

ESPERANZA-DESESPERANZA, FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA SANA EN UN ESTUDIO INTERGENERACIONAL

Mario Ramón Pereyra Lavandina
pereyram@um.edu.mx

RESUMEN

Se investiga ciertas conductas relacionadas con la alimentación y otros hábitos de vida estimados como saludables que definen un “estilo de vida sana”. En base a tal constructo se elaboró un instrumento psicométrico, el Cuestionario de Estilo de Vida Sano (CVS), que se procede a validar. El CVS se administró a una muestra de adolescentes ($N = 100$; $M = 14$ años) y de padres ($N = 100$; $M = 37$ años), junto con el Test de Esperanza-Desesperanza (TED) y la escala de funcionamiento familiar del Inventario de Competencia Familiar (ICF) de Beavers, con el propósito de investigar si las variables de familia y esperanza-desesperanza se relacionan con el estilo de vida, particularmente en la transmisión de patrones comportamentales de una generación a la siguiente. Los resultados indican un alfa de Cronbach de 0.80 en la confiabilidad interna del CVS y un análisis factorial compatible con el marco teórico, además de otras propiedades psicométricas positivas. También las otras pruebas exhibieron altos puntajes de confiabilidad. Se verificaron algunas incompatibilidades significativas en la transmisión intergeneracional de actitudes de optimismo y pesimismo como de los patrones relacionados con el funcionamiento familiar, igualmente en las dimensiones del estilo de vida entre la generación de los adolescentes y de los adultos padres. También se encontraron varias correlaciones significativas entre las variables de la esperanza-desesperanza, de la familia y del estilo de vida sana que se discuten de acuerdo a los marcos teóricos respectivos y los hallazgos previos reportados por la bibliografía especializada en el área.

Introducción

La conducta alimentaria está influida por múltiples factores: psicológicos, sociales, económicos y culturales. Uno de los más influyentes en el desarrollo de los hábitos dietéticos es la familia. La Dra. Claudia Unikel Santoncini del Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Cf., López et al., 2005, 11) afirma que: “En general los resultados de investigación señalan la naturaleza recíproca de la disfunción familiar y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La disfunción familiar y los problemas de comunicación en la familia pueden exacerbar el trastorno, así como el tratamiento individual de éste puede disminuir la disfunción familiar.” A pesar de las diferencias metodológicas de los distintos estudios, hay evidencias importantes para afirmar que cuanto más patológica o disfuncional sea una familia hay mayores trastornos de la alimentación, aunque parecería que el funcionamiento familiar afecta más el Eje II que los trastornos del Eje I (Schmidt et al., 1997). En forma más específi-

ca las investigaciones han encontrado que las familias con miembros bulímicos o anoréxicos, son inexpresivos, tienen menor cohesión, mayor cantidad de conflictos y un “clima” de tensiones (Laliberté et al., 1999). Otros estudios han examinado interrelaciones específicas, como la falta de límites entre los hijos con TCA y sus padres (Rowa et al., 2001), es decir, una excesiva cohesión familiar. Ya Minuchin (1982; Onnis, 1990) había descrito la “familia psicósomática”, caracterizada por el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez, la falta de resolución de conflictos y el involucramiento del niño en el conflicto parental, que algunos autores han asociado a los TCA, especialmente en relación a la aglutinación y la rigidez (v.gr., Kagan y Squires, 1985). Se ha observado que personas con familias sobreprotectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no demuestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no demostrar sus sentimientos o son alexitímicos (Chapur et al., 1999; Días et al., 2002; Bydlowski et al., 2005), experimentan ansiedades, dudas y toman el control por medio del peso y la comida (Hernández Avilés, 2004). Especialmente, los hábitos que educan o transmiten los padres con su ejemplo gravitan directamente en la conducta alimentaria y en general en los patrones de vida saludable que practican o practicarán sus hijos (Stein et al., 2006). En resumen, los estudios en la materia han dejado claro que hay una fuerte relación entre los TCA y ciertos trastornos en los padres, además de disfunciones familiares diversas, aunque todavía no aparecen definidos todos los mecanismos responsables de esas relaciones, procurando las investigaciones más recientes aclarar los factores familiares y ambientales que podrían estar intermediando (Cooper et al., 2004), o especificar cuáles variables pueden estar involucradas en las interrelaciones entre sus miembros o en el funcionamiento familiar (May et al., 2006; Rienecke et al., 2007; Senra et al., 2007), como, por ejemplo, pueden ser las actitudes de los padres con respecto a hábitos nutricionales adecuados (Fernández-Aranda et al., 2004).

Por otra parte, desde hace muchos años se han encontrado relaciones altamente significativas entre la depresión y los TCA (ver, por ej., Fornari et al., 1992; Chapur et al., 1999), aunque sin especificar cuáles serían los procesos cognitivos subyacentes a tales manifestaciones. No hace muchos años atrás se descubrió que el estilo atribucional juega un rol importante en los TCA, ya que las personas depresivas que padecen TCA tienden a atribuciones internas, estables y generalizadas para los malos eventos en comparación con el grupo de control e incluso con otros grupos de depresivos (Mansfield y Wade, 2000). Este tipo de atribución se

refiere a la desesperanza, en la teoría de la depresión desesperanzada de Abramson y colaboradores (1989). Sin embargo, no han sido muchos los estudios sobre TCA y la esperanza/desesperanza, a pesar de que los adolescentes con estas alteraciones reportan niveles muy altos de “sentimientos de desesperanza” (Miotto et al., 2003) y hay múltiples investigaciones que exhiben a la desesperanza como un componente presente en múltiples cuadros psicopatológicos (Pereyra, 2007) y especialmente en las disfunciones familiares (Alemany y Pereyra, 2006).

Es de hacer notar, que si bien en México no hay datos sobre la prevalencia de los TCA en adolescentes, hay informes de órganos oficiales (Rivera et al., 2005) que reportan una incidencia de 0.9% entre los hombres y 2.8% entre las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años). Otras comunicaciones afirman que hay alrededor del 5 y 15 % de las mujeres jóvenes con algún síntoma del TCA y en una investigación realizada por la Universidad del Valle de México, ubican la población con TCA en alrededor del 20% en la población universitaria (Ruiz et al., 2005).

Considerando el informe precedente, observamos que la investigación se ha centrado en los trastornos de la conducta alimentaria más que en los hábitos nutricios sanos y en otros comportamientos saludables. Entendiendo las virtudes de las investigaciones de la Psicología Positiva (Pereyra, 2006; Peterson y Seligman, 2004; Seligman, 2004; Vazquez y Perez, 2003; Vera et al., 2006), estimamos importante estudiar los procesos de funcionamiento familiar y la esperanza/desesperanza en adolescentes y en la generación de los padres, para indagar por esos comportamientos deseables de buena calidad de vida a fin de determinar cuales pueden ser las variables que los promueven. Siguiendo esos objetivos definimos el perfil de las conductas que podrían indicar un estilo sano con respecto a la alimentación y otras conductas relacionadas, para luego confeccionar un instrumento que permitiese su evaluación. Así que en este trabajo estudiamos la confiabilidad, validez y las propiedades psicométricas de esa prueba que denominamos, Cuestionario de Estilo de Vida Sana (CVS), para luego considerar sus correlaciones con las variables del funcionamiento familiar y de la manera de estructurar el tiempo, con sus correlatos cognitivos, emocionales, conductuales y axiológicos (esperanza-desperanza).

Metodología

Se utilizó una metodología de corte cuantitativo, de indagación de campo, operado en poblaciones comunitarias de la ciudad de Montemorelos, Nuevo León, México. En el marco de las clases de Psicología Médica de la Carrera de Nutrición de la Universidad de Montemorelos, se elaboró el CVS y el diseño de la investigación, consistente en tres instrumentos para realizar su aplicación a todos los alumnos de los tres grados de una escuela secundaria de la comunidad, junto con sus respectivos padres. Los alumnos fueron encuestados en una hora de clase cedida a los fines de la investigación, en tanto, los padres fueron entrevistados en ocasión de ir a buscar a sus hijos, antes de concluir las clases del día.

La muestra estuvo integrada por un total de 200 sujetos, 100 de los cuales eran adolescentes, estudiantes de secundaria, cuyas edades oscilaron entre 10 y 18 años, con una media de 14 años (37,5% del total). En tanto, el otro grupo de 96 sujetos (4 no reportaron la edad), estuvo constituido por padres, quienes registraron edades entre 20 y 77 años, con una media de 37 años. La mayoría de la muestra total fueron mujeres (65,5%).

Instrumentos

Test de Esperanza-Desesperanza (TED) de Pereyra (1995; 1996; 2006). Es una escala tipo Likert, de cinco opciones y 28 ítemes, que comprende tres escalas (global, esperanza y desesperanza). El análisis factorial detectó la presencia de 6 factores, que fueron definidos como: optimismo, pesimismo, regresión, prospección, desconfianza y fatalismo. Los estudios de validación exhibieron altos puntajes, por ejemplo, el alfa de Cronbach se situó entre 0.89 y 0.90, el coeficiente de Spearman-Brown fue de 0.92 y la estabilidad temporal fue medida por test-retest a 30 días, obteniendo, $r=0.79$, $p<0.0001$. En el presente estudio, el alfa tuvo un puntaje de 0.83.

Inventario de Competencia Familiar (ICF; conocido por su nombre en inglés *Self-Report Family Inventory*; C-SFI) de Beavers y Hampson (1995) basado en 36 ítemes. Se trata de una prueba ampliamente reconocido por la bibliografía (Ceballos, 2006), traducida a diversos idiomas, que ha encontrado altos valores de validez y confiabilidad (Shek, 1995; Lee et al., 2000). De esta prueba sólo se utilizó la Escala de Competencia Familiar, compuesta por 20 ítemes, que obtuvo un coeficiente alfa de 0.86. Esta escala es inversa en el sentido de que una mayor puntuación indica menor competencia familiar y viceversa.

Cuestionario de Estilo de Vida Sana (EVS) de Pereyra (2006), elaborado para evaluar hábitos de salud, diseñado como una escala tipo Likert de 5 opciones graduadas (siempre, muchas veces, a veces si a veces no, pocas veces y nunca), compuesta por 30 ítems. Las conductas investigadas están referidas a la alimentación (por ej., “como en exceso”, “como entre comidas”, “como pasteles, bombones y dulces”), hábitos tóxicos (“fumo cigarrillos”, “consumo bebidas alcohólicas”, “consumo drogas ilegales”), trabajo y descanso (“trasmochos”, “duermo regularmente 7 horas diarias”, “hago horas extras en el trabajo”) y algunos otros comportamientos o condiciones de vida (“tengo exceso de peso”, “vivo en una ciudad contaminada”, “tengo una actitud positiva”).

Resultados

Propiedades psicométricas del EVS

El alfa de Cronbach fue de 0.80, lo que está indicando una confiabilidad intrínseca aceptable. Al estudiarse la estructura factorial de la prueba se encontró que el análisis de los componentes principales convergieron en 10 factores que explican el 62% de la varianza. Sin embargo, la distribución de los ítems aparecía muy dispersa con cargas muy pobres en varios factores. Se realizó el análisis confirmatorio con un corte en 7 factores, que explican el 51.525% de la varianza. Se aplicó el método de rotación Varimax, hallándose la distribución que aparece en la Tabla 1. El primer factor incluyó 6 ítems (4,6,8,10,12,30) y se refieren a determinados hábitos inadecuados de comida y horarios, por lo cual lo interpretamos como “Dieta malsana”. El segundo factor, tuvo peso en 5 ítems (1,3,5,25,29), referidos al consumo de alimentos sanos y al descanso semanal, por lo cual podríamos considerarlo como “dieta sana”. El tercer factor, abarcó 4 ítems (7,13,15,27) que tratan de diferentes “hábitos sanos”. El cuarto factor, también tuvo 4 ítems (11,17,19,21) que se refieren a “comportamientos saludables”. El quinto factor, incluyó 2 ítems, relacionados con fumar y consumir alcohol (22,24), que llamamos “hábitos tóxicos”. El sexto, abarcó 5 ítems (16,18,20,23,26), que se refieren a “conductas insalubres” en relación a la contaminación, trasmochar, sueño y consumo de café. Finalmente, el séptimo factor, registró 3 ítems con altas cargas, que también se refieren a excesos en el comer (2), en el peso (14) y en el consumo de drogas ilegales (28). El ítem 9 fue el único que no tuvo peso superior a .40 en ninguno de los factores. En síntesis, la estructura factorial, en alguna medida se acerca a los presupuestos teóricos y permite discrimi-

nar algunas áreas de los comportamientos del estilo de vida saludable, aunque la prueba piloto requiera un proceso de depuración.

Tabla 1
Análisis Factorial por componentes principales de EVS. Rotación Varimax con Kaiser normalización

Ítemes	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
	Dieta Malsana	Dieta Sana	Hábitos Sanos	Conductas Sanas	Hábitos Tóxicos	Conductas Insalubres	Excesos
4-Como entre comidas	.696						
6-Como carne roja +4v/sem	.621						
8-Como pasteles, bombones	.679						
10-Consumo embutidos	.652						
12-Productos ahumados	.564						
30-Ceno después 8 noche	.409						
1-Tomo desayuno completo		.715					
3-Como 2 frutas cada día		.671					
5-Como verdura crudas/día		.537					
25-Descano 1 día por semana		.541					
29-Tomo cereales integrales		.438					
7-Uso aceite oliva o semillas			.418				
13-Bebo 4-8 vasos agua día			.481				
15-Evacuo normal			.730				
27-Tengo actitud positiva			.610				
11-Respiro profund.veces/día				.613			
17-Paseo ½ hora al aire libre				.621			
19-Salir al campo 1 vez/sem.				.639			
21-Practico algún deporte				.643			
22-Fumo cigarrillos					.723		
24-Bebo bebidas alcohólicas					.811		
16-Vivo ciudad contaminada						.444	
18-Trasnocho						.441	
20-Horas extras en el trabajo						.685	
23-Duermo 7 horas por noche						.578	
26-Tomo +3 tazas café/día						.507	
2-Como en exceso							.675
14-Tengo exceso de peso							.668
28-Consumo drogas ilegales							.452

Estilo de vida y funcionamiento familiar

Al correlacionar el EVS y sus factores con la competencia familiar, se encontraron relaciones significativas con el EVS y todos sus factores con excepción del factor 7 ($r = 0.127$, $p = 0.07$). Especialmente fue alta la relación de los totales (ver Tabla 2) de ambas pruebas ($r = -$

0.45; $p = 0.000$) y los factores: Dieta Sana ($r = -0.419$; $p = 0.000$) y Hábitos sanos ($r = -0.301$; $p = 0.000$). Al comparar el funcionamiento familiar en las dos poblaciones de hijos y padres, se observaron diferencias significativas ($F = 15.99$, $p = 0.000$) en la dirección de mejor funcionamiento de los padres, especialmente en algunos ítems: ‘En nuestro hogar nos sentimos queridos’, ‘Nuestros momentos más felices es estando en casa’, ‘El futuro parece bueno para nuestra familia’, ‘Uno de los adultos de esta familia tiene un hijo preferido’, y ‘Los miembros de nuestra familia prefieren hacer las cosas con otras personas antes que hacerlas juntos’. Todos esos casos aparecen con nivel de significación de $p = 0.000$. Por otra parte, el ANOVA entre los grupos generacionales en relación al estilo de vida, encontró relaciones significativas en los factores: Dieta malsana ($F = 15.369$; $p = 0.000$), donde los hijos aparecen con menor puntaje y Comportamientos saludables ($F = 13.887$; $p = 0.000$), con mayor puntaje en los hijos. Es decir, donde los hijos reportan mejores conductas de EVS. En el análisis de los ítems del EVS lo significativo y destacable es el mejor control del horario de las comidas de los padres y el mayor sobrepeso de los padres.

Estilo de vida y esperanza-desesperanza

Las correlaciones entre el EVS y sus factores con el TED y sus factores fueron en la mayoría de ellos significativos. Se destacan los valores totales del EVS y la escala general del TED ($r = 0.469$; $p = 0.000$) y Dieta sana ($r = 0.418$; $p = 0.000$), Hábitos sanos ($r = 0.451$; $p = 0.000$) y Conductas insalubres ($r = 0.311$; $p = 0.000$). Fue destacado el comportamiento del factor pesimismo que correlacionó en forma negativa con el total del EVS ($r = -0.428$; $p = 0.000$), con Dieta sana ($r = -0.356$; $p = 0.000$), con Hábitos sanos ($r = -0.367$; $p = 0.000$) y Conductas insalubres ($r = -0.341$; $p = 0.000$). Con respecto a la esperanza/desesperanza en ambas generaciones, en todas las escalas y factores exhibieron mayores puntajes los padres sobre los hijos, pero lo único que resultó significativo fue el mayor pesimismo de los hijos y el mayor optimismo de los padres.

Tabla 2
Correlaciones entre los totales de las variables en estudio

PRUEBA	TED-G	ICF	EVS
Test Esperanza-Desesperanza (TED)	1.000	-.534**	.469**
Inventario de Competencia Familiar (ICF)	-.534**	1.000	-.450**
Estilo de Vida Sana (EVS)	.469**	-.450**	1.000

** Correlaciones significativas al nivel de 0.01.

Discusión

Se evaluaron las virtudes psicométricas de una prueba de Estilo de Vida Sana, que mostró algunas propiedades estadísticas rescatables, aunque con aspectos para mejorar según se desprende del análisis factorial. Sin embargo, el estudio presenta resultados congruentes y tiene evidencias sustentables, ya que confirma previas investigaciones en relación a que los hábitos de alimentación y en general del estilo de vida tienen relación con la dinámica familiar. También encontró que los hábitos del estilo de vida se relacionan con la esperanza/desesperanza, en puntos específicos, en armonía con los hallazgos en familias con un miembro con un trastorno alimentario. Se halló que las percepciones sobre el EVS, el funcionamiento familiar y la esperanza/desesperanza no sólo están correlacionados, sino que también varían en la generación de adolescentes con respecto a la generación de los padres, como era de esperar.

Los puntos más relevantes y quizás más controvertibles de esta investigación es que la generación de los padres tienen mejor percepción (ver Figura 1) del funcionamiento familiar en casi todas las áreas que evalúa el ICF de Beavers pero no necesariamente mejores hábitos de salud, ya que si bien los padres, por ejemplo, tienen mejor control de los horarios de la ingesta en comparación con los hijos, reportan mayor sobrepeso, lo cual no es saludable. Los padres también aparecen con una actitud más positiva, siendo más optimistas y menos pesimistas que la generación más joven. Quizás estos datos respondan más a cuestiones culturales que sociales o familiares. De todos modos los hábitos de salud de la generación mayor presentan un puntaje más alto que los menores, sin llegar a ser significativa. Es posible que estas informaciones, más allá de algunas diferencias culturales, revelen que todavía los patrones de crianza en la comunidad mexicana de Montemorelos, se transmiten de forma generacional, y aunque los padres deseen no repetir ciertos patrones de crianza, igualmente lo hagan, quizás sin ser capaces de identificarlos. Es sabido que una práctica común en muchas culturas es usar la comida como un medio para obtener afectos, obediencia, respeto o algún otro beneficio. La pregunta sería en qué grado se la estará utilizando como gratificación para combatir el pesimismo, la angustia o la desesperanza dominante entre los adolescentes, especialmente cuando el impacto del mercado de consumo, la publicidad y el marketing de la TV y los demás me-

dios de comunicación tienen un peso altamente efectivo para desencadenar conductas que lleven a trastornos u otros hábitos insalubres de vida (Hernández, 2004).

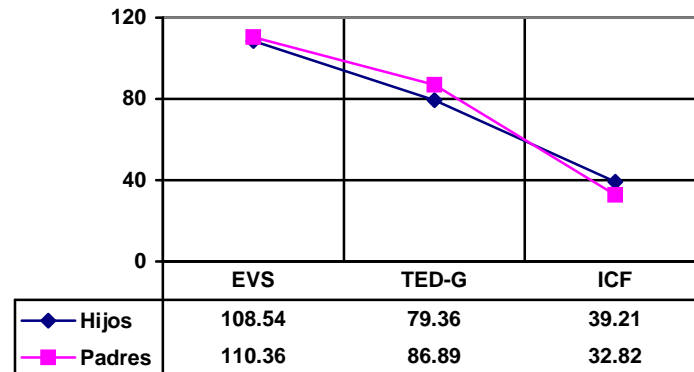


Figura 1. Comparación de variables entre padres e hijos.

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Aleman M. A. y Pereyra M. (2006). Esperanza-Desesperanza y Variables de la Organización y el Funcionamiento Familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, No. Especial, sept., 102-103.
- Beavers W. R. y Hampson R. B. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. y Consoli, S. M. (2005). Déficit en el procesamiento emocional en los trastornos alimentarios. *International Journal of Eating Disorder*, 37(4), 321-329.
- Ceballos, E. (2006). Dimensiones de análisis del diagnóstico en educación: El diagnóstico del contexto familiar. *RELIEVE*, 12(1), 33-47.
- Chapur, P. Y. y Mariano L.I. (1999). Depresión y alexitimia en trastornos de la conducta alimentaria. *ALCMEON* 28, 7(4), marzo, en Internet: http://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28_02.htm
- Cooper, P.J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J. y Murray L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *British Journal of Psychiatry*, 184(3):210-215.
- Diaz Curiel, J. y Balbás Repila, A. (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario. *Interpsiquis*, en Internet: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/4980/>
- Fernández-Aranda, F., Ramón J., Badía, A., Giménez L., Solano, R., Collier, D. y Treasure J. (2004). Childhood eating patterns and parental attitudes to food: An analysis of risk factors in eating disorders. *Interpsiquis*, en www.psiquiatria.com
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D.E., Matthews, M., Skonick, N. Y Katz, J.L. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 21-29.
- Hernández, F. (2004). Anorexia y dinámica familiar. *Interpsiquis*, en Internet, www.psiquiatria.com
- Kagan, D.M. y Squires R.L. (1985). Family cohesion, family adaptability, and eating behaviors among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 4(3), August, 267-279.

- Laliberté, M., Boland, F.J. y Leichner P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), September, 1021-1040.
- Lee, R.E., Burns Jager, K., Whiting J.B. and Kwantes C.T. (2000). The Factor Structure of the Beavers Interactional Scales. *Contemporary Family Therapy*, 22(1), March, 81-90.
- López Coutiño B., Nuño Gutiérrez B.L. y Arias Ibáñez A.G. (2005). *Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia*. IMSS, en Internet: <http://www.tallersur.com/adolec/libros/libroanorexia.pdf>
- Mansfield J.L. y Wade T. (2000). Assessing the Relevance of the Hopelessness Theory of Depression to Women with Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 113-119
- May, A.L., Kim, J-Y., McHale, S.M. y Crouter A.C. (2006). Parent-adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), December, 729-740.
- Medina-Mora et al. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental México*, 26: 1-16.
- Minuchin S. (1982). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa
- Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. (2003). Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 191(7): 437-43.
- Onnis L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*. Buenos Aires: Paidós
- Pereyra M. (1995). *La esperanza-desesperanza como variable diagnóstica y predictiva del proceso salud-enfermedad*. Tesis doctoral, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba.
- Pereyra M. (1996). Desarrollo y validación de un instrumento de medición de la esperanza-desesperanza. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 42(3), 247-259.
- Pereyra, M. (2006). *Psicología Positiva. Terapia de la Esperanza*. Publicaciones de la Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
- Pereyra, M. (2007). *La psicología de la esperanza-desesperanza. Metanálisis de 30 investigaciones (1995-2006)*. Universidad Autónoma de México, en prensa.
- Peterson C. y Seligman M. E. P. (Eds.) (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Oxford University Press. USA.
- Pryor, T. & Wiederman, M. (1996). Measurement of nonclinical, personality, characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of personality assess*, 67(2): 414-421.
- Rienecke Hoste, R., Hewell, K. y le Grange D. (2007). Family interaction among white and ethnic minority adolescents with bulimia nervosa and their parents. *European Eating Disorders Review*, 15(2), March/April, 152-158.
- Rivera Gallardo, M.T., Parra Cabrera, M.S., y Barriguete Meléndez J. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para la osteoporosis. *Salud Pública de México*, 47(4), 308-318.
- Rowa, K., Kerig, P.K. y Geller J. (2001). The family and anorexia nervosa: examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*, 9(2), March/April, 97-114.
- Ruíz Martínez, A.O., González Sotomayor R. y Valdez Nasser, S. (2005). Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas. *Episteme*, 3(1), Enero-Marzo, en Internet: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero2-05/reportes/a_sintomatologia.asp
- Schmidt, U., Humfress, H. y Treasure J. (1997). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5(3), September, 184-207.
- Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Senra, C., Sánchez-Cao, E., Seoane, G. y Freedom Y. y Leung K. (2007). Evolution of self-concept deficits in patients with eating disorders: the role of family concern about weight and appearance. *European Eating Disorders Review*, 15(2), March/April, 131-138.
- Shek, D. T. L. (1998) The Chinese version of the Self-Reported Family Inventory: Does Culture Make a Difference? *Research on Social Work Practice*, 8(3), 315-329.

- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., Winterbottom, J., Fairburn C.G. y Cortina-Borja, M. (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189(4), 324-329.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003) *Emociones positivas, trauma y resistencia. Ansiedad y estrés*, 9(2-3):231-254
- Vera, B., Carbelo Baquero, B, Vecina, M. (2006) La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27.