieverson, C.; Aspillaga, C.; Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49 (4), 347-360.

Williams, S. y Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective. *Psychology & Health*, 25 (10), 551-567.