



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PILOTEO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA BASADO EN ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES
SOCIALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

GONZALEZ SALGADO MONICA VIOLETA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE
REVISORA: MTRA. OLGA LIVIER BUSTOS ROMERO



MÉXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de estudiar en la Máxima Casa de Estudios y contribuir en mi formación como profesionista.

A la Facultad de Psicología por cooperar valiosamente en mi formación académica, a través del conocimiento.

Al Centro de Documentación de la Facultad de Psicología por coadyuvar en mi formación práctica.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, por dirigirme en esta investigación, particularmente por su apoyo incondicional para llevar este proyecto hasta el final. Por la gran fuerza que me aportó a través de su conocimiento y decisión, lo cual fue significativo.

Con gran cariño, a la Mtra. Guadalupe Reynoso, por sus valiosos consejos, los cuales dieron cause para llegar al inicio de esta investigación.

Con gratitud, al Mtro. Alejandro Muñoz, por ayudarme en la toma de decisiones acerca de la investigación.

Con aprecio, al Lic. Rodrigo León Hernández, por su valiosa ayuda en esta investigación, por sus observaciones y asesorías en diferentes fases de la investigación.

Con especial gratitud, al Lic. Sergio Burgoa por su apoyo incondicional y sus consejos que facilitaron el trabajo de investigación.

A la Lic. Silvia Platas Acevedo, a la Lic. Ma. de Lourdes Rodríguez de Elías y a la Lic. Rosalía Rodríguez de Elías por asistirme con su tiempo en las observaciones y aportaciones para la realización de este trabajo, también por los momentos que aportaron enriquecimiento a mi vida personal. A la Lic. Gisela Pineda García y a la Psic. Adriana Rodríguez Martínez por apoyarme en algún momento de la investigación.

Al Posgrado de Psicología que en la última etapa de esta investigación me acogió ayudándome a finalizar el trabajo de investigación. En especial, a las personas con las que forme parte de un equipo de trabajo, mi primera experiencia profesional a nivel formal, que me brindaron lo mejor de ellas mismas.

Con admiración y gratitud, al Dr. Javier Nieto Gutiérrez, por sus valiosas aportaciones profesionales y consejos personales que enriquecieron mi vida, también por todas las facilidades brindadas para llegar al final de la investigación y verla materializada.

Con aprecio al Sr. Carlos Durán por su ayuda y cooperación en la investigación, y por su enseñanza en lo laboral.

Con cariño a la Lic. Iveth Reyes por su apoyo en la culminación de este trabajo, por aportarme sus conocimientos y compañía en el área laboral, y también por la amistad.

A todos mis profesores, los cuales contribuyeron a mi formación académica. Con especial agradecimiento al Dr. José Antonio Talayero, al Mtro. Marcelino (CCH Sur) y a la Mtra. Magdalena Zarate.

DEDICATORIA

A mí, Mónica Violeta González Salgado, con toda mi admiración y respeto, por acompañarme física, mental y emocionalmente de forma incondicional en este sueño, hoy una realidad.

A Dios, con toda mi fe, por permitirme llegar a la meta, aún en la adversidad y salir triunfante.

A mi madre, María Isabel González Salgado, con gran admiración, por darme lo mejor de ella y por ser un padre ejemplar que siempre me reto para llegar a la meta.

A los maestros del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur que me brindaron su apoyo emocional, a las personas que compartieron su sabiduría conmigo, a mis amigos y seres queridos del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, de la Facultad de Psicología, particularmente, del Centro de Documentación.

INDICE

	Págs.
Resumen	1
Introducción	2

CAPÍTULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1. Trastornos Alimentarios	5
1.1. Antecedentes Históricos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	9
1.2. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la sociedad	12
1.3. Anorexia Nervosa	13
1.3.1. Etiología de la Anorexia Nervosa	14
1.3.1.1. Factores biológicos en la Anorexia Nervosa	14
1.3.1.2. Factores endocrinos en la Anorexia Nervosa	15
1.3.1.3. Factores psicológicos en la Anorexia Nervosa	17
1.3.1.4. Factores familiares en la Anorexia Nervosa	18
1.3.1.5. Factores socioculturales en la Anorexia Nervosa	18
1.4. Síntomas	19
1.5. Características Psicológicas en la Anorexia Nervosa	22
1.6. Consecuencias de la Anorexia Nervosa	22

1.7.	Diagnóstico de la Anorexia Nervosa	24
1.7.1.	Diagnóstico diferencial de la Anorexia Nervosa	26
1.8.	Bulimia Nervosa	26
1.8.1.	Etiología de la Bulimia Nervosa	29
1.8.1.1.	Factores biológicos en la Bulimia Nervosa	30
1.8.1.2.	Factores psicológicos en la Bulimia Nervosa	30
1.8.1.3.	Factores familiares en la Bulimia Nervosa	30
1.8.1.4.	Factores sociales en la Bulimia Nervosa	31
1.9.	Síntomas	31
1.10.	Características psicológicas de la Bulimia Nervosa	32
1.11.	Consecuencias de la Bulimia Nervosa	32
1.12.	Diagnóstico de la Bulimia Nervosa	32
1.12.1.	Diagnóstico diferencial de la Bulimia Nervosa	34
1.13.	Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificada	34

CAPÍTULO II

FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

2.	Factores de Riesgo en los Trastornos Alimentarios	36
2.1.	Clasificación de los Factores de Riesgo	36

2.1.1.	Factores de Riesgo asociados a la Imagen Corporal	37
2.1.2.	Factores de Riesgo asociados con Conducta Alimentaria	40
2.1.3.	Factores de Riesgo relacionados con el Cuerpo Biológico	42
2.1.4.	Factores de Riesgo asociados con conductas compensatorias	44
2.1.5.	Factores Predisponentes, Precipitantes y Perpetuantes	46

CAPÍTULO III

ADOLESCENCIA

3.	Adolescencia	48
3. 1.	Maduración Sexual de la Mujer	50
3. 1. 1.	Maduración Sexual del Varón	51
3. 1. 2.	Vello Corporal	51
3. 1. 3.	Acné	51
3. 1. 4.	Pubertad Precoz y Tardía	53
3. 2.	Cognición – Pensamiento	54
3.2.1.	Etapas del Desarrollo Cognoscitivo	55
3. 3.	Autoconcepto e Identidad	59
3. 3. 1.	Identidad y sexualidad	61

3.4.	Salud y Adolescencia	62
3.4.1.	Salud y Ejercicio	63
3.4.2.	Salud y Sueño	63
3.4.3.	Salud y Nutrición	64
3.4.4.	Salud y Drogas	64
3.4.5.	Salud y Conducta Sexual	65
3.4.6.	Salud y Conducta Suicida	65

CAPÍTULO IV

SALUD

4.	Salud	67
4.1.	Prevención	69
4.1.1.	Niveles de Prevención	70
4.1.2.	Prevención Primaria	70
4.1.3.	Prevención Secundaria	71
4.1.4.	Prevención Terciaria	71
4.2.	Psicología de la Salud	71
4.3.	Atención Primaria	72

4.3.1.	Promoción de Salud	74
4.3.2.	Prevención y Control de los Riesgos de Enfermar	75
4.5.	Evaluación de la Salud	76

CAPÍTULO V

HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD

5.	Habilidades Sociales y Asertividad	78
5.1.	Antecedentes Históricos de las Habilidades Sociales	78
5.2.	Desarrollo del Concepto de Habilidades Sociales y/o Asertividad	80
5.3.	Componentes o Dimensiones de las Habilidades Sociales	84
5.4.	Modelos Explicativos de las Habilidades Sociales	87
5.4.1.	Modelo Psicosocial de las Habilidades Sociales de Argyle (1978)	87
5.4.2.	Modelo del Aprendizaje Social	90
5.4.3.	Modelo Cognoscitivo	91
5.4.4.	Modelo del Aprendizaje Cognoscitivo Mahoney (1983)	91
5.4.5.	Modelos Interactivos o Interaccionistas de las Habilidades Sociales	96
5.4.6.	Modelo del Aprendizaje Social Interaccionista	97
5.4.7.	El Modelo de Análisis de Tarea	98
5.4.8.	Modelo de Trower (1982)	99
5.4.9.	Modelo de Hollín y Trower (1986)	99

5.5.	Elementos Componentes de la Habilidad Social	100
5.6.	Entrenamiento de las Habilidades Sociales (EHS)	103
5.6.1.	Las Principales Ventajas de los EHS	105
5.6.2.	Planificación y Aplicación de un EHS	105
5.6.3.	Las condiciones de Aplicación de un EHS	106
5.6.4.	Aplicación: Preparación, Adquisición y Generalización de un EHS	108
5.6.5.	Tabla de Derechos	109
5.7.	Estilos de respuesta y Clasificación de Conductas	110
5.7.1.	a) Conducta No-assertiva o Pasiva	111
5.7.2.	b) Conducta Agresiva	114
5.7.3.	c) Conducta Pasivo-agresiva	116
5.7.4.	d) Conducta Asertiva	117
5.7.5.	Efectos del Comportamiento Asertivo y la Conducta de los demás	119
5.8.	Tipos de Conducta y Respuesta Asertiva	119
5.8.1.	Tipos de Respuesta Asertiva	120
5.9.	Factores que Bloquean la Asertividad	120
5.9.1.	a) La persona no ha aprendido a ser asertiva o lo aprendió de forma inadecuada	120
5.9.2.	b) La persona conoce la conducta apropiada, pero siente tanta ansiedad que la emite de forma parcial	121
5.9.3.	c) La persona no conoce o rechaza sus derechos	121
5.9.4.	d) La persona posee patrones de pensamiento irracionales que le impiden actuar de forma asertiva	122
5.9.5.	Lista de Ideas Irracionales de Ellis	122
5.10.	Entrenamiento en Habilidades Sociales	123
5.10.1.	El Paquete Básico del EHS	124
5.10.1.1.	Instrucciones/aleccionamiento	124

5.10.1.2. El Modelado	124
5.10.1.3. El Ensayo de Conducta	125
5.10.1.4. Retroalimentación y Reforzamiento	125
5.10.1.5. Tareas para Casa	126
5.11. Elementos Básicos del Entrenamiento en Habilidades Sociales y/o Técnicas para el Desarrollo de la Asertividad	126
5.12. Procedimientos Defensivos	128
5.13. Evaluación de las Habilidades Sociales y/o Asertividad	129
5.13.1. Entrevista	130
5.13.2. Las Ventajas de utilizar la Entrevista	131
5.13.3. Hetero-evaluación	131
5.13.4. La Autoobservación	131
5.13.5. La Observación	131
5.13.6. La Observación Natural	132
5.13.7. La Observación en Situaciones de Rol-play o de Representación de Papeles	132
5.13.8. Los Registros Psicofisiológicos	132
5.13.9. Instrumentos de Autoinforme	132
5.14. Los Trastornos Alimentarios y Las Habilidades Sociales	133

CAPÍTULO VI

MÉTODO

6. Método	139
6.1. Objetivo	139
6.2. Planteamiento del Problema	139
6.3. Objetivos Específicos	139
Problema General de la Investigación	139
6.4. Definición de Variables	140
Variable Independiente: Intervención basada en el Entrenamiento en Habilidades Sociales	140

Dieta restringida	141
Insatisfacción con la Imagen Corporal	141
Preocupación por el Peso y la Comida	142
Actitud Negativa hacia la Obesidad	142
6. 5. Control de Variables	143
6.6. Muestra	143
6.7. Diseño de Investigación	143
6.8. Instrumentos, Aparatos y Mediciones (ver anexo 1)	144
6.9. Procedimiento	145

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

7.1. Descripción de la Muestra	146
7.2. Edad y Grado Escolar	146
7.3. Maduración Sexual	147
7.4. Análisis Grupal de las Variables	147
Tabla 2. Valor de t para Muestras Apareadas	148
Tabla 3. Valor de las Medias por Factor antes y después de la Intervención	148
Tabla 4. Interpretación de Puntuaciones por Factores	148
Resultados de la Variable Seguimiento de Dieta Restringida	149
Resultados de la Variable Insatisfacción con la Imagen Corporal	150
Resultados de la Variable Preocupación por el Peso y la Comida	150
Resultados de la Variable Actitud Negativa hacia la Obesidad	152
7.5. Análisis participante por participante de los datos	152
Participante: 1 (Figura 8)	153
Participante: 2 (Figura 9)	153
Participante: 3 (Figura 10)	154

Participante: 4 (Figura 11)	155
Participante: 5 (Figura 12)	156
Participante: 6 (Figura 13)	156
Participante: 7 (Figura 14)	157
Participante: 8 (Figura 15)	158
Participante: 9 (Figura 16)	159
Participante: 10 (Figura 17)	159
Edad de Inicio de Dieta (“Seguimiento de Dieta Restringida”) (Figura 18)	161
Tabla 5. Valores Obtenidos (U de Mann-Whitney) (Pretest)	161
Tabla 6. Valores Obtenidos (U de Mann-Whitney) (Postest)	162
Variable “Me Gusta la Forma de mi Cuerpo” (Figura 19)	163
Variable “Actitud Crítica hacia los Anuncios y Productos Destinados a Adelgazar” (Comentarios sobre la Publicidad para Bajar de Peso) (Figura 20)	163
Variable Actitud Negativa hacia la Obesidad (“Pienso Cosas Negativas sobre las Personas Obesas”) (Figura 21)	164

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	165
SUGERENCIAS	171
REFERENCIAS	172
ANEXOS	182
(Anexo 1)	
(Anexo 2)	

INTRODUCCIÓN

La prevención del desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es de vital importancia, ya que estos se han incrementado significativamente a la fecha, lo cual implica altos costos, no sólo en la salud del paciente, sino en todos los niveles, impactando biopsicosocioculturalmente a la población en general; también a la economía y a la infraestructura de salud social, porque ésta no cuenta con los recursos para el tratamiento adecuado de dichos trastornos. Tomando en cuenta que la rehabilitación de los enfermos es larga y multidisciplinaria, se hace necesario e indispensable hacer algo al respecto. En la prevención se contemplan los factores de riesgo que son facilitadores de la enfermedad. Los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de un trastorno severo de la conducta alimentaria se relacionan con el seguimiento dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, y actitud negativa hacia la obesidad. Se ha reportado que los trastornos alimentarios son comunes en el inicio de la pubertad, incluso desde edades muy tempranas; y debido a que en la adolescencia hay cambios corporales, muchos adolescentes, y particularmente del sexo femenino presentan insatisfacción con la imagen corporal, lo cual favorece la inquietud por la figura; es decir, la preocupación por la apariencia física se ha convertido en el punto central de muchos individuos de distintas edades, y lo más alarmante es observar que sujetos que oscilan entre 9 y 15 años, sino es que hasta más jóvenes, ya manifiestan ciertas características relacionadas con este problema introduciendo a las jovencitas a preocuparse por el peso corporal y por lo que comen, evitando el consumo de alimentos, desencadenando el seguimiento de dieta restringida. Lo anterior, aunado al ideal de belleza aceptado por la sociedad, figura extremadamente delgada, impacta a la población juvenil, siendo estos los más susceptibles a las influencias socioculturales.

En la adolescencia, las transformaciones profundas conllevan a encarar: cambios físicos y emocionales, así como, cambios intelectuales, de igual manera tareas que implican relaciones interpersonales y resolución de problemas de una manera independiente, lo cual genera mucha expectación en los jóvenes, favoreciendo en ellos la inseguridad, la adaptación inadecuada y la mala comunicación; características que presentan algunas personas previamente al desarrollo de un trastorno alimentario, así como, problemas de autonomía e independencia y sensación de ineficacia. Los aspectos preventivos se han trabajado poco, sin embargo, la gravedad y prevalencia de los TCA entre los adolescentes justifica trabajar la prevención (Santonastaso, Zanetti, Ferrara,

Olivotto, Magnavita y Favaro, 1999; Stice, Mazotti, Weibl y Agras, 2000; citados en Ruiz-Lázaro y Comet, 2003).

Investigaciones revisadas reportan trabajos de prevención mediante el uso de programas psicoeducativos (información) en escuelas dirigidos a preadolescentes y adolescentes, sin embargo, los efectos de tal recurso tienen éxito por corto tiempo. Sin embargo, existe información respecto a la efectividad terapéutica de los programas de Entrenamiento de Habilidades Sociales (dinámicos).

Con el propósito de mostrar la temática anterior, esta investigación presenta un desarrollo teórico acerca de los trastornos alimentarios, especialmente los factores de riesgo que afectan a los jóvenes; la carencia de recursos personales frente a presiones sociales, y las medidas de prevención generadas por investigaciones recientes que promueven los beneficios de trabajar con programas dinámicos de intervención mejorando la calidad de vida en los jóvenes a través del perfeccionamiento de las habilidades sociales relevantes en períodos críticos del desarrollo influenciando las actitudes mediante la enseñanza de herramientas generando empoderamiento personal.

El desarrollo teórico de este trabajo, contenido en cinco capítulos, explica y justifica la importancia de la prevención a través del conocimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), particularmente, de los factores de riesgo, los cuales están presentes en los adolescentes, población que esta inmersa un proceso de cambio importante (biopsicosocial), y el uso de estrategias que faciliten el desarrollo de habilidades para hacer frente a la problemática que dichos trastornos representan en la actualidad. También cuenta con tres capítulos en donde se incluye la descripción de la metodología e instrumentos que se utilizaron, los resultados, la discusión y conclusiones; además, las sugerencias, producto de la investigación.

En el primer capítulo, se aborda el tema de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tomando en cuenta sus antecedentes, definición, etiología, síntomas, características psicológicas, consecuencias y diagnóstico.

El segundo capítulo, se refiere a los factores de riesgo asociados a los (TCA), su definición, clasificación, su relación con la imagen corporal, con la conducta alimentaria, con el cuerpo biológico, y la relación de los mismos con conductas compensatorias, destacando su impacto.

En el tercer capítulo, se describen los sucesos más importantes y representativos que se suscitan en la adolescencia, considerando los cambios físicos, biológicos, cognoscitivos, psicológicos y sociales. También se aborda la salud del adolescente en diferentes situaciones como son: el ejercicio, el sueño, la nutrición, las drogas y la sexualidad.

En el cuarto capítulo, se expone la importancia que tiene el cuidado de la salud, la prevención, la atención primaria y la promoción de la misma a través de la educación, atacando los factores de riesgo. De igual manera, la importancia de los profesionales de la salud y el papel que juegan en la sociedad al promover estilos de vida saludables mejorando la calidad de vida, previniendo enfermedades, discapacidades y muertes innecesarias.

En el capítulo cinco, se aborda la temática de las Habilidades Sociales (HS) considerando sus antecedentes, definiciones, componentes, modelos, aplicaciones, etc. Particularmente, se destaca la importancia de las (HS) como herramienta para facilitar la adaptación de los adolescentes a los nuevos roles que implica su edad. Asimismo, la relevancia del Entrenamiento en Habilidades Sociales como estrategia de prevención de (TCA) en la salud.

En el capítulo seis, se describe la metodología que incluye el objetivo de la investigación, la definición y control de variables, la muestra, el diseño de la investigación, instrumentos, aparatos y mediciones, también el procedimiento.

En el capítulo siete, se exponen los resultados de esta investigación, se presenta una descripción de la muestra y el análisis de las variables, se utilizaron pruebas paramétricas: prueba "t" para muestras apareadas y el estadístico ("d") para calcular el tamaño del efecto; asimismo, pruebas no paramétricas: prueba "U de Mann-Whitney" para análisis de comparación. Este capítulo incluye el análisis de los datos por participante. Finalmente, en el capítulo ocho, se aborda la discusión y conclusiones, así como, las sugerencias.

RESUMEN

El propósito de la presente investigación* fue someter a estudio piloto un programa de prevención de factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) basado en la técnica de Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS). Para ello, y con el fin de explorar los factores de riesgo (dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, y actitud negativa hacia la obesidad) relacionados con los TCA, se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud (N=90). Se desarrolló el programa de intervención (N=10). Posteriormente, se evaluó dicho programa. Para el análisis de los datos se aplicó una Prueba “t”, para analizar las diferencias “antes-después” del programa de intervención, acompañada por el tamaño del efecto (“d”) debido al tamaño pequeño de la N. Asimismo, se aplicó la prueba U Mann-Whitney con el fin de explorar si existían diferencias en la variable seguimiento de dieta restringida en las chicas con cambios positivos y en las chicas con cambios negativos. Los resultados revelaron que las participantes expuestas al Programa de intervención basado en la técnica de Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) redujeron los indicadores relacionados con el factor de riesgo “preocupación por el peso y la comida”, así como, el riesgo a desarrollar un TCA cuando el factor de más peso sea el antes mencionado. De igual manera, la intervención disminuyó el “seguimiento de dieta restringida” en las jóvenes que iniciaron prácticas dietarias a edades muy tempranas, es decir, en las chicas de mayor riesgo. Por último, con respecto a los factores de riesgo “insatisfacción con la imagen corporal” y “actitud negativa hacia la obesidad”, se encontraron resultados no esperados debido a que no todas las estudiantes estaban insatisfechas ni tenían actitud negativa hacia la obesidad.

* Proyecto CONACyT denominado “Maltrato infantil como Factor de Riesgo en “Trastornos de la Conducta Alimentaria”. Proyecto No. 40597-H, bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.- TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La conducta alimentaria tiene gran relevancia, ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo y cobra más valor tomando en cuenta que la alimentación en el ser humano deja de ser instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por varios factores: psicológicos, sociales y culturales, también intervienen aspectos emocionales y de placer, por lo tanto pueden ser una fuente de conflicto, la cual puede generar desórdenes alimentarios, es por ello que la conducta alimentaria va más allá de su base biológica (aspectos neuroendócrinos, neuroquímicos), es multifactorial (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Para Toro (1996) todo ser vivo para mantenerse, precisa alimentarse. El hombre no es la excepción. Braun (1995) menciona que el hombre tiene la capacidad de controlar una gran variedad de situaciones que se le presenten: puede suprimir algunos hábitos adquiridos, también cambiar de una ideología a otra, sin embargo, no puede dejar de comer.

El comer es una actividad importante en la vida de las personas, de tal modo que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios y los desbalances crean problemas en las personas no sólo en los aspectos fisiológicos del organismo corporal, sino también en la personalidad psicológica y en las relaciones con los demás (Bernard y Trouvé 1978; citado en Vírseda, 1995).

Braun (1995) señala que los requerimientos alimentarios varían de un individuo a otro, tomando en cuenta su edad, sexo, talla, peso y actividad física, etc. Para Toro (1996) la imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto de comer. Cabe señalar que nutrición y alimentación no son lo mismo; al respecto Bourges (1997) define nutrición como el conjunto de procesos involucrados en la obtención por el organismo y, luego, en la asimilación y utilización por cada célula de las sustancias nutritivas (o nutrimentos); también explica que nutrimento es toda sustancia que juega un papel metabólico, indispensable para la vida y proviene del medio. Por lo que la alimentación es solo parte de la nutrición, es decir, el conjunto de los procesos mediante los cuales el organismo obtiene del medio los nutrimentos; siendo la alimentación un factor parcial, la nutrición es el resultado global.

En tanto que la nutrición es continua, la alimentación no lo es; se come varias veces al día (una, dos, tres, cuatro veces), pero la nutrición no se detiene nunca mientras se esté vivo, ya que las células siempre están asimilando y transformando nutrientes para funcionar y sobrevivir. De ahí la importancia del acto de comer que todo ser humano se ve obligado a practicar miles de veces a lo largo de su vida (Toro, 1996).

La parte de la alimentación que sigue a la ingestión de alimentos tiene que ver con procesos biológicos sujetos a algunas influencias no biológicas y son semejantes de un individuo a otro. Por el contrario, la parte previa a la ingestión de alimentos difiere entre los individuos y hasta para un mismo individuo en diferentes momentos. Las variaciones más frecuentes son con los alimentos consumidos (pan, leche, frijoles, fruta, etc.), sus proporciones y su preparación, los horarios, la frecuencia de las comidas, y su cantidad (Bourges, 1997). Sin comer lo suficiente y variado en cuanto a las propiedades alimentarias genera desajustes de todo tipo debilidad física, depresión, irritabilidad, etc., (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001). Esto nos permite observar la importancia de la alimentación en la salud física y mental de todo ser humano.

La comida es el primer objeto externo con el que se encuentra el recién nacido (mamá amamantando a su bebé). Al principio se confunde con la madre, antes de diferenciarse por sí misma (Guillemot y Laxenaire, 1994). Para Toro (1996) este hecho es más que la simple ingestión y posterior digestión de la leche ingerida, ya que el bebé experimenta la supresión de una sensación desagradable, el hambre, en presencia de su madre; se desarrolla un vínculo afectivo, se estimula al niño, es decir, va más allá de la alimentación. Por lo tanto, la comida en su situación privilegiada modela y modula los primeros cambios relacionales y determina las cualidades de los mismos, los cuales prevalecerán durante el resto de la vida (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas, desde el nacimiento, siendo el comer un acto social que se mantiene a lo largo de la vida. La comida y el hecho de comer suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia son significativas emocionalmente para el comedor en cuestión, es decir, posee significados (Toro, 1996).

Para Kirsman y Salgueiro (2002) la alimentación tiene una función mediadora de las relaciones sociales: une, acerca. Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky (1995) mencionan que es una de las actividades sociales más relevantes. Estos autores coinciden que a través de la comida se dan celebraciones sociales de diversa índole como: nacimientos, cumpleaños, bodas, bautizos, negocios, etc., es decir, se amplían los círculos sociales y se generan oportunidades.

En 1979, Baas et al. (citado en Toro, 1996, p.3) enumeraron los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos, así como los significados que se le puede atribuir.

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertinencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Toro (1996) refiere que la comida tiene múltiples significados al igual que el no comer, ya que el suprimir algún alimento puede convertirse en un castigo. Por ejemplo, los dulces en los niños, son usados como premio para reforzar comportamientos positivos, y representan un castigo, cuando se les prohíben. En algunas sociedades o culturas el prohibir el consumo de un alimento tiene que ver con aspectos religiosos. Tomando en cuenta que una de las primeras preocupaciones humanas fue buscar el alimento; Guillemot y Laxenaire (1994) consideran que los hombres ofrecían sus cosechas y animales a los antiguos dioses como ofrendas, para garantizar su protección, generándose así lazos simbólicos, los cuales han estado presentes en los diferentes contextos religiosos (paganismo y monoteísmo), otorgándole un carácter sagrado a la comida y reafirmando su importancia simbólica. Aunque, no necesariamente las restricciones en su totalidad tienen que ver con lo sagrado, la naturaleza también determina. Aimez (1979; citado en Guillemot y Laxenaire, 1994) señala que el hombre ha vivido tres grandes revoluciones alimentarias siendo primero cazador, campesino y obrero. Por lo tanto, el ser humano ha tenido que adaptarse a estos cambios; cambios que de alguna manera favorecieron el ayuno, ante la escasez de alimentos, siendo más llevaderos al darles un sentido divino. Toro (1996) encuentra que el ayuno en principio está estrechamente vinculado al ritmo de la naturaleza, de igual manera lo relaciona con la religión. El ayuno desde la perspectiva religiosa tiene que ver con lo sagrado, la purificación y el sacrificio.

Actualmente, aunque el alimentarse ya no represente un problema, la abundancia de comida, por lo menos en los países desarrollados, no ha modificado la conducta del ayuno, ya que ésta sigue vigente, pero lejos de sus razones iniciales, la naturaleza y la religión; el ayuno ha perdido su carácter sagrado en nuestra sociedad moderna, tomando como estandarte la belleza estética y el culto a la delgadez marcado por la amplia aceptación social.

De acuerdo con Holtz y Tena (1995) los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) causan graves desequilibrios orgánicos, los cuales incluso ponen en peligro la vida de quien los padece. Una de las consecuencias de los TCA es la desnutrición. Al respecto, Crispo, Figueroa y Guelar (2001) mencionan que los TCA son resultado de la inanición, señalando una característica afectiva importante en la gente con desórdenes alimentarios, *la depresión*; también algunas características físicas como: cefaleas; hipersensibilidad a la luz y a los ruidos; molestias gastrointestinales: acidez, constipación, diarrea; problemas de visión y auditivos;

adormecimiento de miembros (pies y manos); calambres; metabolismo lento; intolerancia al frío; bradicardia y taquicardia; amenorrea, etc.

La frecuencia de aparición y relevancia de los trastornos alimentarios ha ido cambiando a lo largo del tiempo, actualmente han incrementado. Holtz y Tena (1995) encontraron que los trastornos de la conducta alimentaria afectaban a un número creciente de mujeres adolescentes, y adultas jóvenes; otras investigaciones coinciden con lo anterior; además han encontrado casos de TCA en niños, así como en varones (Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001; Kirsman y Salgueiro, 2002).

1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A lo largo de la historia de la humanidad hay antecedentes de trastornos alimentarios. Para Gómez (1996) desde los últimos siglos del imperio romano ya existían mujeres con características anoréxicas muy similares a las actuales. Metroira, médica griega que ejerció en Roma en el siglo I, habla de la "sitergia" (palabra griega que significa "rechazo al alimento"), una enfermedad femenina que empieza aparentemente en el estómago y termina en los pulmones, causando la muerte.

De acuerdo con Skrabanek (1983; citado en Guillemot y Laxenaire, 1994) hay tres períodos en la historia de Europa occidental: Del siglo V al XVI, la literatura teológica aborda los casos de muchachas jóvenes que presentaban rechazo a los alimentos, estas conductas eran vistas como señales de elección divina o de posesión demoníaca; del siglo XVI al XVIII, las causas sobrenaturales son el factor de explicación para el rechazo alimentario; y después de la segunda mitad del siglo XIX, nace el concepto de anorexia nerviosa, al que se le atribuye una etiología de tipo psicológico, tornándose como entidad clínica.

De acuerdo con Toro (1996) en un período considerable de tiempo, esta sintomatología estuvo impregnada de significados religiosos, lo cual atribuía a esta conducta, explicaciones y curas milagrosas, por ejemplo el caso de Friderada Treuchtlingen, siglo IX, comía vorazmente, fue enviada a un monasterio donde su apetito desapareció, y dio paso al rechazo de alimento. También se llegó a canonizar a las ayunadoras religiosas, tal es el caso de Santa Catalina de Siena. Por lo que, se puede decir que en la edad media la causa de restricción alimentaria voluntaria era de carácter

religioso. Sin embargo, hubo aportaciones, las cuales fueron dando paso a descripciones más enfocadas hacia la medicina. Avicena, médico, filósofo y místico árabe-islámico, da la primera descripción relativa a la anorexia nerviosa. Entre 1714 y 1766, Robert Whytt consideró el origen nervioso de los trastornos de las conductas alimentarias (Silverman, 1987; citado en Guillemot y Laxenaire, 1994).

Richard Morton (1959; citado en Toro, 1996) es quien hace la primera aproximación médica del trastorno anoréxico, describiéndolo como una perturbación del sistema nervioso, que consideró como “consunción nerviosa” detallando el síntoma principal de la anorexia nerviosa como falta de apetito y pérdida de peso atribuible a estados de ansiedad y tristeza, es el precursor del método de separación familiar. Con el paso del tiempo surgen otras conceptualizaciones, muchas de éstas, producto de escritos, tratados y publicaciones donde se relatan casos clínicos. En 1798, Pinel en *Nosographie Philosophique* habla de la neurosis de la digestión donde incluyó la bulimia, la pica y la anorexia, entendiendo la anorexia como una “neurosis gástrica” (Toro, 1996).

Laségue en Francia, en 1873, habla de anorexia histérica y describió tres fases: en la primera los dolores gástricos favorecían la restricción alimentaria, en la segunda fase justificaban una conducta anormal para preservar la salud y en la tercera la enfermedad se había establecido; abordó aspectos sociales sugiriendo que existía una relación entre el rechazo de los alimentos y el conflicto intrafamiliar. Simultáneamente Gull en Inglaterra optó por el término anorexia nerviosa e insistió en la importancia de la actitud del entorno, los médicos en el tratamiento y la nocividad de la familia. (citados en Guillemot y Laxenaire, 1994). En 1885, Charcot hizo hincapié en el aislamiento para fines terapéuticos. Alrededor de 1908, Gilles de la Tourette realizó los primeros intentos para separar la anorexia nerviosa primaria de la anorexia secundaria. Éste insistió en el origen psíquico de la primera y en el hecho de que sus pacientes no sufrieran una falta de apetito, sino que rechazaban el alimento presentando un trastorno de la percepción de su cuerpo (citados en Guillemot y Laxenaire, 1994).

En 1903, Pierre Janet después de estudiar a varios pacientes anoréxicos describió dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica de la anorexia nerviosa, en la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre, la paciente estaría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar, así como a desarrollarse y hacerse mujer, mientras que en la forma histérica, implicaría una pérdida real del

apetito. Para Janet, la anorexia tenía un origen emocional. Freud consideró a la anorexia nerviosa como una forma de melancolía donde la sexualidad no se desarrolló adecuadamente, definiéndola como neurosis nutricional, la cual se presentaba en jóvenes (citado en Toro, 1996).

Mientras que algunos autores consideraban “mental” o “nervioso” el origen del síndrome, el descubrimiento, en 1914 por parte de Simonds, de la caquexia hipofisaria abrió una etapa en la historia del concepto de anorexia nerviosa, en la cual destacó la patogenia endocrina. Los endocrinólogos consideraron entonces a la anorexia nerviosa una forma de panhipopituitarismo que precisaba un tratamiento endocrinológico. Las hipótesis endocrinológicas dieron lugar a exploraciones biológicas y anatomopatológicas, entre 1938 y 1956. Sin embargo, fueron rebatidas por la ineficacia de los tratamientos hormonales, mientras que los psiquiatras, empleando el aislamiento familiar, obtuvieron éxito terapéutico, con ello finalizó esta etapa (citado en Guillemot y Laxenaire, 1994).

Para Guillemot y Laxenaire (1994) los cambios generados a partir de la Segunda Guerra Mundial en las ciencias favorecieron otra visión de los trastornos. Antes de 1960, las explicaciones psicopatológicas se basaban en su mayoría en el modelo de la neurosis. En el plano terapéutico, coincidieron en reconocer la necesidad del aislamiento. Y en cuanto al diagnóstico se insistió en la diferenciación que debía establecerse entre anorexia primaria y secundaria, ésta última relacionada con una patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, el delirio de envenenamiento, la depresión grave, etc.

Para Bruch (1974; citado en Toro, 1996), la anorexia nerviosa debía entenderse en términos del desarrollo de la personalidad total en el contexto familiar, en oposición a una visión limitada al desarrollo psicosexual. Además, propuso dos tipos de anorexia: primaria y secundaria, en la primaria se daría una distorsión de la imagen, incapacidad de reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de ineficacia; y en la segunda pérdida de peso grave debido a conflictos internos, alimentos saturados de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria.

De acuerdo con Guillemot y Laxenaire (1994), los métodos terapéuticos se diversificaron, surgiendo las teorías familiares sistémicas donde se atribuía el trastorno alimentario a la dinámica familiar, ya que es donde se transmiten los valores y las prácticas sociales, lo cual constato que el trastorno en

la mayoría de las mujeres se debía a que éstas presentaban mucho más control familiar que los hombres, además, se reconoció a la alimentación como un elemento simbólico de lucha y conflicto familiar. La principal característica de este período residió en la gran diversidad de abordajes explicativos y terapéuticos del trastorno: psicoanálisis, abordajes comportamentales, biológicos y sistémicos. Por otro lado, varios psiquiatras describieron ciertas conductas de pacientes, los cuales presentaban períodos de voracidad e ingestas alimentarias compulsivas. De esta manera, fue surgiendo el concepto de bulimia.

Russel introdujo en 1979 el término de bulimia nerviosa y fue el primero en definir los criterios diagnósticos de la misma. En 1980 la bulimia se incluyó como diagnóstico independiente en el DSM-III, y en 1989 se contempló la frecuencia de los accesos bulímicos dejando de precisar la necesidad de exclusión del diagnóstico de anorexia nerviosa en el DSM-III-R. La bulimia no es un trastorno reciente, aunque ha llamado la atención actualmente debido a la multiplicación de los casos; en la literatura del siglo XIX el New Dictionary of Medical Science definió el término "bulimia" como hambre de buey. Un apetito atroz. "Se observa en la histeria y a lo largo del embarazo, pero raramente en otras circunstancias" (citado en Guillemot y Laxenaire, 1994).

1.2.- LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA SOCIEDAD

A lo largo del tiempo los alimentos han estado cargados de significados, pasando más allá de simples elementos de supervivencia, porque permiten socializar con otros individuos, identificar geográficamente, convivir con la familia y con amistades, auxilian en la recuperación de enfermedades, por ello son una realidad social, cultural, psicológica y biológica. La sociedad en su paso por el tiempo ha cambiado (formas de pensamiento, tecnología, economía, normas sociales, estilos de vida, moda, etc.), lo cual impacta la relación hombre-comida.

Desde hace algunas décadas la sociedad ha manifestado interés por la apariencia física, particularmente preocupación por el culto a la delgadez, que a la fecha constituye una presión social muy fuerte. Según algunos estudios, la delgadez se ha convertido, en la mayoría de las sociedades, en sinónimo de belleza, éxito social; también de dominio corporal y de sí mismo (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Lo anterior acentúa la constante de obtener una “apariencia física delgada”, llegando a los extremos de promover trastornos alimentarios. En los trastornos alimentarios hay alteraciones de conducta alimentaria; estos trastornos reciben el nombre de Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa y Trastornos Alimentarios no Especificados.

Hace tres décadas los llamados trastornos de la conducta alimentaria (TCA), eran prácticamente desconocidos para la mayoría de los médicos e incluso para muchos psiquiatras, constituían un diagnóstico excepcional; sin embargo, en los últimos 25 años, éstos se han convertido en enfermedades importantes en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores (García-Camba, 2002). Toro (2000) señala que la anorexia nervosa es un trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia sanitaria. Para Gómez (2003) los TCA se consideran, junto con el sida, una de las patologías representativas de nuestro tiempo.

En los trastornos alimentarios hay alteraciones de la conducta alimentaria, se considera TCA cualquier relación impropia con la comida o una grave desviación de los hábitos alimentarios cuyas repercusiones afectan a la salud física y psíquica de la persona (Gómez, 2003).

1.3.- ANOREXIA NERVOSA

La palabra anorexia en su sentido etimológico quiere decir falta de apetito. Crispo, Figueroa y Guelar (1994) refieren a la anorexia como una enfermedad, pérdida del deseo de comer, ocurre en pacientes adentradas en estado de desnutrición. Sin embargo, Gómez (2003) señala que en un principio las anoréxicas sí sienten hambre, pero dejan de comer porque algo dentro de ellas las empuja a querer adelgazar.

La Asociación Americana de Anorexia Nervosa define la anorexia como: un trastorno de deliberada inanición con profundos componentes físicos y psiquiátricos (González, 1992; citado en Barber et al., 1995). De acuerdo con Toro (1996) la anorexia es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal, superior al 15%, que se da de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue a partir de la reducción de alimentos, especialmente de los que engordan, también mediante vómitos autoinducidos, uso de

laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos. Al respecto García-Camba (2002) manifiesta que la anorexia es un trastorno grave de los TCA, que se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y peso corporal.

Desde la perspectiva etiopatogénica la anorexia nervosa se instaura a través de la integración patogénica de factores psicobiológicos individuales, familiares y socioculturales. Según Chinchilla (1994) hay cierta vulnerabilidad biológica predisponente mixta, heredada prenatalmente y adquirida por un mal o dismadurativo desarrollo psicobiológico, psíquico y morfofuncional cerebral, por déficits, secundaria a mala educación y aprendizaje cognitivo y afectivo infantil. También contempla la dismaduración hipotalámica y de ciertos neurotransmisores (5HT, NA, DA, opioides endógenos, etc.), implicados en otros trastornos como la depresión y el trastorno de control de impulsos.

1.3.1.- ETIOLOGÍA DE LA ANOREXIA NERVOSA

A pesar del enorme volumen de investigaciones que se han centrado en los TCA, su etiología sigue siendo en gran medida un enigma. De acuerdo con García-Camba (2002) los factores que intervienen en la etiopatogenia de los TCA son de cuatro tipos:

1. Biológicos, fundamentalmente genéticos y neuroendocrinos.
2. Psicológicos.
3. Familiares.
4. Socioculturales (p.14).

También menciona que en el caso de la anorexia, las alteraciones fisiopatológicas que protagonizan el cuadro han llevado a especular que la causa principal del trastorno del comportamiento sería de naturaleza biológica. Sin embargo, en contra de tal criterio se ha argumentado que las alteraciones fisiológicas desaparecen con la recuperación ponderal.

1.3.1.1.- Factores Biológicos en la Anorexia Nervosa

Factores Genéticos:

Los trastornos alimentarios son más frecuentes entre los familiares de primer grado de pacientes con anorexia nervosa y bulimia. Asimismo, el riesgo de padecer un trastorno alimentario es cinco veces

mayor dentro de la familia de pacientes anoréxicos (Caparrós y Sanfeliú, 1997); es decir, tienen un riesgo superior a desarrollar este tipo de trastorno que la población general. Cabe señalar la importancia de los factores genéticos, ya que estudios realizados con gemelos monocigóticos mostraron una alta concordancia (50 por 100) que baja al 7 por 100 en gemelos dicigóticos, particularmente en el género femenino, en caso de distinto sexo la concordancia decrece al 0 por 100 (Caparrós y Sanfeliú, 1997). Treasure y Holland (1995; citados en García-Camba, 2002) señalan valores de concordancia superior en gemelos idénticos del mismo sexo en el caso de la anorexia.

Se ha especulado sobre el mecanismo subyacente en esta vulnerabilidad genética en la anorexia. Podría suceder que la alteración en el control de peso corporal se pusiera sólo de manifiesto con la propia pérdida de peso o como consecuencia del estrés psicosocial. En este sentido, se ha visto que cuando se produce un importante adelgazamiento por cualquier otra causa, por ejemplo en el marco de una reacción de duelo, un episodio febril importante o una huelga de hambre, puede desencadenarse una anorexia (García-Camba, 2002).

1.3.1.2.- Factores Endocrinos en la Anorexia Nervosa

Alteraciones hipotalámicas

Alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides

Hormona del crecimiento

Alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono

Prolactina

Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal

Eje hipotálamo-hipófisis-gonadal

De acuerdo con Caparrós y Sanfeliú (1997) en el hipotálamo se produce una interrelación con diversos grados de equilibrio entre apetito, saciedad, adelgazamiento y ganancia de peso. El área ventromedial está atravesada por sistemas tan importantes como el dopaminérgico mesolímbico, el noradrenérgico dorsal y el serotoninérgico medial, una lesión en los núcleos antes nombrados puede afectar a estas transmisiones; las cuales tienen que ver con los neurotransmisores que se

relacionan con el alimento como las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina) y la serotonina. Por lo que, la malnutrición en la anorexia genera disfunciones en el sistema serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico, que dan lugar a la tristeza, aislamiento social, irritabilidad, ansiedad, obsesiones y compulsiones (Vera, 2001). De igual manera, en cuanto a los aspectos neuroendocrinos, debido a la hiponutrición, el organismo se prepara para la conservación de energía; desciende el metabolismo (tiroides); decrece la capacidad reproductiva (gonadotropinas) y aumenta la función corticosuprarrenal (aumento del cortisol). Los cambios neuroendocrinos son la combinación del estrés y los efectos de la desnutrición (Chinchilla, 1994).

Pacientes diagnosticados como anoréxicos muestran alteraciones persistentes tras la realimentación adecuada. De igual manera, presentan amenorrea, en ocasiones ésta se da antes de la pérdida de peso, es decir, se da un trastorno fisiológico primario.

La restricción alimentaria relacionada con la hiperactividad de la anorexia, obliga a la utilización de las reservas energéticas del organismo que se coloca en un estado catabólico. Aparece una lipólisis y aumento de ácidos grasos libres y de los cuerpos cetónicos. Como hay una privación de glúcidos y lípidos, el metabolismo proteico se encuentra más preservado. También se altera la función pancreática: la secreción de insulina disminuye. El glucagón aumenta, hormona catabólica. Para Pasqualini (1973; citado en Barber et al., 1995) la reducción del aporte energético es la única alteración metabólica de significado patogénico. Otras alteraciones pueden ser:

- A. De la función tiroides: disminución de las hormonas T3 y T4 (hormonas tiroideas) (lo que explicaría el estreñimiento, intolerancia al frío y el lanugo).
- B. Niveles altos en la hormona de crecimiento (HGH), aunque no en todos los casos.
- C. Cierta tendencia a la disminución de la tolerancia a la glucosa por menor producción insulínica. García-Camba (2002) menciona que las pruebas de tolerancia a la glucosa presentan alteraciones en las pacientes diagnosticadas como anoréxicas, en las cuales son frecuentes las crisis hipoglucémicas que incluso pueden ocasionarles la muerte.
- D. Aumento del cortisol en el plasma, con disminución de los 17-hidroxi-corticoides en orina y alteración del ritmo circadiano del cortisol en el plasma. Parece que estas alteraciones son secundarias a la desnutrición.

- E. Uno de los aspectos que han recibido mayor atención es la secreción gonadotrópica. Su disfunción es responsable de la amenorrea, manifestación de la alteración del sistema hipotálamo-hipófiso-gonadal. La cuestión radica en saber con certeza si es una causa o efecto de la pérdida ponderal. Cuando la amenorrea es prolongada puede presentarse la osteoporosis (Caparrós y Sanfeliú, 1997, p. 46).

En estudios ginecológicos (ultrasonidos) se han encontrado la formación de quistes en los ovarios (ovarios poliquísticos) en pacientes en fase de recuperación. Además se ha registrado una disminución de FSH y LH, también de estrógenos y progesterona plasmáticos (García-Camba, 2002). Las gonadotropinas hipofisarias no vuelven a sus niveles normales una vez que se restablece la realimentación, es decir, a pesar de la ganancia de peso no se recupera el ritmo adulto de la LH (LH y FSH: hormonas hipofisarias que estimulan ovarios y testículos). Por lo que la amenorrea de las pacientes puede ser hipoestrogénica, hipogonadotrófica e hiperdopaminérgica. Aparecen trastornos electrolíticos secundarios.

1.3.1.3.- Factores Psicológicos en la Anorexia Nervosa

Algunos rasgos de personalidad, en particular obsesivos y ansiosos, aumentan la vulnerabilidad para el desarrollo de TCA. En la anorexia los trastornos de personalidad suelen ser de tipo obsesivo-compulsivo, sobre todo en la anorexia restrictiva (García-Camba, 2002), ya que muestran tendencia al perfeccionismo, hay pensamientos dicotómicos extremistas (todo o nada y/o blanco-negro) (Vera, 2001).

Algunos autores coinciden en que previamente al desarrollo de un trastorno alimentario los pacientes presentan problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales de relación social, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades en relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas (Bruch, 1973; Garner y Bemis, 1982; Slade, 1982).

1.3.1.4.- Factores Familiares en la Anorexia Nervosa

En varios estudios se han constatado disfunciones familiares en los pacientes con TCA. Se trata de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas, con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda. Al respecto Holtz (1992; citado en Barber et al., 1995) menciona las siguientes características de la familia de los que padecen anorexia nervosa: rígida, sobreprotectora, constreñida, con límites confusos, intrusivos, falta de relaciones objetales y empatía, falta de independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto, bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor, triangulación, el paciente se encuentra envuelto en el conflicto parental, lealtad al grupo, “la familia antes que nada”, ponen una gran importancia en mantener el “status quo”, demandantes y controladores; ni los deseos, ni los conflictos se expresan abiertamente, alianzas secretas entre los miembros de la familia. Para Vera (2001) la probabilidad de que se produzca un trastorno alimentario es mayor si los padres se preocupan de forma excesiva por el cuerpo y su estética, si son perfeccionistas y exigentes.

1.3.1.5.- Factores Socioculturales en la Anorexia Nervosa

Los factores socioculturales desempeñan un papel importante en el desarrollo de los TCA, el mundo occidental se identifica con la delgadez, la cual es considerada como sinónimo de atractivo físico. Para lograrlo se auxilian de la dieta, siendo ésta un factor de riesgo para el desarrollo de TCA. Para otros autores, estos factores son la causa del aumento en la incidencia de los trastornos alimentarios en la sociedad moderna, en clases media y alta, donde la obtención de alimento no constituye problema alguno. El ideal de belleza femenino ha ido evolucionando, siendo cada vez más delgado, lo cual representa una presión significativa para las personas afectadas, repercutiendo en su evaluación personal positiva o negativamente (Fernández, 2001). Los medios de comunicación son portavoces y creadores de los estereotipos estéticos corporales, los cuales suelen extenderse a todas las clases sociales, resaltando en su mensaje la delgadez como sinónimo de atracción y triunfo (Vera, 2001).

1.4.- SÍNTOMAS

De acuerdo con García y Olvera (2003) la anorexia nervosa es una forma de desnutrición resultante de la inanición crónica, durante la enfermedad se ponen en marcha mecanismos a fin de mantener la vida pasando a segundo término funciones como la reproducción y el crecimiento. Para Chinchilla (1994) el diagnóstico de anorexia nervosa se basa en definirla como un síndrome con síntomas primarios y secundarios. Síndrome que aparece en edades jóvenes, frecuentemente en muchachas púberes o postpúberes limitando por lo general la aparición a los 25 años. Otros autores señalan un 95% de preponderancia femenina, y en estratos socioeconómicos medio y alto (Strada, 2002; Schroeder, 1992; citado en Barber et al., 1995). De acuerdo con Chinchilla (1994) los síntomas primarios son:

- Conducta alimentaria específica
- Hiperactividad
- Amenorrea o retardo de la menarquía
- Pérdida de peso de por lo menos un 25%

Estos síntomas primarios son precedidos por un desencadenante psíquico conflictivo, manifestándose en humor depresivo, angustia, ansiedad, tristeza, hiperactividad, pobreza del pensamiento, vivenciación del suicidio, etc. Secundariamente se dan los siguientes síntomas somáticos:

- Estreñimiento
- Vómitos
- Malestar en estómago
- Caída de cabello
- Acrocianosis
- Mayor sensibilidad al frío
- Hipotensión
- Bradicardia
- Hipotermia
- Crisis ortostáticas
- Edemas

- Disminución de la masa muscular
- Insomnio
- Dificultad para conciliar el sueño
- Crisis de bulimia
- Reacciones personales, interpersonales y alimentarias conflictivas
- Alteración perceptiva de la imagen corporal
- Alteración de la sensación de hambre y saciedad
- Síntomas depresivos (p.41).

Dentro de la sintomatología de la anorexia nervosa se puede observar que los pacientes presentan una pérdida de tejido graso y muscular acompañada de aumento del agua extracelular (Rigand, 2000; citado en García y Olvera, 2003). En las personas prepúberales hay un retraso en el crecimiento y la maduración. Los síntomas cardiovasculares son frecuentes y pueden llegar a ser causa de muerte en las anoréxicas (bradicardia, hipotensión ortostática, palpitaciones, fatiga, disnea y dolor torácico).

En el sistema óseo se manifiesta dolor durante el ejercicio, se detectan puntos dolorosos, y en el caso de las personas prepúberales retraso en el crecimiento esquelético. A nivel muscular hay debilidad y dolores musculares; se presenta la atrofia muscular. A nivel endocrino puede haber retraso en la maduración psicosexual y disminución de la libido (pérdida de la menstruación o amenorrea primaria y problemas de fertilidad). Ante los cambios en el metabolismo de los carbohidratos puede aparecer intolerancia oral a la glucosa por la disminución en la secreción de insulina; así como la intolerancia al frío y la hipotermia. Además suelen aparecer cuadros anémicos como anemia, leucopenia y trombocitopenia moderada, acompañadas de intolerancia al frío y fatiga.

Otras manifestaciones características son las gastrointestinales que suelen acompañarse de vómitos, dolor abdominal, hinchazón, diarrea y estreñimiento. También se pueden observar cambios cutáneos como: piel seca, xerosis, alopecia, uñas frágiles, cabello opaco y frágil. A nivel neurológico los estudios encefalográficos muestran cambios del EEG de vigilia-sueño. De acuerdo con Patchell, Fellows y Humphries (1994; citados en García y Olvera, 2003) las complicaciones neurológicas se revierten tras corregir los déficit nutricionales y el desequilibrio hidroelectrolítico.

COMPLICACIONES FÍSICAS DE LA ANOREXIA NERVOSA

Órganos y sistemas	Síntomas	Signos
General	Debilidad, laxitud	Malnutrición
SNC	Apatía, falta de concentración	Trastornos cognoscitivos, depresión animo irritable
Cardiovascular y vascular periférico	Palpitaciones, fatiga, disnea y dolor torácico. Frialdad en extremidades	Arritmias, bradicardia, hipotensión ortostática marcada, vasoconstricción periférica con acrocianosis.
Esquelético	Dolor óseo con el ejercicio	Puntos dolorosos, talla baja/retraso crecimiento esquelético
Muscular	Debilidad y dolores musculares	Atrofia muscular
Endocrino	Retraso en la maduración psicosexual y disminución de la libido	Pérdida de menstruación o amenorrea primaria, retraso del desarrollo sexual o regresión de los caracteres sexuales secundarios. Problemas de fertilidad. Mayor tasa de complicaciones gestacionales neonatales.
Metabólico	Fatiga, intolerancia al frío, vómitos	Hipotermia
Hematológicos	Fatiga, intolerancia al frío	Rara vez, hematomas y trastornos de coagulación
Gastrointestinales	Vómitos, dolor abdominal, hinchazón, diarrea y estreñimiento	Distensión abdominal con las comidas. Ruidos intestinales anormales.
Piel	Cambios en el cabello	Edema marcado. Lanugo

Fuente: García y Olvera (2003), p.55.

1.5.- CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN LA ANOREXIA NERVOSA

Las personas anoréxicas presentan una inteligencia término medio y superior al término medio, autoexigencia y perfeccionismo obsesivo. También hay un alejamiento de lo sensual y de las necesidades primarias, frugalidad, desarrollo psicosocial y sexual retrasados; manifiestan pasividad, sumisión y completa obediencia ante las figuras de autoridad, retraimiento, introversión, timidez, ansiedad, cautela en las relaciones interpersonales y dependencia intensa a la familia (Donoso, 1990 citado en Barber et al., 1995). De igual modo hay alteración de la imagen corporal, depresión, falta de conciencia con respecto a la enfermedad, y cabe señalar que algunas pacientes anoréxicas con atracones y purgas recurren a conductas autoagresivas, inclusive al intento de suicidio o al suicidio (García-Camba, 2002).

1.6.- CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA NERVOSA

La anorexia nervosa se inicia típicamente en la adolescencia entre 14-18 años. El comienzo de la enfermedad se asocia a un acontecimiento estresante. El curso y el desenlace del trastorno es variable. Las personas con trastornos de la conducta alimentaria presentan complicaciones médicas muy numerosas, las cuales afectan a todos los sistemas; ya que suelen manifestar alteraciones de carácter físico, cognoscitivo, conductual y psicopatológicos. Algunas personas se recuperan después de un único episodio, otras sufren recaídas y otras presentan deterioro orgánico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10%. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (DSM-IV-TR, 2002). Las alteraciones pueden ser:

1.- Alteración de la imagen corporal:

- a) Sobreestimación del propio volumen o peso.
- b) Preocupación excesiva por la imagen o el peso.

2.- Trastornos de la conducta alimentaria:

- a) Deseo intenso y desproporcionado por adelgazar.

b) Restricción de la ingesta: insuficiente, irregular o absurda.

c) Conducta dirigida a controlar el peso

d) Ejercicio físico excesivo

e) Uso de laxantes, diuréticos, etc.

f) Recurso al vomito autoinducido

3.- Pérdida de peso:

a) Oscila entre el 15 y el 50% o más de pérdida

4.- Amenorrea (ausencia de la regla) en las mujeres

5.- Alteraciones neuroendocrinas:

a) Hipogonadismo

b) Hiperadrenalismo

c) Aumento de opioides

d) Alteración vasopresina

e) Disminución de la T-3

f) Aumento de la hormona de crecimiento

g) Alteración del cortisol

h) Alteración de neurotransmisores

6.- Comienzo de la pubertad-adolescencia (Bousoño, 2003, p.113).

1.7.- DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVOSA

El diagnóstico de anorexia nervosa puede ser confuso, porque hay aspectos que enmascaran el cuadro, entre estos podemos citar los estereotipos estéticos, los cuales son aceptados ampliamente por la sociedad contemporánea, la delgadez como sinónimo de belleza (Barber et al., 1995). Consiste en la identificación de ciertas conductas alteradas, y tienen que ver con la imagen corporal, con la alimentación, y con otros síntomas desarrollados durante la enfermedad. La anorexia nervosa se basa fundamentalmente en la pérdida de peso significativa por rechazo a la comida, miedo a convertirse en obeso, (aún estando en la delgadez extrema), trastornos perceptivos como la alteración de la imagen corporal y por amenorrea en mujeres, es decir la ausencia de la menstruación, ésta puede ser primaria o secundaria (Chinchilla, 1994).

Los criterios que se utilizan para el diagnóstico son los que se registran en el DSM-IV-TR y la CIE-10. Cabe señalar que los criterios diagnósticos que establecen la CIE-10 y el DSM-IV-TR tienen diferencias en algunos aspectos. El CIE-10 especifica que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan” y señala como síntoma cardinal en el varón la pérdida de interés y de la potencia sexual (equivalente a la amenorrea en la mujer). Por último, a diferencia del DSM-IV-TR, donde el diagnóstico de anorexia prevalece sobre el de bulimia, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia si se han dado atracones de forma regular. De acuerdo con el **DSM-IV-TR** (2002) la anorexia se caracteriza por pérdida de peso excesiva o mantenimiento de un peso en un nivel significativamente inferior al normal.

A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (peso inferior al 85% del peso esperable).

B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal y exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D) Amenorrea en las mujeres pospúberales (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, la administración de estrógenos).

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas. (Por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (pp. 659 y 660).

Para la **CIE-10** (1993) la anorexia se caracteriza por:

- A. Pérdida de peso o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida, a través de la evitación de consumo de "alimentos que engordan".
- C. Distorsión de la imagen corporal psicológica en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés e impotencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas).
- E. No cumple los criterios A y B de la Bulimia Nervosa (p.145).

Diagnosticar la enfermedad tempranamente, es poco común por la evitación del enfermo para acudir al médico, aún cuando todos los síntomas sean significativos para él y la familia. Sin embargo, establecida la anorexia nervosa y en etapas avanzadas es fácil determinar el cuadro clínico (Chinchilla, 1994; Barber et al., 1995, y García-Camba, 2002), tomando en cuenta la exclusión de trastornos médicos que podrían explicar la pérdida de peso, ya que al comienzo y tiempo después, el único signo es la disminución del tejido adiposo, siendo normales las pruebas de laboratorio.

1.7.1.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ANOREXIA NERVOSA

Importante considerar las diferencias con los siguientes trastornos:

- Trastornos endocrinos y metabólicos, como panhipopituitarismo, enfermedad de Addison, hipertiroidismo y diabetes sacarina.
 - Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn y esprue celiaco.
 - Infecciones crónicas y cánceres, como tuberculosis y linfoma.
 - Trastornos del sistema nervioso central, como tumores hipotalámicos.
 - Trastornos depresivos y cierto tipo de trastornos somáticos
1. Esquizofrenia
 2. Bulimia nervosa (Barber et al., 1995, p. 22).

1.8.- BULIMIA NERVOSA

El término “bulimia” significa etimológicamente “hambre de buey”. Para Sherman y Thompson (1999) la bulimia nervosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, esta ingestión alimentaria va acompañada paralelamente de la sensación de pérdida de control sobre la misma (Toro, 1996). Generándose así ciertas prácticas destinadas a controlar el peso corporal, por ejemplo el vómito autoinducido, purgas, laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo.

Por otro lado, los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos altos en calorías; se consumen en secreto y sin que los demás se den cuenta. Sherman y Thompson (1999) mencionan que pueden pasar años sin que los familiares noten lo que sucede.

Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar esta conducta bulímica. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria (DSM-IV-TR, 2002), sin embargo, producen una sensación de distensión-hinchazón-malestar físico en la región abdominal, así como náuseas por la plenitud, lo cual junto a los sentimientos de culpa y vergüenza generan depresión y autodesprecio, es por ello que los bulímicos buscan vomitar tratando de disminuir el malestar físico y evitar la digestión de lo ingerido; cuando los individuos no consiguen vomitar usan laxantes, diuréticos o el ayuno posterior para controlar el peso por miedo a engordar (Chinchilla,1994).

La bulimia predomina característicamente en mujeres jóvenes, aparece alrededor de los 18 a 20 años, en cuanto al rango de edad es menos rígida que la anorexia nervosa. De acuerdo con Chinchilla (1994) hay una predisposición femenina frente a la masculina en una proporción de 10 a 1, al igual que en la anorexia nervosa. Suele presentarse frecuentemente en clases sociales media o media alta, también en la clase baja pero en menor proporción. Su incidencia es variable entre 1-20% y tiene una prevalencia de 1-3 %, siendo esta mayor en mujeres escolares. El riesgo mayor para padecer bulimia está asociado al sexo femenino y a la raza blanca, aunque puede darse en las demás razas. Se relaciona con los cambios que ocurren en la adolescencia media o tardía.

FACTORES DE RIESGO PARA PADECER BULIMIA NERVOSA

Mujer de unos 20 años, blanca

Con baja autoestima

Con insatisfacción de su imagen corporal

Con algún trastorno de personalidad

Con posible historia de depresiones

Que ha realizado dietas crónicas

Nivel socioeconómico generalmente medio-alto

Historia familiar de desórdenes alimentarios, depresivos y comunicación dinámica inadecuada o conflictiva

Patología personal de obesidad, depresiones, abuso de sustancias

Peso estable a un nivel deseado normal o ligeramente menor

Preocupación narcisista por su corporalidad

Tipo de trabajo medio, o escolares de grado medio o universitario, responsables en los mismos

Buen aspecto y vestimenta, atractivas para los hombres y para ellas

Generalmente solteras, pero pueden ser casadas con o sin hijos

Familias interesadas en la apariencia y relaciones humanas estilizadas

Padres que suelen estar acomplejados y absorbidos por sus ocupaciones, distantes en el trato emocional. Suelen ser los que mejor funcionan en la familia

Madres, educadoras, refinadas, brillantes, menos ausentes o con obligaciones no tan intensas, preocupadas por el control de los hijos, limitadas en afectos hacia los mismos o con cierto protocolo

Otros

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002) la bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos, el ayuno o ejercicio excesivo. Al igual que en la anorexia, en la bulimia también se encuentra alterada la percepción de la forma y el peso corporales.

Willmuth y Leitenberg (1988; citados en Zukerfeld, 1996) registraron que los bulímicos sobreestiman en un 20% sus medidas de cintura y abdomen, lo cual manifiesta la alteración de la imagen corporal, aunque cabe señalar que no es tan grave como en el caso de la anorexia; sin embargo, mantienen típicamente los síntomas de insatisfacción extrema cuando están algo pasados de peso y de temor extremo a engordar cuando alcanzan un peso más bajo. También son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo a diferencia de las anoréxicas.

Según Sherman y Thompson (1999) la bulimia empieza con una dieta o con el deseo de adelgazar; generalmente la persona ha probado la mayoría de los regímenes disponibles para perder peso y siente desesperación por reducir su peso corporal. Además, la mayor parte de los bulímicos ha tenido sobrepeso leve que, por distintas razones entre ellas las sociales, ha evaluado como indeseable, buscando el adelgazamiento irracional (Zukerfeld, 1996). La bulimia tiene tres componentes: conductual, cognoscitivo y emocional (Sherman y Thompson, 1999), es decir, el comportamiento real de comer y purgarse, la forma de pensamiento acerca de sí mismos y el manejo de sus emociones.

1.8.1.- ETIOLOGÍA DE LA BULIMIA NERVOSA

Como se mencionó con anterioridad, la etiología de los TCA es un enigma (García-Camba, 2002). Kirsman y Salgueiro (2002) mencionan que no es fácil encontrar un modelo explicativo (único) de los trastornos alimentarios que abarque la multiplicidad de factores implicados, por lo que es preferible contar con modelos múltiples que tomen en consideración lo biológico, lo psicológico y lo social. Al igual que la anorexia nervosa, la bulimia nervosa es un fenómeno multifactorial relacionado con factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. A continuación se describe cada uno de los factores:

1.8.1.1.- Factores Biológicos en la Bulimia Nervosa

Cierta predisposición a la depresión (Sherman y Thompson, 1999), la dependencia y el abuso de sustancias en los familiares de primer grado.

1.8.1.2.- Factores psicológicos en la Bulimia Nervosa

Los bulímicos son personas que tienen dificultades para controlar la forma en que comen, sus sentimientos y su vida.

Fuerte preocupación por la comida

Búsqueda de peso y figura ideales

Baja autoestima

Falta de autocontrol

Depresión, tensión y ansiedad

Pensamiento extremista

Dificultad para expresar emociones directamente

Hábitos y comportamientos alimentarios raros

1.8.1.3.- Factores Familiares en la Bulimia Nervosa

Según García-Camba (2002) se ha observado en los familiares de las pacientes con bulimia mayor incidencia de hábitos dietéticos, de obesidad, madres con alteraciones de la percepción de la imagen corporal y también insatisfacción familiar. Para Chinchilla (1994) en los pacientes con BN existe mayor patología psiquiátrica en sus familiares de primer grado en cuanto a adicciones, trastornos alimentarios, depresiones; con interacciones de control y dependencia emocional mutua, conflictividad y tensiones frecuentes.

1.8.1.4.- Factores Sociales en la Bulimia Nervosa

El estereotipo de belleza, la delgadez, influye considerablemente en el desarrollo de la bulimia nervosa, porque las personas al estar pendientes de ser aceptadas por su físico se someten a dietas rigurosas, que los privan de ciertos alimentos desencadenando el deseo de consumirlos, y al no poder frenarlo sucede el atracón, generando una conducta envenenada, la cual es reforzada por el prototipo social delgado-atractivo (García-Camba, 2002).

1.9.- SÍNTOMAS

Los individuos con bulimia nervosa normalmente muestran un peso corporal dentro del margen considerado normal, sin embargo, también puede aparecer en individuos con obesidad moderada o mórbida, aunque generalmente, antes de presentarse el trastorno las personas tienen mayor probabilidad de contar con sobrepeso que la mayoría de la gente sana. Los síntomas más comunes son:

- Trastornos del estado de ánimo: (trastorno distímico y trastorno depresivo mayor).
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno de la personalidad (trastorno límite de la personalidad).
- Alteraciones hidroelectrolíticas (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia)
- Alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado)
- Acidosis metabólica (a consecuencia de las diarreas por el uso excesivo de laxantes)
- Pérdida del esmalte dental
- Glándulas salivales aumentadas de tamaño (sobre todo la glándula parótida)
- Callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano
- Miopatías esqueléticas y cardíacas graves (en bulímicos que consumen jarabe de ipecacuana para inducir el vómito)
- Irregularidades menstruales o amenorrea
- Alteraciones de líquidos y electrolitos (DSM-IV-TR, 2002, pp. 662 y 663).

1.10.- CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA BULIMIA NERVOSA

Generalmente presentan inestabilidad en sus relaciones interpersonales, buscando constantemente la aprobación de sus actos, baja autoestima, cierto déficit en la constitución del yo resultando una percepción y una valoración del cuerpo erróneas (autoimagen), impulsivos (Zukerfeld, 1996). Además de la preocupación por la comida (qué comer, dónde comer, cómo excederse sin ser sorprendidos, vomitar, usar laxantes, hacer ejercicio, ayunar, etc.), lo cual impide llevar una vida normal, alterando su entorno, familia, amigos, trabajo, etc. También manifiestan baja tolerancia a la frustración y ansiedad por la falta de autocontrol, principalmente en la ingesta de alimentos. Todo esto repercute en su pensamiento, el cual se torna extremista, siendo muy severos consigo mismos, ya que la mayoría de las veces creen estar muy obesos y grotescos, afectando sus emociones, refugiándose de nuevo en los alimentos (Sherman y Thompson, 1999).

1.11.- CONSECUENCIAS DE LA BULIMIA NERVOSA

Las consecuencias físicas van desde la deshidratación, arritmias cardíacas, contracturas musculares, pérdida de esmalte dental, trastornos menstruales, sequedad de boca, inflamación de glándulas salivales y trastornos gastroesofágicos (Zukerfeld, 1996). Además del neuroticismo para perder más peso, la merma en el trabajo o estudio, la persistencia y fuerte preocupación por comer, así como la vivencia de descontrol del mismo; trastornos perceptivo-cognitivos en las sensaciones de hambre-saciedad (Chinchilla, 1994).

El diagnóstico es complicado, una de las razones es la pericia del enfermo para ocultarlo y otra es que la familia tarda mucho en darse cuenta de lo que ocurre.

1.12.- DIAGNOSTICO DE LA BULIMIA NERVOSA

La bulimia de acuerdo a lo señalado en el **DSM-IV-TR**, (2002) tiene las características siguientes:

A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar.

2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (p.665).

Para la **CIE-10** (1993) la bulimia nervosa se caracteriza por:

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en períodos grandes de tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
 - Vómito autoprovocado.
 - Abuso de laxantes.

- Períodos de ayuno.
- Consumo de fármacos tales como los supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos.

D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (p.146).

1.12.1.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA BULIMIA NERVOSA

El diagnóstico diferencial puede ser más difícil, ya que los signos físicos son menores al principio y el paciente puede ocultar datos sobre su comportamiento. Por ello es importante considerar las diferencias con los siguientes trastornos:

- Síndrome de Kleine-Levin (conducta alimentaria alterada, sin preocupación por el peso y silueta corporales).
- Trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos (comer en exceso, pero los sujetos no recurren a medidas compensatorias) (DSM-IV-TR, 2002, p.664).

1.13.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADA

El trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, algunos ejemplos:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante tres meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.

5. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.

6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa (DSM-IV-TR, 2002, pp. 665 y 666).

De acuerdo a lo anterior, las conductas alimentarias anómalas representan factores de riesgo en los seres humanos.

CAPITULO II

FACTORES DE RIESGO

2.- FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Lemus define riesgo como la exposición a circunstancias que incrementan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado (1996; citado en Gómez Pérez-Mitré 2001). Los factores de riesgo en la conducta alimentaria son los que favorecen el desarrollo de trastornos y por ende se afecta la salud y aumenta la probabilidad de enfermedad; además estos factores pueden ser de naturaleza bio-psico-socio-cultural (Gómez Peresmitré et al., 2001) por lo que toda la sociedad se ve empapada de tal fenómeno tanto individual como de manera colectiva.

2.1.- CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo en el campo de los TCA se han clasificado desde diferentes perspectivas Gómez Pérez-Mitré (2001) los clasifica en cuatro categorías arrojadas de sus investigaciones antecedentes.

1.- Asociados a la imagen corporal. Se encuentran satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal; alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación); preocupación por el peso corporal y por la comida; actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa; figura real, ideal e imaginaria; peso deseado y atractividad ligada a delgadez.

2.- Asociados con conducta alimentaria. El más importante es el seguimiento de dieta restringida; atracones (binge eating); conducta alimentaria compulsiva; hábitos alimentarios inadecuados; ayunos; saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena); disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico ("engordadores"); y consumo de productos "light".

3.- Aquellos relacionados con el cuerpo biológico. Peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz/tardía y amenorrea.

4.- Conductas compensatorias. En donde se encuentran el ejercicio excesivo (más de diez horas a la semana), y uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso:

inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua más de dos litros por día y de fibra (pp. 21-22).

2.1.1.- Factores de riesgo asociados a la imagen corporal

Se elabora el esquema corporal (del griego *skema*, forma, hábito, manera de ser) con las experiencias sensoriales que recibe el organismo (en reposo y en actividad), en relación con el mundo que le rodea. La integración de las partes del propio cuerpo en el campo de la conciencia permite diferenciarnos de los demás y tener el sentimiento de ser nosotros mismos.

La imagen o esquema personal se elabora desde la infancia a partir de impresiones sensoriales múltiples: musculares, articulares, cutáneas, etc. De acuerdo con Martínez-Fornés (1995) cuando esta representación corporal está constituida permanece constante en la vida del individuo.

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. En la imagen corporal se involucran sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Una representación corporal puede ser objetiva, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos que influyen en el autoconcepto (Raich, 2000).

Thompson (1990; citado en Raich, 2000) señala que el constructo de imagen corporal tiene tres componentes:

- a) Perceptual: Es la precisión al percibir el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. Si existe una alteración perceptual puede haber una sobrestimación (percepción del cuerpo en dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). En los trastornos alimentarios es común la sobrestimación del tamaño corporal.
- b) Subjetivo (cognitivo-afectivo): Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.). Es común la insatisfacción corporal en las investigaciones sobre TCA.

- c) Conductual: Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.) (pp.24-25).

La satisfacción corporal, el peso corporal y el seguimiento de dietas se ha convertido en una norma; siendo los desórdenes del comer, el tema principal de salud en las mujeres (Striegel-Moore, Silbertein, & Rodin, 1986). En la industria el fenómeno dietético genera ganancias alrededor de 33 millones de dólares (Wolf, 1991).

En un estudio donde se exploró la relación entre la conducta alimentaria y la obesidad en adolescentes (hombres y mujeres) con diferente peso corporal se encontró que las mujeres tienen conductas compulsivas hacia la comida, particularmente las que están por encima de su peso normal y las que tienen bajo peso (delgadas), siendo la excepción las adolescentes de peso normal, éstas últimas mostraron una conducta alimentaria normal. En la investigación realizada por Gómez Peresmitré y Ávila (1998a) se ha detectado como uno de los factores de riesgo más importantes en los trastornos de la alimentación la variable preocupación por el peso y la comida. En sus resultados encontraron que el grupo que menos problemas tenía al respecto fue el de los adolescentes hombres y mujeres, con peso por abajo del normal, ya que la preocupación se incrementa con el peso, es decir, a más peso mayor preocupación, sin embargo, las más preocupadas por el peso fueron las adolescentes con sobrepeso y no tanto las obesas. Los investigadores concluyeron que la obesidad está relacionada con la conducta alimentaria compulsiva.

En nuestro país se ha observado que en mujeres que están bajo tratamiento para controlar su peso, el 5% presenta problemas de distorsión de la imagen corporal, la cual es favorecida por las prácticas alimentarias, los estilos de alimentación y los sentimientos que se encuentran asociados con la obesidad, aunque éstos no son necesariamente anómalos o patológicos (Gómez- Pérez-Mitré,1995).

Freedman, Kaplan & Sadock, (1984) señalan que las personas obesas visualizan su cuerpo como grotesco, generándose un sentimiento de desprecio hacia el mismo. Dentro de la imagen corporal se da la autoatribución, proceso a través del cual se construye la propia imagen con los atributos y características que se incorporan de la interacción social; ésta describe como nos vemos siendo

parte del autoconcepto (González; Lizano y Gómez Pérez-Mitre, 1999); es decir, las experiencias vividas y la relación con los otros van moldeando la autoimagen la cual puede ser positiva o negativa. Una imagen corporal positiva indica que existe una percepción verdadera del cuerpo, que no se limita al aspecto físico de una persona; y una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales. El estar satisfecho con la imagen corporal es un elemento fundamental de adaptación social (Gómez Peresmitré y Acosta, 2000). Sin embargo, puede que haya una insatisfacción generalizada, ya que la sociedad está invadida de imágenes publicitarias donde se exhiben mujeres muy delgadas. Para Cogan, Bhalla, Sefa-Dedeh y Rothblum (1996) los valores asociados con la delgadez y la gordura están influenciados por condiciones socioculturales impactando a la gente y a la cultura. De ahí la preocupación por mantenerse dentro de los patrones sociales y culturales establecidos como aceptables, los cuales favorecen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, una figura muy delgada y estilizada.

Cabe señalar que la preocupación por la figura ideal se presenta en edades muy tempranas, de acuerdo con el estudio de Gómez Pérez-Mitre (1997) se encontró que las preadolescentes (niñas de 9 a 12 años) desean una figura muy delgada, además asocian el estereotipo de la delgadez con lo atractivo, asimismo mostraron una excesiva preocupación por su peso corporal.

Gómez Peresmitré y Acosta (2000) realizaron un estudio de carácter transcultural entre México y España donde compararon dos grupos de mujeres adolescentes (mexicanas y españolas) para observar el comportamiento de factores de riesgo asociados con la imagen corporal, los cuales están contemplados dentro de los trastornos alimentarios. Los resultados obtenidos mostraron que las mexicanas se encontraron más insatisfechas con su figura y con diferentes partes corporales y que el 93% de las mismas preferían como figura ideal “la figura delgada”, compartiendo el prototipo ideal de imagen corporal con las españolas; también observaron diferencias con respecto a la importancia de la figura corporal en ambos grupos ante situaciones de interacción social.

Existen múltiples presiones sociales que fomentan la restricción dietética, entre las que se incluyen: las revistas proporcionando ejemplos para calcular el valor calórico de los alimentos; la moda que promueve la apariencia delgada, y los medios de comunicación que envían continuamente el mensaje de que la delgadez conduce al éxito social y sexual (Russell, 2003); es decir, en nuestra

sociedad el atractivo físico está relacionado con la delgadez, favoreciendo en algunas mujeres la creencia de que estar delgadas las hace atractivas sexualmente.

2.1.2.- Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria

Hacer dieta es la forma más común que utilizan las personas para controlar el peso. Todas las dietas llevan a la restricción de calorías por debajo de lo que el cuerpo requiere para funcionar adecuadamente, por lo que el cuerpo comienza a producir su energía utilizando sus reservas de grasa (tejido adiposo), esto se manifiesta físicamente en las personas con la pérdida de peso. Sin embargo, tal comportamiento restrictivo puede desencadenar comer descontroladamente porque el hacer dieta ocasiona apetito y necesidad de ingerir hidratos de carbono, ya que estos generalmente son suprimidos, lo cual conlleva a lo que se ha denominado atracón o descontrol alimentario (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

En otras investigaciones se ha encontrado que el uso de las dietas lleva a la desinhibición en el comer o a la sobrealimentación y que hacer dieta conduce al desarrollo de desórdenes del comer sin importar la edad del dietante (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

En una investigación realizada con una muestra de 305 adolescentes mexicanos, 154 mujeres y 151 hombres, y subdividida en $n_1 = 278$ adolescentes que en un período de 15 días no había hecho dieta restringida, y $n_2 = 27$ adolescentes que en ese mismo lapso de tiempo realizaron dieta restringida, se exploró si existía una relación estrecha entre el seguimiento de dieta restringida y conducta alimentaria compulsiva; los resultados arrojaron que los adolescentes que habían realizado dieta restringida presentaban más problemas con respecto a la conducta alimentaria compulsiva, que los adolescentes que muestran una conducta alimentaria normal, es decir, la dieta restringida favorece la conducta alimentaria compulsiva o la sobreingesta; confirmándose ésta como factor de riesgo (Gómez Peresmitré, Pineda, L'Esperence, Hernández, Platas y León, 2002).

Los atracones se caracterizan por comer en exceso alimentos altos en calorías, los cuales se consumen en un corto periodo de tiempo; y por lo regular van acompañados de la sensación de falta de control con respecto a la comida. Para Crispo, Figueroa y Guelar (2001) los atracones son una respuesta natural ante la privación alimentaria ocasionada por la dieta crónica y por el esfuerzo de mantener un peso corporal bajo.

Los atracones también se relacionan con el comer compulsivamente. El comer compulsivamente, se caracteriza por una manera incontrolada de comer, pérdida de control ante la comida y una obsesión por la misma; cabe señalar que estos comportamientos son idénticos en el padecimiento de la bulimia nervosa, sin embargo, en la conducta alimentaria compulsiva, se diferencia ya que no se toman laxantes ni diuréticos, y no se utiliza el vómito como recurso compensatorio (Abramson, 1999). Generalmente las personas que comen compulsivamente, y una vez ocurrido el hecho se sienten culpables, por lo que se ponen a dieta y dejan de comer, lo cual favorece los hábitos alimentarios inadecuados como el ayuno, en donde se busca evitar y compensar la calorías ingeridas.

Otro mecanismo empleado por algunas personas es el vómito, el cual es autoinducido, se tiene la creencia que a través de él se puede eliminar el exceso de comida, y controlar el peso; pero lo único que ocurre es un disturbio electrolítico, el cual afecta la salud e incluso puede ser causa de muerte (Miller y Scott Mizes, 2000).

En un estudio realizado con una muestra de 487 niños de 10 años 8 meses edad promedio encontraron que el 25% seguía una dieta con propósitos de control de peso. Además registraron que más niñas que niños se saltaban un alimento del día (frecuentemente la cena); así como una disminución en el consumo de alimentos considerados como “engordadores” entre los cuales están el pan, tortillas, frijoles y similares (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998b).

Actualmente el comercio, ante tal preocupación social, ha aprovechado la situación invadiendo de productos light el mercado y los promueve con frases como “recupera tu figura” o “mantente en forma”, lo cual no es cierto. Light es un término anglo que significa suave, bajo, blando; esta palabra se ha utilizado para nombrar los productos que son bajos en algún tipo de nutriente: grasa, azúcar, etc.; alimento light significa que contiene al menos 50% menos grasa o 50% menos calorías proporcionadas por grasa (<http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>). Los productos light no adelgazan, ayudan a controlar la ingesta de los nutrientes que pueden causar aumento de peso. Sin embargo, el consumo excesivo y exclusivo de estos alimentos puede privar de muchos nutrientes necesarios para llevar un buen equilibrio en la alimentación (<http://altair.udea.co/delaurbe>).

2.1.3.- Factores de riesgo relacionados con el cuerpo biológico

La adolescencia es una época de constante preocupación. Al final de la niñez, los cambios hormonales desencadenan un aumento en la altura de hombres y mujeres. El aumento de estatura se da primero en las niñas, precede a la menstruación y conlleva a un incremento del apetito.

La apariencia física cambia en ambos sexos, esto se genera gracias a la actividad hormonal, es decir, a través de las hormonas sexuales producidas en los ovarios y en los testículos. También se registra un aumento en la masa muscular, la cual es mayoritaria en los hombres, mientras que en las mujeres hay tendencia a aumentar la grasa corporal, la cual se deposita en las caderas y en los senos, la cantidad de grasa depositada se relaciona con el consumo energético. Una vez efectuados todos los cambios en los adolescentes las necesidades energéticas disminuyen, lo cual no necesariamente se refleja en el apetito, esto a su vez repercute en el peso corporal de los mismos (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

El peso corporal real es el resultado de la medición realizada con báscula y/o el valor del Índice de Masa Corporal (peso/talla). Asimismo es un valor agregado, dado por todos los fluidos y los tejidos del organismo, incluido el tejido adiposo. En cambio el peso imaginario es un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, los que se manifiestan cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo; generalmente la percepción se caracteriza por la sobreestimación del tamaño del cuerpo y el peso corporal, esto suele conducir al rechazo de la gordura y a la preocupación por la comida. Nunca se toma en cuenta el peso real (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Hoy en día el procedimiento que se emplea para conocer el peso, no sólo incluye el cálculo de la báscula, también se emplea el registro de talla, peso y edad; también se le conoce como Índice de Quelet o Índice de Masa Corporal (IMC), siendo éste último el término más empleado, se calcula por medio de la siguiente fórmula $IMC = \text{Kg} / \text{metros}^2$. De acuerdo a la puntuación podemos observar la obesidad, el peso normal y el bajo peso (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

(IMC)	NIVEL DE PESO
18 <	Bajo - peso severo
18-20	Bajo - peso
20-25	Peso normal
25-30	Sobrepeso
30-40	Obesidad moderada
40 >	Obesidad mórbida

Fuente: Tobal, Díaz y Arce (2002).

De acuerdo con Gómez Peresmitré (1999) el uso del IMC en la adolescencia no es adecuado, ya que al tratarse de una etapa de "inestabilidad antropométrica"; desarrollo físico rápido, con crecimiento en el tamaño de ciertas partes corporales, especialmente en la mujer (mamas, caderas, muslos) y almacenamiento de grasa, así como el aumento de peso, su cálculo puede ser relativo.

La adolescencia es una época de cambios drásticos y rápidos con significado psicológico y sociocultural, donde aparecen las diferencias sexuales, es decir, la maduración sexual, la cual puede ser precoz o tardía, dependiendo si sucede antes o después de la edad promedio, es decir entre los 11 y 12 años, particularmente en el caso de las niñas. La menarca o primera menstruación es la señal que indica la madurez sexual, esta puede ser fuente de preocupación, tomando en cuenta la externalidad de la pubertad femenina, la cual podría tener consecuencias importantes para su autoconcepto, su cuerpo y su habilidad para manejar la transición; si ésta se presenta tempranamente afecta emocionalmente a la adolescente, ya que al percibirse diferente a sus congéneres, no sabe como actuar (Benjet, 1999). También en los varones púberes se manifiesta tal comportamiento, se preocupan ante la erección y la eyaculación inicial, pero no necesariamente se

ven afectados en su comportamiento, porque socialmente la madurez sexual precoz en los hombres es aceptada positivamente. Sin embargo, las respuestas positivas o negativas ante dicha experiencia, dependen de la interpretación de cada individuo en función de su entorno (familia, sociedad y cultura).

Las emociones que presentan las púberes ante los cambios prematuros se caracterizan por sentimientos de inseguridad, timidez, introversión, etc. Además los cambios corporales en la adolescente son incongruentes con el ideal de belleza actual, por lo que suelen sentirse poco atractivas ante las formas más redondeadas de su anatomía, incrementando la preocupación en muchas chicas, lo cual da pie a buscar la delgadez, aún alterando la salud por los métodos empleados (dietas, ayunos, eliminación de alimentos “engordadores”); el cuerpo de las adolescentes reacciona, es decir, se reajusta, dando lugar a cambios fisiológicos entre ellos la amenorrea (Benjet,1999).

La amenorrea es un síntoma clínico que indica una alteración del sistema reproductor, se suspende la menstruación, tiene relación con el tejido adiposo, ya que en éste se lleva a cabo la transformación de andrógenos en estrógenos y de ciertos estrógenos en otros estrógenos. La reducción del tejido adiposo modifica el nivel de estrógenos y andrógenos, cambiando la retroalimentación dirigida al hipotálamo. La amenorrea puede ser consecuencia de un déficit nutricional, y del estrés físico y psicológico, aunque estos últimos sean cuestionables (Toro, 1996). Los déficits nutricionales se asocian con los trastornos alimentarios, y muchos pacientes con dicho trastorno presentan amenorrea.

2.1.4.- Factores de riesgo asociados con conductas compensatorias

Ejercicio físico

El ejercicio físico esta relacionado con la preocupación por el cuerpo y por el peso, cabe señalar que en los últimos 20 años la cultura deportiva ha proliferado impactando a todas las clases sociales, ya que se asocia con salud física y mental, así como a la juventud y al prestigio. De acuerdo Martínez-Fornés (1995) en la adolescencia los varones practican el ejercicio físico porque les gusta y porque

es recomendable para la salud, mientras que las muchachas recurren al ejercicio físico para perder peso.

Asimismo, existe una estrecha relación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la actividad física. De acuerdo con Toro (1996) el ejercicio físico para “adelgazar” es una conducta compensatoria habitual de los excesos de peso reales o supuestos. El exceso de actividad en pacientes con TCA es consecuencia del trastorno, de su preocupación por la silueta y el peso; que al haber restricción alimentaria genera pérdida de peso, lo cual favorece más la actividad locomotora. Para Crispo, Figueroa y Guelar (2001) las personas con desórdenes alimentarios utilizan el ejercicio para quemar calorías, es decir, como una forma de purgarse, incluso hay quienes no comen si no han cumplido previamente su cuota de ejercicio diario.

La restricción alimentaria conduce inevitablemente al atracón, y dadas sus características particulares, favorece sentimientos negativos, los cuales buscan compensar el mal comportamiento a través de algunas sustancias como los laxantes y los diuréticos.

Los laxantes son sustancias peligrosas que actúan sobre los intestinos para aumentar la velocidad con que transitan por ellos los alimentos y las heces, causan evacuaciones blandas y frecuentes. Los diuréticos son sustancias que actúan sobre el riñón para aumentar el flujo de la orina (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994). El uso de ambos genera desajustes electrolíticos dándose la deshidratación, es decir, pierden agua en vez de perder grasa corporal.

Por otro lado, la publicidad ha favorecido el consumo excesivo de agua, a través de campañas publicitarias (elimina lo que tú cuerpo no necesita) que asocian el consumo de la misma con la esbeltez. El agua no aporta energía, sin embargo, beber agua antes de comer puede provocar la sensación de saciedad y evitar el consumo de alimentos, también la ingesta desmedida del vital líquido favorece la pérdida de sales en el cuerpo, es decir, se genera un desbalance (<http://www.drcormillot.com/nutricion/nota>). Lo anterior contribuye al desarrollo de un TCA, porque muchas jovencitas realizan esta conducta para no engordar, presentándose alteraciones en el organismo, las cuales pueden conducir a la desnutrición. Asimismo, se ha enfatizado el consumo de fibra y se han vuelto populares sus bondades ya que mejora el tránsito intestinal; hecho que no pasa

desapercibido para algunas mujeres, al tratar de expulsar todo lo que haya en su estómago e intestinos para tener un vientre plano.

Otros investigadores consideran estos factores de riesgo como factores distintivos que causan un trastorno del comer y los perciben como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo. Para explicarlo, se basan en un cuadro diseñado por los doctores Garner y Garfinkel (1980; citados en Crispo, Figueroa y Guelar, 2001), pioneros en el tratamiento y en la investigación de los trastornos de la alimentación en el Hospital de Toronto, Canadá.

2.1.5.- Factores Predisponentes, Precipitantes y Perpetuantes

I. FACTORES PREDISPONENTES	II. FACTORES PRECIPITANTES	III. FACTORES PERPETUANTES
<ul style="list-style-type: none"> - socioculturales - familiares - individuales 	<ul style="list-style-type: none"> - estresores - actitudes anormales con peso y figura - dietas extremas y pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> - atracones y purgas - secuelas fisiológicas y psicológicas

Fuente: Crispo, Figueroa y Guelar, (2001) p. 31.

Los "factores predisponentes" alertan que hay elementos en el contexto sociocultural y en las características individuales del sujeto o en las de su familia que favorecen la disposición del individuo a presentar el trastorno. Un "factor precipitante" es el detonante para que se manifieste el trastorno y los "factores perpetuantes" dan paso al mantenimiento de la enfermedad (Anorexia y bulimia).

Para Kirschman y Salgueiro (2002) los factores predisponentes son aquellos que dan cierta vulnerabilidad y a su vez explican de qué enferman las personas, mientras que los factores precipitantes explican cuándo enferman las personas y los perpetuantes explican por cuánto tiempo enferman. Un factor precipitante puede ser cualquier evento o circunstancia que ocurre en la vida de un individuo, el cual tiene el potencial de alterar su estado mental o salud física; estos eventos pueden ser pérdidas, alteraciones del equilibrio familiar, enfermedades físicas individuales o familiares, accidentes y nuevas exigencias familiares. La pubertad podría constituirse como un evento precipitante.

Es importante resaltar la diferencia entre trastorno alimentario y factor de riesgo; el primero tiene que cumplir con todos y cada uno de los criterios propuestos en los manuales diagnósticos, como el DSM-IV y el CIE-10; mientras que el segundo implica la presencia de uno o varios de los síntomas (dieta restringida, alteración de la imagen corporal, etc.) sin cumplir con todos los criterios (la presencia, intensidad y frecuencia de todos ellos) (Gómez Pérez Mitre, 2001).

Con respecto a lo anterior resulta preocupante que mujeres tan jóvenes presenten inquietud por aspectos referentes a la obesidad y a su apariencia, lo que conlleva a pensar que pasa con el adolescente, en que piensa, cuáles son sus inquietudes y que ocurre con sus cambios físicos.

CAPITULO III

ADOLESCENCIA

3.- ADOLESCENCIA

Adolescencia significa “crecer” o “llegar a la maduración”. Crecimiento físico y desarrollo mental, es decir, alcanzar una estatura adulta y rasgos físicos característicos; también los caracteres de reproducción (Hurlock, 1970). En general con el crecimiento físico y la madurez mental se espera que haya madurez emocional y social. La adolescencia incluye todas las fases de maduración, y no sólo el aspecto físico. Asimismo, se caracteriza por los cambios que se pueden apreciar fácilmente en las modificaciones físicas, y aunque de igual manera se dan en el comportamiento, estos quizá no se vean claramente.

Por lo tanto, desarrollo y cambio constituyen la adolescencia; ante el desarrollo físico los jóvenes tienen que ajustarse a la multitud de cambios fisiológicos y morfológicos, la mayor parte de los cambios suceden en la adolescencia temprana, entre los 12 y 16 años de edad. Un cambio notorio es el llamado “estirón”, el cual tiene que ver con el aumento de estatura y peso (Coleman, 1985), éstos a su vez, determinados por factores hereditarios y ambientales. El aumento de estatura se da primero en las niñas que en los varones, sin embargo, ésta puede ser afectada por una maduración sexual temprana, es decir, las niñas o niños que maduran tempranamente tienden a ser más bajos al llegar a la etapa adulta que los que maduran más tarde (Rice, 2000). Los cambios hormonales se presentan entre los 7 y 11 años en las chicas y entre los 8 y 12 años en los chicos y originan los cambios físicos que darán lugar a la sexualidad adulta (Kimmel y Weiner, 1998).

Horrocks (1984) señala que la adolescencia es el resultado de la actividad hormonal que produce las características sexuales secundarias y la capacidad de reproducción. Durante el desarrollo, las glándulas endocrinas segregan sustancias bioquímicas denominadas hormonas que envían mensajes a células y tejidos específicos del organismo, éstas fluyen a través del torrente sanguíneo. Dentro del sistema endocrino hay tres glándulas relacionadas con la sexualidad humana: la glándula hipofisaria, las gónadas y las glándulas adrenales.

La glándula hipofisaria es pequeña, se localiza en la base del cerebro y esta constituida por tres lóbulos: anterior, intermedio y posterior. El lóbulo anterior es el principal, ya que produce algunas hormonas que controlan la acción de otras glándulas.

Las hormonas gonadotrópicas influyen sobre las gónadas o glándulas sexuales; se segregan dos hormonas para estimular el desarrollo de las células huevo en los ovarios y el esperma en los testículos: la hormona estimulante de los folículos (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Ambas hormonas en las mujeres controlan la producción y descarga de hormonas sexuales femeninas en el ovario. En el hombre, la LH controla la producción y la liberación de hormonas sexuales masculinas en los testículos.

Las glándulas adrenales son glándulas de secreción interna, localizadas encima de los riñones, secretan andrógenos y estrógenos tanto en hombres como en mujeres, además de la producción de adrenalina (Rice, 2000, pp. 87-89).

Las hormonas sexuales permiten la diferenciación del cuerpo masculino y del femenino, contribuyen en la maduración de los órganos genitales y otras características corporales masculinas o femeninas durante la pubertad. Kimmel y Weiner (1998) señalan tres grupos de hormonas sexuales producidas en el organismo tanto en hombres como en mujeres: andrógenos, estrógenos y progestinas; los andrógenos también son conocidos como la hormona sexual masculina y está representada por la testosterona, siendo los estrógenos y las progestinas las hormonas sexuales femeninas; la progesterona es la forma más importante de progestinas. Las hormonas están presentes en ambos sexos en cantidades diferentes circulando a través de la sangre.

Además, en este período de edad, se da un incremento en los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) producidos por la hipófisis, mientras el hipotálamo regula la actividad hormonal produciendo un compuesto químico llamado hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (Rice, 2000). Durante el sueño se eleva la (LH), lo cual se asocia con la secreción de (GnRH). El aumento de gonadotropinas estimula el crecimiento de las gónadas, es decir los ovarios en las mujeres y los testículos en los hombres, la formación de espermatozoides en hombres y de células huevo (óvulos) en mujeres, y la síntesis de las hormonas sexuales. En los ovarios, las hormonas (FSH y LH) estimulan el desarrollo de folículos y de las células huevo, también estimulan la secreción de estrógeno ovárico y de la progesterona. En cambio, en el hombre

estas hormonas favorecen la producción de esperma, (FSH) favorece el crecimiento de los túbulos seminíferos que producen el esperma y (LH) produce testosterona (Kimmel y Weiner, 1998).

Existe una diferencia fundamental entre los sistemas hormonales masculinos y femeninos, la cual radica en que el nivel de testosterona en hombres es constante, mientras que la secreción de estrógenos y de progesterona en las mujeres es cíclica. Además registran variaciones con el ciclo menstrual (Rice, 2000).

Hurlock (1970) afirma que el desarrollo físico tiene un ritmo lento al madurar y al comenzar a funcionar los órganos de reproducción, presentándose las características sexuales secundarias, es decir, cuando en las niñas se da la aparición de la menarquía o primera menstruación, el crecimiento de mamas y el ensanchamiento de caderas; y en los hombres el aumento del tamaño de los genitales, cambio de voz y la eyaculación seminal; en ambos hay aumento en talla y peso, así como la aparición del vello púbico y axilar.

3. 1.- Maduración sexual de la mujer

El crecimiento de los senos es la primera señal de cambio, dando paso a la pubertad, los pechos femeninos comienzan a desarrollarse poco después del aumento de altura; el desarrollo de los mismos indica la compleja interacción hormonal; el útero y la vagina, así como el clítoris y los labios aumentan de tamaño y se vuelven sexualmente más sensibles (Tanner, 1971, 1978, citado en Kimmel y Weiner, 1998). La menarquía o primera menstruación marca la madurez sexual, es decir la niña se convierte en adolescente, generalmente se presenta después del estirón de crecimiento, un poco después del brote de los senos. Puede ocurrir a los nueve años y medio o hasta los 16 años y medio; por lo regular la menarquía tiene lugar cuando la niña se acerca a la estatura adulta y ha almacenado un poco de grasa corporal. En niñas de talla normal, suele comenzar cuando pesan cerca de 45.4 kilogramos. Los primeros ciclos varían mucho entre las niñas, son irregulares y anovulatorios, es decir, no se produce el óvulo (Craig y Baucum, 2001). La menstruación produce cólicos menstruales en la mayoría de las adolescentes y se asocia con la presencia de irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad en los senos.

3. 1. 1.- Maduración sexual del varón

En los hombres el crecimiento de los testículos y el escroto es la primera señal de la pubertad; los testículos son las gónadas masculinas y son equivalentes a los ovarios femeninos, se localizan fuera de la estructura corporal. El crecimiento del pene empieza con el aumento repentino del crecimiento en altura. La testosterona producida por los testículos en desarrollo es responsable del crecimiento del pene, de las vesículas seminales, la próstata y otras estructuras genitales masculinas (Kimmel y Weiner ,1998). También genera la producción en mayor cantidad de eritrocitos en los varones, lo cual se asocia con la mayor fuerza y la capacidad atlética de los adolescentes (Craig y Baucum, 2001). La primera producción de espermatozoides en los varones se denomina espermarquia, la primera eyaculación de semen puede ocurrir a los 11 años o hasta los 16 años y se produce durante el estirón del crecimiento; puede presentarse durante el sueño, por este hecho se le ha denominado sueño húmedo, también a través de la masturbación o del contacto sexual (Kimmel y Weiner ,1998); las primeras eyaculaciones pocas veces contienen espermatozoides fértiles.

3. 1. 2.- Vello corporal

Otra característica que comparten los adolescentes, es el crecimiento del vello corporal, particularmente el vello púbico. El cuerpo humano está cubierto por tres tipos de pelo: 1) El pelo no sexual, que incluye las cejas, las pestañas, las piernas y los antebrazos. Hombres y mujeres, niños y adultos tienen este tipo de pelo. 2) El pelo ambisexual pasa de carecer de pigmentos y tener una textura fina a ser áspero, grueso y muy pigmentado durante la pubertad, en hombres y mujeres, en él se incluye el vello púbico y el de las axilas. 3) El pelo sexual masculino aparece en la barba, las orejas, la punta de la nariz, el pecho, el abdomen y el cuello durante y después de la pubertad (Parker 1981; citado en Kimmel y Weiner, 1998). Los andrógenos producidos por las glándulas suprarrenales favorecen el crecimiento del vello púbico en ambos géneros. Los andrógenos actúan sobre los folículos que fabrican el pelo estimulando su crecimiento.

3. 1. 3.- Acné

También los andrógenos producidos por los testículos y ovarios estimulan el desarrollo y secreción de glándulas sebáceas de la piel que pueden producir acné. El acné conlleva una inflamación de los folículos capilares y de las glándulas de la piel, lo que provoca la aparición de granos en la cara, la

parte superior de la espalda y el pecho; dado que estos se producen en mayores cantidades en los hombres y los estrógenos inhiben la acción de las glándulas sebáceas, el acné es más habitual en los chicos que en las chicas. Durante la pubertad las glándulas sudoríparas apocrinas aumentan su producción, en especial en las áreas genital, anal y axilar. Estas glándulas, conjuntamente con las glándulas sebáceas, producen el olor característico de los hombres y mujeres adultas; los cambios son más acusados en los hombres (Tanner 1971; citado en Kimmel y Weiner, 1998).

Cambios en las niñas	Cambios en los niños
<ul style="list-style-type: none"> ○ Crecimiento de los senos ○ Crecimiento del vello púbico ○ Crecimiento del vello en las axilas ○ Crecimiento corporal ○ Menarquía ○ Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Crecimiento de los testículos y del saco escrotal ○ Crecimiento del vello púbico ○ Crecimiento del vello de rostro y axilas ○ Crecimiento corporal ○ Crecimiento del pene ○ Cambio de voz ○ Primera eyaculación de semen ○ Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas

Fuente: Craig y Baucum (2001), p. 352.

Los cambios hormonales durante la pubertad ejercen importantes efectos en las emociones y la conducta de los individuos. El cuerpo se modifica radicalmente en su tamaño y forma, además transforma su funcionamiento, por lo que muchos adolescentes intentan adaptarse a las nuevas experiencias corporales, las cuales pueden resultar preocupantes, entre ellas, la primera menstruación en las mujeres o las poluciones nocturnas en los varones (Coleman, 1985). Además, es importante resaltar que el impacto de estos cambios se asocia con la edad en que se presentan en cada individuo en relación con los compañeros.

3.1.4.- Pubertad precoz y tardía

Una maduración a destiempo puede ser un problema, sin embargo, la maduración temprana en adolescentes varones parece tener efectos positivos, ya que la cultura en que se desenvuelven les brinda cierto prestigio social, es decir, se les percibe como adultos fuertes debido al aumento de masa muscular; sucede lo contrario en varones que maduran tardíamente, los tratan como niños y son percibidos por los adultos como menos competentes. La maduración temprana en las niñas tiene ventajas y desventajas. Las mujeres que maduran tempranamente pueden sentirse más atractivas por la popularidad que tienen con adolescentes de mayor edad (Craig y Baucum, 2001).

La pubertad precoz ocurre si los cambios físicos y hormonales tienen lugar antes de los 9 años en las niñas y entre 9 y 10 en los varones, las niñas con pubertad precoz tienen que enfrentar problemas que no corresponden a su nivel de desarrollo psicológico, como por ejemplo: un cuerpo más desarrollado; distorsiones en la imagen corporal; ser diferente a sus amigas; las reacciones y preocupaciones familiares; burlas y posible abuso sexual por parte de otras personas. Además, la pubertad precoz genera angustia para los padres, y a menudo complican el ajuste emocional de sus hijas. Sin embargo, cuando hay una reacción favorable dentro de la familia se facilita el ajuste psicológico de la niña (Selicoff, 1987).

En una investigación realizada en la ciudad de México en la Clínica de Pubertad Precoz, Servicio de Endocrinología, Hospital Infantil, Federico Gómez, México D. F., de la Secretaría de Salud se exploraron los efectos psicológicos de la pubertad precoz en un grupo de 10 niñas con edades de 6 a 10 años, de bajo nivel socioeconómico en la mayoría de los casos, la cual abarcó de enero de 1985 hasta febrero de 1987, encontrando los siguientes resultados, las niñas presentaron dificultades en sus relaciones interpersonales, especialmente con sus iguales, nueve de ellas así lo confirmaron, además mostraron actitudes de retiro, incapacidad para hacer amigos y sentimientos de que sus compañeros se burlaban de ellas, siete niñas reportaron esta sensación. También presentaron insatisfacción con su apariencia física y con el funcionamiento del cuerpo como sudoración o sangrado, quejas de la cara, la estatura y la gordura, además de confusión y devaluación corporal. En este estudio se encontró que las diez niñas tenían alterada la imagen

corporal, y por ende su autoconcepto. La pubertad precoz alteró el desarrollo psicológico de todas las niñas (Selicoff, 1987).

Cabe señalar que la pubertad precoz y todo lo que ella conlleva representa un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1997) la imagen corporal, particularmente la distorsión de la imagen corporal se considera un factor de riesgo en los TCA, en su investigación también encontró que un alto porcentaje (94%) de preadolescentes de 9 a 12 años mostraban excesiva preocupación por su peso corporal. Para González et al. (1999) esta preocupación puede llevar a la disminución de la ingesta de alimentos, con el fin de mantener cierto peso corporal.

De igual manera ocurre con la pubertad retrasada, en la cual pueden intervenir anomalías endocrinas, si el crecimiento físico se retrasa demasiado puede traer consecuencias sociales y psicológicas (Kimmel y Weiner, 1998). Todos estos cambios pueden generar inquietudes, miedos, ansiedad y un sin fin de preguntas, y aunque es un proceso natural, no necesariamente se percibe así por el adolescente.

3.2.- COGNICIÓN - PENSAMIENTO

Otro aspecto importante que se da en el individuo en este periodo es el desarrollo cognoscitivo. La palabra cognición significa "el acto de conocer o percibir". La cognición puede definirse como la forma en que pensamos sobre las cosas y las conocemos. El proceso cognoscitivo incluye prestar atención a estímulos concretos, recordar experiencias anteriores, solucionar problemas y comprender el mundo físico y social, incluido uno mismo (Kimmel y Weiner, 1998).

Hay tres enfoques acerca del estudio de la cognición: 1) el enfoque piagetiano, que aborda los cambios cualitativos en la forma en que piensan los adolescentes; 2) el enfoque del procesamiento de la información, que examina los pasos progresivos, las acciones y las operaciones que tienen lugar cuando el adolescente recibe, percibe, recuerda, piensa y utiliza la información; y 3) el enfoque psicométrico, mide los cambios cuantitativos en la inteligencia del adolescente.

Cognición es un término que se usa para designar a todos los procesos por medio de los cuales se aprende y se da significado a un objeto o idea; mediante los procesos cognoscitivos, se adquiere conciencia y conocimientos acerca de un objeto; estos procesos son: percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria. Para Piaget (1950; citado en Horrocks, 1984) la cognición entraña la conducta de la estructuración entre el sujeto y objeto; ejemplifica con la percepción y el aprendizaje, un acto de perspicacia y un acto de juicio. Se manifiesta la capacidad de estudiar y probar las posibilidades dentro del pensamiento adolescente, es decir, puede verificar las relaciones reales entre las cosas. De acuerdo a lo anterior, el aspecto intelectual del sujeto se encuentra inmerso en cuestiones abstractas y teóricas, elabora teorías políticas o inventa doctrinas filosóficas, donde puede planear la reorganización de la sociedad; y como recientemente descubre su capacidad de pensamiento abstracto, lo ejerce sin limitación. Desarrolla una nueva forma de vida que va de lo posible a lo ideal, actuando la mente y los sentimientos (Ginsburg y Opper, 1979).

En la psicología del desarrollo, la cognición se considera en función de la formación de conceptos, de la solución de problemas y procesos mentales; hay diversas teorías al respecto, entre ellas se encuentran la de Vigotsky (1934; citado en Horrocks, 1984) quien postula tres etapas del desarrollo cognoscitivo, la última se da en la adolescencia, facilitando la formación de conceptos a través de la síntesis abstracta convirtiéndose ésta en instrumento de la mente. En 1940, Werner destacó la importancia de las propiedades estructurales de la mente, su planteamiento se basa en un concepto de diferenciación creciente y centralización o integración jerárquica de las funciones internas del organismo en desarrollo adaptándose a diversas situaciones. Elkid (1967-1968; citado en Horrocks, 1984) menciona que ciertas características conductuales del adolescente pueden estar influenciadas por las nuevas capacidades cognoscitivas. Piaget propuso una teoría secuencial del desarrollo cognoscitivo compuesta de cuatro etapas: a) sensoriomotriz, b) preoperacional, c) la de operaciones concretas, y d) la proposicional o de operaciones formales (Horrocks, 1984).

3.2.1.- Etapas del desarrollo cognoscitivo:

1. La etapa sensoriomotora: abarca desde el nacimiento hasta los 2 años. En esta etapa los niños aprenden a dominar las secuencias sensoriomotoras, es decir, las operaciones sensoriomotoras son aquellas que se realizan con la acción, no mentalmente.

2. La etapa preoperacional: abarca desde los 2 hasta los 7 años. En esta etapa se adquiere el lenguaje, y los niños pueden manejar el mundo manipulando símbolos. Las preoperaciones manejan el proceso interiorizado; son rígidas en vez de reversibles.
3. La etapa operacional concreta: comprende desde los 7 hasta los 11 o 12 años. En esta etapa los niños muestran una mayor capacidad de razonamiento lógico, a un nivel concreto. Mejoran su dominio sobre las clases, las relaciones y las cantidades. Las operaciones concretas son acciones interiorizadas que pueden ser invertidas, están referidas a la conducta actual.
4. La etapa operacional formal: comienza a partir de los 11 o 12 años. En esta etapa los niños son capaces de usar conceptos lógicos y abstractos independientes de los objetos concretos. Están capacitados para la introspección, es decir, pensar sobre el pensamiento; el pensamiento abstracto, poder ir más allá de lo real hacia lo que es posible; el pensamiento lógico, permite la consideración de todos los hechos y las ideas importantes sacando conclusiones correctas, y el pensamiento hipotético, a través de la formulación de hipótesis considera numerosas variables. Las operaciones formales manejan abstracciones independientes de la realidad (Rice, 2000, pp. 131 y 145).

En la teoría de Piaget la etapa final es la del pensamiento operacional formal, esta es abstracta, especulativa e independiente del ambiente y de las circunstancias inmediatas. Comprende considerar las posibilidades y comparar la realidad con cosas que pudieran ser o no. El pensamiento de las operaciones formales exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis.

El pensamiento operacional formal puede entonces definirse como un proceso de segundo orden. El pensamiento de primer orden consiste en descubrir y examinar las relaciones entre los objetos, el de segundo orden consiste en reflexionar sobre nuestros pensamientos, buscar los nexos entre las relaciones y transitar entre la realidad y la posibilidad. Piaget describió el pensamiento abstracto del adolescente como la característica distintiva de la etapa final del desarrollo cognoscitivo (Inhelder y Piaget, 1958; citado en Craig y Baucum, 2001).

Las características del pensamiento adolescente son:

- 1.- La capacidad de combinar variables relevantes para hallar la solución de un problema.
- 2.- La capacidad de proponer conjeturas sobre el efecto que una variable tendrá en otra.
- 3.- La capacidad de combinar y separar las variables en forma hipotético-deductiva. ("Si se presenta X, ocurrirá Y") (Gallagher 1973; citado en Craig y Baucum, 2001, p. 366).

Es importante tener en cuenta que el desarrollo del pensamiento formal no es una cuestión de "todo o nada", pasando el individuo, de repente, de un estadio a otro. El cambio tiene lugar lentamente e incluso pueden producirse algunas oscilaciones hacia atrás y hacia adelante, antes de que quede firmemente establecido el nuevo modo de pensamiento. Por otra parte, es casi seguro que el adolescente adoptará modos formales de pensar en un sector antes que en otro (Coleman, 1985). En general, no todos los individuos logran dominar el pensamiento operacional formal, los adolescentes y adultos que lo alcanzan no siempre lo utilizan de manera constante; es indispensable cierto grado de inteligencia para el desarrollo de éste, además intervienen factores culturales y socioeconómicos, en especial la escolaridad (Craig y Baucum, 2001).

Durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición (Craig y Baucum, 2001). Las variaciones en el funcionamiento intelectual tienen consecuencias con respecto a una amplia gama de comportamientos y actitudes. Tales cambios posibilitan el avance hacia la independencia, tanto del pensamiento como de la acción, permiten al joven desarrollar una perspectiva temporal que incluya el futuro, facilitan el progreso hacia la madurez en las relaciones interhumanas y, por último fundamentan la capacidad individual para participar en la sociedad como trabajador, elector, miembro de un grupo, etc., (Coleman, 1985).

La presión social opera sobre el individuo, permitiendo al joven o a la joven enfrentarse con las nuevas exigencias propias de la vida adulta. Los adolescentes usan sus habilidades cognitivas en actividades intelectuales y éticas que se concentran en su persona, su familia y el mundo, es decir, a medida que se va orientando hacia el mundo adulto, su capacidad por el pensamiento reflexivo les permite evaluar lo que aprenden. Generalmente adoptan una actitud crítica ante las

instituciones sociales, entre ellas la familia y en especial con los padres (Craig y Baucum, 2001). De igual manera, el perfeccionamiento de las capacidades cognitivas ayuda al adolescente a tomar decisiones vocacionales, ya que analiza las opciones en relación con sus talentos y habilidades. Una vez que tienen la capacidad de pensar sobre sus propios pensamientos, se percatan más agudamente de sí mismos, de su persona y de sus ideas. Por lo tanto, se hacen más egocéntricos, vergonzosos e introspectivos; dirigiendo sus pensamientos hacia sí mismos más que hacia otros, es decir, se preocupan por ellos mismos, lo que les puede llevar a pensar que los demás también están preocupados por su apariencia y conducta, lo cual constituye el egocentrismo adolescente (Rice, 2000). En la transformación intelectual de los adolescentes se desarrolla el egocentrismo; este egocentrismo se manifiesta de dos formas: audiencia imaginaria y fábula personal.

Se da el nombre de audiencia imaginaria a la idea que tiene el adolescente de que lo están vigilando y juzgando de continuo, esta audiencia comparte su interés por los pensamientos y sentimientos personales; es fuente de autoconciencia, por ello a muchos adolescentes les molesta más que a los niños el hecho de que sus limitaciones sean señaladas a otros (Craig y Baucum, 2001). Se denomina fábula personal a la creencia de los adolescentes de que ellos son invulnerables y de que sus sentimientos son especiales y únicos (Rice, 2000).

El egocentrismo normalmente desaparece entre los 15 y 16 años, cuando se dan cuenta que la gente no les presta mucha atención, y que al igual que los demás están sujetos a las leyes de la naturaleza. Conforme llega a la madurez sus decisiones cobran mayor importancia y se desarrolla más su sentido ético, es decir, se desarrolla la moral basada en los principios éticos personales (Craig y Baucum, 2001).

El periodo de transición entre la niñez y la adultez varía de una cultura a otra. Las culturas que proporcionan entornos estimulantes facilitan el manejo del mundo abstracto. Asimismo, la familia y la escuela pueden acelerar o retrasar el desarrollo de las capacidades antes mencionadas, porque una transición exitosa hacia la adultez se asocia con la escolaridad y la formación vocacional. La adolescencia prolongada brinda oportunidades de probar diversos estilos de adulto sin comprometerse. Sin embargo, genera presiones y conflictos, entre ellos la necesidad de ser

independiente aún cuando se depende económicamente de los padres. Por lo tanto, tienen que integrar una identidad coherente y funcional.

El adolescente debe encarar dos grandes desafíos:

1. Lograr la autonomía y la independencia respecto a sus padres.
2. Formar una identidad, es decir, crear un yo integral equilibrado con varios aspectos de la personalidad. (Craig y Baucum, 2001, p. 377).

3.3.- AUTOCONCEPTO E IDENTIDAD

La capacidad de los adolescentes para pensar en sí mismos es también necesaria en el proceso de desarrollo de autoconceptos y de las identidades. El autoconcepto es la percepción y la evaluación que los individuos realizan de sí mismos; son sus pensamientos acerca de sí mismos. La autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma.

En el desarrollo del autoconcepto una persona reconoce que es distinta, es decir, un individuo separado, comienza en la niñez temprana e implica desarrollar la conciencia sobre quién es uno mismo y a donde pertenece. Es la autopercepción con respecto a las características físicas, de personalidad, habilidades, rasgos, roles y estatus social. En la autoestima intervienen la autoaceptación y la aprobación, para que las personas la posean debe existir una correspondencia entre los conceptos de sí mismo y los yo ideales (Rice, 2000).

Según Erickson, la búsqueda de identidad se da a lo largo de la vida, esta comienza en la adolescencia transformando el estilo de vida entre la infancia y la adultez y es favorecida por la revolución fisiológica que hay en el sujeto, así como la incertidumbre que le genera asumir los roles de adulto. Para él la formación de la identidad es el obstáculo a superar para una transición exitosa a la madurez. La formación de la identidad es un proceso prolongado y complejo de autodefinición; esta autodefinición se forma a medida que el adolescente elige valores, creencias y metas en la vida. El proceso ofrece continuidad entre el presente, el pasado y el futuro del individuo; forma una estructura que organiza e integra las conductas en diversas áreas de la vida; y concilia inclinaciones y talentos con roles provenientes de los padres, los compañeros y la sociedad (citado en Craig y Baucum, 2001).

Para James Marcia (1980; citado en Rice, 2000) los criterios para establecer una identidad madura son crisis y compromiso. Crisis se refiere al período que pasan los adolescentes eligiendo alternativas significativas para ellos; compromiso es el grado de implicación personal que muestra el individuo. Una identidad madura se logra cuando se ha experimentado una crisis, comprometiéndose con una ocupación o una ideología. Marcia definió cuatro estados de la formación de identidad, estos son: exclusión, difusión, moratoria y consecución de la identidad.

TIPOS DE FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD

TIPO	DESCRIPCIÓN	EFFECTOS EN EL A.
Exclusión	Se hacen compromisos sin tomar muchas decisiones.	Se manifiesta un mínimo de ansiedad; valores más autoritarios y vínculos positivos y sólidos con los otros significativos.
Difusión	Todavía no se hacen compromisos; se tiene poco sentido de dirección; se rehuye el asunto.	A veces se abandona la escuela o se recurre al alcohol u otras sustancias para evadir la propia responsabilidad.
Moratoria	Se pasa por una crisis de identidad o por un periodo de toma de decisiones.	Se sufre ansiedad ante las decisiones, decisiones sin resolver; se lucha con opciones y decisiones antagónicas.
Consecución de la identidad	Se hacen compromisos después de superar una crisis de identidad	Se tienen sentimientos equilibrados por los padres y la familia; es menos difícil alcanzar la independencia

Fuente: Craig y Baucum (2001), p. 381.

El estado de identidad influye de modo profundo en las expectativas del adolescente, en su imagen personal y en sus reacciones ante el estrés. Durante el proceso de formación de identidad los adolescentes se ven obligados a juzgar sus valores y conductas en relación con los de la familia. La forma en que los padres interactúan con los adolescentes influye de modo decisivo en que éstos avanza hacia la adultez. Los cambios conductuales de un miembro de la familia inciden en los demás (Craig y Baucum, 2001). La relación del adolescente con sus padres es importante, ya que éstos son modelos de funciones sociales con los que el adolescente se identifica.

A medida que los individuos se independizan de su familia, necesitan más a los amigos para obtener apoyo emocional y probar sus nuevos valores, los amigos íntimos favorecen la formación de la identidad. Para aceptar su identidad, el adolescente necesita sentir que la gente lo acepta y le tiene simpatía; por ello el grupo de compañeros adquiere gran importancia, porque a través de él tiene el apoyo para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales. Además, la capacidad de hacer nuevos amigos y de conservar los actuales; se basa en la capacidad de hacer comparaciones sociales. La comparación social es el proceso mediante el cual se evalúa las capacidades, las conductas características de personalidad, apariencia, reacciones y el sentido general del yo en comparación con el de otros; ésta cambia durante los últimos años de la adolescencia, sustituyendo amistades no estrechas por la calidad que proporcionan unos cuantos amigos cercanos. También se establecen amistades con personas del sexo opuesto; que por lo general tienen lugar en ambientes de grupo, y son muchas veces el primer paso para aprender a relacionarse con el sexo opuesto. La adolescencia temprana es una etapa de probar, imaginar y descubrir cómo se funciona en grupos mixtos y en pareja. Proporciona a los jóvenes un periodo de prueba para compartir ideas y experiencias con las cuales formarse actitudes fundamentales ante los roles de género y la conducta sexual (Craig y Baucum, 2001).

3.3.1.- Identidad y sexualidad

La identidad del papel sexual es un aspecto del concepto de sí mismo, se emplea para describir el comportamiento masculino y femenino adecuado en una determinada cultura; ésta se refiere a la medida en que una persona siente que su comportamiento va de acuerdo a lo establecido en su cultura (Coleman, 1985). La identidad de género es la percepción interna de ser masculino o femenino, mientras que el rol de género es la expresión abierta de la masculinidad y feminidad en contextos sociales (Rice, 2000). Para Bee (1975; citado en Coleman, 1985) la identidad de género se adquiere tempranamente, antes de los cinco años de edad; siendo el desarrollo de la identidad del papel sexual en etapas más avanzadas de la niñez, cobrando gran relevancia cuando el individuo entra en la adolescencia.

Muchos adolescentes son muy sensibles con respecto a su apariencia, la mayoría de ellos comienzan a realizar evaluaciones sobre sí mismos, comparando no sólo su aspecto físico, sino las habilidades motoras, las capacidades intelectuales y las habilidades sociales con las de sus iguales y con los de sus ideales, lo cual los hace vulnerables (Rice, 2000).

Todos estos factores van impactando al adolescente y a sus relaciones; su desenvolvimiento social es preocupante porque debe adaptarse a las normas sociales y a situaciones más complejas, pues tiene que interactuar con los demás, comienza a buscar la seguridad a través de grupos con jóvenes de su edad (Hurlock, 1970). Ante esta situación el grupo marca las pautas de comportamiento en cuanto a la forma de hablar, vestirse e identificarse, tomando estereotipos a su alcance, como los medios de comunicación (televisión, revistas, anuncios, etc.). Cuando su autoimagen no corresponde al ideal que ven en su entorno social o en los medios, porque el prototipo que se maneja en dichos medios es la esbeltez, a veces se someten a dietas o regímenes rigurosos de acondicionamiento físico, de ahí la preocupación actual con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, ya que el interés por la imagen corporal puede ocasionar trastornos alimentarios como la anorexia, la bulimia y trastornos no específicos de la conducta alimentaria; generando una falsa imagen en los adolescentes, los cuales son fácilmente influenciados y pueden desarrollar conductas inadecuadas en su afán de buscar la aceptación. Algunos pueden sentirse rechazados y buscan la soledad, ésta puede tener algunas cualidades positivas, pero la soledad impuesta por otros puede producir profundos sentimientos de aislamiento y depresión (Craig y Baucum, 2001).

3.4.- SALUD Y ADOLESCENCIA

La mayoría de los adolescentes son relativamente saludables. Cuando en ellos se presentan problemas de salud generalmente son producto de un estilo de vida poco sano. En nuestra cultura no existe la costumbre de acudir al médico durante los primeros síntomas de una enfermedad, sino hasta que la situación se ha complicado. Tampoco se acostumbra realizar chequeos médicos frecuentes por lo que los jóvenes menores de 18 años no reciben la atención médica que necesitan; asimismo, los adolescentes cuando llegan a padecer problemas de salud acuden a sus familiares o amigos antes que a profesionales (Papalia, Wedkos y Duskin, 2001). Y aunque en ellos existe un bajo riesgo de sufrir enfermedades graves o crónicas, comparando con otros grupos de edad, no

están exentos de tener que estar hospitalizados o de tener que someterse a tratamientos altamente especializados.

Los riesgos de salud frecuentemente vistos en esta etapa son: los trastornos alimentarios (obesidad, anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado), trastorno del sueño, abuso de drogas, conductas sexuales de riesgo y conducta suicida; también pueden aparecer las primeras manifestaciones de síndromes depresivos, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad, etc. El 60% de estos trastornos se desarrollan durante la pubertad (Rutter et al., 1977; citado en Seiffge-Krenke, 1998).

3.4.1.-Salud y ejercicio

Muchos individuos son menos activos durante la adolescencia; el ejercicio o la ausencia de éste, afecta la salud física y mental. Un estilo de vida sedentario puede originar riesgos de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. La práctica de algún deporte en los jóvenes disminuye los problemas físicos o emocionales, favoreciendo un mejor concepto de sí mismos (Papalia et al., 2001). Los accidentes ocurridos durante la práctica deportiva rara vez son mortales, sin embargo, requieren atención médica; siendo los varones más propensos que las jovencitas a sufrir lesiones causadas por el deporte (Brannon y Feist 2001).

3.4.2.- Salud y sueño

Otro factor que influye en la salud de los adolescentes es el sueño, ya que muchos de ellos no duermen el tiempo suficiente. Los adolescentes privados de sueño o con horarios irregulares de sueño tienden a ser soñolientos crónicos durante el día, muestran síntomas de depresión, tienen problemas de sueño y se desempeñan mal en la escuela; esto quizá se deba a que los adolescentes experimentan un cambio en el ciclo de sueño natural del cerebro o sistema de ritmo circadiano. El ritmo de secreción de melatonina es un indicador de cuándo el cerebro está listo para dormir. Después de la pubertad, ésta secreción se realiza a horas más altas de la noche. Los adolescentes tienden a estar menos alerta y más estresados en las primeras horas de la mañana (Papalia et al., 2001).

3.4.3.-Salud y nutrición

La nutrición es importante en esta etapa, las deficiencias de minerales más comunes en los adolescentes son calcio, zinc y hierro. El calcio incrementa la densidad de los huesos y, junto con el ejercicio puede proteger al organismo contra la osteoporosis; el zinc se relaciona con la madurez sexual, una moderada deficiencia puede retardarla y la deficiencia de hierro produce anemia, en cambio la cantidad óptima de éste en el organismo favorece procesos cognoscitivos, el aprendizaje verbal y la memoria (Papalia et al., 2001). Asimismo, la aparición de trastornos alimentarios es común en esta población, se clasifican en obesidad, anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE), aunque éste último no es muy popular en la literatura. Estos trastornos producen efectos a largo plazo contundentes en la salud física, mental y emocional; afectan principalmente a las mujeres, sin embargo, se presentan también en los varones, y actualmente se han incrementado, siendo la tendencia a seguir acrecentándose.

3.4.4.- Salud y drogas

También el consumo de drogas y otras sustancias representa una conducta de alto riesgo. El consumo de drogas entre los adolescentes es frecuente. El alcohol, la marihuana y el tabaco son las drogas más populares entre los adolescentes. El abuso de las drogas está asociado con un bajo rendimiento escolar, la interrupción de la vida familiar y la conducta antisocial (Hoffman, Paris y Hall, 1996). El alcohol es una droga fuerte que altera la mente, su uso entre los jóvenes resulta preocupante, ya que estos comienzan a beber antes de los 15 años, lo cual favorece la probabilidad de convertirse en alcohólicodependientes.

El consumo habitual de la marihuana puede destruir el cerebro, el corazón, los pulmones y el sistema inmunológico; el humo de la marihuana contiene sustancias carcinógenas. Su consumo puede bloquear la memoria, el aprendizaje, la percepción, el juicio y las habilidades motrices, lo cual puede contribuir a tener accidentes, deficiencias nutricionales, infecciones respiratorias y otros problemas físicos. La marihuana es adictiva y disminuye gradualmente la capacidad cerebral para producir dopamina. De igual manera, el consumo de cigarrillos es muy alto, el hábito de fumar es grave, fumar durante la adolescencia puede dañar el ADN de los pulmones, esto puede favorecer la aparición de enfermedades como el cáncer de pulmón, muchos adolescentes ven en este hábito un símbolo de adultez y madurez social (Papalia et al., 2001).

3.4.5.- Salud y conducta sexual

Por otra parte, la actividad sexual en la adolescencia trae consigo un sin número de riesgos, los cuales se agravan por la falta de información o por la omisión de la misma entre ellos encontramos los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, particularmente el SIDA. Desde 1960 estas enfermedades ya eran comunes, y a partir de 1980 se han convertido en un serio problema para los adolescentes y los jóvenes adultos. Las enfermedades de transmisión sexual por sus características pueden pasar desapercibidas para las personas, en las mujeres pueden desarrollarse sin que se detecten más que en los hombres. Y aunque actualmente hay información acerca de los riesgos y la forma de cómo prevenirlos, muchos jóvenes siguen teniendo conductas de alto riesgo, evitando el uso de preservativos, particularmente del condón. El embarazo y parto en la adolescencia representa un problema de salud, ya que generalmente el embarazo se oculta, lo cual afecta a la madre y al bebé por que no reciben la atención médica adecuada. Las consecuencias más graves pueden presentarse en el alumbramiento porque las jovencitas pueden morir (Seiffge-Krenke, 1998).

3.4.6.- Salud y conducta suicida

Un fenómeno importante es el de la conducta suicida, la cual se da dentro de un contexto de problemas familiares o personales prolongados. Para comprender la naturaleza del suicidio en los adolescentes es preciso entender los factores de riesgo asociados a éste, por ejemplo, la depresión, la ansiedad, trastornos de la conducta y el abuso de sustancias o alcohol. Se ha encontrado que los adolescentes, particularmente los varones, llevan a cabo este comportamiento dando fin a su existencia, en cambio las mujeres realizan más intentos de suicidio que los hombres, y por los métodos que emplean, generalmente son atendidas a tiempo. La depresión aumenta durante la adolescencia y aparece a menudo junto con otros trastornos en respuesta a tensiones internas y externas, los síntomas varían según el sexo, ya que en los hombres se externa presentándose conductas antisociales, agresión, hiperactividad o delincuencia; mientras que en las mujeres se interioriza dando lugar a la ansiedad y a trastornos de somatización. La muerte en adolescentes se relaciona con la violencia, las causas principales de muerte en esta población están vinculadas con los accidentes, entre los que destacan los accidentes en motocicleta y los accidentes por conducir

en estado de ebriedad o bajo el efecto de las drogas, también el homicidio y el suicidio; los índices de muerte a causa de accidentes y actos de violencia son más altos en los hombres (Seiffge-Krenke, 1998).

Por lo tanto, las necesidades actuales de salud, exigen una reorientación para responder de forma adecuada a los nuevos retos planteados. Para Hogarth (1978; citado en Frías Osuna, 2002) “la necesidad corresponde a una deficiencia o ausencia de la salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos y que conduce a tomar ciertas medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación.”

CAPITULO IV

SALUD

4.- SALUD

La salud es un asunto de vital importancia para todos, la preocupación por la misma y por la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia (Oblitas y Becoña, 2000). Además son el resultado de un proceso de interacción permanente del hombre con el medio en que vive; obedecen a factores externos e internos. Salud es adaptación y equilibrio entre ambos; enfermedad es desadaptación (Álvarez, 1991).

Para Morales (1999) las representaciones populares sobre salud y enfermedad han estado muy relacionadas con la valoración de la enfermedad, entendida como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre, mientras que la salud se percibe como la ausencia de la enfermedad.

El concepto de salud es dinámico, histórico y cambia de acuerdo con la época y las condiciones ambientales. René, ecologista francés, en 1959 explicó que los “términos salud y enfermedad carecen de significado a menos que sean definidos en relación con una persona que funciona en un ambiente social y físico determinado” (Dubos 1975; citado en Frías, 2002). La enfermedad tiene significados individuales y sociales que varían de acuerdo a cada cultura y se reflejan en sus creencias religiosas, filosóficas y sociales; en ocasiones, la enfermedad es una forma de dominio, dependencia y esclavitud (Videla, 1991). Es necesario tener en cuenta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con la subjetividad y el comportamiento individual, el ámbito social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad. Es por ello que las definiciones de salud y enfermedad requieren de una aproximación que de cuenta de su complejidad. También es necesario reconocer que no es posible comprender la enfermedad sin comprender la salud y viceversa (Morales, 1999).

La salud y la enfermedad se formulan como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas, siguiendo esta línea de pensamiento la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; sin embargo, ha recibido críticas por equiparar bienestar a salud (Caba 1990; citado en Frías, 2002), ya que describe la salud como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción (Morales,1999). De acuerdo con Videla (1991) el concepto de salud y enfermedad; así como las formas de evaluarlas, dependen de la ideología de quienes las formulen, por eso no hay una propuesta universalmente aceptada; aunque la definición que maneja la (OMS) es la más empleada hasta nuestros días.

Siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y en la enfermedad no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Se ha establecido el principio de multicausalidad que orienta para actuar a fin de promover la salud y evitar la enfermedad (Álvarez, 1991). La idea contemporánea de la multicausalidad obliga a que el asunto de la salud y la enfermedad deba considerarse desde la perspectiva de diversas disciplinas. La disciplina científica que se ocupa del estudio de la causalidad de las enfermedades y su distribución en los grupos de la población, es la epidemiología (Morales, 1999). La epidemiología de la salud y enfermedad tiene una base ecológica en su interrelación con los individuos; analiza las diversas etapas de la interacción agente-huésped, descubriendo la evolución del proceso, desde antes que se presente la enfermedad y posteriormente cuando el individuo enferma. Es la historia natural de la enfermedad. Se descubren en ella dos periodos: el prepatógeno y el patógeno: en el primero se realiza la interrelación inicial entre el agente, huésped y el medio; se rompe el equilibrio existente y se produce un estímulo que actúa sobre el huésped. En el segundo periodo, el patógeno, los cambios tisulares y las reacciones del organismo continúan, hasta hacerse aparentes con los signos y síntomas propios de la enfermedad. La utilidad de conocer la historia natural de la enfermedad permite precisar el momento oportuno para la aplicación de medidas preventivas o curativas indicadas (Álvarez, 1991).

Uno de los objetivos más grandes de la epidemiología es facilitar la prevención y el control de las enfermedades y la promoción de la salud mediante la determinación de las causas de enfermedad y los métodos para modificarlas. En el campo de la salud, el conocimiento de las causas de enfermedad es importante no sólo para su prevención, sino también para el diagnóstico y aplicación

del tratamiento adecuado; no es necesario identificar todos los componentes de una causa para poder llevar a cabo una prevención efectiva, y por tanto evitar la enfermedad. Además de los epidemiólogos, muchos otros especialistas intervienen en la prevención, por ejemplo ingenieros sanitarios, expertos en el control de la contaminación, químicos medio ambientalistas, personal de enfermería especializado en salud pública, sociólogos, médicos, psicólogos y economistas sanitarios. A medida que se hacen evidentes las limitaciones de la medicina moderna para curar las enfermedades y se elevan los costos médicos, aumenta la aceptación, en todos los países, de la necesidad de prevención (Beaglehole, Bonita y Kjellstrom, 1994).

4.1.- PREVENCIÓN

Pensar en prevención es hallar las causas de la enfermedad (Vídela, 1991); ésta consiste en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud (Oblitas y Becoña, 2000). Prevenir, en el ámbito de la salud, es realizar una acción con la intención de modificar la probabilidad de ocurrencia o comportamiento de un proceso mórbido. Desde esta perspectiva el desarrollo de la medicina preventiva ha estado en íntima relación con el avance en el conocimiento del proceso de pérdida de la salud, los determinantes asociados a éste y del desarrollo o historia natural de la enfermedad en la que intervienen (Frías, 2002). La prevención es la alternativa más adecuada en los programas de salud en todos los países del mundo, además implica la mejor inversión social en salud y en una adecuada calidad de vida (Oblitas y Becoña, 2000). Siendo la medicina preventiva parte de la salud pública, sus objetivos son: promover y conservar la salud y prevenir las enfermedades (Álvarez, 1991). De acuerdo con Nutbeam (1986) la prevención de enfermedad consiste en las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad. La identificación de los factores de riesgo es útil en el diseño de las intervenciones desde las preventivas, las de recuperación, las de límite de daño y las de rehabilitación (Sánchez, 1998).

4.1.1.- NIVELES DE PREVENCIÓN:

Pueden considerarse tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases de la enfermedad, se muestran en el siguiente cuadro, posteriormente se describen para su mejor comprensión.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Prevención	Objetivos	Actividades	Niveles de prevención (Leavell y Clark)
Primaria	Promover la salud Evitar la aparición de enfermedades	Educación para la salud Prevención específica Detección	Promoción de la salud Prevención específica Diagnóstico temprano y
Secundaria	Evitar que las enfermedades progresen Limitar la invalidez	Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado	Tratamiento inmediato Limitación de invalideces
Terciaria	Rehabilitar al enfermo	Rehabilitación	Rehabilitación

Fuente: Álvarez (1991), p.43.

4.1.2.- Prevención primaria:

Pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia; está dirigida al individuo sano o aparentemente sano, sus objetivos particulares son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; para conseguirlos dispone de la educación y de la prevención específica. Los programas a este nivel de prevención tienen como objetivo identificar factores ambientales que dañan la capacidad de una persona en su vida diaria. La prevención primaria implica dos estrategias a menudo complementarias, la primera puede enfocarse a toda la población con objeto de reducir el riesgo medio, también se conoce como estrategia poblacional; la segunda se refiere a las personas cuyo riesgo de enfermar es alto por exposiciones particulares, se habla de estrategias de grupo de riesgo (Beaglehole, Bonita y Kjellstrom, 1994). Posee algunas dificultades, ya que al no manifestarse todavía el problema, es difícil probar su importancia y su necesidad, sin embargo, ahorra muchos gastos a corto y a largo plazo, siendo una magnífica inversión social (Oblitas y Becoña, 2000).

4.1.3.- Prevención secundaria:

Pretende detener o retardar una enfermedad; tiene como objetivos especiales evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; persigue la curación y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento, alcanzando sus objetivos a través de éstos, comprende todas las medidas disponibles para la detección en individuos y poblaciones y para una intervención rápida y efectiva. Abarca el período entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que suele hacerse el diagnóstico; su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad, además suele aplicarse a enfermedades que son fáciles de diagnosticar y tratar, pudiendo detener su progresión hacia un estadio más grave (Beaglehole, Bonita y Kjellstrom, 1994). En este nivel de prevención, las acciones se dirigen ya al enfermo (Álvarez, 1991). A través de los programas se busca reducir el índice de enfermedad, así como su prevalencia, también detectando casos en riesgo (Pineda, en prensa).

4.1.4.- Prevención terciaria:

Pretende reducir el índice de desórdenes o alteraciones, el progreso o complicaciones de una enfermedad ya establecida. Consiste en medidas encaminadas a la reducción de las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables (Beaglehole, Bonita y Kjellstrom, 1994). Corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico, como en lo social. La terapia física, la ocupacional y la psicológica tratan de conseguir que los individuos puedan ser útiles a sí mismos y a la sociedad (Álvarez, 1991). A este nivel los programas empleados abordan la rehabilitación. Los tres tipos de prevención son necesarios, aunque tomando en cuenta la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria es conveniente la utilización de la prevención primaria, por los altos costos de la enfermedad (Pineda, en prensa).

4.2.- PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Una de las aproximaciones de la psicología hacia los problemas de salud, es la de la psicología comunitaria que desarrolla un enfoque social, ésta constituye un antecedente importante de la

psicología de la salud, ya que muchas de sus experiencias pueden ser válidas para el trabajo en instituciones de salud de atención primaria (Morales, 1999).

En los últimos años se ha registrado una verdadera explosión de la psicología de la salud, sin embargo, ésta no es nueva y mucho menos diferente, simplemente es una rama aplicada de una disciplina más general; es decir, es un área de especialización dentro de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. La investigación en la psicología de la salud está orientada al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, ocupándose de la atención o curación de los enfermos e incluye la promoción de la salud. El psicólogo de la salud orientado hacia el trabajo preventivo debe conocer cuáles son los problemas de salud más frecuentes y cuáles son sus determinantes, y establecer las prioridades para su trabajo, ya que el impacto de sus acciones será limitado (Morales, 1999). Las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres categorías: la investigación, aplicaciones y formación; éstos han ido adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación siguiendo el modelo conductual, aunque toman elementos de otras disciplinas dentro del campo de la salud (Oblitas y Becoña, 2000). Para Vídela (1991) en psicología, hablar de prevención significa lo mismo que hablar de atención primaria de la salud dentro del campo de la medicina. Atención primaria y prevención es empezar por lo básico, por cuidar la salud de las poblaciones y los individuos.

4.3.- ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria es importante entre los procesos de atención a la salud. Una definición de ella es la que se expresó en la reunión sobre este tema convocada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata, en 1978, y dice que es “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y en cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible

la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS 1979; citado en Morales, 1999).

El objetivo de la atención primaria en la salud es brindar atención a todos los grupos poblacionales, se hace lo más cerca posible de la gente, de sus lugares de vida y trabajo, y se lleva a cabo desde instituciones con un sentido de alta eficiencia. Los recursos que se usen y el equipamiento deben ser los más adecuados posibles (Morales, 1999).

El sistema de salud muestra una complejidad creciente, lograr la accesibilidad económica, cultural, geográfica y funcional que conlleva a la educación para la salud y una adecuada organización comunitaria. Por lo tanto, la atención a la salud debe ser accesible a todos los niveles socioeconómicos, al contexto urbano y rural y a todas las culturas y subculturas. Suficiente, abarcando todos los campos de la salud; eficiente lo cual implica que cumpla sus objetivos. Racional, continua y oportuna. Además personalizada, adecuándose a las necesidades de la persona. Es una atención a lo largo de todo el ciclo vital, respetando las diferencias culturales y con metas y con objetivos claros y precisos. Es una atención en la salud para el individuo, la familia y la comunidad (Oblitas y Becoña, 2000).

La atención primaria de la salud se basa en métodos y tecnologías científicamente fundadas, utiliza el enfoque de riesgo para dar una atención programada y anticipatoria y promueve la participación de la comunidad en un papel protagónico en el autocuidado de la salud (Duran, 1998). Las prioridades de trabajo en atención primaria son variadas, dependen de los problemas específicos que tenga la comunidad con la que se trabaja, a partir de una correcta identificación de esos problemas mediante el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, y una concepción integral de promoción de salud, prevención y atención de las enfermedades y daños de la salud, por ejemplo los accidentes, y la rehabilitación de las personas con secuelas y limitaciones. Las acciones se determinan por la interpretación que el equipo de trabajo hace del estado de salud de la comunidad, interpretación que también debe integrar lo que la población percibe como sus necesidades prioritarias; estas acciones deben estar dirigidas a lograr el mayor impacto para la transformación de la calidad de vida y el estado de salud de esa población, en un sentido positivo

(Morales, 1999). Hay dos conceptos asociados al de atención primaria, que son los de 1) promoción de salud y 2) prevención y control de los riesgos de enfermar.

4.3.1.- Promoción de salud

Durante años los servicios de salud han realizado acciones que pueden considerarse dentro del concepto actual de promoción de la salud, en los últimos veinte años ha aumentado el interés tanto por su definición como por la búsqueda de formas de organización y de uso de recursos tecnológicos para llevarla a cabo (Morales, 1999). La promoción de la salud se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable. Existe una clara relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud; el estilo y la calidad de vida determina cómo se siente la persona en términos de salud; ciertos hábitos producidos por la forma de vida en las urbes y por la sociedad de consumo son nocivos para la salud, tanto física como psicológica (Oblitas y Becoña, 2000).

Las acciones de promoción de la salud deben tener carácter multisectorial y multidisciplinario. De acuerdo con Martínez Calvo (1994; citado en Morales, 1999), las acciones de promoción de la salud pueden definirse como el “conjunto de elementos básicos para realizar las políticas sanitarias orientadas a una estrategia poblacional en salud”, y se resumen en:

- elaboración de una política pública sana,
- creación de ambientes favorables,
- reforzamiento de la acción comunitaria,
- desarrollo de la aptitudes personales,
- reorientación de los servicios sanitarios.

Las actividades de promoción de la salud, siguiendo el criterio anterior, serían medios para la acción, concretamente, “la forma de ejecutar en la práctica las acciones de promoción”, se resumen en:

- determinar “modelos de salud” (sólo tenemos “modelos de enfermedad”),
- fomentar estilos de vida sanos,
- establecer estrategias de comunicación social,
- desarrollar técnicas de trabajo comunitario (pp.143-144).

En la promoción de la salud, Morales (1991^a; citado en Morales, 1999) señala la importancia de ésta para la psicología, ya que las acciones promocionales necesitan apoyarse con conceptos puramente psicológicos tales como: hábitos, actitudes, motivaciones, interacciones personales y familiares y habilidades. Hace recomendaciones para el trabajo de los psicólogos:

- 1) identificar los problemas que requieren atención prioritaria;
- 2) para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente para la toma de decisiones, debiéndose usar datos seguros procedentes de registros continuos, investigaciones previas o investigaciones al efecto;
- 3) trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento que sea necesario compartir;
- 4) evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención (al menos “antes-después”, y con grupos de control cuando sea posible);
- 5) utilización de diferentes procedimientos con un carácter creativo; y
- 6) estimular la activa participación de los miembros de la comunidad, ya sea tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias, ya sea como “multiplicadores”, ya sea en la evaluación de los resultados (pp.144-145).

La promoción, conservación y restablecimiento de la salud se convierte en una prioridad de la satisfacción de necesidades; y la psicología ayuda de forma decisiva en la búsqueda de medios más eficaces de promoción de salud y en la adopción de conductas preventivas de enfermedades que pueden ser evitadas (Grau, 1998); la promoción de la salud pretende asegurar condiciones que garanticen el bienestar general eliminando o modificando los factores que fomentan o mantienen conductas inadecuadas de salud.

4.3.2.- Prevención y control de los riesgos de enfermar

La prevención y control de enfermedades busca mejorar la salud individual, familiar y comunitaria haciendo patente la responsabilidad individual por la propia salud, la cual influye en el estilo de vida (Santos, 1998). El concepto de estilo de vida se refiere a los patrones de comportamiento de los sujetos que inciden en su salud, tales como las dietas, el ejercicio físico, la ingestión de alcohol, el

consumo de tabaco, etc. El incremento de enfermedades cardiovasculares, el cáncer o los accidentes de tráfico, se relaciona con la conducta del individuo, siendo ésta un factor de primer orden; es importante resaltar el auge que estas enfermedades han tomado, ya que las enfermedades infecciosas han disminuido a través del control de la medicina científica (Fernández, 1998). Por lo tanto, en el campo de la salud el factor más decisivo en la enfermedad proviene de conductas y estilos de vida poco saludables (Oblitas y Becoña, 2000).

De acuerdo con Fernández (1996) existen una serie de conductas que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad, estos son:

- Equilibrio dietético
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Práctica de ejercicio físico
- Ritmos de sueño
- **Prácticas de seguridad y protección**
- Uso de cinturones de seguridad
- Prevención de contactos sexuales
- Prevención de períodos prenatales
- Prevención de accidentes domésticos
- **Participación en programas de promoción de salud**
- Campañas de detección precoz de enfermedades
- Educación para la salud
- Cumplimiento de las recomendaciones e instrucciones de profesionales de la salud
- Uso de los recursos y servicios sanitarios de la comunidad (p.1074).

4.5.- EVALUACIÓN DE LA SALUD

En la evaluación de la salud es importante considerar los patrones de comportamiento que configuran los estilos de vida, porque la promoción de la salud tiene la función de desarrollar hábitos y comportamientos más saludables en los individuos (Fernández, 1996). Promover estilos de vida

saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o disminuyen la salud de los individuos; las conductas saludables son las acciones realizadas por los sujetos para su bienestar, las cuales influyen a largo plazo en su salud física, mental, social y emocional (Oblitas y Becoña, 2000). Para efectuar cambios en el estilo de vida es necesario recurrir a la educación. La educación para la salud contribuye a la salud de la población: facilitando a los individuos el alcanzar metas relacionadas con la misma, aumentando y manteniendo la calidad de vida, previniendo muertes innecesarias, enfermedades e incapacidades, aumentando la interacción humana y la autonomía de los pacientes en escenarios de cuidado y tratamiento (Santos, 1998).

CAPITULO V

HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD

5.- HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD

5.1.- Antecedentes Históricos de las Habilidades Sociales

Gran parte del comportamiento que adquirimos desde temprana edad y que hace del hombre un ser fundamentalmente social, es aprendido en interacción con los miembros de su grupo. El proceso conocido como socialización sólo es posible mediante la consolidación de una serie de destrezas interpersonales a través de una interacción social saludable (Roth, 1986).

Todos hemos vivido experiencias y aprendizajes al relacionarnos con los demás. Cada día, las personas se enfrentan a diferentes relaciones interpersonales y situaciones. Cada individuo, con su propia historia desarrolla un modo particular de enfrentarse a su medio ambiente físico y social. Las situaciones que involucran a otras personas son las que nos brindan alegrías o disgustos. Estas desavenencias producen conflictos interpersonales. Las reacciones que tenemos ante las relaciones interpersonales, nos llevan a percibir que tenemos limitadas capacidades o formas de enfrentar esos problemas (Flores y Díaz Loving, 2002).

Las habilidades sociales constituyen recursos indispensables para realizar actividades fundamentales en la vida, como son relacionarnos con los demás, desarrollar redes sociales, y trabajar en equipo (Gil y León, 1998); éstas no son una característica de la persona, sino de la conducta de ésta, y como cualquier otro comportamiento son susceptibles de aprendizaje. Además no son patrones rígidos, sino reglas de actuación útiles en diferentes situaciones y contextos (León y Medina, 1998).

El movimiento de las Habilidades Sociales ha tenido una serie de raíces históricas no reconocidas suficientemente, los primeros intentos de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se remontan a trabajos realizados con niños por varios autores (p. Ej., Jack ,1934; Murphy, Murphy y Newcomb ,1937; Page ,1936; Thompson, 1952 y Williams; 1935; citados en Caballo, 1993); estos autores estudiaron diversos aspectos de la conducta social en niños, que podrían considerarse

dentro del campo de las Habilidades Sociales. El movimiento de las Habilidades Sociales tuvo también parte de sus raíces en el concepto de “habilidad” aplicado a las interacciones hombre-máquina. La aplicación del concepto de “habilidad” a los sistemas hombre-hombre dio pie a un copioso trabajo sobre las Habilidades Sociales en Inglaterra (p. Ej., Argyle, 1967; 1969; Argyle y cols., 1974 a; 1974b; Argyle y Kendon, 1967; Welford, 1966; citados en Caballo, 1993).

El estudio científico y sistemático de las Habilidades Sociales tiene tres fuentes:

- La primera y la más importante se apoya en el trabajo de Salter (1949; citado en Flores y Díaz Loving, 2002) denominado *Conditioned reflex therapy* (Terapia de Reflejos Condicionados) donde describe las primeras formas de adiestramiento asertivo.
- Una segunda fuente la constituyen los trabajos de Zigler y Phillips (1961) sobre la “competencia social”. Esta área de investigación con adultos institucionalizados del Hospital Estatal de Worcester mostró que cuanto mayor es la competencia social previa de los pacientes psiquiátricos que son internados en el hospital menor es la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaídas.
- La tercera y última fuente se refiere a que la investigación sobre las Habilidades Sociales ha tenido un origen diferente en los EEUU y en Inglaterra, aunque con gran convergencia en los temas, métodos y conclusiones de ambos países (Caballo, 1993).

Se ha dado una serie de evoluciones de diferentes términos hasta llegar al de “habilidades sociales”. En la psicología, el concepto de asertividad surge en los Estados Unidos en el contexto clínico en la década de los 40’s y a principios de 1950. Más tarde, alrededor de 1958, Wolpe desarrolla el concepto asertividad, en 1949, Salter empleo la expresión “personalidad excitatoria”, que más tarde Wolpe sustituiría por la de “conducta asertiva”. Con Alberti y Emmons (1970; citados en Caballo, 1993) surge un nuevo impulso en la investigación de las Habilidades Sociales, siendo su libro *Your perfect right* (Estas en tu perfecto derecho), el primero dedicado al tema de la “asertividad” (o Habilidades Sociales). Posteriormente algunos autores propusieron cambiar el término de Salter por otros nuevos, como, ej., “libertad emocional” (Lazarus, 1971; citado en Caballo, 1993), “efectividad personal” (Lieberman, King, DeRisi y McCann, 1975; citados en Caballo, 1993), “competencia personal”, etc.; aunque ninguno de ellos prosperó, siendo hasta la década de los setenta, su

expansión y desarrollo con lo cual surgen tres enfoques: 1) humanista, 2) conductual y 3) cognoscitivo (Flores y Díaz Loving, 2002, p.23).

El enfoque humanista se centra en la asertividad como técnica para el desarrollo de la realización del ser humano. El enfoque conductual plantea que la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de los modelos significativos que las presentan. Finalmente, el enfoque cognoscitivo, representado por Lange y Jakubowski (1976; citados en Flores y Díaz Loving, 2002) sostiene la incorporación de cuatro procedimientos básicos en el entrenamiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad, ayudar a identificar y a aceptar los derechos personales y los derechos de los demás, reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva y reducir ideas irracionales, ansiedades, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos. A mediados de los años setenta el término de “habilidades sociales” empezó a tomar fuerza como sustituto de “conducta asertiva”. Durante bastante tiempo se utilizaron de forma intercambiable ambos términos; ya que con la expresión “entrenamiento asertivo” o la de “entrenamiento en habilidades sociales” se designaba prácticamente el mismo conjunto de elementos de tratamiento y el mismo grupo de categorías conductuales a entrenar. Caballo (1993) señala que se les ha querido separar para designar aspectos diferentes del campo de las Habilidades Sociales. Por otro lado, Fernández y Carrobles (1983) enfatizan que la asertividad es considerada como la pauta e índice más distintivo de las habilidades sociales y como la más importante de entre todas ellas, es decir, consideran a la asertividad como una habilidad social, ya que es una conducta social, un elemento intermedio entre el sujeto y el mundo que le rodea, es decir sus relaciones interpersonales, la cual exige una serie de competencias de tipo cognoscitivo.

5.2.- DESARROLLO DEL CONCEPTO DE HABILIDADES SOCIALES Y/O ASERTIVIDAD

De acuerdo con la información anterior y para los fines de esta investigación el término *Asertividad* es contemplado como una habilidad representativa dentro del campo de las Habilidades Sociales (HS). Tomando como punto de referencia esta aclaración, las definiciones aquí presentadas siguen las concepciones de sus autores.

Cuando hablamos de habilidad, estamos hablando de la posesión o no posesión de ciertas capacidades y aptitudes necesarias para cierto tipo de ejecución, si hablamos de habilidades

sociales nos referimos a capacidades precisas, las relacionadas con la actividad social en general, con la conducta social en sus múltiples manifestaciones. La habilidad social es la capacidad que un individuo posee para ejecutar acciones sociales (Fernández y Carrobles, 1983).

Para los autores antes mencionados, el concepto de habilidad social tiene como común denominador la conducta interactiva, se podría hablar de la habilidad social como la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás.

Kelly (2002) define las habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos del individuo. Contempla tres aspectos relevantes dentro de la misma:

1. Entender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia consecuencias reforzantes,
2. Las situaciones interpersonales en las que se manifiestan habilidades sociales, y
3. Describir la conducta socialmente competente de modo objetivo (p.19).

Monjas (2002) define habilidades de interacción social en la infancia como: “las conductas para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria” (p.29).

Las habilidades sociales se refieren al conjunto de respuestas básicas que hacen posible iniciar, mantener y acabar conversaciones, expresar ideas y sentimientos, pedir favores o informaciones a otras personas, hacer peticiones concretas, rechazar peticiones poco razonables, etc., (Bornas y Tortella, 1998).

De acuerdo con Caballo (1993) se entiende por conducta socialmente habilidosa al conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos

de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. La habilidad social contempla lo conductual, lo cognoscitivo y ambiental.

Alberti (1977b, citado en Caballo, 1993, p.7) menciona que una habilidad social es:

- a) una característica de la conducta, no de las personas.
- b) Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- c) Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- d) Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.
- e) Es una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina.

Para otros habilidad social o asertividad es la habilidad para expresar pensamientos, sentimientos y percepciones, de elegir cómo reaccionar y de hablar por los derechos cuando es apropiado; con el fin de elevar la autoestima, de ayudar y desarrollar autoconfianza para expresar acuerdo o desacuerdo cuando es importante, e incluso pedir a otros un cambio en comportamientos ofensivos (Elizondo, 1997).

La palabra asertividad, aserción proviene del latín *assetio-tionis*, que es la acción o efecto de afirmar una cosa; es la proposición en la que se afirma o se da por cierta alguna cosa. Asertividad es la libertad de expresarse, siempre que con ello no se pisoteen los derechos de los demás. También es el derecho de dar a conocer nuestras necesidades, de decir no y de sentirse satisfecho de las propias decisiones. Ser asertivo significa defenderse a sí mismo o a otros sin lesionar los derechos de los demás (Davidson, 1999).

El que una interacción resulte satisfactoria depende de sentirse valorado y respetado, y esto, a su vez, no depende tanto del otro(s), sino de que se posean una serie de habilidades para responder correctamente y una serie de convicciones o esquemas mentales que nos hagan sentirnos bien con nosotros mismos. Las personas que poseen estas habilidades son llamadas asertivas, por otro lado, los individuos que presentan algún problema en su forma de relacionarse, tienen una falta de asertividad (Castanyer, 1997).

Los estudiosos del tema, desde su perspectiva psicológica, han definido la asertividad de diversas maneras, por ejemplo:

A Wolpe se le conoce como el responsable del desarrollo del concepto de asertividad. El significado original que Wolpe le dio fue el de “defensa de derechos”. Sin embargo, más tarde definió asertividad como “una expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, que excluye la respuesta de ansiedad” (citado en Flores y Díaz Loving, 2002).

En 1976, Cloter y Guerra opinan que la asertividad involucra el conocimiento y la expresión de los deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos de un individuo. Como tal, no sólo involucra estar en mejor contacto con uno mismo, sino también afecta el cómo se interactúa con otras personas (citados en Flores y Díaz Loving, 2002).

Jakubowski y Lange (1978; citados en Flores y Díaz Loving, 2002) señalan que la asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada, respetando los derechos de la otra persona. La asertividad involucra la declaración de los derechos personales, expresando pensamientos, sentimientos y creencias, que a su vez no viola los derechos de la otra persona.

Para Aguilar (1987) asertividad significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario.

Las definiciones de asertividad se han centrado en torno a la expresión emocional de la autoexpresión, el autodescubrimiento y la capacidad de establecer valoración de sí mismo, basándose principalmente en tres elementos generales:

- El individuo tiene derecho a expresarse
- Es necesario el respeto hacia el otro individuo

- Es deseable que las consecuencias del comportamiento sean satisfactorias para ambos miembros de la interacción, o al menos que estén encaminados hacia esta dirección (Flores y Díaz Loving, 2002, p.26).

Wolpe (1993) define la conducta asertiva como la expresión apropiada de una emoción diferente a la ansiedad. La asertividad involucra muchas categorías de conducta emocional. La más común de estas categorías es la conducta de desacuerdo (es decir, la que se relaciona con derechos razonables). Fuera de la asertividad, hay conductas de desacuerdo como la provocación, la agresión, la violencia y el sarcasmo. Una segunda categoría de asertividad es la expresión de toda clase y grados de afecto que incluyen la admiración, la gratitud, la expresión de opinión y preguntas, y varios modos de expresión humorística.

5.3.- COMPONENTES O DIMENSIONES DE LAS HABILIDADES SOCIALES

De acuerdo con Van Hasselt y cols. (1979; citados en Caballo, 1993, p.7) los elementos básicos de las HHSS son tres:

- a) Las HHSS son específicas a las situaciones. El significado de una determinada conducta variará dependiendo de la situación en que tenga lugar.
- b) La efectividad interpersonal se juzga según las conductas verbales y no verbales mostradas por el individuo. Además, estas respuestas se aprenden.
- c) El papel de la otra persona es importante y la eficacia interpersonal debería suponer la capacidad de comportarse sin causar daño (verbal o físico) a los demás.

Por otra parte, Lazarus (1973; citado en Caballo, 1993) fue uno de los primeros en establecer, desde una posición de práctica clínica, las principales clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarcan las habilidades sociales/aserción. Las clasificó en cuatro:

- 1) la capacidad de decir "no".
- 2) La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.

- 3) La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- 4) La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones (p.8).

Las clases de respuesta que se han propuesto desde un punto de vista empírico han girado alrededor de estos cuatro tipos de respuesta. Las dimensiones conductuales más aceptadas son las siguientes:

1. Hacer cumplidos.
2. Aceptar cumplidos.
3. Hacer peticiones.
4. Expresar amor, agrado y afecto.
5. Iniciar y mantener conversaciones.
6. Defender los derechos propios.
7. Rechazar peticiones.
8. Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.
9. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
10. Peticiones de cambio de conducta del otro.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Afrontar las críticas (Caballo, 1993, pp.8-9).

Para Galassi y Galassi (1978; citados en Hidalgo y Abarca, 1999) las dimensiones conductuales consideran comportamientos interpersonales en determinadas áreas, personas particulares con roles definidos, que especifican diferentes reglas de comunicación y diversos contextos sociales. De acuerdo con este enfoque, existen tres dimensiones conductuales englobadas en el concepto de asertividad, las cuales son:

1. Dimensión conductual: Ésta hace referencia a las áreas de comportamiento interpersonal:
 - a) defensa de los propios derechos, b) rehusar peticiones, c) dar y recibir cumplidos, d) iniciar, mantener y finalizar conversaciones, e) expresar amor y afecto, f) expresión de opiniones personales, incluyendo el desacuerdo, g) expresión justificada de ira y el enfado.
2. Dimensión personal: Incluye a personas especialmente relevantes tales como amigos y conocidos; esposa, novio, padres y familiares; figuras de autoridad, extraños y relaciones

profesionales; estos roles determinan ciertas conductas sociales que se esperan como adecuadas a la relación establecida, donde las inadecuaciones pueden darse por falta de percepción social para captar las sutilezas de una relación interpersonal.

3. Dimensión situacional: Define el ambiente físico y contextual que se da en una relación, es decir, las situaciones en las que sucede la interacción, dentro de un grupo sociocultural que posee normas y valores (p.25).

El concepto de habilidad social ha generado diversas definiciones, observándose dentro de las mismas cierta unidad conceptual, estas son algunas de ellas:

- Desde una óptica conductista, para Libert y Lewinsohn (1973, citados en León y Medina, 1998) habilidad social es “la capacidad para ejecutar una conducta que refuerce positivamente a otros o evite que seamos castigados por los otros”.
- En 1976, Secord y Backman desde la teoría psicosocial de los roles, lo definen como “la capacidad de jugar el rol, es decir, de cumplir fielmente con las expectativas que los otros tienen respecto a mí como ocupante de un estatus en la situación dada”.
- Para Harre y Secord (1977, citado en Roth, 1986) desde una aproximación cognoscitiva: una habilidad social se inscribe en el proceso general de la interacción. Para estos autores la competencia consiste en una representación de la secuencia de la acción. Asumen que para ser competentes o para realizar hábilmente una tarea, debe poseerse una representación cognoscitiva.
- En 1977, Hersen y Bellack desde una visión clínica, la definen como “la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social”.
- En 1978, Phillips desde una orientación intencionalista, señala “la medida en que una persona puede comunicarse con otros de una manera que asegure los propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones, en un grado razonable, sin afectar a los derechos similares de las otras personas”.
- Desde una perspectiva interaccionista, para Blanco (1982; citado en León y Medina, 1998) es “la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y

responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás”.

- Por último, García-Sáiz y Gil (1992, citados en León y Medina, 1998) hacen referencia a “comportamientos aprendidos que se manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a la obtención de distintos objetivos, para lo cual han de adecuarse a las exigencias situacionales” (citado en León y Medina, 1998, p.14).

5.4.- MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Existen distintos modelos teóricos de las habilidades sociales, a continuación se revisaran algunos modelos acerca de las mismas, tales como: Modelo psicosocial de las habilidades sociales de Argyle (1978), Modelo del aprendizaje social, Bandura (1977,1986; citado en Kazdin, 1996), Modelo cognoscitivo de Ladd y Mize (1983; citados en Hidalgo y Abarca, 1999), Modelo del aprendizaje cognoscitivo de Mahoney (1983). Así, como los modelos interactivos o interaccionistas de las habilidades sociales entre los que destacan: El Modelo del aprendizaje social de Mischel (1973; citado en Roth, 1986), Modelo de análisis de la tarea de McFall (1982; citado en Roth, 1986), Modelo de Trower (1982; citado en Pade, 2003) y el Modelo de Hollín y Trower (1986; citado en Hidalgo y Abarca, 1999).

5.4.1.- Modelo psicosocial de las habilidades sociales de Argyle (1978).

Argyle (1978) propone un modelo explicativo del funcionamiento de las habilidades sociales cuyo elemento principal es el rol, en el que se integran, junto a las conductas motoras, los procesos perceptivos y cognoscitivos. Así, las habilidades necesarias para que una persona utilice adecuadamente una herramienta o equipamiento (relación hombre-máquina) se hacen extensibles al empleo de habilidades que permitan a las personas establecer una eficiente relación de trabajo y profesional con los demás (analogía hombre-hombre).

El modelo depende de secuencias comunes de comportamiento social, y éstas son:

1. Los efectos del refuerzo: Si un acto de A es seguido de una recompensa por parte de B, A realizará este acto más a menudo. En el caso de la interacción social, el refuerzo puede ser cualquier respuesta socialmente agradable.

2. El efecto de las señales no verbales: Estas señales pueden ser amistosas u hostiles, y tienen más impacto que las señales verbales.
3. La imitación: Si A se comporta de cierta forma mientras interactúa con B, es probable que B comience a hacer lo mismo. Este proceso es espontáneo y no planificado, sin embargo, puede controlarse deliberadamente (Argyle, 1978, pp.59-60).

Semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices en serie

El comportamiento social consiste en algo más que responder a estímulos inmediatos; cada interactor, tiene planes y objetivos que intentará realizar mediante acciones correctivas de su actuación social a la luz de las reacciones de los demás. En una habilidad motriz continua, el operador responde a una serie de estímulos físicos con otra serie de respuestas habilidosas utilizando manos y pies, en la interacción social el individuo responde a una serie de ruidos, expresiones faciales y ademanes por parte de otro mediante una serie de ruidos, expresiones faciales y ademanes propios. Los estímulos consisten en el comportamiento de los demás y en las respuestas donde intervienen principalmente la voz y la cara. Las habilidades motrices en serie consisten en una serie rápida de respuestas motrices a una situación rápidamente cambiante. Las respuestas sociales actúan a una velocidad similar (Argyle, 1978).

De acuerdo con Argyle (1978) las semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices se representan como una serie de procesos que se describen a continuación:

1. Los fines de la actuación hábil: Se busca alcanzar objetivos inmediatos bien definidos.
2. Percepción selectiva de señales: Elemento esencial de las habilidades motrices; el ejecutante aprende a qué señales atender y se vuelve sensible a ellas. Los datos entrantes son organizados y se reconocen como objetos, signos o señales, son utilizados para predecir acontecimientos futuros, por ejemplo: la lectura de señales de tránsito, a través de canales perceptivos como el oído, el tacto y señales musculares.
3. Procesos centrales de traducción: la información reunida es transferida y transformada en un plan de acción, ordenando lo que hay que hacer con respecto a cualquier información perceptiva en particular. Frecuentemente los procesos de traducción son completamente

desverbalizados y conducen a secuencias automáticas de comportamiento con apenas conocimiento consciente; también pueden comenzar como reglas conscientes y decisiones deliberadas, convirtiéndose posteriormente en automáticos. Lo anterior conlleva a efectuar una serie de respuestas seleccionadas de posibles alternativas.

4. Respuestas motrices: Las órdenes van desde el sistema central de traducción a los músculos, produciendo movimientos. Lo esencial del sistema de respuesta es iniciar y controlar, por lo que es necesario aprender a ejecutar pautas de respuesta motriz de una manera precisa.
5. Feedback y acción correctiva: El ejecutor de una habilidad motriz emplea las señales perceptivas cuando emprende una acción correctiva. De este modo puede corregir una acción continua, o corregir acciones posteriores según otras anteriores, lo cual puede apreciarse claramente en una habilidad continua o en una tarea prefijada. El feedback proporciona información para efectuar la acción correctiva, tomando en cuenta la variación de las condiciones, así como el error del plan inicial de respuesta, el ejecutante de una habilidad social efectúa las correcciones de una manera similar. Por ejemplo: una persona que advierte que molesta a alguien con su comportamiento, normalmente cambiará de estilo. El feedback se da a través del canal no verbal. Por otro lado, existe una continua corrección en respuesta al feedback procedente de varios aspectos de la interacción, incluyendo las relaciones entre las que se hallan presentes el estado emocional del otro(s). Pudiendo ser necesario técnicas especiales, verbales o no verbales para controlar estados emocionales; por ejemplo: en una entrevista laboral, al aspirante al trabajo normalmente se encuentra ansioso, para reducir su ansiedad, el entrevistador puede hacer uso de un tono de voz agradable, así como de gestos faciales y ademanes semejantes.
6. El timing de las respuestas: Una característica importante de las habilidades motrices es la consecución de un correcto timing (tiempo oportuno) y también de un ritmo. Sin la correcta anticipación, la actuación resulta desigual e inefectiva, lo cual se aprecia en la habilidad intermedia motriz/social, es decir, en el tipo de interacción más simple, por ejemplo: en una conversación entre dos personas, estas deben hablar por turnos, habiendo una sincronización del ritmo, adaptación al mismo de cada uno de los individuos, de la duración de los diálogos para dar lugar a un conjunto sincronizado de respuestas (pp.61-69).

El modelo explica los déficit en habilidades sociales como un error producido en algún punto del sistema que provocaría un corto circuito en todo el proceso (Pade, 2003). Por otra parte, muestra una analogía entre las habilidades sociales y las motoras, es decir, precisa que la noción de la habilidad tiene una analogía con una variedad de habilidades de otro tipo, por ejemplo: las habilidades motoras utilizadas para escribir a máquina o conducir un coche, lo cual implica que se puede adquirir una habilidad motora con el entrenamiento, y de igual forma adquirir una habilidad social; las habilidades sociales pueden variar en función de otro individuo implicado y de la tarea en cuestión.

Para Argyle (1978) el modelo precisaba de un desarrollo más completo, es decir, de una ampliación, ya que algunas características de la actuación social están ausentes de la ejecución de una habilidad motriz. De ahí, la necesidad de nuevas propuestas que integraran más componentes y la inclusión de aspectos emocionales, lo cual favoreció el desarrollo de otros modelos.

5.4.2.- Modelo del aprendizaje social

Varias teorías de la conducta tratan de integrar aspectos de diferentes paradigmas de aprendizaje y toman en consideración procesos cognoscitivos. Aunque, Bandura (1977, 1986; citado en Kazdin, 1996) no propone propiamente un modelo de habilidades sociales, propuso una teoría de aprendizaje social que abarca varios tipos de aprendizaje y la diversidad de influencias que cada tipo enlaza. Así, los enfoques del aprendizaje social utilizan elementos del aprendizaje clásico, operante y vicario para explicar la conducta. Integran eventos en el ambiente y cogniciones (pensamientos, creencias, percepciones) acerca de los eventos ambientales en una estructura general que depende de diferentes experiencias de aprendizaje. Los enfoques del aprendizaje social enfatizan los múltiples tipos de influencias sobre la conducta que ocurren en el contexto del desarrollo social y proporcionan un marco desde el cual se puede explicar la conducta en general (Kazdin, 1996).

Según el modelo del aprendizaje social las habilidades se aprenden a través de experiencias interpersonales directas o vicarias, y son mantenidas y/o modificadas por las consecuencias sociales de un determinado comportamiento. El refuerzo social tiene un valor informativo y de incentivo en las subsecuentes conductas sociales. El comportamiento de otros constituye una retroalimentación para

la persona acerca de su propia conducta. Estas vertientes de aprendizaje, experiencia, modelaje e instrucción, van generando las expectativas de autoeficacia en el ámbito interpersonal. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia con respecto a si uno va a ser capaz de enfrentar una determinada situación. Estas expectativas permiten a la persona decidir si se involucra o no en una situación social (correr o no un riesgo social), si se mantiene en ella o no (si escapa, evita o enfrenta) y, si se produce algún problema, cuánto perdurará en su esfuerzo (tolerancia a la frustración).

Se incluye en este enfoque el Modelo de Aprendizaje Social-Cognoscitivo, que ha demostrado cómo la conducta social está mediada por diversos factores cognoscitivos, tales como expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de procesamiento de la información, métodos de resolución de problemas, etc., que mediatizan los procesos de interacción social (Hidalgo y Abarca, 1999).

Por otra parte, la teoría del aprendizaje social ha servido de apoyo para hacer otras formulaciones, Mischel (1973; citado en Roth, 1986) utiliza la misma y dentro de la teoría cognoscitiva de interacción social, propone un modelo del aprendizaje social, el cual se describe más adelante, en los modelos interaccionistas.

5.4.3.- Modelo Cognoscitivo

El modelo cognoscitivo propuesto por Ladd y Mize (1983; citados en Hidalgo y Abarca, 1999) plantea que para un funcionamiento social efectivo son necesarias tres cosas: conocer la meta apropiada para la interacción social, conocer las estrategias adecuadas para alcanzar el objetivo social y conocer el contexto en el cual una estrategia específica puede ser aplicada. También sostiene que es necesario poder implementarlas, por lo cual enfatiza la importancia de ciertos factores comunicacionales y su relación con valores, mitos y normas culturales que determinan también que la persona lleve a cabo o no una determinada conducta.

5.4.4.- Modelo del Aprendizaje Cognoscitivo Mahoney (1983)

Mahoney (1983) plantea que el hombre es considerado como un organismo complejo capaz de una gran adaptación, que se encuentra en una permanente relación de reciprocidad con su medio,

también como un elemento activo en su propio crecimiento y desarrollo. El rasgo más significativo del modelo del aprendizaje cognoscitivo es su énfasis en la mediación del aprendizaje humano; y donde los procesos cognoscitivo-simbólicos poseen un valor de supervivencia.

Asimismo, los enfoques mediacionales enfatizan los apuntalamientos cognoscitivos de la conducta; tales como: las percepciones, planes, atribuciones, expectativas y creencias, las cuales tienen un papel central en la conducta dentro de los puntos de vista mediacionales. De acuerdo con estos enfoques, los eventos ambientales pueden influenciar la conducta, pero la persona procesa estos eventos a través de sus creencias y atribuciones. Así, los procesos cognoscitivos le dan sentido a un evento y ayudan a determinar su impacto. La influencia de las percepciones y las creencias sobre la conducta resulta innegable en la vida cotidiana (Kazdin, 1996); utilizamos la memoria y los procesos de pensamiento para:

- a) Mediar intervalos temporales,
- b) Imponer regularidades a la experiencia,
- c) Anticipar las consecuencias de nuestras acciones, y
- d) Economizar esfuerzos en la solución de problemas (Mahoney, 1983, p.160).

La mediación implica tanto rasgos adaptativos como no adaptativos. De acuerdo con Mahoney (1983) el modelo de aprendizaje cognoscitivo abarca tanto aspectos adaptativos como actividades no adaptativas, tiene cuatro focos de varianza conductual:

- 1) Factores atencionales (perceptuales),
- 2) Procesos relacionales,
- 3) Rasgos del repertorio de repuestas, y
- 4) Retroalimentación experiencial, (p.161).

A continuación se describen las cuatro fuentes de varianza del comportamiento:

Factores de atención:

Existe cierta selectividad, a través de una interacción entre el sistema receptor y la propia historia de aprendizaje, se adquiere la capacidad para imponer un filtro perceptual a las experiencias, es decir, selectivamente se atiende a eventos y sensaciones que tienen una importancia innata o adquirida en

la adaptación. Por lo que, el sujeto atiende selectivamente a determinados estímulos específicos y evoca un subconjunto organizado de posibles opciones de respuesta.

La importancia de los factores de atención en la conducta humana se relaciona con el aspecto adaptativo, sin embargo, de acuerdo con este autor, también pueden contribuir a los patrones maladaptativos, lo que aumenta las disfunciones en la actividad. Entre los patrones maladaptativos se encuentran los siguientes:

- 1) La inatención selectiva: ésta implica ignorar los estímulos de ejecución relevantes; ocurre cuando las señales ambientales no se atienden.
- 2) La percepción errónea: sucede cuando se presta atención a los estímulos que llegan, pero se clasifican inadecuadamente. Bruch (1973) reporta la frecuencia con la cual los pacientes demacrados anoréxicos se perciben a sí mismos como obesos. En la anorexia nervosa, el sujeto frecuentemente se niega a comer, llegando al fallecimiento por inanición. Aunque estos individuos pueden reportar un conocimiento adecuado de sus dimensiones físicas, califican sus dimensiones como corpulentas.
- 3) Focalización maladaptativa: este fenómeno ocurre cuando el sujeto atiende a estímulos externos irrelevantes o nocivos para actuar; es frecuente que se presenten junto con la inatención selectiva.
- 4) La autoactivación maladaptativa: implica la generación de estímulos privados (cogniciones) que son irrelevantes o producen detrimento en la ejecución, esto es análogo a la focalización maladaptativa, excepto en que las señales atendidas son internas en vez de externas.

Los factores de atención impactan la conducta humana; los efectos más sobresalientes de las disfunciones de atención se presentan cuando el sujeto: a) asimila información imprecisa, y/o b) se focaliza en estímulos que son irrelevantes o producen un detrimento del comportamiento en una situación dada. Muchas señales de atención maladaptativas, parecen autogenerales (Mahoney, 1983).

Procesos relacionales:

Las posibilidades de una disfunción mediacional no terminan cuando se codifica un estímulo, ya que una señal al procesarse se transforma, pudiendo originar comparaciones relacionales. Muchos errores categóricos incluyen operaciones de comparación y equivalencia, las cuales se ven afectadas por las clasificaciones consideradas. Los eventos se categorizan en una forma de todo o nada, sin reconocimiento de un punto intermedio, que podría reflejar la situación. Dentro de los procesos relacionales encontramos:

Los procesos de comparación: constituyen un elemento permanente en el pensamiento humano. Los estímulos de entrada (particularmente cuando constituyen una retroalimentación de experiencias anteriores) se encuentran sujetos a operaciones amplias de comparación. Según Bandura (1969, 1971c, citado en Mahoney, 1983) se arreglan composiciones estándar, relativas, al menos, a tres referentes: 1) la experiencia previa, 2) la actividad observada de otros sujetos y 3) los criterios de ejecución socialmente adquiridos. Las evaluaciones privadas (cogniciones) se hacen en relación con el pasado y con los estándares vicarios e ideales, en los procesos de comparación los referentes vicarios (sociales) son dominantes.

Las deficiencias retencionales: constituyen otra forma de disfunción mediacional que puede contribuir a los patrones maladaptativos de conducta. El pensamiento y la memoria derivan de su valor de supervivencia, de sus funciones de "relación" y almacenamiento. Los eventos temporales separados pueden conectarse y organizarse simbólicamente para economizar y refinar la actividad futura, lo cual aumenta sus posibilidades de adaptación. Las deficiencias en retención pueden implicar un almacenamiento inadecuado de: a) el estímulo y la información de contexto, b) los elementos de la respuesta, c) los rasgos consecuentes y/o d) las relaciones entre los anteriores.

Los errores inferenciales: constituyen otra disfunción mediacional; muchas de las inferencias privadas son equivalentes a algunas de las formas clásicas de lógica; usamos el razonamiento inductivo en la creación de generalizaciones a partir de eventos aislados. Las disfunciones inductivas constituyen elementos permanentes en una amplia gama del pensamiento humano, tanto desviado

como normal, se infieren conclusiones apoyadas en datos personales, las fallas ocasionales fácilmente se transforman en una calificación sumaria de incompetencia.

Otro aspecto más de los errores inferenciales, se refiere a la anticipación de consecuencias, la mayoría de las actividades humanas ocurren en ausencia de consecuencias inmediatas. Se muestran patrones fuertes y complejos de conducta con sólo incentivos ocasionales de retroalimentación; el mantenimiento de esta conducta es el resultado de eventos simbólicos. Gran porcentaje de las acciones se encuentran mediadas por estos procesos cognoscitivos, estos mediadores simbólicos reflejan en forma imprecisa "la forma en que son las cosas". El conocimiento preciso de las consecuencias de las acciones es un elemento importante en el funcionamiento adaptativo. Anticipamos las consecuencias de nuestras acciones, basándonos en nuestra experiencia anterior, el aprendizaje vicario, la información actual y una amplia gama de inferencias privadas, lo cual parece influir en la conducta, y capacita para resistir separaciones entre la ejecución y la recompensa, posibilitando respuestas perseverantes; por ejemplo: luego de un gran reforzamiento a una respuesta, una recompensa modesta suprime la ejecución; luego de un castigo severo, un estímulo aversivo medio puede aumentar la respuesta. La capacidad para predecir las consecuencias de las acciones personales es una capacidad mediacional adaptativa, ya que muchas de las predicciones personales son imprecisas, y nunca son puestas a prueba. Las preocupaciones y respuestas anticipatorias constituyen patrones culturalmente transmitidos.

Los procesos mediacionales, sean funcionales o disfuncionales, llevan a productos simbólicos, contingencias cognoscitivas, éstas son las reglas o planes que organizan. Desde un análisis de supervivencia especulativo, la adquisición, el almacenamiento y la utilización de contingencias cognoscitivas, podría desempeñar una variedad de funciones adaptativas. El ser humano al procesar la información impone regularidades a la experiencia propia; la consistencia facilita el aprendizaje.

Los procesos relacionales pueden influir en los factores de atención, en los procesos de selección de respuesta y en la naturaleza de la retroalimentación experiencial. Las disfunciones mediacionales pueden prevenir o distorsionar la exactitud del procesamiento de información (Mahoney ,1983).

Rasgos de repertorio de respuestas:

La adecuación de los procesos relacionales y de atención, no asegura el comportamiento adaptativo. El sujeto debe de ser capaz de presentar las respuestas requeridas en una situación dada; si su repertorio de respuestas es deficiente, su conducta será inadecuada. Las deficiencias de la respuesta pueden ser el resultado de limitaciones fisiológicas, aprendizaje insuficiente, retención pobre o utilización inapropiada de la respuesta. La incapacidad para integrar las habilidades constitutivas en una forma adaptativa, puede llevar a cierta falta de adecuación en la conducta. El entrenamiento sistemático de las habilidades para solucionar problemas, puede producir un progreso en los repertorios de respuestas; es decir, los diagramas de conducta afectan considerablemente las capacidades adaptativas (Mahoney ,1983).

Retroalimentación experiencial:

Una fuente significativa de retroalimentación es autogenerada, se responde a regularidades experienciales que son más simbólicas que reales. Así, la contigüidad real de los eventos puede ser menos importante en el aprendizaje que sus relaciones percibidas. La retroalimentación experiencial constituye un rasgo de transición en el comportamiento humano complejo, como una fuente de información sobre las consecuencias probables de diversas acciones en situaciones específicas (Mahoney, 1983).

5.4.5.- MODELOS INTERACTIVOS O INTERACCIONISTAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Los modelos interactivos o interaccionistas contemplan la competencia social como el resultado final de una cadena de procesos cognoscitivos y de conducta que se inicia con una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, sigue con el procesamiento flexible de estos estímulos para producir y evaluar posibles alternativas de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y finalizaría con la expresión de la acción elegida (León y Medina, 2002 citados en Pade, 2003).

Estos modelos se denominan interactivos comenzando con Mischel (1973; citado en Pade, 2003) el cual enfatiza las variables ambientales, las características personales y la interacción entre ellas para producir la conducta. Él opina que la personalidad debe ser evaluada en un contexto social interactuando con otras personalidades en diferentes situaciones. A continuación se explican los modelos interaccionistas, cabe señalar que éstos son más complejos que los anteriores, y dan más significado a la interacción entre persona y situación, manifestando que los factores personales y ambientales o situacionales son importantes en el desarrollo de las habilidades sociales.

5.4.6.- Modelo del aprendizaje social interaccionista

Como se mencionó anteriormente, Mischel (1973; citado en Roth, 1986) dentro de la teoría cognoscitiva de interacción social, se apoya en formulaciones del aprendizaje social, en su modelo considera:

- 1) En primer lugar, que todo individuo adquiere información relevante a través del aprendizaje observacional y es mediante este proceso como se presenta la posibilidad de la organización conductual mediante la integración y el procesamiento de la información.
- 2) También, contempla los constructos personales y las estrategias de codificación como variables cognoscitivas que influyen sobre la respuesta del individuo, su atención y su interpretación de la situación social, es decir el sujeto integra la información a los esquemas existentes, mismos que guiarán la conducta futura.
- 3) Además, menciona que las expectativas determinan la selección de conductas de la persona entre muchas posibilidades disponibles para una situación determinada, éstas se forman sobre las consecuencias posibles de las conductas potenciales.
- 4) Un aspecto más se funda en los valores subjetivos de la persona. La emisión de su conducta puede depender del juicio valorativo que el individuo haga sobre el producto de ésta, lo cual lleva a prestar particular atención a sus preferencias.

5) Por último, la existencia de un sistema regulatorio de la conducta a través del cual la persona es capaz de reaccionar ante su propio comportamiento con crítica o aprobación (pp.54-55).

5.4.7.- El modelo de análisis de tarea

Mc Fall (1982; citado en Roth, 1986) reformuló el concepto de habilidades sociales; estableció distinciones concretas entre competencia, habilidad y tarea. Competencia es un término evaluativo que designa la calidad de la ejecución de una persona en una tarea particular; habilidad es una destreza específica necesaria para ejecutar competentemente una tarea, y tarea es la condición necesaria para juzgar la competencia de la ejecución; una tarea puede ser caracterizada como un programa conductual. El programa conductual se resume con un simple "haciendo". Para entender y predecir la conducta de una persona, es necesario conocer qué tarea se encuentra realizando, y entender la lógica con la que la tarea organiza y dirige la conducta.

El modelo establece una jerarquía de tareas, desde las más generales y globales hasta las más particulares y específicas; la competencia de una persona debe ser estudiada con referencia a una tarea concreta. La especificación cuidadosa de las características de la tarea constituye el análisis de la tarea. El modelo del análisis de tarea evalúa dos aspectos vinculados con la persona: las tareas críticas en la vida de una persona o grupo y las muestras representativas de la ejecución de los sujetos en cada tarea.

Este modelo apoyado en la teoría de la información intenta analizar la ejecución con base en la acción unitaria e integrada de los sistemas fisiológico, cognoscitivo y conductual. El fisiológico, vinculado a los procesos sensoriales, ejerce una función decodificadora de la información (recepción, percepción e interpretación). La habilidad para decodificar resulta particularmente útil en las actuaciones interpersonales donde la falta de atención o la distracción pueden alterar la ejecución individual, o donde la adecuada captación de señales ambientales puede determinar el éxito de la situación interpersonal.

El segundo nivel, el cognoscitivo, esta determinado por las habilidades de decisión, integradas por cinco pasos: la búsqueda de elementos que respondan a los requerimientos de la tarea; la prueba de la correspondencia entre la respuesta alternativa y la demanda de la tarea; la selección de la

óptima respuesta para una solución particular; la búsqueda en el repertorio de la persona de ejemplares de respuesta seleccionada, y la evaluación de la utilidad de la respuesta seleccionada.

El último nivel, integrado por las habilidades de codificación, implica dos pasos. El primero especifica la ejecución que traduce a la acción la respuesta seleccionada en el nivel cognoscitivo; esto implica la ejecución de respuestas verbales, no verbales, musculares y autónomas coordinadas. El segundo, proporciona automonitoreo, es decir, tiene la función de advertir el grado de discrepancia entre el impacto intentado y logrado (pp.56-58).

5.4.8.- Modelo de Trower (1982)

Trower (1982; citado en Pade, 2003) propone un modelo en el cual considera a la persona como un sujeto activo que dirige su propia conducta hacia metas determinadas. La persona es vista como un agente racional que escoge los medios con los que intentará satisfacer estas metas. El individuo busca, procesa la información, genera y controla su acción atendiendo a objetivos previamente establecidos. Por otro lado, este autor considera necesario tomar en cuenta una serie de elementos: la capacidad de autocontrol de los eventos externos e internos, la capacidad de ejecución, la meta de dicha ejecución o auto-estándar y las representaciones cognoscitivas y funciones lógicas.

5.4.9.- Modelo de Hollín y Trower (1986)

Un modelo que interrelaciona e integra los diversos factores intervinientes en las habilidades sociales y la asertividad, es el que desarrolla Hollín y Trower (1986; citado en Hidalgo y Abarca, 1999), tomando como base los planteamientos de Argyle. Este modelo de habilidades sociales comprende tres etapas: en la primera se determina una meta u objetivo interpersonal; la segunda etapa comienza con la percepción de señales del ambiente. Siguiendo la percepción de señales interpersonales, debe traducir su percepción en planes de acción y realizar decisiones a un nivel cognoscitivo. Posteriormente la persona puede realizar una conducta motora. La conducta inicia la tercera etapa de este modelo; la consecuencia externa del comportamiento causa un cambio en el ambiente. Por último, el individuo percibe el resultado de sus acciones, completando así la retroalimentación del sistema. La retroalimentación puede ser percibida como beneficiosa para el

objetivo inicialmente propuesto y, por tanto, la conducta es reforzada. Contrariamente, la conducta puede no ser beneficiosa, siendo castigada y, por tanto, poco probable que se repita (Hidalgo y Abarca, 1999).

De acuerdo con los modelos anteriores, los modelos de McFall y el de Trower pretenden explicar la respuesta socialmente habilidosa desde un enfoque interaccionista donde los aspectos de la persona, de la situación social y de la interacción entre ambas son esenciales.

5.5.- ELEMENTOS COMPONENTES DE LA HABILIDAD SOCIAL

La concepción conductual de la habilidad social ha enfatizado niveles de análisis, estos son tipos de habilidad general como la asertividad, la habilidad heterosocial o la capacidad de actuar con efectividad en las entrevistas laborales. Cada una de estas habilidades generales depende del nivel y de la forma de una variedad de componentes específicos de respuesta, como el contacto ocular, el volumen de la voz, o la postura. La conducta interpersonal se divide en elementos componentes específicos. De acuerdo con Caballo (1993) estos elementos son:

Componentes no verbales

- Mirada
- Latencia de respuesta
- Sonrisas
- Gestos
- Expresión facial
- Postura
- Distancia/proximidad
- Expresión corporal
- Automanipulaciones
- Asentimientos con la cabeza
- Orientación
- Movimientos de las piernas
- Movimientos nerviosos de las manos
- Apariencia personal

Componentes paralingüísticos

- Voz
- Tiempo de habla
- Perturbaciones del habla
- Fluidez del habla

Componentes verbales

- Contenido general (preguntas, preguntas con final abierto, preguntas con final cerrado)
- Contenido de aprecio
- Autorrevelación
- Refuerzos verbales
- Contenido de rechazo
- Atención personal
- Humor
- Verbalizaciones positivas
- Variedad de los temas
- Contenido de acuerdo
- Contenido de enfrentamiento
- Manifestaciones empáticas
- Formalidad
- Generalidad
- Ofrecimiento de alternativas
- Peticiones para compartir la actividad
- Expresiones en primera persona
- Razones, explicaciones
- Iniciar la conversación
- Retroalimentación (p.20-21).

La conducta, verbal como no verbal, es el medio por el que la gente se comunica con los demás y constituyen ambas los elementos básicos de la habilidad social; los mensajes no verbales tienen varias funciones, por ejemplo: pueden reemplazar a las palabras, pueden repetir lo que se está diciendo (como cuando movemos la mano y decimos adiós), pueden enfatizar un mensaje verbal, especialmente de tipo emocional, etc. Además, las señales no verbales regulan la interacción y pueden contradecir al mensaje verbal, lo cual ocurre de forma inconsciente, ya que los juicios tienden a hacerse sobre bases visuales en vez de auditivas, es decir, mensajes verbales con el contenido apropiado son estropeados por señales no verbales contradictorias, éstas tienen que ser congruentes con el contenido verbal para que un mensaje sea transmitido de forma precisa. Las conductas no verbales provocan conductas no verbales recíprocas por lo que, los individuos atribuirán la conducta no verbal recíproca a la disposición de la otra persona en vez de a su propia conducta no verbal (Caballo, 1993).

Desde hace varios años existe la preocupación de generar técnicas terapéuticas efectivas para el cambio de comportamiento interpersonal. Este aspecto se hace especialmente relevante en la conducta social e interpersonal, donde los criterios de “adecuación” o “normalidad” están influenciados por el contexto social del grupo de referencia. La conducta social es un proceso de aprendizaje, su adecuación y competencia, están determinadas por la interacción permanente del sistema interpersonal, de la familia y de los roles sociales que cada uno debe cumplir en la vida. Un adecuado desarrollo social permite relaciones interpersonales satisfactorias y efectivas dirigidas a metas interpersonales y culturalmente aceptadas (Hidalgo y Abarca, 1999).

Las experiencias interpersonales tienen consecuencias, una interacción social puede ser autoevaluada en sus aspectos motores, cognoscitivos y afectivos, sin embargo, la evaluación social se realiza fundamentalmente a través de la conducta, más que por sus aspectos cognoscitivos (lo que se piensa), o afectivos (lo que se siente). En la interacción social lo que la persona hace tiene consecuencias en los demás, quienes a su vez extinguen, castigan o refuerzan una conducta; el auto-refuerzo constituye información que retroalimenta. La información es procesada de acuerdo a las estructuras cognoscitivas, niveles de exigencia y valores personales, tal como los modelos explicativos de las HS lo señalan; en las experiencias interpersonales estas consecuencias pueden ser: inhibición social, aislamiento, ansiedad, inseguridad, baja autoestima. Las personas con déficits

sociales, muchas veces realizan autovaloraciones pobres o distorsionadas, suelen tener niveles de exigencia muy elevados y perfeccionistas respecto a la conducta social efectiva. De igual manera, se ha encontrado que la falta de destrezas sociales repercute de distintas maneras en las personas, por ejemplo: en el rendimiento académico, problemas en el plano laboral, en la vida familiar especialmente en la comunicación, expresión de sentimientos positivos y negativos, resolución de conflictos y negociación, lo cual implica una relación entre la conducta social y la salud mental. De acuerdo con Hidalgo y Abarca (1999), el déficit social es un aspecto determinante de baja autoestima en las personas, ya que ésta es el resultado de un proceso que ocurre ligado al desarrollo de la imagen de sí mismo y la identidad personal. Una mala imagen de sí mismo se va formando a través de un interjuego de retroalimentación entre las evaluaciones y los conocimientos de otros sobre la persona como del autoconocimiento y autoevaluación que la persona hace de sus propias experiencias, y en función de su estructura cognoscitiva. De ahí la importancia del entrenamiento en habilidades sociales porque éstas son un factor determinante de la calidad de vida de la persona.

5.6.- ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES (EHS)

La evidencia proveniente de las diferentes teorías del aprendizaje, particularmente del modelo del aprendizaje social, (las habilidades se aprenden a través de experiencia, modelaje e instrucción, generando un adecuado desempeño en el ámbito interpersonal), y la posibilidad de modificar el comportamiento, lograron la aceptación del EHS como vehículo para la rehabilitación de pacientes con trastornos de conducta debidos al déficit o inexistencia de habilidades. Posteriormente, el entrenamiento fue apreciado como una opción para la prevención primaria o secundaria de los problemas asociados con la carencia o impracticabilidad de una habilidad (Roth, 1986).

La demanda de programas estructurados para el tratamiento de los trastornos psicológicos aumenta día a día y los terapeutas acuden a fuentes que les ofrezcan intervenciones específicas con apoyo empírico (Caballo, 1998). El EHS se encuentra entre las técnicas más potentes y más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, para la mejora de la efectividad interpersonal y para la mejora general de la calidad de vida. Desde sus primeros inicios

como entrenamiento asertivo, la esfera de acción de ese movimiento se ha extendido hasta ser considerado hoy día como una de las estrategias de intervención más ampliamente utilizadas dentro del marco de los servicios de salud mental (L´abate y Milan, 1985; citados en Caballo, 1993).

Actualmente los entrenamientos en habilidades sociales tienen como objetivo apoyar en las demandas y tareas de las distintas etapas de la vida, se han dirigido particularmente a las diversas áreas de asertividad, logro de amistades y encuentros heterosexuales, relación con la autoridad, búsqueda de empleo y soledad (Hollin & Trower, 1986; citados en Hidalgo y Abarca, 1999). Por otra parte, gradualmente los programas han sido adaptados para responder a otro tipo de necesidades. Se han propuesto entrenamientos para profesores, personal de salud mental, gerentes, líderes, y en general hacia personas cuyo trabajo requiere de un muy buen manejo de habilidades sociales (Brown & Shaw, 1986; citados en Hidalgo y Abarca, 1999). Acorde con la información anterior, la presente investigación justifica el empleo del EHS.

Durante el proceso de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es necesario tomar en cuenta las consecuencias de las conductas sociales, porque en la planificación del EHS se deben seleccionar los reforzadores que se van administrar y, además seleccionar como objetivos del entrenamiento conductas que garanticen la obtención de consecuencias positivas en un gran número de situaciones, favoreciendo así su mantenimiento y generalización (García-Vera, Sanz y Gil 1998).

Un EHS es un conjunto de técnicas derivadas de las teorías del aprendizaje social, de la psicología, de la terapia de conducta y de la modificación de conducta. El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento multicomponente dirigido a la adquisición y/o mejoría, mediante el ensayo conductual, de las diferentes respuestas instrumentales, y de interpretación de las situaciones sociales necesarias para una actuación socialmente competente para cada una de las situaciones interpersonales en que la persona muestre déficit (Bornas y Tortella, 1998). De acuerdo con Hidalgo y Abarca (1999), estos son programas educativos y terapéuticos, de corta duración, estructurados y además efectivos.

5.6.1.- LAS PRINCIPALES VENTAJAS DE LOS EHS

Las principales ventajas de los EHS son las siguientes:

- La simplicidad de sus técnicas.
- Su duración considerablemente más breve.
- Su flexibilidad a la hora de adaptarse a las necesidades de las diferentes personas y grupos, sin excluir a nadie por alguna razón.
- La formación de los entrenadores breve y sencilla.
- Sus resultados son más positivos.
- Su estructura es clara, lo que facilita su aplicación.
- La terminología es sencilla y accesible para las personas no especializadas.
- El procedimiento de aprendizaje que se emplea en los EHS (observar, practicar, corregir y mejorar) (García-Vera, Sanz y Gil, 1998, p.71).

El EHS se interesa por el cambio de la conducta social, enseña a los individuos como trabajar constructivamente con los demás y formar relaciones más satisfactorias, también tener cuidado de sí mismos, a pedir lo que deseen, a protegerse de las peticiones poco razonables y de las críticas, a ser capaces de abrirse a los demás (Caballo, 1993).

5.6.2.- PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE UN EHS:

Para García-Vera, Sanz y Gil (1998) un EHS tiene dos fases: la fase de planificación del entrenamiento y la fase de aplicación. La planificación es una fase próxima a la evaluación, es decir, evaluación de necesidades y entrenamiento, ya que se deriva de ella. El objetivo de esta fase es establecer los objetivos específicos del entrenamiento, así como delimitar las condiciones de aplicación del mismo; para llevar a cabo una adecuada planificación debe tenerse en cuenta toda la información relativa al déficit que presenta cada sujeto, a la manifestación o no de problemas asociados, al impacto que el inicio del entrenamiento puede tener en las diferentes áreas de la vida del individuo, con el fin de diseñar un entrenamiento lo más personalizado posible. La aplicación es donde se entrena a los sujetos.

Estos mismos autores señalan que el propósito general de los EHS es la adquisición de conductas socialmente eficaces en situaciones de interacción social, el cual puede concretarse a través de objetivos específicos, que resultan comunes a todos los EHS, por ejemplo: los sujetos entrenados deben cumplir las siguientes características:

1. Ser capaces de analizar las diferentes situaciones sociales, sus demandas y la adecuación del propio comportamiento a la situación.
2. Adquirir y practicar los componentes de la habilidad social en orden sin ayuda ni supervisión.
3. Reproducir las conductas hábiles adquiridas de forma espontánea en otros momentos y ambientes, es decir, la generalización (p.73).

5.6.3.- LAS CONDICIONES DE APLICACIÓN DE UN EHS

Las condiciones de aplicación sirven para alcanzar los objetivos teniendo en cuenta las características de la situación y de los miembros del grupo. Estas condiciones son las siguientes:

- Los contextos sociales que el sujeto deberá afrontar, es decir, la descripción del contexto social a partir del cual se elaborarán las escenas que servirán para el entrenamiento.
- Los criterios de entrenamiento, tanto de las habilidades a entrenar como de los distintos elementos que se consideran los componentes activos dentro de la eficacia del procedimiento. El establecimiento de tales criterios toma como referencia la evaluación inicial a fin de valorar objetivamente si el participante se ha beneficiado o no del EHS.
- La decisión de aplicar un entrenamiento único para unas habilidades concretas o si el EHS será parte de un programa integrado para afrontar otros problemas. Un EHS único es recomendable cuando el déficit del comportamiento social puede solucionarse ampliando el repertorio conductual del individuo en situaciones de interacción social. En el caso contrario, un EHS forma parte de un programa integrado cuando existen conductas que interfieren en la emisión de los comportamientos socialmente adecuados, siendo necesario planificar las intervenciones dirigidas a estos aspectos. Los EHS son métodos mixtos, por lo que pueden tener importantes efectos en los componentes conductuales, cognoscitivos y fisiológicos. La

práctica progresiva y continua contribuye a adquirir la habilidad necesaria, ayudando a que el sujeto comprenda mejor las situaciones y se sienta mejor.

- Decisión individual o en grupo. En general, los EHS se aplican en grupo, ya que esta modalidad presenta numerosas ventajas.
- La composición del grupo. A parte de las personas que van a ser entrenadas, pueden incluirse otros miembros.
- Las normas de funcionamiento del grupo. Las normas deberán ser respetadas por todos los miembros del grupo, como los horarios, asistencia, realización de tareas, etc.
- El número de participantes más empleado y recomendado en el EHS es de 8 a 12 miembros para que pueda beneficiarse de las ventajas del trabajo en grupo (Caballo, 1993).
- Los criterios de selección de los participantes a entrenar: 1) que los individuos que participan tengan una decidida intención de cambio, y 2) que cuenten con las capacidades mínimas necesarias para comprender el procedimiento para ser entrenados en el comportamiento socialmente hábil.
- Los criterios de selección de los monitores o facilitadores. El facilitador debe contar con habilidades para conducir grupos, promoviendo la participación de todos los miembros del grupo. El entrenador debe ser capaz de aplicar técnicas grupales, combinar de forma adecuada a los miembros del grupo en subgrupos.
- El número de entrenadores o monitores. Un monitor puede ser suficiente para entrenar a grupos pequeños, pero si el grupo es mayor de 6 personas debe haber al menos dos monitores que garanticen la supervisión adecuada de todos los miembros del grupo.
- Duración de las sesiones de entrenamiento. Las sesiones de entrenamiento no deben ser demasiado largas ni excesivamente reducidas; resultan aconsejables sesiones de 45 a 90 minutos, sin embargo, cada sesión puede variar desde 30 hasta 150 minutos (Caballo, 1993), en función de las tareas programadas, el número de miembros y de sus características.
- El intervalo entre las sesiones de entrenamiento. No conviene que sea breve, pero tampoco que sea demasiado amplio. Los intervalos recomendados oscilan entre 1 y 4 días, los intervalos deben ser cortos al principio, alargándose progresivamente. Generalmente las sesiones tienen lugar una vez a la semana, y se recomiendan de 8 a 12 sesiones para un programa de intervención (Caballo, 1993).

- Las técnicas. Durante la fase de planificación deben contemplarse las técnicas que se van a utilizar tanto en la fase de adquisición como en las de mantenimiento y generalización. El paquete básico de técnicas que se utiliza en el EHS esta compuesto por instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y estrategias de generalización. Además puede resultar indicado emplear otras complementarias según las necesidades.
- Material de apoyo. Incluye material audiovisual para realizar filmaciones, como material previamente grabado en audio y video, empleado para modelar conductas, así como hojas de autorregistro, lecturas de apoyo, etc., (García-Vera, Sanz y Gil, 1998, pp.74-77).

5.6.4.- APLICACIÓN: PREPARACIÓN, ADQUISICIÓN Y GENERALIZACIÓN

El proceso de aplicación o puesta en práctica del EHS se desarrolla a lo largo de tres fases:

- a) La fase de preparación de los individuos que van a participar en los EHS;
- b) La fase de adquisición de las habilidades y
- c) La fase de generalización.

a) La fase de preparación: consiste en informar a los participantes sobre los resultados de la evaluación efectuada; partiendo de estos datos el facilitador debe justificar el porqué de su participación en este entrenamiento, centrando la atención de los participantes en las ventajas de hacerlo, y en las posibles mejoras que puede implicar en sus vidas. Una condición de aplicación esencial y determinante en el entrenamiento consiste en conseguir de todos los participantes la aceptación del entrenamiento y su compromiso de participar activamente.

b) La fase de adquisición de entrenamiento: en ésta los participantes van aprender y a perfeccionar las habilidades sociales que son el objeto de entrenamiento. Describe el procedimiento cuya realización resulta determinante para el éxito del tratamiento, comenzando por la presentación y orientación para pasar después a la adquisición. El entrenamiento comienza con la presentación y orientación de los participantes, además expone un resumen de los objetivos y actividades que se van a desarrollar, las instrucciones son el eje central y suelen ser verbales, resulta útil

complementarlas con instrucciones escritas. Para que el proceso de aplicación resulte eficaz es imprescindible que se aplique el proceso de forma estructurada y sistemática.

c) La fase de generalización: consiste en que las habilidades sociales aprendidas en las sesiones se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo el entrenamiento (García-Vera, Sanz y Gil, 1998, pp.79-84 y 89).

Por su parte, Caballo (1993) señala que para el desarrollo del EHS, se considera como primera fase la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. Una segunda etapa del EHS consiste en que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. Una tercera etapa abordaría la reestructuración cognoscitiva de los modos de pensar incorrectos del individuo socialmente inadecuado. La cuarta etapa del EHS la constituye el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas.

El empleo de la relajación en el caso de que el paciente se sienta muy nervioso, la aceptación de un conjunto de derechos humanos básicos, la diferenciación entre estilos de respuesta adaptativos y no adaptativos y la reestructuración cognoscitiva de los pensamientos incorrectos del individuo sirven para facilitar el ensayo conductual apropiado y la generalización del mismo a la vida real. Los procedimientos empleados en esta cuarta etapa del EHS son: el ensayo de la conducta, el modelado, las instrucciones, la retroalimentación/reforzamiento y las tareas para casa. Estos procedimientos se llevan a cabo planteando situaciones-problema específicas en las que intervienen clases de personas específicas representando una determinada clase de conducta (Caballo, 1993).

A continuación se describen las etapas del EHS:

5.6.5.- TABLA DE DERECHOS:

1. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
2. El derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones.
3. El derecho a ser escuchado y tomado en serio.
4. El derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones.

5. El derecho a decir "NO" sin sentir culpa.
6. El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta de que también mi interlocutor tiene derecho a decir "no".
7. El derecho a cambiar.
8. El derecho a cometer errores.
9. El derecho a pedir información y a ser informado.
10. El derecho a obtener aquello por lo que pagué.
11. El derecho a decir no, ser asertivo.
12. El derecho a ser independiente.
13. El derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas.
14. El derecho a tener éxito.
15. El derecho a gozar y a disfrutar.
16. El derecho a mi descanso, aislamiento, siendo asertivo.
17. El derecho a superarme, aún superando a los demás (Castanyer, 1997, p. 47).

5.7.- ESTILOS DE RESPUESTA Y CLASIFICACIÓN DE CONDUCTAS

Los tres principios que guían la forma en que las personas abordan sus relaciones interpersonales son:

- Considerarse a uno mismo como único y avasallar a los demás para obtener lo que uno quiere. Quien se comporta de esa manera es rechazado por la sociedad.
- Considerar a los demás antes que a uno mismo. Las personas que siguen esta política con frecuencia viven emocionalmente alteradas con sentimientos fluctuantes de culpa por fallar a sus propias normas de generosidad y de frustración por su abnegación.
- El individuo se considera, primero, a sí mismo, pero tiene a los demás en cuenta. Cumple con los requerimientos de la vida social, mientras atiende las demandas de su propia biología (Wolpe, 1993, pp.133-134).

Generalmente las personas muestran tres estilos de respuesta: pasividad, asertividad y agresión.

- Pasividad: Con esta conducta, uno confina sus actos dentro de ciertos límites estrechos.

- Asertividad: Con este comportamiento, uno define o habla por sí mismo o por los demás sin lesionar los derechos de los otros.
- Agresividad: Aquí, uno desdeña los derechos elementales de los demás con una actitud grosera o irrespetuosa (Davidson, 1999).

Estos estilos de respuesta han dado lugar a la clasificación de las conductas en: A) no-assertiva o pasiva, B) agresiva, C) pasivo-agresiva y D) asertiva, las cuales se describen a continuación:

5.7.1.- A) Conducta no-assertiva o pasiva

Consiste en no comunicarse o hacerlo de una manera débil ocultando lo que se piensa en contenido e intensidad, siendo indirecto en el mensaje, rodeando el tema cuando la situación requiere que se hable claro respecto a los deseos o necesidades. Esta forma de actuar es pasiva; espera que los demás adivinen lo que se requiere dejando de satisfacer adecuadamente necesidades personales, provocando malestar y tensión, lo cual impide el enriquecimiento de la experiencia social; ya que se pierde seguridad, control de las situaciones y efectividad en los conflictos (Aguilar, 1987).

De acuerdo con Aguilar (1987) las causas principales de la conducta no-assertiva o pasiva son:

1. **Falta de control emocional**, predominio del temor y la ansiedad. Una de las causas más comunes es el temor o la inseguridad provocado por la idea de querer ser aprobado por todas las personas, principalmente por aquellas que son significativas a nivel personal, cayendo en un círculo vicioso desagradable; el temor crece y no se actúa apropiadamente. Cuando el temor, la inseguridad o la ansiedad crecen más allá de un nivel manejable, el cerebro “se desconecta”, bloqueando los impulsos para decir las cosas o haciendo que la forma de transmitir los mensajes deje mucho que desear.
2. **Mensajes sociales**. Los mensajes sociales hacen adultos vulnerables a la manipulación llevando a la renuncia fácil de los deseos, y haciendo que las personas se coloquen en segundo lugar respecto a los demás; por ejemplo:
 - No debes defraudar a tu padre o madre
 - Piensa primero en los demás
 - Que bueno eres, nunca te enojas

3. **No valer lo suficiente.** Los sentimientos de poca valía personal son producto de los pensamientos distorsionados, ya que la autoestima se apoya en atributos, estatus o cualidades que al no tenerse en la cantidad que se desea, “hacen disminuir” el valor personal. Esto implica ceder el poder sobre uno mismo, sobre la capacidad de manejar las emociones y el sentirse bien, favoreciendo la dependencia a que dichos factores no cambien en contra para no sentirse amenazado.
4. **Falta de habilidad.** En ocasiones se actúa no asertivamente porque no se ha practicado una habilidad. La falta de exposición a situaciones novedosas o poco acostumbradas provoca tensión y a veces bloquea cuando se requieren actos firmes.
5. **Ignorar los derechos como persona.** Ignorar que se tiene derecho a ser personas falibles, con límites, sentimientos, necesidades, las cuales merecen ser tratadas con respeto y dignidad. Se padece bastante cuando se desconoce que se tiene derecho a hacer tal o cual cosa, dejando que otros abusen de la incapacidad personal para actuar. En la conducta no-asertiva o pasiva se encuentra con frecuencia que la persona, al no aceptar o identificar sus derechos, se convierte en el más severo crítico o juez condenatorio de sí mismo, su enemigo principal (pp.18-24).

Para Castanyer (1997) la persona no-asertiva o pasiva no defiende los derechos e intereses personales. Respeta a los demás, pero no a sí mismo, y muestra las siguientes características:

Comportamiento externo:

- Volumen de voz bajo, habla poco fluida, bloqueos, tartamudeos, vacilaciones, silencios, muletillas.
- Huida del contacto ocular, mirada baja, cara tensa, dientes apretados, o labios temblorosos, manos nerviosas, postura tensa, incómoda.
- Inseguridad para saber que hacer y decir.
- Frecuentes quejas a terceros (“X no me comprende”, “Y es un egoísta y se aprovecha de mí”...).

Patrones de pensamiento:

- Consideran que así evitan molestar u ofender a los demás. Son personas “sacrificadas”.
- “Lo que yo sienta, piense o desee, no importa. Importa lo que tú sientas, pienses o desees”.
- “Es necesario ser querido y apreciado por todo el mundo”.
- Constante sensación de ser incomprendido, manipulado, no tenido en cuenta.

Sentimientos /emociones:

- Impotencia, mucha energía mental (poca externa), frecuentes sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, deshonestidad emocional (pueden sentirse agresivos, hostiles, etc., pero no lo manifiestan y a veces, no lo reconocen ni ante sí mismos), ansiedad, frustración (p.26).

Efectos del comportamiento no asertivo o pasivo

El comportamiento no-asertivo o pasivo provoca una serie de efectos negativos, deteriorando la satisfacción y la comunicación en la relación humana. Como consecuencias principales tenemos las siguientes:

- Frustración, insatisfacción, tensión que se acumula.
- El problema difícilmente se resuelve; tiende a multiplicarse.
- Riesgo de explosiones agresivas posteriores, creando sentimientos de culpa.
- Problemas de tensión que acaban afectando la salud de múltiples maneras.
- Aislarse en soledad, deprimirse, sentir un gran deseo de huir.
- Cargar más responsabilidades y trabajo del que corresponde, abrumándose y sacrificando el tiempo que merece ser distribuido a otras personas o actividades.
- Sentimientos de incompreensión, menosprecio y rechazo.
- Crear dependencia perjudicial hacia las otras personas asfixiando oportunidades para crecer a nivel personal.
- Bloquearse en futuras interacciones.
- Deterioro gradual efectivo de la autoestima, seguridad y autoconfianza (Aguilar, 1987, pp. 35-36).

Las personas no-assertivas o pasivas presentan a veces problemas somáticos (es una forma de manifestar las grandes tensiones que sufren por no exteriorizar su opinión ni sus preferencias). Otras veces, estas personas tienen repentinos estallidos desmesurados de agresividad. Estos estallidos suelen ser bastante incontrolados, ya que son fruto de una acumulación de tensiones y hostilidad y no son manifestados con habilidad social (Castanyer, 1997).

5.7.2.- B) Conducta agresiva

El comportamiento agresivo es otra práctica común en las relaciones humanas. La acción agresiva se manifiesta deteriorando el intercambio positivo de la relación humana creando problemas, se aleja de la meta de mantener una comunicación satisfactoria con los demás. Es la forma de expresión de los sentimientos, creencias u opiniones que pretenden hacer valer lo propio no considerando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto a los demás (Aguilar, 1987).

Para Aguilar (1987) las causas principales de la conducta agresiva son:

1. **Falta de control emocional**, predominio de la inseguridad e irritación, ésta se debe a que ideas negativas quitan seguridad en la persona, provocando que se sienta amenazada o vulnerable ante la situación. Esto desencadena comportamientos de defensa o ataque a los demás, formando un círculo vicioso. Para combatir el comportamiento agresivo cuando predomina la inseguridad, es indispensable sustituir toda idea negativa por otras más realista, objetiva y constructiva.
2. **No reconocer los derechos de los demás o los propios**. No se reconoce que los demás tienen derecho a fallar, opinar, competir, dudar, ser débiles, sentir, rehusar, elegir cosas distintas, etc., atacando las manifestaciones de actos sin analizar que no es su derecho personal el imponer a otras personas reglas que son producto de un capricho individual, y menos aún, el ofender a quién no llene sus expectativas.
3. **Previa conducta no-assertiva**. El acumular resentimientos por renunciaciones frecuentes al propio bienestar en función de otros o por la ausencia de un sano equilibrio recíproco en la relación humana, va formando una bomba de tiempo que acaba estallando en conductas agresivas sin control alguno, ofendiendo, hiriendo verbalmente o recordando hechos negativos que pasaron tiempo antes.
4. **Éxito previo al haber actuado agresivamente**. Algunos efectos de la conducta agresiva son: romper el diálogo crear dolor, rechazo y mayor intercambio ofensivo, su emisión

también puede representar aparentes “ventajas”. Por ejemplo: los demás pueden rápidamente ajustar su conducta ante la demanda punitiva dejando de actuar de alguna manera comportándose diferente ante la presencia del ataque castigador.

5. **Errores en la forma de expresión.** La falta de habilidad para expresar mensajes puede ser la causa principal de manifestación agresiva, ya que se omite fácilmente lo que pasa por la mente o emociones ocasionando concepciones falsas, manejos inadecuados, falta de conocimiento personal, frustraciones no resueltas, temores ocultos, etc., lo que provoca incompreensión y dolor.
6. **Intolerancia a la frustración.** La frustración muchas veces es autoprovocada por expectativas rígidas y falsas respecto a cómo los demás o la realidad “debe” funcionar (pp.48-57).

Castanyer (1997) argumenta que las personas agresivas defienden en exceso los derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los de los demás: a veces, no los tienen realmente en cuenta, otras, carecen de habilidades para afrontar ciertas situaciones; muestran las siguientes características:

Comportamiento externo:

- Volumen de voz elevado, a veces: habla poco fluida por ser demasiado precipitada, habla tajante, interrupciones, utilización de insultos y amenazas.
- Contacto ocular retador, cara tensa, manos tensas, postura que invade el espacio del otro.
- Tendencia al contraataque.

Patrones de pensamiento:

- “Ahora sólo yo importo. Lo que tú piensas o sientas no me interesa”.
- Piensan que si no se comportan de esta forma, son excesivamente vulnerables.
- Lo sitúan todo en términos de ganar-perder.
- Pueden darse las creencias: “hay gente mala y vil que merece ser castigada” y/o “es horrible que las cosas no salgan como a mí me gustaría que saliesen”.

Emociones / sentimientos :

- Ansiedad creciente.
- Soledad, sensación de incompreensión, culpa, frustración.
- Baja autoestima (si no, no se defenderían tanto).
- Sensación de falta de control.
- Enfado cada vez más constante y que se extiende a cada vez más personas y situaciones.
- Honestidad emocional: expresan lo que sienten y “no engañan a nadie” (p.27).

Efectos del comportamiento agresivo

El comportamiento agresivo no es un mal necesario. Debe y puede evitarse, ya que los efectos que provoca son peligrosos y de consecuencias negativas. Algunas de ellas son:

- Romper el diálogo o hacerlo más difícil para situaciones posteriores.
- Las persona agresiva es rechazada y se le etiqueta negativamente, se le puede dejar de juzgar con objetividad.
- Los actos agresivos no provocan normalmente sentimientos de satisfacción, sino de culpabilidad.
- La acción agresiva provoca normalmente resentimientos difíciles de manejar.
- El agente agresor promueve el temor a su alrededor. Esto bloquea la creatividad en los demás, genera dependencia, sólo se hacen las cosas si el agresor está presente.
- Conducta de “círculo vicioso” por forzar a los demás a ser cada vez más hostiles, aumentando en ellos cada vez más su agresividad (Castanyer, 1997).
- La persona muy agresiva acaba quedando sola (Aguilar, 1987, p.57-58).

La conducta agresiva y desafiante es muchas veces una defensa por sentirse excesivamente vulnerables ante los “ataques” de los demás o bien es una falta de habilidad para afrontar situaciones tensas (Castanyer, 1997).

5.7.3- C) Conducta pasivo-agresiva

Es aquella conducta donde las personas son calladas y no-assertivas en su comportamiento externo, pero con grandes dosis de resentimiento en sus pensamientos y creencias. No dominan una forma

asertiva o agresiva para expresar estos pensamientos, las personas pasivo-agresivas utilizan métodos sutiles e indirectos: ironías, sarcasmos, indirectas, etc. Es decir, intentan que la otra persona se sienta mal, sin haber sido ellos, aparentemente, los culpables, esto se debe a una falta de habilidad para afrontar las situaciones de otra forma (Castanyer, 1997).

Castanyer (1997) menciona las causas principales de la conducta pasivo-agresiva, y las formas típicas de respuesta no asertiva, éstas son:

1. **Bloqueo:** Conducta: ninguna, “quedarse paralizado”. Pensamiento: a veces, no hay un pensamiento claro, la persona tiene “la mente en blanco”. Generalmente, esta forma de respuesta causa una gran ansiedad en la persona y es vivida como algo terrible e insuperable.
2. **Sobreadaptación:** Conducta: el sujeto responde según crea que es el deseo del otro. Pensamiento: atención centrada en lo que la otra persona pueda estar esperando, ésta es una de las respuestas más comunes de las personas no-asertivas.
3. **Ansiedad:** Conducta: tartamudeo, sudor, retorcimiento de manos, movimientos estereotipados, etc. Pensamiento: la persona se da rápidas instrucciones respecto a cómo comportarse, pero éstas suelen llevar una gran carga de ansiedad.
4. **Agresividad:** Conducta: elevación de la voz, portazos, insultos, etc. Pensamiento: “ya no aguanto más”, “esto es insoportable”, “tengo que decirle algo como sea” (p.31). Esta conducta, a veces, sigue a la ansiedad. La persona se siente tan ansiosa, que tiene la necesidad de estallar, con la idea, además, de salir airosa de la situación.

5.7.4.- D) Conducta asertiva

Consiste en una comunicación más efectiva y satisfactoria, alienta relaciones constructivas, respetuosas para ganar un bienestar personal que no sea insensible a los demás, la asertividad ofrece respuestas eficaces y prácticas que son útiles conocer.

La opción asertiva plantea como inadecuada la conducta no asertiva, pasivo-agresiva y agresiva, promoviendo la dignidad y el autorespeto en un plano de igualdad con los demás. Los principios de la conducta asertiva son:

- Respetarse a sí mismo
- Respetar a los demás
- Ser directo
- Ser honesto
- Ser apropiado
- Control emocional
- Saber decir
- Saber escuchar
- Ser positivo
- Lenguaje no verbal (Aguilar, 1987, p.62).

Castanyer (1997) manifiesta que las personas asertivas conocen sus propios derechos y los defienden, respetando a los demás, y sus características son:

Comportamiento externo:

1.- Sabe decir “no” o mostrar su postura hacia algo

- Manifiesta su propia postura ante un tema, petición, demanda.
- Expresa un razonamiento al explicar/justificar su postura, sentimientos, petición.
- Expresa comprensión hacia las posturas, sentimientos, demandas del otro.

2.- Sabe pedir favores y reaccionar ante un ataque

- Expresa la presencia de un problema que le parezca debe ser modificado (cuando lo haya).
- Sabe pedir cuando es necesario.
- Pide clarificaciones si hay algo que no tiene claro.

Patrones de pensamiento:

- Conocen y creen en unos derechos para sí y para los demás.
- Sus convicciones son en su mayoría “racionales”.

Emociones / sentimientos:

- Sabe expresar sentimientos.

- Expresa gratitud, afecto, admiración, etc.
- Expresa insatisfacción, dolor, desconcierto.
- Buena autoestima, no se sienten inferiores ni superiores a los demás, satisfacción en las relaciones, respeto por uno mismo.
- Sensación de control emocional (pp.34-35).

5.7.5.- EFECTOS DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO Y LA CONDUCTA DE LOS DEMÁS:

- Frena o desarma a la persona que ataque
- Aclara equívocos
- Los demás se sienten respetados y valorados
- La persona asertiva suele ser considerada “buena”, pero no “tonta” (Castanyer, 1997).

5.8.- TIPOS DE CONDUCTA Y RESPUESTA ASERTIVA

Jakubowski y Lange (1978; citados en Flores y Díaz Loving, 2002) señalan cuatro tipos básicos de conducta asertiva: básica, empática, escalar y confrontativa.

1. **La asertividad básica** se refiere a la expresión de los derechos, las creencias, opiniones y los sentimientos personales, tales como el afecto o aprecio hacia otra persona.
2. **La asertividad empática** se da cuando la situación requiere de más que una simple expresión de sentimientos o necesidades, es decir, cuando la comunicación incluye el reconocimiento de la situación o de los sentimientos de la otra persona. En este caso, las personas responderán más fácilmente a peticiones e influencias personales, ya que se les toma en cuenta.
3. **La asertividad escalar** implica comenzar con un mínimo de imposición o petición en la respuesta asertiva y valorar el impacto de ésta, pudiendo incrementar la intensidad y rigidez de la asertividad según sea el caso.
4. **La asertividad confrontativa:** consiste en describir objetivamente a la persona, lo que dijo y lo que hizo, para confrontarlo a los hechos, ésta es útil en las relaciones de pareja, amigos, familia, etc., ya que permite aclarar situaciones. Sin embargo, no hay que confundirla con la agresión, porque en contraste con la confrontación asertiva, la confrontación agresiva implica juzgar a la persona, para hacerla sentir culpable en lugar de describir su comportamiento (p.53-56).

Otros autores manejan los tipos de conducta asertiva como tipos de respuesta asertiva, siendo similares en ambos casos, sin embargo, Castanyer (1997) considera dos aspectos adicionales, los cuales se registran a continuación:

5.8.1.- Tipos de respuesta asertiva

1. **Asertividad positiva:** Expresión adecuada de lo bueno y valioso que se ve en las otras personas.
2. **Respuesta asertiva frente a la no-asertividad (y/o pasividad) o la agresividad:**
 - Hacerle ver a la otra persona cómo se está comportando.
 - Mostrarle como podría comportarse asertivamente (pp. 97-99).

Las personas que tienen dificultad con la asertividad comparten una historia en común, desde pequeños, se les enseñó a dar demasiada importancia a sus obligaciones sociales, generando sentimientos de que los derechos de otros son más importantes que los propios (Wolpe, 1993).

5.9.- FACTORES QUE BLOQUEAN LA ASERTIVIDAD

5.9.1.- A) La persona no ha aprendido a ser asertiva o lo aprendió de forma inadecuada

Las conductas o habilidades para ser o no ser asertivo se aprenden: son hábitos o patrones de conducta. La conducta asertiva se va aprendiendo por imitación y refuerzo, es decir, por lo que nos han transmitido como modelos de comportamiento y como dispensadores de premios y castigos de los padres, maestros, amigos, medios de comunicación, etc.

La persona no asertiva no da con la solución a su problema, porque no sale de su patrón de conducta y pensamiento. Se ha observado que la no asertividad implica que hayan ocurrido las siguientes cosas:

- Castigo sistemático a las conductas asertivas: entendido por castigo no necesariamente el físico, sino todo tipo de recriminaciones, desprecios o prohibiciones.

- Falta de refuerzo suficiente a las conductas asertivas: puede ocurrir que la conducta asertiva no haya sido sistemáticamente castigada, pero tampoco suficientemente reforzada. La persona, en este caso, no ha aprendido a valorar este tipo de conducta como algo positivo.
- La persona no ha aprendido a valorar el refuerzo social : si a una persona le son indiferentes las sonrisas, alabanzas, simpatías y muestras de cariño de los demás, no emitirá ninguna conducta que vaya encaminada a obtenerlos.
- La persona obtiene más refuerzo por conductas no asertivas o agresivas: este es el caso de la persona tímida, indefensa, a la que siempre hay que estar ayudando o apoyando. El refuerzo que obtiene (la atención) es muy poderoso. En el caso de una persona agresiva, a veces, el refuerzo (por ejemplo, “ganar” en una discusión o conseguir lo que se quiere) llega más rápidamente, a corto plazo, si se es agresivo que si se intenta ser asertivo.
- La persona no sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que debe emitir una respuesta concreta: la persona a la que los demás consideran “plasta, pesado”, está en este caso. Esta persona no sabe ver cuándo su presencia es aceptada y cuándo no, o en que casos se puede insistir mucho en un tema y en cuáles no.

5.9.2.- B) La persona conoce la conducta apropiada, pero siente tanta ansiedad que la emite de forma parcial

En este caso, la persona con problemas de asertividad ha tenido experiencias altamente aversivas (de hecho o por lo que ha interpretado) que han quedado unidas a situaciones concretas, las cuales pueden haber sido ansiógenas. Situaciones de este tipo pueden haber dejado en la persona una gran ansiedad, que a partir de ese momento su respuesta asertiva se ve mermada. Si la persona tiende a generalizar a otras situaciones, pronto todas sus respuestas o, por lo menos las que se parezcan o tengan algo que ver con la situación inicial suscitarán reacciones de ansiedad.

5.9.3.- C) La persona no conoce o rechaza sus derechos

La educación tradicional ha favorecido la no-asertividad. A través de la recepción de mensajes del estilo “obediencia a la autoridad”. Existen una serie de suposiciones tradicionales que parecen “normales”, pero que, recibidas de forma autoritaria e insistente, pueden hacer mucho daño a las personas, haciéndolas sentirse inferiores a los demás y sin capacidad para cambiar. Estas

“suposiciones tradicionales” pueden ser, por ejemplo: “Es ser egoísta anteponer las necesidades propias a las de los demás”. Por otro lado, los medios de comunicación y agentes sociales bombardean con otros mensajes: hay que ser agresivos, subir por encima de los demás, ser más que otros. Ambos someten a la persona a la opinión de los demás o a la imagen que se da al exterior, en vez de centrar la autoestima en los logros personales y el respeto hacia uno mismo.

5.9.4.- D) La persona posee patrones de pensamiento irracionales que le impiden actuar de forma asertiva

Se tiene, desde la infancia, una serie de “convicciones” o “creencias” que están arraigadas dentro de los individuos, que no hace falta que se vuelvan a plantear para decidir cómo actuar o pensar, surgen en forma de “pensamientos automáticos”, tan rápidamente que no se perciben, por lo general, son pensamientos irracionales. Una convicción puede ser la necesidad de sentirse apoyados o queridos para estar bien. Otra podría ser la necesidad de sentirse competentes en alguna área de la vida para tener una alta autoestima (Castanyer, 1997, pp.43-47).

Albert Ellis, psicólogo de los años 50, delimitó 10 convicciones, que todos poseemos en mayor o menor medida. Ellis las llamó “irracionales” ya que, según él, no responden a una lógica ni son objetivas (citado en Castanyer, 1997). Las creencias irracionales están recíprocamente implicadas en las conductas mal adaptadas, éstas pueden interferir en el aprendizaje de comportamientos nuevos y más apropiados, y pueden incrementar la resistencia al cambio hacia respuestas más adaptativas (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987).

5.9.5.- ELLIS PROPUSO LA SIGUIENTE LISTA DE IDEAS IRRACIONALES

1. Es necesario para un ser humano ser querido y aceptado por todo el mundo.
2. Uno tiene que ser muy competente y saber resolverlo todo si quiere considerarse necesario y útil.
3. Hay gente mala y despreciable que debe recibir su merecido.
4. Es horrible que las cosas no salgan de la misma forma que a uno le gustaría.
5. La desgracia humana es debida a causas externas y la gente no tiene ninguna o muy pocas posibilidades de controlar sus disgustos y trastornos.

6. Si algo es o puede ser peligroso o atemorizante, hay que preocuparse mucho al respecto y recrearse constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7. Es más fácil evitar que hacer frente a algunas dificultades o responsabilidades personales.
8. Siempre se necesita de alguien más fuerte que uno mismo en quien poder confiar.
9. Un suceso pasado es un importante determinante de la conducta presente, porque si algo nos afecto mucho, continuará afectándonos indefinidamente.
10. Uno debe estar permanentemente preocupado por los problemas de los demás (Castanyer, 1997, p.50).

5.10.- ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida o un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en situaciones sociales; puede iniciarse con instrucciones relativamente simples que dan lugar a cambios significativos en unas pocas semanas, su uso descondiciona hábitos inadaptables de respuesta de ansiedad hacia la conducta de otras personas, explotando la expresión apropiada de otras emociones que dichas personas evocan (Wolpe, 1993).

El formato básico que recomienda Caballo del EHS incluye: 1) el identificar con ayuda del paciente, las áreas específicas en las que éste tiene dificultades. El delimitar la naturaleza del problema es importante porque el tratamiento específico que se emplee puede depender de la clase de conducta problema, 2) analizar por qué el individuo no se comporta de forma socialmente adecuada. Se señalan factores que podrían impedir a una persona ser socialmente habilidosa (por ejemplo, déficits en habilidades, ansiedad condicionada, cogniciones desadaptativas, etc.). La especificación de los factores implicados en la conducta desadaptativa facilitará el camino para el empleo de los distintos procedimientos del EHS.

Antes de empezar con el entrenamiento en sí, es importante informar al paciente sobre la naturaleza del EHS, sobre los objetivos a alcanzar en la intervención y sobre lo que se espera que haga dicho paciente. Además es importante fomentar la motivación del mismo hacia el entrenamiento que va a

tener lugar. Una vez que el paciente ha comprendido el objetivo del EHS y está de acuerdo en llevarlo a cabo, se puede empezar con el programa de sesiones. En ocasiones puede ser conveniente enseñar al sujeto a relajarse, antes de abordar determinadas situaciones problemáticas. La reducción de la ansiedad en esas situaciones favorecerá la actuación social del paciente y la adquisición de nuevas habilidades, si es que no se poseen (Caballo, 1993).

5.10.1.- EL PAQUETE BÁSICO DEL EHS IMPLICA LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS:

- Instrucciones
- Modelado
- Ensayo de conducta
- Retroalimentación
- Reforzamiento
- Tareas para casa (Caballo, 1993).

5.10.1.1.- Instrucciones/aleccionamiento

El término aleccionamiento denominado también retroalimentación correctiva, intenta proporcionar al sujeto información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su actuación y el criterio. El término instrucciones es más amplio abarcando información específica y general sobre el programa de EHS. La información se puede presentar por medio de representaciones de papeles, discusiones, material escrito, descripciones en la pizarra, grabaciones en vídeo, etc. La información es importante también al comienzo de cualquier sesión del EHS, ya que se transmite el componente o dimensión exactos que reciben atención ese día y su importancia. El propósito de empezar cada sesión con una breve instrucción del terapeuta es asegurarse de que los pacientes comprenden las expectativas de ese día, para después llevarlas a cabo. Las instrucciones se dan para proporcionar una base y una explicación razonada para los ejercicios y ensayos de conducta posteriores (Caballo, 1993).

5.10.1.2.- El modelado

La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permitirá el aprendizaje observacional de ese modo de actuación. El modelo suele ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo y puede presentarse

en vivo o grabado en video. Se ha demostrado que el modelado es más efectivo cuando los modelos son de edad parecida y del mismo sexo que el observador, y cuando la conducta del modelo se encuentra más próxima a la del observador. El modelado tiene la ventaja de ilustrar los componentes no verbales y paralingüísticos de una determinada conducta interpersonal. El tiempo de exposición al modelo también parece ser importante, produciendo resultados más positivos las exposiciones más largas.

Algunos aspectos importantes sobre el modelado son los siguientes:

1. La atención es necesaria para el aprendizaje. Puesto que en el modelado se aprende vicariamente por medio de la observación y la escucha, el que va actuar tiene que saber a qué conductas tiene que prestar atención y acordarse de ellas.
2. El modelado tiene más influencia cuando el observador considera la conducta del modelo como deseable y cuando esa conducta tiene consecuencias positivas.
3. Es importante que el paciente no interprete la conducta modelada como la manera correcta de comportarse, sino como una forma de abordar una situación particular (Caballo, 1993).

5.10.1.3.- El ensayo de conducta

El ensayo de conducta es el procedimiento más frecuentemente empleado en el EHS. Por medio de éste se representan maneras apropiadas y efectivas de afrontar las situaciones de la vida real que son problemáticas para el paciente. Los objetivos del ensayo de conducta consisten en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas (Caballo, 1993).

5.10.1.4.- Retroalimentación y reforzamiento

La retroalimentación y el reforzamiento son dos elementos fundamentales del EHS. El reforzamiento tiene lugar a lo largo de las sesiones del EHS y sirve para adquirir nuevas conductas, recompensando aproximaciones sucesivas, así como para aumentar determinadas conductas adaptativas. La retroalimentación proporciona información específica al sujeto, esencial para el desarrollo y mejora de una habilidad. La retroalimentación la puede dar el entrenador, otros miembros del grupo, u ofrecerse por medio de la repetición de audio o vídeo. El proceso de ofrecer

retroalimentación puede tener también otros efectos beneficiosos. Proporciona la oportunidad de hacer prácticas en hablar directamente a otra persona y ayuda a los miembros del grupo a concentrarse en el actor, manteniéndolos implicados con el grupo y aumentando la probabilidad de aprendizaje observacional respecto a aquellas conductas que tienen éxito (Caballo, 1993).

5.10.1.5.- Tareas para casa

Las tareas para casa son una parte esencial del EHS porque proporcionan material que sirve para los ensayos en el grupo, constituyen el vehículo para que las habilidades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practiquen en el ambiente real, se generalicen en la vida diaria del sujeto. Cada sesión de un programa de EHS empieza y termina con una discusión sobre las tareas para casa diseñadas específicamente para alcanzar los objetivos del programa, la dificultad de la tarea se aumenta gradualmente conforme progresa la intervención (Caballo, 1993).

5.11.- ELEMENTOS BÁSICOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y/O TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO DE LA ASERTIVIDAD

Como se manifestó anteriormente, la habilidad social/asertividad tiene tres componentes: conductual (tipos de conductas), cognoscitivo (creencias) y situacional (situaciones). Bajo esta perspectiva, desde diferentes posiciones teóricas se han creado una serie de técnicas para modificar uno o varios de los componentes y lograr cambios en los individuos, incrementando su asertividad. Caballo (1993), considera cuatro elementos de forma estructurada para el EHS:

1. **Entrenamiento en habilidades sociales:** Donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. Concretamente se emplean procedimientos tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de la conducta, tareas para casa, procedimientos cognoscitivos, la retroalimentación y el reforzamiento.
2. **Reducción de la ansiedad:** En situaciones sociales problemáticas, normalmente esta reducción se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa. Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación o desensibilización sistemática. Este tipo de técnicas se centra en la

reducción de la ansiedad, se utilizan para aquellas personas con un nivel muy alto de ansiedad, que llegan a sentirse parcial o totalmente incapacitadas para responder ante una situación de interacción social.

- a. La relajación. Por medio de esta técnica se aprende a identificar los músculos que están más tensos y a distinguir entre sensación de tensión y relajación profunda. Esta técnica, aunque parece sencilla, requiere de mucha práctica.
- b. La respiración. Es una técnica que está estrechamente ligada a la relajación, existen muchos tipos de ejercicios respiratorios, desde ejercicios que ayudan a concentrarse y a sentir cómo el aire entra y sale por nuestros pulmones, hasta ejercicios más complejos en donde se va respirando alternando una fosa nasal con la otra (Castanyer, 1997, pp.110 -111).

3. Reestructuración cognoscitiva: Las técnicas de reestructuración cognoscitiva no se utilizan exclusivamente para el entrenamiento de la habilidad social/asertividad. Normalmente, en cualquier proceso terapéutico, sea cual fuere la problemática que muestre la persona, se realizará una reestructuración cognoscitiva. Ésta consiste en:

- a) Concientizarse de la importancia que tienen nuestras creencias.
- b) Hacer conscientes por medio de autorregistros, los pensamientos que va teniendo la persona a lo largo de un tiempo establecido cada vez que se siente mal.
- c) Analizar estos pensamientos para detectar a que idea irracional corresponde cada uno de ellos.
- d) Elegir pensamientos alternativos a los irracionales.
- e) Llevar a la práctica los argumentos racionales elegidos; es decir se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Las técnicas aplicadas son Terapia Racional Emotiva, Autoinstrucciones, etc., (Castanyer, 1997).

4. Entrenamiento en Soluciones de problemas: En donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los “valores” de todos los parámetros situacionales relevantes para procesar, seleccionar o enviar una comunicación interpersonal objetiva (p.183).

5.12.- PROCEDIMIENTOS DEFENSIVOS

Otra herramienta de la que hecha mano el EHS son los procedimientos defensivos, los cuales se emplean para interrumpir un patrón de interacción destructivo e injusto, reemplazándolo por una comunicación justa y mutuamente respetuosa. Cuando las habilidades de defensa se utilizan por primera vez, es probable que la comunicación termine con cierta rapidez. Sin embargo, este corte en los canales de comunicación es sólo temporal, y es probable que la interacción se transforme en otra más equitativa, si la otra persona reconoce la defensa de nuestros derechos. Puede que algunos individuos no adopten una relación más equitativa y, si ambos conservan su postura puede darse una fractura definitiva en la relación, por lo tanto, es importante aprender que las técnicas de defensa tienen la posibilidad de dicha consecuencia, pudiendo elegir actuar o no defensivamente. Los procedimientos defensivos son:

- Disco rayado: Se emplea para hacer peticiones y/o rechazar una petición a la que no se quiere acceder, es decir, no se tiene que dar explicaciones, excusas o justificaciones para rechazar una petición o pedir algo. El procedimiento consiste en la repetición continua del punto principal que se quiere expresar. No se presta atención a otros temas de la conversación; el sujeto suena parecido a un disco rayado, repitiendo una y otra vez su posición de forma precisa.
- La aserción negativa: Este procedimiento se emplea cuando el sujeto está siendo atacado y se ha equivocado, implica que el sujeto admita su error y cambie inmediatamente a autoverbalizaciones positivas. El sujeto no está a la defensiva si está equivocado; su utilización requiere de práctica, puesto que existe una tendencia natural de la gente a defenderse cuando se le ataca verbalmente.
- El recorte: Esta técnica es apropiada en el caso de ser atacado y estar seguro de haber cometido un error.
- Ignorar selectivamente: Consiste en atender, o no atender, selectivamente a aspectos específicos del contenido del habla de la otra persona.
- Separar los temas: A veces, en el transcurso de una interacción, más de un tema o mensaje se ofrecerán unidos, pudiendo sentir confusión, ansiedad y/o culpabilidad. Al separar los temas, hay capacidad para discriminar, formulando una respuesta apropiada, sin dejar las cosas sin resolver.

- Desarmar la ira: Esta técnica implica ignorar el contenido del mensaje airado y concentrar la atención y conversación en el hecho de que la otra persona está enfadada, rechazando cortésmente el continuar discutiendo, y expresar abiertamente el retomar la conversación tan pronto se haya calmado.
- Ofrecer disculpas: A veces, sentirse mal por haber tenido poco respeto o por haber abusado de otro individuo. En este caso, el ofrecer disculpas es una acción legítima. La disculpa permite reconocer los sentimientos de la otra persona y permite que ésta sepa lo ocurrido.
- Preguntas: Las preguntas pueden ser a veces un medio efectivo para ayudar a la otra persona a darse cuenta de una reacción no pensada, especialmente cuando la otra persona ha sido agresiva de forma no verbal.
- Banco de niebla: Esta técnica es muy controvertida, debido a que esta técnica es pasivoagresiva, en la que el individuo toma un papel excesivamente pasivo en la interacción.
- La interrogación negativa: Este procedimiento defensivo puede ser eficaz cuando se está siendo criticado injustamente, sin sentirse agredido o enfadado con el fin de sacar provecho de la información (Caballo, 1993, pp. 267-271).

5.13.- EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES (HS) Y/O ASERTIVIDAD

La evaluación de las Habilidades Sociales es la evaluación conductual, esta abarca los diversos factores (cognoscitivos, emocionales, conductuales, sociales) implicados en las conductas socialmente hábiles o inhábiles, y capta como interactúan entre ellos. La evaluación de las HS constituye un requisito indispensable para la investigación e intervención en el área de las HS; ésta consiste en la evaluación pretratamiento antes de la puesta en marcha del entrenamiento, sirve para seleccionar a los sujetos que formarán parte del entrenamiento, también para diseñar y ajustar dicho entrenamiento a las demandas específicas y la toma de medidas relacionadas con los resultados obtenidos. Para Michelson, Sugai, Wood y Kazdin (1987) las comparaciones pre y postenseñanza proporcionan una medida de la efectividad de la intervención, así como las habilidades sociales mejoradas y las que continúan con déficits.

De acuerdo con Sanz, Gil y García-Vera (1998), las funciones de la evaluación de las Habilidades Sociales son:

- La indicación y diseño de la intervención y
- El control de los resultados de la misma; éste abarca todo el proceso terapéutico.

Se utiliza una amplia gama de procedimientos o técnicas para realizar la evaluación de la conducta asertiva/habilidades sociales, Gismero (1996) menciona las siguientes:

- Entrevista conductual
- Hetero-evaluación (evaluación del sujeto por personas conocidas)
- Autoobservación con autorregistros
- Observación (en ambiente natural o en situaciones de rol-play)
- Registros psicofisiológicos
- Instrumentos de autoinforme (pp.53-54).

5.13.1.- Entrevista

La entrevista constituye un método imprescindible, a través de ella es posible recabar del propio sujeto información sobre sus relaciones interpersonales, así como obtener indicadores sobre su forma de interactuar; ésta suele emplear un formato relativamente estructurado por medio del cual se puede obtener la siguiente información:

- La historia de sus relaciones interpersonales.
- Las situaciones de interacción social que más problemas le causan.
- La propia valoración de su comportamiento social.
- La motivación que tiene para mejorar su nivel de HS.
- Sus expectativas sobre el entrenamiento y los objetivos que le gustaría alcanzar.

5.13.2.- Las ventajas de utilizar la entrevista

Las ventajas de utilizar la entrevista para la evaluación de las HS están relacionadas con lo siguiente:

- El propio instrumento, por su flexibilidad y escasa estructuración permite adaptarse a todo tipo de sujetos, problemas y contextos.
- La naturaleza de la información que proporciona desde la valoración que hace el sujeto de sus habilidades hasta indicadores verbales y no verbales de su forma de actuar.
- El tipo de situaciones que abarca, dado que se puede recabar información sobre el comportamiento en situaciones inaccesibles a la observación.
- El amplio abanico de personas a las que se puede evaluar (Sanz, Gil y García-Vera, 1998, p.48).

5.13.3.- Hetero-evaluación

La hetero-evaluación: es un método de evaluación útil, pero poco empleado, consiste en evaluaciones del sujeto por parte de sus amigos y conocidos, éstas se pueden considerar como una forma de observación directa en el ambiente real del contexto social del sujeto. Sin embargo, están limitadas por el hecho de que los iguales observan solo una parte de la conducta del sujeto (Caballo, 1993).

5.13.4.- La autoobservación

La autoobservación, en ésta el sujeto registra sus propias conductas, así como otros hechos relevantes de las interacciones que tienen lugar en el ambiente natural; estos registros suelen emplearse como técnica de auto-refuerzo y como medio de control del cumplimiento de las tareas para casa, las cuales toman la forma de ensayos conductuales fuera de la sesión y pretenden facilitar la generalización de lo aprendido (Sanz, Gil y García-Vera, 1998).

5.13.5.- La observación

La observación de las conductas permite conocer las respuestas manifiestas a través de las cuales se muestran las HS, la información que se obtiene permite realizar análisis a distintos niveles generales, intermedios y específicos.

5.13.6.-La observación natural: consiste en observar el comportamiento real de los sujetos en contextos naturales, aunque resulta difícil en la práctica. Tiene la ventaja de medir el comportamiento del sujeto en su ambiente natural, accedendo a un tipo de información relacionada con el comportamiento real que no se dispone con otros procedimientos de observación; sin embargo, posee dificultades para observar con precisión y en el momento mismo la propia conducta.

5.13.7.-La observación en situaciones de rol-play o de representación de papeles: cuenta con una amplia utilización en el área de las HS; suelen contar con un formato el cual consta de instrucciones en las que se describe una situación, y una fase-estímulo, pronunciada por el supuesto interlocutor del sujeto en esa situación y a la cual debe responder el propio sujeto (Sanz, Gil y García-Vera, 1998).

5.13.8.- Los registros psicofisiológicos

Estos registros se relacionan con la disfunción conductual, la cual puede aparecer en los sistemas de respuesta fisiológico, motor o cognoscitivo, aunque estos sistemas son independientes, los cambios en un sistema pueden afectar a otro; los registros se han utilizado para medir la tasa cardiaca y/o la resistencia de la piel (Caballo, 1993).

5.13.9.- Instrumentos de autoinforme

Para Caballo (1993) constituyen la estrategia de evaluación más ampliamente empleada en la investigación de las habilidades sociales, la utilización de cuestionarios, inventarios o escalas ayuda tanto en la investigación como en la práctica clínica. En la investigación permite evaluar una gran cantidad de participantes en un tiempo breve, con una economía importante de tiempo y energía. Permite explorar un amplio rango de conductas, muchas de ellas inaccesibles a una observación directa y los instrumentos pueden llenarse con facilidad. En la práctica clínica, es útil para obtener una rápida visión de las dificultades del paciente, sirve como una medida objetiva pre-post-tratamiento y como un medio de llegar a una descripción objetiva de la subjetividad de un individuo. Los instrumentos de autoinforme buscan medir la conducta asertiva, sin embargo, también se han utilizado para evaluar ansiedad social, así como algunas medidas "cognoscitivas". La mayoría de los procedimientos o técnicas de evaluación son apropiadas como medidas de evaluación de la pre-

postenseñanza, aunque algunas son mejores que otras. En la evaluación y enseñanza de las habilidades sociales es importante considerar la importancia social, la efectividad y la utilidad funcional (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987). En la evaluación de programas de salud y servicios sociales, la efectividad se refiere a la capacidad que tiene una acción para producir el efecto que se busca (San Luis, López de la Llave y Pérez-Llantada, 1999). En esta investigación se utiliza este procedimiento, el cual es fundamental para llevar a cabo la intervención.

5.14.- LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y LAS HABILIDADES SOCIALES

El impacto social que van adquiriendo los trastornos de la conducta alimentaria conlleva a buscar los medios para dar una solución adecuada a los problemas que estos puedan generar, altos costos en la salud, en lo económico, emocional y en lo social. Algunos autores coinciden en que previamente al desarrollo de un trastorno alimentario los pacientes presentan problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales de relación social, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades en relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas (Bruch, 1973; Garner y Bemis, 1982; Slade, 1982).

Fernández, Turón, Menchón, Vidal, Vallejo y Pifarré (1996) realizaron un estudio donde analizaron el desajuste interpersonal, depresión, autoestima y sintomatología alimentaria en un grupo de 30 pacientes con anorexia nervosa, con el objetivo de establecer posibles asociaciones entre estas variables. Los pacientes fueron divididos, a posteriori, en 2 subgrupos según se detectaran dificultades interpersonales y ansiedad social (DI) o no (NDI). Los resultados mostraron, por un lado, la presencia de dificultades interpersonales y ansiedad social en un 80% de los casos, que correlacionaban positivamente con baja autoestima y depresión. Por otro lado, las subescalas de Inefectividad, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva y Miedo a Madurar del Eating Disorder Inventory (EDI) fueron las que mejor diferenciaban los subgrupos DI y NDI.

Gismero (1996) comparó pacientes anoréxicas y bulímicas con tres grupos de participantes: mujeres que practicaban dieta, que asistían a psicoterapia y grupo control, la muestra total fue de 170 participantes de sexo femenino que se distribuyeron en: a. Anoréxicas (N=45); b. Bulímicas (N=12); c. Dieta (N=33); d. Terapia (N=23) y d. Control (N=57), encontrando que el grupo de anoréxicas se diferenciaba significativamente del grupo control y el de dieta en algunas conductas asertivas. En el grupo de anorexia reportaron déficits en habilidades sociales que lo distinguieron significativamente de las mujeres que no padecían este trastorno, incluso de las mujeres que hacían régimen para adelgazar, en cuanto a las bulímicas, este grupo no resultó significativamente distinto de las dos muestras "sin problema" en su conducta asertiva y en el grado de satisfacción de su propio cuerpo, aunque sí en autoconcepto.

En otra investigación Hayaki, Friedman, y Brownell (2002) examinaron la relación entre la expresión emocional y la insatisfacción con la imagen corporal, la muestra estuvo compuesta por 141 mujeres jóvenes estudiantes de bachillerato (con una edad media de 18.62 años y una SD=1.03), las cuales fueron evaluadas en su expresión emocional, insatisfacción corporal, falta de asertividad y síntomas depresivos, a través de instrumentos de autoreporte (EDI, Beck Depression Inventory, IIP-C,) se analizó la relación entre expresión emocional e insatisfacción corporal, se encontró que la expresión emocional se relaciona inversamente con la insatisfacción con el cuerpo; es decir, a mayor expresión emocional menor es la insatisfacción con el cuerpo. Los autores comentan que es el primer estudio que se realiza en torno a la relación entre expresión emocional e insatisfacción corporal.

Huon y Walton (2000) llevaron a cabo una investigación, el objetivo de ésta fue distinguir entre las chicas que hacían una dieta de aquellas que nunca la habían hecho, utilizando el modelo de dieta de Huon y Strong (1998). La muestra estuvo compuesta por 124 mujeres adolescentes (N=124) con un rango de edad de 12 a 16 años y una media de edad de 14 años, las participantes fueron igualadas en las variables sociodemográficas importantes. Se formaron 2 grupos, n1: 62 mujeres adolescentes que iniciaron dieta y, n2: 62 que nunca han realizado dicha conducta. Ambos grupos complementaron una batería de cuestionarios que evaluaron su estado de dieta, influencia percibida para realizar dieta, disposición y asertividad, así como contexto familiar. Se encontró que lo que

diferenciaba a ambos grupos de chicas eran sus niveles de influencia parental y la inherente a los amigos y compañeros, también que las chicas que iniciaron dieta eran más competitivas con sus compañeros y amigos que las que nunca han realizado esta conducta; estos autores destacaron que lo que más diferenció a las adolescentes de ambos grupos fue su percepción personal con respecto a la influencia social. Las formas de influencia parental que distinguieron a los dos grupos, difiere a la naturaleza del tipo de influencia que ejercen los pares sobre ellas.

Phelps, Sapia, Nathanson y Nelson (2000) aplicaron un programa a tres muestras de participantes, el cual comprendía seis sesiones: la primer muestra se encontró formada por 530 chicas estudiantes de secundaria de 11 a 15 años de edad, 253 participantes conformaron grupo control y el grupo experimental contó con 277 mujeres; la segunda muestra fue de estudiantes de preparatoria de 13 a 16 años de edad con un total de 312 participantes (grupo control= 159 y grupo experimental= 153) y la última muestra estuvo integrada por estudiantes universitarias de 18 a 25 años de edad con 45 participantes, (grupo experimental= 18 y grupo control=27). El programa tuvo como objetivo promover el desarrollo de factores de resiliencia (o resistencia) a la vez que se buscaba mitigar o atenuar factores de riesgo que habían sido tempranamente identificados. Se encontró que el programa resulto exitoso en facilitar el conocimiento de presiones asociadas al ideal de delgadez (esquelético); en cambiar actitudes acerca de los estándares establecidos que determinan “lo que es bello” o “lo que significa belleza”; en alterar el uso presente y futuro de medicamentos o conductas alimentarias de riesgo (como purgarse, hacer ejercicio excesivo) así como la utilización de métodos de control de peso, en la construcción de una “autoestima física” y competencia personal; y finalmente en la reducción de insatisfacción con la imagen corporal en las tres muestras.

Stice y Ragan (2002) desarrollaron y evaluaron una intervención psicoeducativa, en ésta participaron (N=88) chicas universitarias que fueron igualadas con 66 controles, ambos grupos complementaron un pretest y postest. En los resultados, se encontró que las chicas que participaron en la intervención mostraron decrementos significativos en la internalización del ideal femenino de delgadez, insatisfacción con la imagen corporal, seguimiento de dieta, síntomas de trastorno alimentario y peso una vez concluidos los 4 meses del período de estudio (intervención), mientras que las chicas del grupo control no mostraron cambios en estos aspectos y además, ganaron peso.

Los hallazgos preliminares sugieren que la intervención puede ser de gran utilidad en la reducción de trastornos alimentarios y sobrepeso en estudiantes universitarias, reduciendo al mismo tiempo factores de riesgo.

Furman y Thompson (2002) realizaron un estudio donde examinaron la influencia de las bromas en el humor de las personas y en la satisfacción corporal por medio de la utilización de una estrategia de exposición vicaria escrita en la que una persona es objeto de comentarios. La muestra se conformó por 144 mujeres universitarias con un rango de edad de 17 a 55 años y con una media de edad de 24.6 años. Las chicas universitarias que participaron en el estudio leyeron algunos textos que involucraban a una chica recibiendo un comentario de otra persona respecto a su apariencia o a sus habilidades. Dos de los ocho textos que se les dieron a leer contenían comentarios positivos acerca de su apariencia o habilidades; se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar depresión, ansiedad, enojo, satisfacción con la imagen corporal y el cambio de humor posteriores a la exposición. Los resultados mostraron que la apariencia y habilidades negativas aludieron a niveles moderados de distorsión en el humor cuando se comparaban con los textos de comentarios positivos.

McVey, Davis, Tweed y Shaw (2004) evaluaron la efectividad de un programa basado en la promoción de habilidades “de vida” diseñado para mejorar la satisfacción con la imagen corporal mientras se intentaba reducir actitudes alimentarias negativas y conductas y sentimientos de perfeccionismo. Participaron 258 chicas con una edad aproximada de 11.8 años (el grupo de intervención estuvo compuesto por 182 chicas y el control por 76). Las participantes contestaron un cuestionario y una semana después se les aplicó dicho programa compuesto de seis sesiones. Otras seis sesiones fueron introducidas después de 12 meses transcurridos. La intervención fue exitosa al mejorar la satisfacción con la imagen corporal de las chicas y se redujeron las actitudes asociadas a dieta, sin embargo, este hecho fue únicamente después de la intervención, ya que al ser reevaluadas 12 meses después en el seguimiento, estos cambios no se mantuvieron.

O’Dea y Abraham (2000) examinaron el efecto de un programa escolar educativo e interactivo basado en el mejoramiento de la autoestima, la imagen corporal y conductas y actitudes relacionadas con la alimentación en jóvenes. La duración de la aplicación del programa fue de 12

meses. La muestra fue de 470 participantes entre 11 y 14 años de edad, de los cuales el 63% fueron mujeres. Los resultados señalan un mejoramiento significativo de la imagen corporal mediante la intervención del programa. Asimismo, cambios significativos en autoestima. En cuanto a la importancia otorgada por parte de los jóvenes a la aceptación social, la apariencia física y la habilidad atlética, también hubo cambios, ya que una vez terminada la intervención, éstos le otorgaban menor relevancia a dichos aspectos. Se encontró que las chicas que pertenecieron al grupo experimental atribuían una mejor percepción de su apariencia física por parte de los demás en comparación con las del grupo control, de manera significativa. Un año después de la intervención, estos cambios permanecieron presentes (los relacionados con la imagen corporal y las actitudes). Estos hallazgos fueron también encontrados en las chicas que poseían una baja autoestima y niveles altos de ansiedad, a quienes se les considera en riesgo para desarrollar trastorno alimentario. De acuerdo con los investigadores esta es la primera intervención controlada de tipo educacional que mejora exitosamente la imagen corporal y produce cambios a largo plazo en actitudes y autoimagen de jóvenes adolescentes; lo cual constituye una aproximación interesante en el desarrollo de prevención de desórdenes alimentarios mediante el mejoramiento de la autoestima.

Con respecto a estudios citados anteriormente, donde se ha señalado que los trastornos alimentarios se hacen más comunes en el inicio de la pubertad, tomando en cuenta que en esta etapa los adolescentes son susceptibles a las influencias socioculturales, y además que éstos representan un problema de salud, realizar la prevención de dicho fenómeno resulta importante porque se puede influenciar en las actitudes; es decir, mediante la enseñanza se proporcionan herramientas que le permitan al individuo hacer frente a situaciones sociales mediante conductas adaptativas que faciliten una mejor relación con los demás. Por lo que, un programa preventivo generaría empoderamiento personal.

Existe mucha información respecto a la efectividad terapéutica de los programas de Entrenamiento de Habilidades Sociales y/o programas de entrenamiento asertivo, sin embargo, es austera en relación a programas de tratamiento para jóvenes que presentan una conducta interpersonal disfuncional. Esto es especialmente evidente en adolescentes y adultos jóvenes, en la cultura latinoamericana. Los programas de desarrollo de habilidades sociales son especialmente relevantes en períodos críticos del desarrollo en cuanto a la conducta interpersonal. Durante la adolescencia, surge una serie de transformaciones profundas: cambios físicos y emocionales conectados a la

maduración sexual, en paralelo con los cambios intelectuales conectados al pensamiento abstracto. Al comienzo de la misma, el joven ya tiene una autoconciencia de ser "objeto social" y se reconoce a sí mismo y a los demás como expuestos al escrutinio público, quién enjuicia la competencia y adecuación social; también debe encarar tareas que implican relaciones interpersonales y debe desarrollar habilidades para resolver problemas de una manera independiente, aprender a conversar, participar en diferentes actividades extracurriculares, tener un grupo de iguales al que se sienta integrado e identificado y aprender comportamientos heterosexuales. Por lo tanto, debe lograr desarrollar conductas interpersonales específicas que le impone el medio social; así como adquirir destrezas sociales heterosexuales, conseguir relaciones interpersonales afectivas cercanas con el otro sexo, ampliar sus habilidades sociales a contextos más abiertos como el trabajo o la escuela, entre otras. Es decir, después de un desarrollo gradual, el adolescente debe aparecer preparado con las habilidades necesarias para una relación autónoma con la realidad externa y preparado para una organización formal del autoconocimiento. Éste es un período fundamental en cuanto a la preocupación por el manejo adecuado de las situaciones sociales heterosexuales y académicas o laborales (Hidalgo y Abarca, 1999). De ahí la conveniencia de realizar un programa preventivo basado en la técnica antes mencionada para dotar de herramientas a la población más vulnerable, los adolescentes, ya que los programas de prevención en TCA, en su mayoría de carácter psicoeducativo, y de acuerdo a las investigaciones antes citadas han tenido poco éxito.

CAPITULO VI

Método

6.1. Objetivo

El propósito de la presente investigación fue someter a un estudio piloto un programa de prevención de factores de riesgo en TCA basado en la técnica de Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria.

6.2. Planteamiento del problema

Desarrollar y evaluar un programa de prevención de factores de riesgo en TCA basado en la técnica de Entrenamiento de Habilidades Sociales, dirigido a mujeres adolescentes estudiantes de secundaria, con el propósito de disminuir la presencia de los siguientes factores de riesgo: dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, y actitud negativa hacia la obesidad.

6.3. Objetivos específicos

1. Desarrollar un programa de prevención de factores de riesgo en TCA dirigido a mujeres adolescentes estudiantes de secundaria y someterlo a un estudio piloto
2. Describir los resultados del programa de prevención después de la intervención (con medidas pretest-postest).

Problema general de la investigación

Si se comparan los resultados (pre-postest) de la intervención ¿se encontrará una disminución de los siguientes factores de riesgo?:

- dieta restringida;
- insatisfacción con la imagen corporal;
- preocupación por el peso y la comida;
- y actitud negativa hacia la obesidad.

6. 4. Definición de variables

Variable independiente:

Intervención basada en el Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Definición Variable Independiente:

1. Programa de intervención basado en el EHS

Definición conceptual: el EHS es una de las técnicas más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, para la mejora de la efectividad interpersonal y para la mejora general de la calidad de vida. Desde sus inicios como "entrenamiento asertivo", la esfera de acción de este movimiento se ha extendido hasta ser considerado una de las estrategias de intervención más ampliamente utilizadas dentro del marco de los servicios de salud mental (L'Abate y Milan, 1985 citados en Caballo, 1993). Una acción a tiempo -entendida como el entrenamiento temprano de habilidades sociales- puede adquirir un carácter eminentemente preventivo (Roth, 1986).

Definición Operacional: El programa de prevención basado en el EHS consta de 10 sesiones, cada una de ellas con una duración promedio de una hora, su aplicación es en forma grupal por facilitadoras antes entrenadas y, en escenarios escolares (instalaciones de escuelas secundarias públicas que deseen colaborar en el proyecto). La temática de cada sesión y las técnicas se describen a continuación:

1. Autoestima y relajación
2. Características personales no centradas exclusivamente en el cuerpo.
3. Identificar y analizar las habilidades sociales.
4. Imagen corporal y pensamientos Irracionales.
5. Seguimiento de dieta restringida.
6. Preocupación por el peso y la comida, y estrategias para desarrollar habilidades sociales.
7. Pirámide alimenticia.
8. Adolescencia.
9. Practicando habilidades sociales.
10. Afrontamiento a la crítica y resolución de conflictos.

*Técnicas: Relajación, imaginería, detención del pensamiento, pensamientos irracionales, dramatización, rol playing, modelado y feedback.

Variables Dependientes:

- 1.- Dieta restringida.
- 2.- Insatisfacción con la imagen corporal.
- 3.- Preocupación por el peso y la comida.
- 4.- Actitud negativa hacia la obesidad.

Definición de las Variables Dependientes

1.- Dieta restringida

Definición Conceptual:

Programa alimentario de ingesta intencional específico a fin de controlar el peso corporal (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998b).

Definición Operacional:

Esta variable se midió a través de las respuestas arrojadas por el factor 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA), que mide seguimiento de dieta crónica y restringida (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998a).

2.- Insatisfacción con la Imagen Corporal

Definición Conceptual:

Es el grado con el cual la percepción del tamaño y la forma corporal real difiere de la forma y tamaño corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennet, Goreczing y Gleaves, 1989; citados en Pineda, en prensa).

Definición Operacional:

Operacionalmente se entenderá insatisfacción con la imagen corporal a la diferencia positiva o negativa entre la figura actual (Sección C) y la figura ideal (Sección G). A mayor sea la diferencia mayor será la insatisfacción. Una diferencia igual a cero se interpretó como satisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

3.- Preocupación por el peso y la comida

Definición Conceptual:

La preocupación por el peso y la comida puede definirse como un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y la forma del cuerpo, miedo a subir de peso, interés por el control de peso a través de una ingesta alimentaria restringida y ejercicio, ocupando esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su objetivo (Gómez Peresmitré, 1998).

Definición Operacional:

Esta variable se midió a través del factor 2 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), que mide preocupación por el peso y la comida (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998a).

4.- Actitud negativa hacia la obesidad

Definición conceptual:

Sentimientos, ideas y prejuicios hacia la obesidad (Rodríguez, 1999).

Definición Operacional:

Esta variable se midió a través de la respuesta a un reactivo que forma parte de la "Sección K" del Cuestionario de Alimentación y Salud que mide Imagen Corporal y Actitud hacia la Obesidad. (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998a).

6. 5. Control de variables

1. Se incluyeron estudiantes adolescentes mujeres que cursaban el segundo grado de secundaria que presentaron al menos uno de los factores de riesgo contemplados dentro de los criterios para la presente investigación.
2. Se excluyeron a aquellas participantes que presentaron defectos físicos notables (cicatrices de quemaduras en la cara o el cuerpo, disfunción de las extremidades, etc.), así como las chicas que tenían problemas de obesidad (IMC mayor a 27).
3. También se descartaron a las participantes que tenían compromisos laborales o vida conyugal.
4. Se eliminaron los cuestionarios de las participantes que dejaron sin contestar el 30% de los reactivos y aquellos en los que las adolescentes presentaron como elección la misma opción de respuesta en el 50 % de las veces o más, para ambos cuestionarios.
5. Se igualaron a las adolescentes en las variables sociodemográficas importantes; tipo de escuela (pública), grado escolar, ubicación de la escuela, sexo y edad.

6.6. Muestra

La muestra no probabilística quedó formada por N=10 mujeres adolescentes con edades entre los 13 y los 15 años; con un promedio de edad de 14 años y que se encontraban cursando el segundo grado de secundaria.

6.7. Diseño de investigación

La investigación de campo, cuasiexperimental (pre-postest) se ajustó a un diseño de una sola muestra.

	Pretest	Intervención	Postest	Resultados
Grupo	X	X	X	X

6.8. Instrumentos, Aparatos y Mediciones (Ver anexo 1).

1.- Se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 2001) en su versión para mujeres adolescentes, el cual explora diferentes áreas: conducta alimentaria normal y anómala; afrontamiento al estrés, seguimiento de dieta restringida; imagen corporal, actitudes hacia la imagen corporal y datos sociodemográficos. Este cuestionario tiene un alpha general de .9017, se aplica de manera grupal, el tiempo de respuesta promedio es una hora. Para todas las escalas los reactivos se califican de acuerdo al siguiente criterio: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema.

Las "Secciones E Y F " que comprende la Escala utilizada en la detección de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) contiene 69 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (de "nunca" = 0, hasta "siempre" = 4), mismos que forman 7 factores los cuales explican el 42.8% de la varianza y $\alpha = 0.8876$.

Forma de Calificación:

La variable seguimiento de dieta restringida se obtiene con las respuestas obtenidas en el factor 6 del EFRATA, formado por 8 reactivos, de los cuales se saca un promedio y se interpreta con el criterio "a mayor puntaje mayor problema". Esta escala permite clasificar a las participantes sin riesgo y con alto riesgo, el límite sin riesgo para mujeres es 3.11, por arriba de éste criterio las participantes se ubican en alto riesgo.

La variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se obtiene realizando una resta entre la "Sección C (Figura actual)" y Sección G "(Figura ideal)", si la diferencia es cero no existe insatisfacción, es decir, las participantes se encuentran satisfechas con su propia imagen. Si la diferencia es positiva nos indica que existe insatisfacción por que la participante desea una silueta más delgada, si la diferencia es negativa nos indica que la participante esta insatisfecha por que desea una figura más gruesa. Entre más distante de cero sea el resultado de la diferencia, más insatisfacción con la imagen corporal.

La variable preocupación por el peso y la comida se obtiene con las respuestas obtenidas en el factor 2, formado por 9 reactivos, de los cuales se saca un promedio y se interpreta con el criterio “a mayor puntaje mayor problema”. Esta escala permite clasificar a las participantes sin riesgo y con alto riesgo, el límite sin riesgo para mujeres es 3.21, por arriba de éste criterio las participantes se ubican en alto riesgo.

La variable actitud negativa hacia la obesidad se obtuvo con el reactivo “¿pienso cosas negativas de las personas obesas?” que contempla 5 opciones de respuesta que van de “Nunca=1” hasta “Siempre=5” y se interpreta con el criterio de a mayor puntaje mayor problema.

Aparatos

Para el registro de peso y talla se empleó:

Una báscula Excell portátil electrónica con capacidad de 300kg., y precisión de .05.

Un estadímetro de madera.

6.9. Procedimiento

- El instrumento se aplicó en una escuela secundaria pública del D. F. en donde se solicitó permiso y colaboración a las autoridades correspondientes.
- Se pidió la cooperación voluntaria de las adolescentes, garantizándoles la confidencialidad de sus respuestas.
- Se aplicó el instrumento antes mencionado (pretest para obtener línea base) en forma grupal (N=90), y se formó una submuestra de posibles candidatas que reportaban haber realizado dieta restringida.
- Se tomaron medidas (peso y talla) para obtener los índices antropométricos de la muestra de estudio, se aplicaron entrevistas para descartar la presencia de un TCA y para excluir a las jóvenes que presentaban un IMC mayor a 27 (obesidad), la muestra se redujo a (N=13).
- Se solicitó el consentimiento firmado a los papás de las participantes.
- Se llevó a cabo la intervención (10 sesiones), estudio piloto.
- Se aplicó el posttest para evaluar los efectos de la intervención.

CAPITULO VII

Resultados

El objetivo general de la presente investigación fue someter a un estudio piloto un programa de prevención de factores de riesgo en TCA en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria, basado en la técnica de Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) con el propósito de disminuir la presencia de los siguientes factores de riesgo: dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, y actitud negativa hacia la obesidad.

7.1. Descripción de la muestra:

Para la presente investigación se seleccionó una N=13 estudiantes a partir de una muestra mayor no probabilística (N=90) que cursaban el segundo grado de secundaria. Trece alumnas cumplieron con el criterio de selección de presentar al menos uno de los 4 factores de riesgo antes mencionados (seguimiento de dieta restringida). Cabe señalar que al finalizar la intervención la muestra se redujo a N=10, es decir, se presentó una muerte experimental de 3 participantes en el grupo.

7.2. Edad y grado escolar

La edad promedio de la muestra final fue $X = 14$ años y una $S = .47$, el rango de edad de las chicas fue de un mínimo de 13 a un máximo de 15 años, y se distribuyó como sigue:

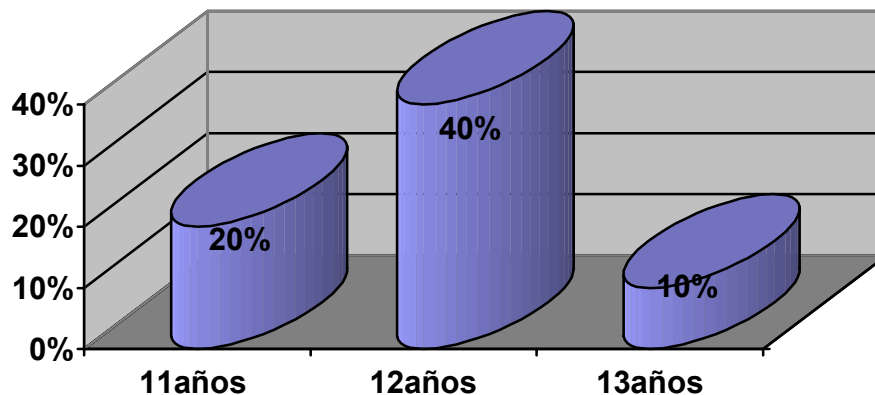
Tabla 1. Distribución Por Edad

EDAD	PORCENTAJE
13 años	10%
14 años	80%
15 años	10%

7.3. Maduración sexual

Del total de la muestra el 70% reportaron que ya habían tenido su primer periodo menstrual y que les había ocurrido entre los 11 y 13 años de edad, observándose el porcentaje mayor de edad de la menarca a los 12 años (40%). Ver figura 1.

Figura 1. Edad de la primera menstruación



7.4. ANÁLISIS GRUPAL DE LAS VARIABLES

Para dar respuesta al problema de investigación y comprobar si se produjo una disminución de los factores de riesgo: seguimiento de dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida y actitud negativa hacia la obesidad como producto de la intervención, se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas. Se decidió reportar los valores de “t” acompañados por el tamaño del efecto “d” producido por la intervención ya que el tamaño de la muestra final fue pequeño N= 10. Como se puede observar en la tabla 2 (observar valores de “d”), se produjeron cambios como producto de la intervención en las variables seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso y la comida. Los valores de las medias muestran una disminución de estos dos factores de riesgo en las mediciones pretest-postest (Ver tabla 3). Las puntuaciones se interpretan a menor puntaje, menor problema y un mayor puntaje implica mayor problema (Ver tabla 4). Los resultados de las cuatro variables estudiadas se reportan a continuación.

TABLA 2. VALOR DE “t” PARA MUESTRAS APAREADAS

FACTORES	“t de student”	“d”
Seguimiento de Dieta Restringida	t (7)= 1.116 p=.301	.8438
Insatisfacción con la Imagen Corporal	t (9)= -.198 p=.847	.1189
Preocupación por el peso y la comida	t (7)= 2.410 p=.047	1.8188
Actitud negativa hacia la obesidad	t (9)= -.688 p= .509	.4586

TABLA 3. VALOR DE LAS MEDIAS POR FACTOR ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

FACTORES	“Pretest”	“Postest”
Seguimiento de Dieta Restringida	X= 2.20	X= 1.92
Insatisfacción con la Imagen Corporal	X= 1.10	X= 1.20
Preocupación por el peso y la comida	X= 2.55	X= 1.84
Actitud negativa hacia la obesidad	X= 1.8	X= 2.00

TABLA 4. INTERPRETACIÓN DE PUNTUACIONES POR FACTORES

FACTORES	FORMA DE INTERPRETAR
*Seguimiento de dieta restringida	límite sin riesgo=3.11
Insatisfacción con la imagen corporal	-1 a -5=insatisfacción - 0=satisfacción 1 a 5=insatisfacción +
*Preocupación por el peso y la comida	límite sin riesgo=3.21
Actitud negativa hacia la obesidad	1=no riesgo 5=riesgo alto
*Por arriba de estos límites el individuo se ubica en riesgo de padecer un trastorno alimentario	

Resultados de la variable seguimiento de dieta restringida:

En lo que a la variable seguimiento de dieta restringida se refiere, los valores de las medias (pre $X=2.20$, post $X=1.92$) indican una disminución de las conductas dirigidas a controlar el peso manteniendo una restricción alimentaria (ver figura 3), aunque no significativas. Sin embargo, el valor de “d” (0.8438) muestra que el tamaño del efecto producido por la intervención basada en el EHS produce cambios en la dirección esperada.

En la figura 2 se observa el comportamiento de dicha variable por participante, mostrando que en la mitad de las chicas se produce el cambio esperado. Puede verse en la figura 3 las medias de antes y después, siendo claro el valor más bajo de la media después de la intervención.

Figura 2: Comportamiento de la variable seguimiento de dieta restringida por participante antes y después de la intervención.

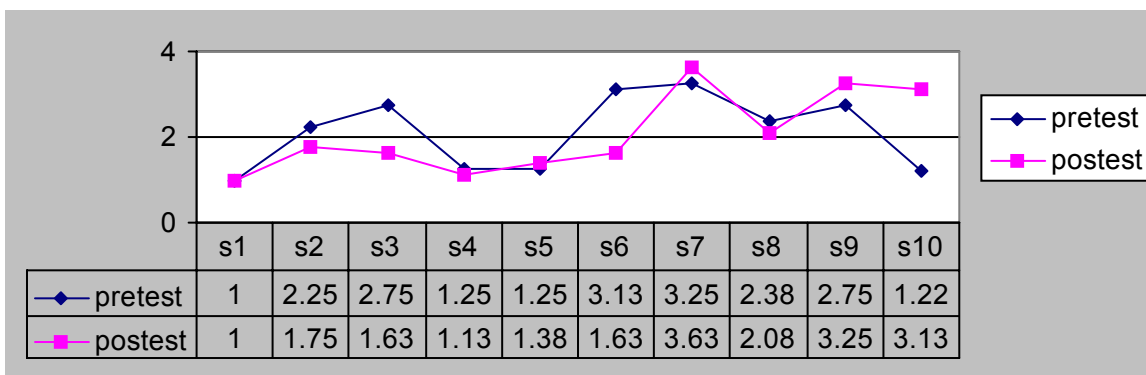
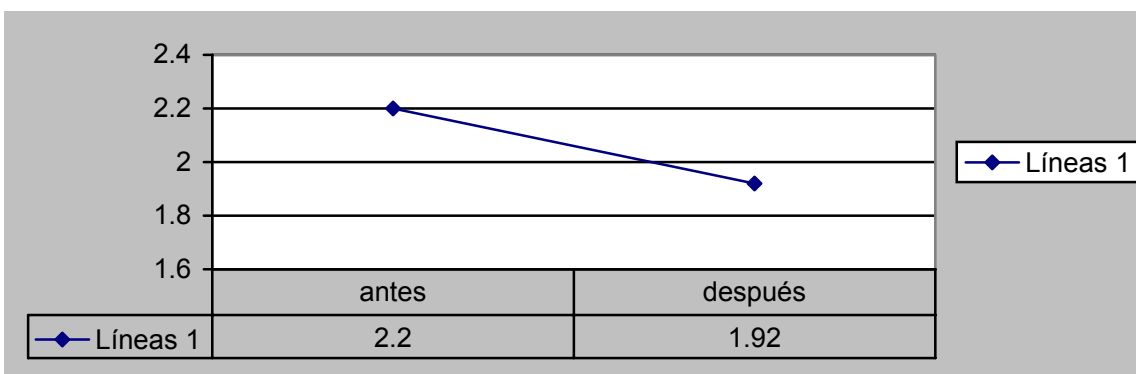


Figura 3: Valores de las medias de la variable seguimiento de dieta restringida “antes-después”

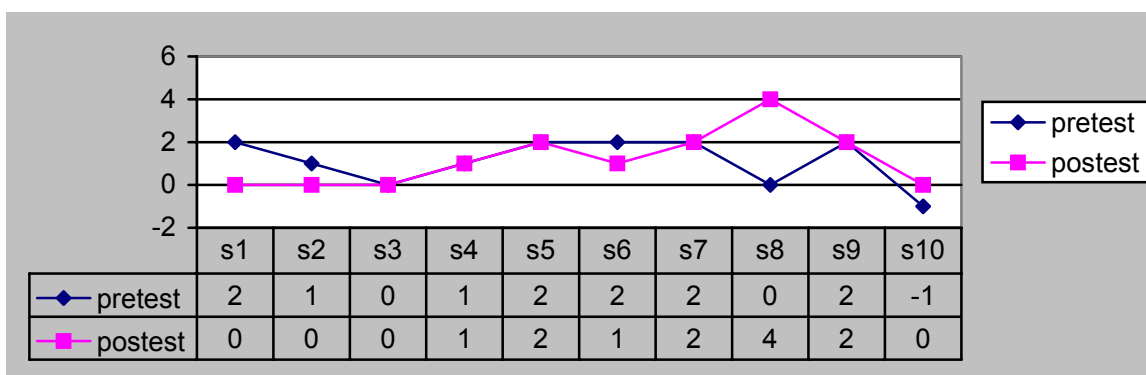


Resultados de la variable Insatisfacción con la imagen corporal:

Los resultados de la prueba “t” indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable insatisfacción con la imagen corporal antes y después de la intervención ($t(9) = -.198$ $p = .847$). Resultados que se confirman al calcular el tamaño del efecto “d” $= .1189$ (ver figura 4).

En la figura 4 se presenta el comportamiento de esta variable por participante, en donde se puede observar que no todas presentaban insatisfacción con la imagen corporal al inicio de la intervención (el 20 %), este porcentaje aumentó a un 40% al final de la intervención. Sin embargo en una de las participantes se produjeron cambios no esperados.

Figura 4: Comportamiento de la variable insatisfacción con la imagen corporal por participante antes y después de la intervención.



Resultados de la variable preocupación por el peso y la comida:

Los resultados de la prueba “t” para muestras apareadas indicaron que sí existieron diferencias estadísticamente significativas en la variable preocupación por el peso y la comida ($t(7) = -2.410$ $p = .047$), estas diferencias se produjeron en la dirección esperada (ver valor de las medias en la figura 6), es decir, el efecto de la intervención (“d” $=1.8188$) redujo la problemática asociada a esta variable entre las participantes.

En las figuras 5 y 6 se muestra el comportamiento de esta variable. Se puede observar que fue la variable en donde se produjeron los efectos de mayor interés como resultado de la intervención. Cabe señalar que tres participantes que se encontraban por arriba del punto de corte que indica alto riesgo (3.21) quedaron por debajo de él, es decir, la intervención reduce el riesgo de desarrollar un TCA cuando el factor principal es la preocupación por el peso y la comida (ver figura 5).

Figura 5: Comportamiento de la variable preocupación por el peso y la comida por participante antes y después de la intervención.

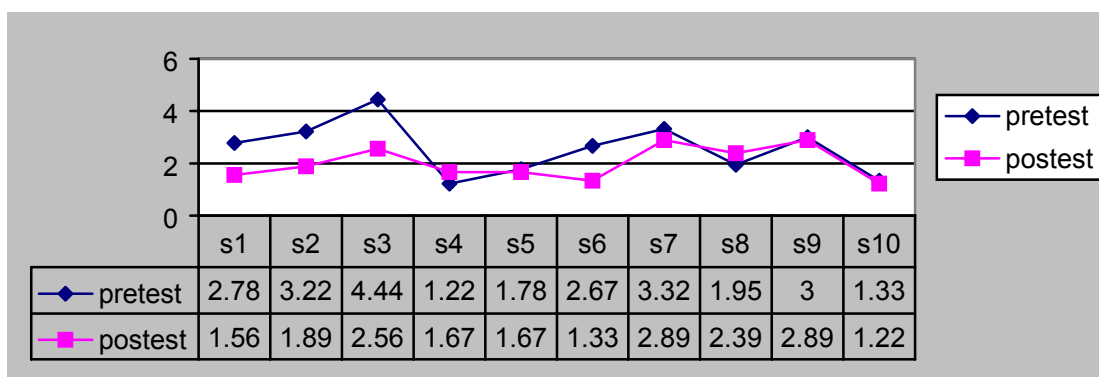
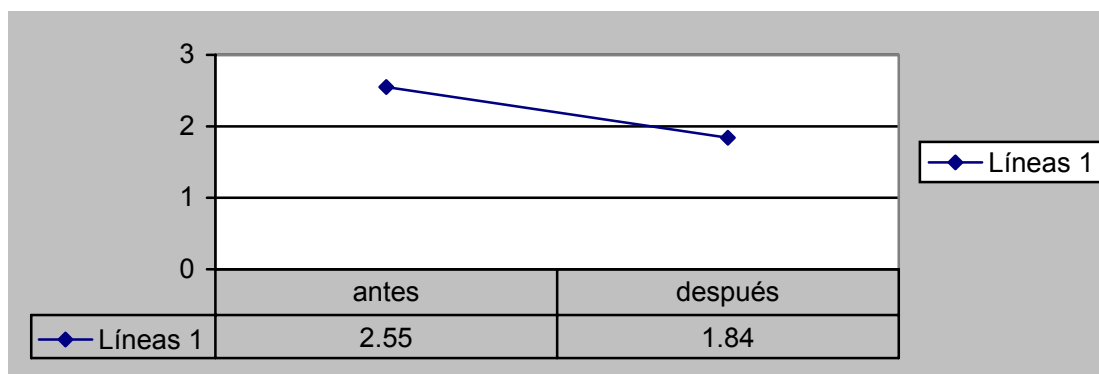


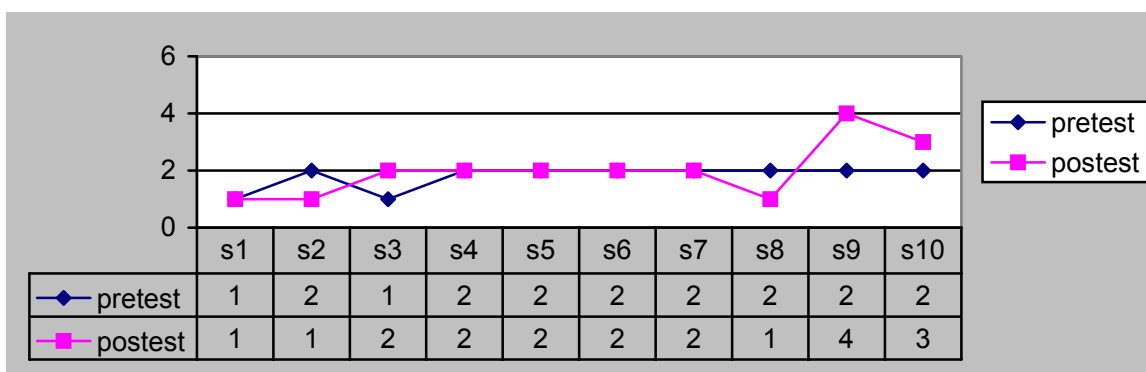
Figura 6. Valores de las medias de la variable Preocupación por el peso y la comida “antes-después”



Resultados de la variable Actitud negativa hacia la obesidad:

Con respecto a la variable actitud negativa hacia la obesidad, la prueba “t” de Student, para muestras apareadas indicó que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas como producto de la intervención ($t(9) = -.688$ $p = .509$). Resultado confirmado al obtener tamaño del efecto “d” = .4586. En la figura 7 se presenta el comportamiento de dicha variable participante por participante. Como puede observarse, hay semejanza en la mayoría de los casos.

Figura 7: Comportamiento de la variable actitud negativa hacia la obesidad por participante antes y después de la intervención.



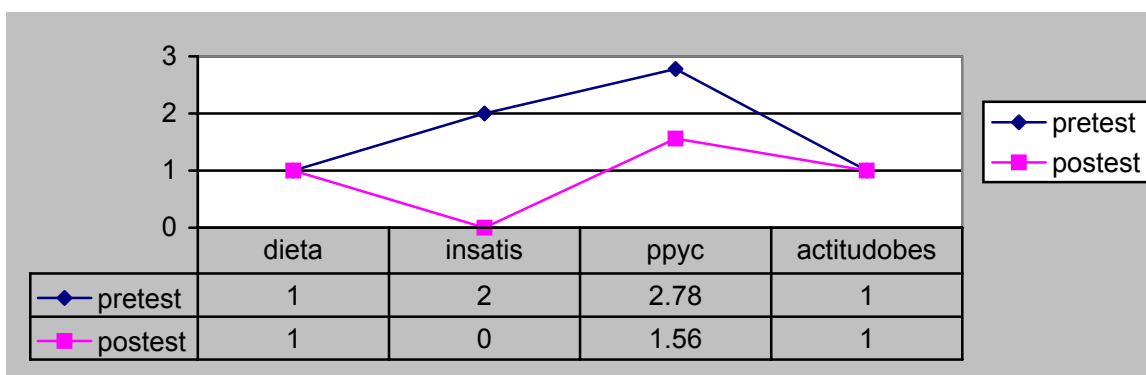
7.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS POR PARTICIPANTE

Para explorar en detalle los resultados arrojados por las pruebas estadísticas y complementar las propuestas de modificación del estudio piloto, se decidió presentar un análisis participante por participante de las puntuaciones obtenidas en las cuatro variables de interés (seguimiento de dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, y actitud negativa hacia la obesidad). Estos resultados se presentan a continuación.

PARTICIPANTE: 1

Como se puede observar en la figura 8, los efectos de la intervención sobre la participante 1 produjeron mejoras en las variables preocupación por el peso y la comida e insatisfacción con la imagen corporal, de donde se puede concluir que esta jovencita se preocupa menos por lo que come y por su peso. De igual forma, después de la intervención se eliminó la insatisfacción con la imagen corporal reportándose puntaje=0, que indica que la chica se encuentra satisfecha con su propia imagen (resultado positivo de la intervención). Por otra parte, no hubo cambios en las variables seguimiento de dieta restringida y actitud negativa hacia la obesidad, cabe resaltar que los resultados de las puntuaciones del pretest como del postest (1=sin riesgo) indican que no existía problemática en estas variables, pero tampoco aumentaron las puntuaciones.

FIGURA 8. Puntajes de participante 1 en las 4 variables de interés.

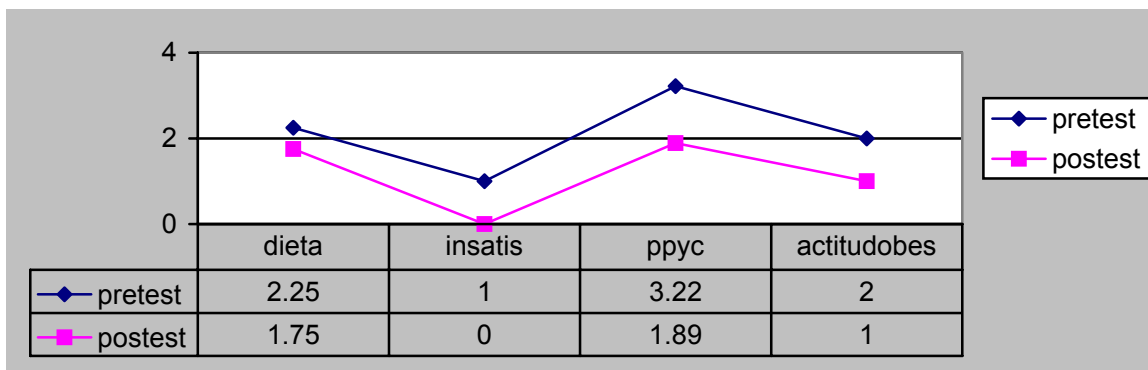


PARTICIPANTE: 2

Como se puede observar, la participante 2 obtuvo mejoras en las cuatro variables de estudio (ver figura 9). Es importante mencionar que esta participante se encontraba en riesgo alto en lo referente a la variable preocupación por el peso y la comida antes de la intervención, al final de ésta, la chica puntuó por abajo del límite sin riesgo (límite sin riesgo=3.21), lo cual permite concluir que la intervención resultó eficaz para chicas que se encuentran en riesgo de padecer un TCA cuando la problemática se presenta en el factor preocupación por el peso y la comida. En general, se puede concluir que la participante 2, quien presentaba mayor problemática en las áreas relacionadas con conductas alimentarias anómalas (preocupación por el peso y la comida y seguimiento de dieta

restringida) resultó beneficiada en el total de las variables de interés, incluso en las áreas relacionadas con imagen corporal en donde la problemática era moderada (insatisfacción con la propia imagen y actitud negativa hacia la obesidad).

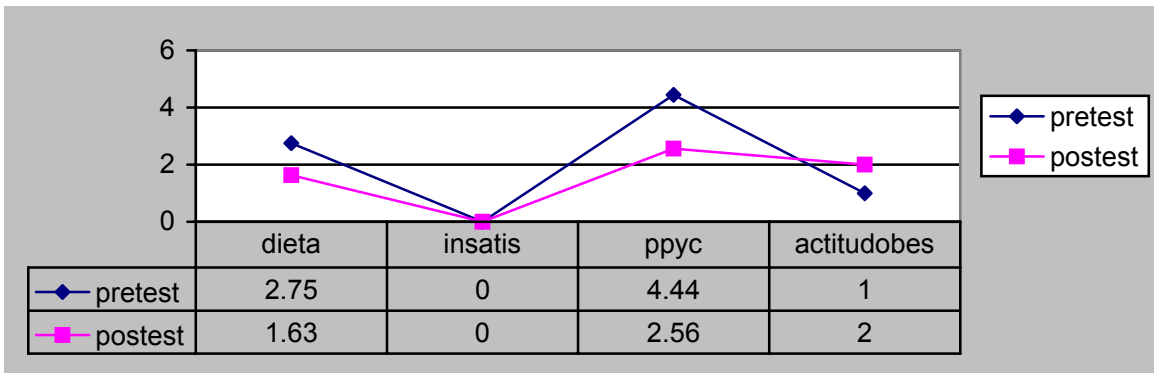
FIGURA 9. Puntuaciones de la participante 2 en las 4 variables seleccionadas.



PARTICIPANTE: 3

En el caso de la participante 3, se puede observar un patrón similar a los resultados reportados por la participante anterior. Es decir, presentaba mayor problemática en las variables relacionadas con conducta alimentaria anómala (preocupación por el peso y la comida y seguimiento de dieta restringida) y los efectos de la intervención tuvieron mayor impacto en estas dos variables; ya que esta chica se ubicaba en riesgo alto en las puntuaciones arrojadas en la variable preocupación por el peso y la comida pretest (4.44), resultados que mejoraron en las mediciones posttest ubicando a la chica en una situación sin riesgo (2.56). También en las puntuaciones arrojadas en la variable seguimiento de dieta restringida se observó un cambio favorable. Por otra parte, las variables relacionadas con imagen corporal arrojaron resultados diferentes a la participante 2; no se reportó insatisfacción con la imagen corporal (0=satisfacción) antes o después de la intervención, y con respecto a la variable actitud negativa hacia la obesidad se reportó un cambio no esperado (ver figura 10).

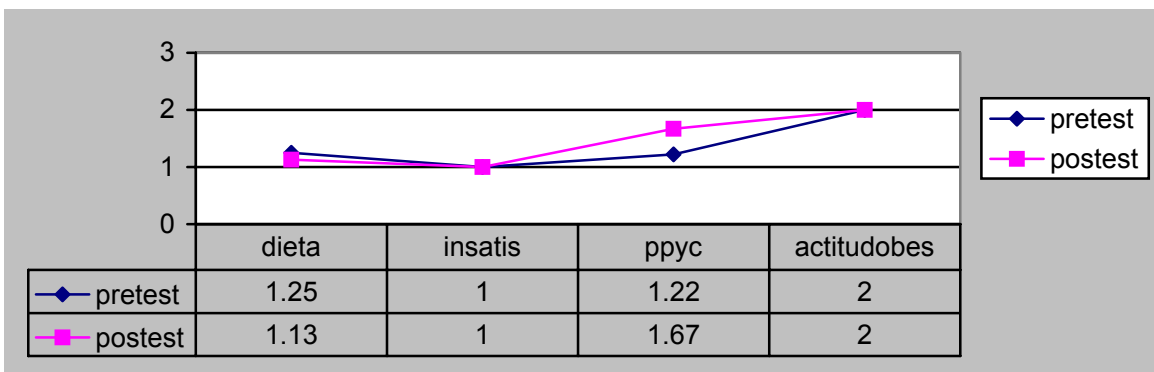
FIGURA 10. Puntuaciones de la participante (3) en las 4 variables seleccionadas.



PARTICIPANTE: 4

Como se puede observar, la participante 4 obtuvo mejoras en la variable seguimiento de dieta restringida, estas mejoras indican una disminución de dicha conducta. Por otra parte, no hubo cambios en las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad las cuales mostraron una problemática moderada en las puntuaciones registradas del pretest y posttest. Con respecto a la variable preocupación por el peso y la comida se reportó un cambio no esperado (ver figura 11).

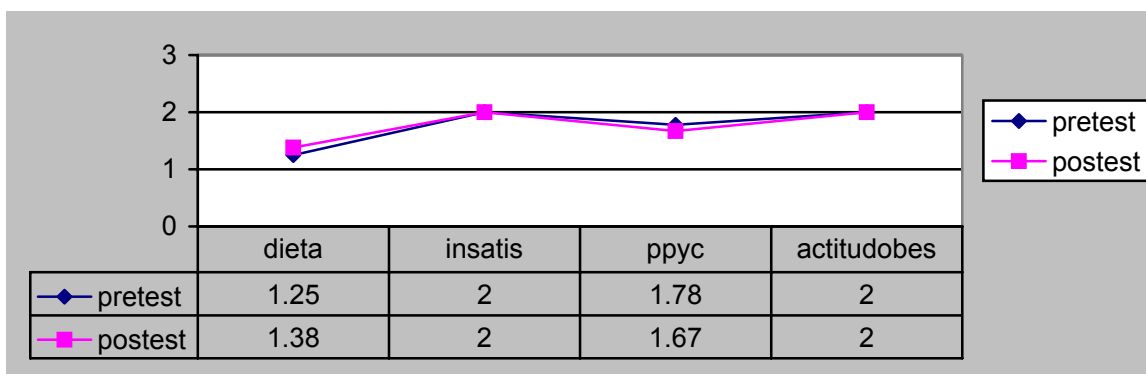
FIGURA 11. Puntuaciones de la participante (4) en las 4 variables seleccionadas.



PARTICIPANTE: 5

En cuanto a la participante 5, después de la intervención se observó una mejoría en la variable preocupación por el peso y la comida. Por otra parte, no hubo cambios en las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad, las cuales mostraron una problemática moderada antes y después de la intervención. En la variable seguimiento de dieta restringida se observó un cambio no esperado (ver figura 12).

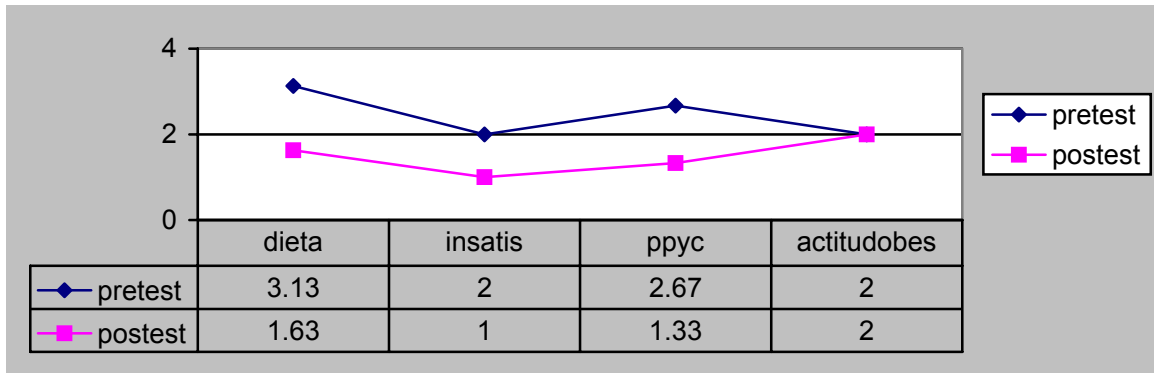
FIGURA 12. Puntuaciones de la participante (5) en las 4 variables seleccionadas.



PARTICIPANTE: 6

En el caso de la participante 6, se puede observar mayor problemática en las variables relacionadas con la conducta alimentaria anómala (preocupación por el peso y la comida y seguimiento de dieta restringida) en la medición pretest, lo cual se modificó después de la intervención (preocupación por el peso y la comida pretest 2.67-postest 1.33 y seguimiento de dieta restringida pretest 3.13-postest 1.63), beneficiando incluso el área relacionada con la imagen corporal en donde la problemática disminuyó. Por otro lado, no se encontraron cambios en la variable actitud negativa hacia la obesidad (ver figura 13).

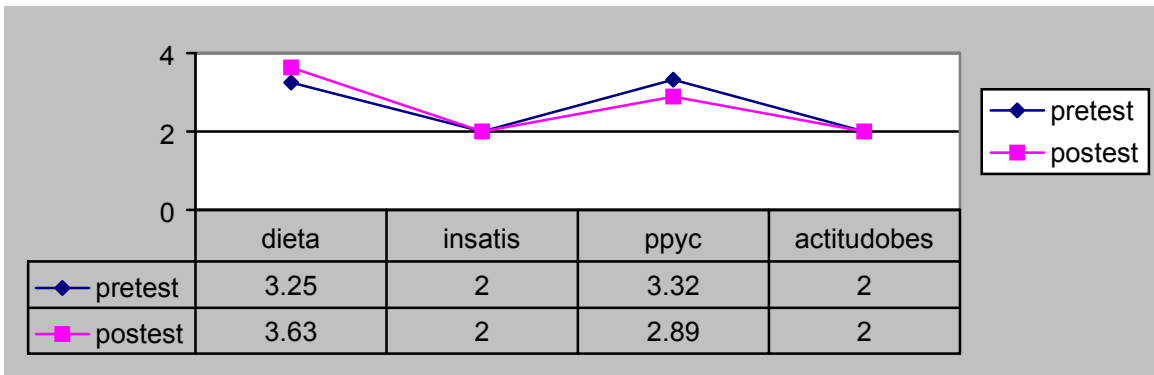
FIGURA 13. Puntuaciones de la participante (6) en las 4 variables seleccionadas.



PARTICIPANTE: 7

Como se puede observar en la figura 14, los efectos de la intervención sobre la participante 7 registraron una mejora en la variable preocupación por el peso y la comida, ya que esta participante se encontraba en riesgo alto de acuerdo a las puntuaciones arrojadas en el pretest (3.32), las cuales disminuyeron en el registro del posttest (2.89) ubicando a esta chica en una situación sin riesgo. Por otra parte, no hubo cambios en las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad, cabe resaltar que los resultados de las puntuaciones del pretest como del posttest (pre-posttest= 2) indicaron una problemática moderada en estas dos variables. En cuanto a la variable seguimiento de dieta restringida se reportó un cambio no esperado (ver figura 14).

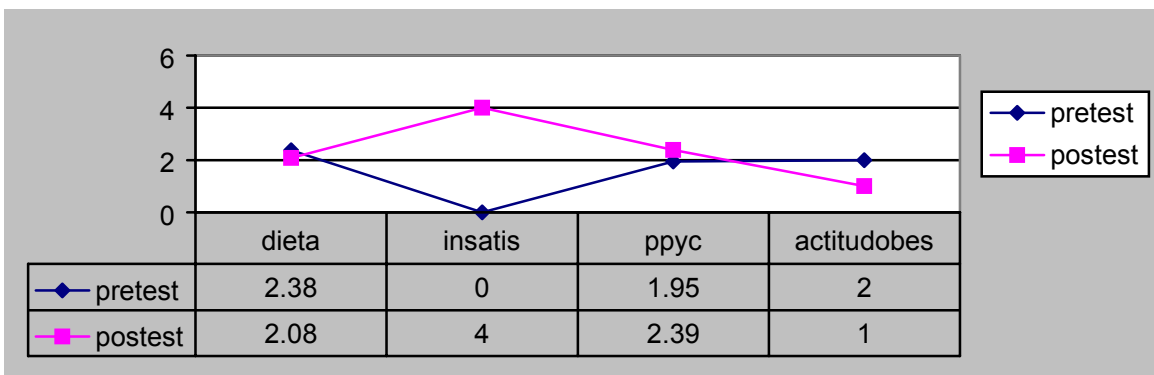
FIGURA 14. Puntuaciones de la participante (7) en las 4 variables seleccionadas.



PARTICIPANTE: 8

Como se puede observar la participante 8 obtuvo mejoras en la variable seguimiento de dieta restringida, es decir hubo un cambio favorable reportándose la disminución de la conducta dietaria. De igual forma, se encontró una mejoría en la variable actitud negativa hacia la obesidad de acuerdo con las puntuaciones del pretest y posttest. Por otra parte, con respecto a las variables insatisfacción con la imagen corporal y preocupación por el peso y la comida se reportaron cambios no esperados (ver figura 15).

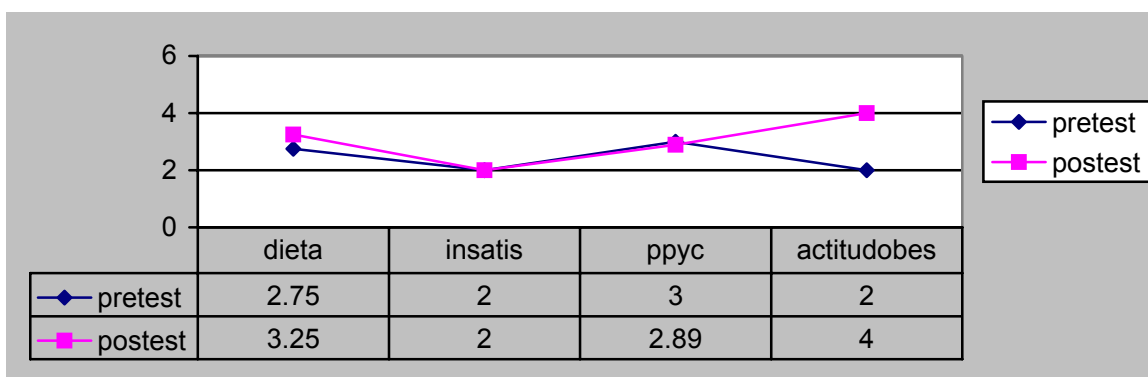
FIGURA 15. Puntuaciones de la participante (8) en las 4 variables seleccionadas.



PARTICIPANTE: 9

Como se puede observar en la figura 16, los efectos de la intervención sobre la participante 9 produjeron una mejora en la variable preocupación por el peso y la comida (pretest=3.00 postest=2.89) mostrando que fue favorable la intervención. Con respecto a la variable insatisfacción con la imagen corporal no hubo cambios. Por otra parte, las variables seguimiento de dieta restringida y actitud negativa hacia la obesidad registraron cambios no esperados (ver figura 16).

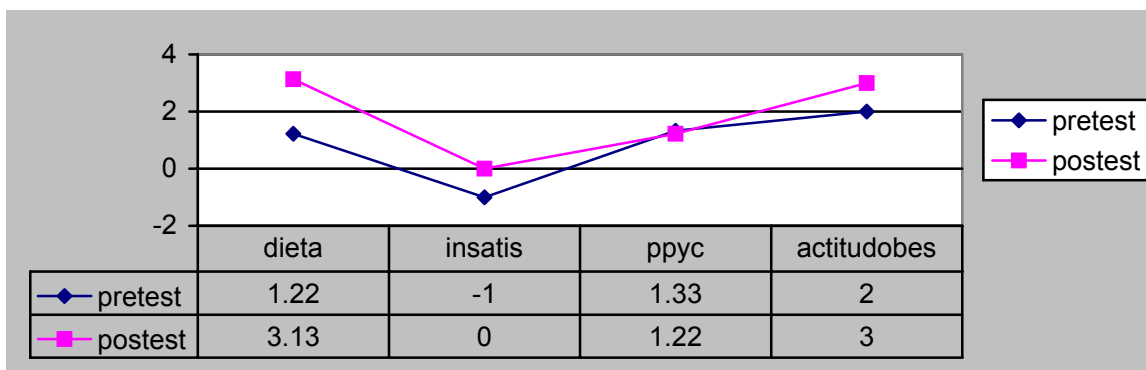
FIGURA 16. Puntuaciones de la participante (9) en las 4 variables seleccionadas.



PARTICIPANTE: 10

Como se puede observar en la figura 17, los efectos de la intervención en la participante 10 produjeron mejoras en las variables preocupación por el peso y la comida e insatisfacción con la imagen corporal. Se puede concluir que esta jovencita se preocupa menos por lo que come y por su peso. De igual forma, después de la intervención se eliminó la insatisfacción con la imagen corporal reportándose puntaje=0, que indicó que la chica se encuentra satisfecha con su propia imagen (resultado positivo de la intervención). En cuanto a las variables seguimiento de dieta restringida y actitud negativa hacia la obesidad se reportaron cambios no esperados (ver figura 17).

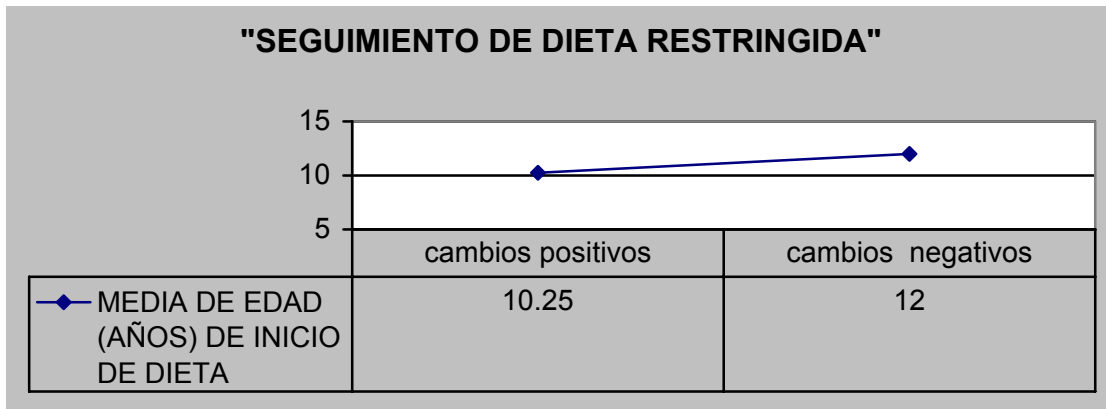
FIGURA 17. Puntuaciones de la participante (10) en las 4 variables seleccionadas.



Con el propósito de explorar si existían diferencias entre las chicas que presentaron cambios positivos en la variable seguimiento de dieta restringida en comparación con las chicas que presentaron cambios negativos en dicha variable se formaron dos grupos. Se aplicaron pruebas no paramétricas (U Mann-Whitney) y se contempló el valor de las medias en tres variables que arrojaron resultados muy interesantes al comparar ambos grupos (Grupo 1: participantes que reportaron cambios positivos en la variable dieta restringida y Grupo 2: participantes que reportaron cambios negativos en la variable dieta restringida). Los resultados se presentan a continuación:

Con respecto a la edad de inicio de dieta (ver figura 18), el valor de las medias muestra que las participantes que mostraron cambios positivos (Grupo 1) iniciaron dieta a edad más temprana ($x=10.25$ y $s=1.5$) en comparación con el grupo de participantes que registraron cambios negativos ($x=12$ y $s=1.4$).

FIGURA 18. Edad de inicio de dieta



Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney en las variables “me gusta la forma de mi cuerpo”, “comentan tus amigos/as los anuncios y productos destinados a adelgazar” y “pienso cosas negativas de las personas obesas (actitud negativa hacia la obesidad)” muestran que al inicio de la intervención no se encontraron diferencias entre el grupo de chicas que presentó cambios positivos y el grupo de chicas que reportó cambios negativos.

TABLA 5. VALORES OBTENIDOS (U DE MANN-WHITNEY) EN TRES VARIABLES DE ESTUDIO (PRETEST) ENTRE LOS DOS GRUPOS EXPERIMENTALES (CAMBIOS POSITIVOS Y CAMBIOS NEGATIVOS)

	“Me gusta la forma de mi cuerpo”	“Comentan tus amigos los anuncios y productos destinados a adelgazar”	“Pienso cosas negativas de las personas obesas”
VALORES DE U DE MANN-WHITNEY	8.000	5.500	8.000
Significancia	p= .730	p= .857	p= .730

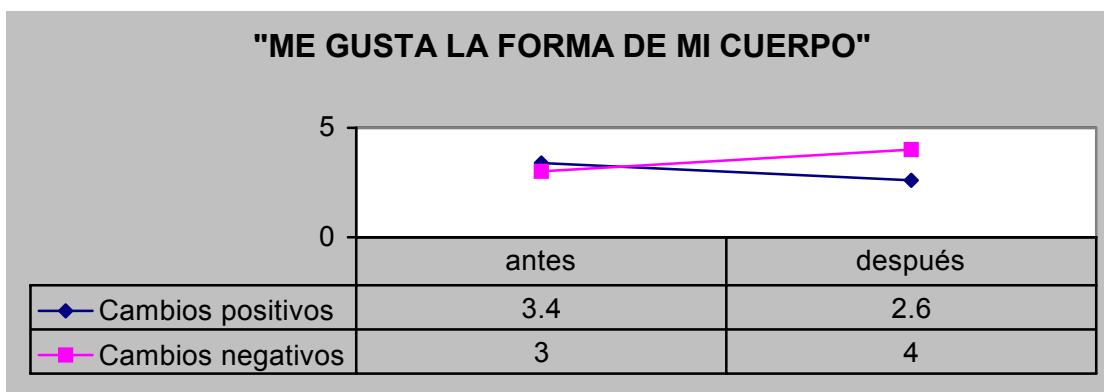
Los resultados del postest muestran que al final de la intervención se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables “me gusta la forma de mi cuerpo y comentan tus amigos/as los anuncios y productos destinados a adelgazar” entre las chicas de ambos grupos (cambios positivos y cambios negativos). El valor de las medias indica que estas diferencias beneficiaron al grupo de chicas que obtuvo cambios positivos en la variable seguimiento de dieta restringida (ver figuras 19, 20).

TABLA 6. VALORES OBTENIDOS (U DE MANN-WHITNEY) EN TRES VARIABLES DE ESTUDIO (POSTEST) ENTRE LOS DOS GRUPOS EXPERIMENTALES (CAMBIOS POSITIVOS Y CAMBIOS NEGATIVOS)

	“Me gusta la forma de mi cuerpo”	“Comentan tus amigos los anuncios y productos destinados a adelgazar”	“Pienso cosas negativas de las personas obesas”
VALORES DE U DE MANN-WHITNEY	1.500	1.000	3.000
Significancia	p= .032	p= .032	p= .111

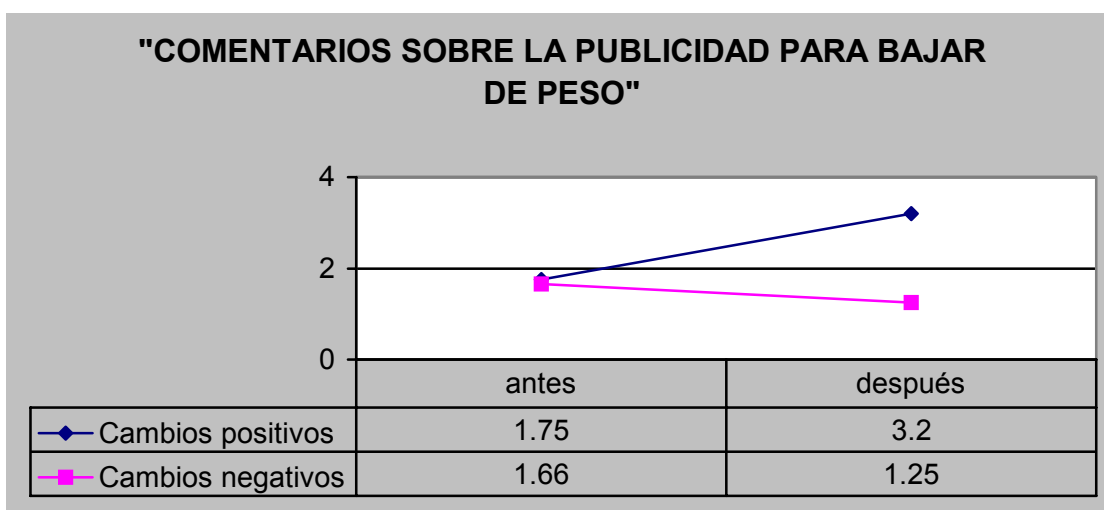
Con respecto a la variable “Me gusta la forma de mi cuerpo”, el valor de las medias en las mediciones pretest-postest entre ambos grupos muestra que el grupo con cambios positivos en la variable seguimiento de dieta restringida también mostró cambios en la variable de interés “me gusta la forma de mi cuerpo” (media pre=3.4 media pos=2.6), a diferencia del grupo con cambios negativos quienes presentaron una desmejora en el gusto por su cuerpo. Debe resaltarse que esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa.

FIGURA 19. Variable “Me gusta la forma de mi cuerpo”



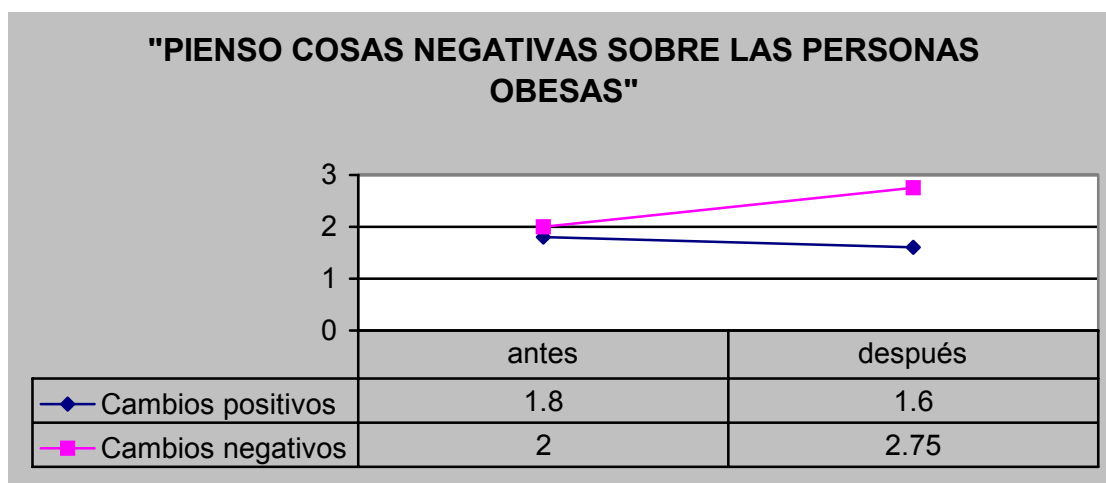
Las medias de la variable actitud crítica hacia los anuncios y productos destinados a adelgazar, en las mediciones pretest y postest en ambos grupos muestran que las chicas del grupo que tuvo cambios positivos en la variable seguimiento de dieta restringida como producto de la intervención, desarrollaron una actitud más crítica (estadísticamente significativa) en comparación con las chicas que obtuvieron cambios negativos en la variable dieta restringida (ver figura 20).

FIGURA 20. Variable actitud crítica hacia los anuncios y productos destinados a adelgazar



El valor de las medias pretest-postest en ambos grupos con respecto a la variable actitud negativa hacia la obesidad, muestran que las chicas que presentaron cambios positivos en la variable seguimiento de dieta restringida también redujeron la actitud negativa hacia la obesidad (media pret=1.8 media post=1.6), aunque no de manera significativa, en comparación con las chicas que presentaron cambios negativos en la variable seguimiento de dieta restringida, quienes por lo contrario, aumentaron los puntajes en esta variable (media pret=2 media post=2.75) (ver figura 21).

FIGURA 21. Variable actitud negativa hacia la obesidad



Los resultados del último análisis exploratorio al comparar los dos grupos fueron: 1) cambios positivos y 2) cambios negativos en la variable seguimiento de dieta restringida, mostraron que las chicas que tuvieron cambios positivos iniciaron la conducta dietaria a edad más temprana, que implica un mayor riesgo de desarrollar un TCA. Sin embargo, presentaron mejorías en áreas relacionadas con la silueta corporal, actitud crítica hacia los anuncios y productos destinados a adelgazar y actitud hacia la obesidad. Esto en comparación con el grupo de participantes que presentaron cambios negativos en la variable seguimiento de dieta restringida.

CAPITULO VIII

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal de la presente investigación fue someter a estudio piloto un programa de prevención de factores de riesgo en TCA en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria, basado en la técnica de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) con el propósito de analizar el efecto de éste en cada uno de los factores de riesgo (seguimiento de dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, y actitud negativa hacia la obesidad) y decidir en función de sus resultados, los cambios y precisiones a realizar en el mismo antes de proceder a la investigación propiamente dicha. Se seleccionó una N=13 estudiantes de una muestra mayor (N=90) que cursaban el segundo grado de secundaria, y que cumplían los criterios establecidos. Debido a que se presentó muerte experimental de 3 sujetos en el grupo, la muestra final fue N=10.

Para analizar el comportamiento de los factores de riesgo antes señalados, como producto de la intervención, se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas debido al tamaño pequeño de la muestra. Asimismo y por la misma razón se reportaron los valores “t” acompañados por el tamaño del efecto (“d”) y prueba U de Mann-Whitney.

Uno de los resultados más interesantes del presente estudio piloto fue que el programa redujo de manera significativa y consistente (con excepción de un caso con resultado no esperado) la presencia del factor de riesgo “preocupación por el peso y la comida” que es uno de los factores de riesgo más documentados. De acuerdo con Gómez Peresmitré y Ávila (1998a) la variable preocupación por el peso y la comida es uno de los factores de riesgo más importantes asociados a los trastornos de la alimentación. Cabe señalar que el efecto de la intervención sobre esta variable fue claro, como se puede observar en el capítulo anterior, las participantes que se encontraron por arriba del punto de corte que señaló el límite sin riesgo disminuyeron esta problemática hasta ubicarse en una situación sin riesgo, lo cual permite asegurar que el programa resulta bastante eficaz para las chicas de secundaria que se encuentren en riesgo de desarrollar un TCA, cuando el factor de riesgo esté relacionado con la preocupación por el peso corporal y por los alimentos que se consumen. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Zabinski, Pung; Wilfley, Eppstein, Winzelberg, Celio y Taylor (2001) quienes evaluaron un programa de prevención de TCA por

internet, con duración de 8 semanas dirigido a mujeres universitarias (N=56). Sus resultados mostraron un decremento estadísticamente significativo en la variable preocupación por la imagen/peso entre mujeres que puntuaban en alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, además en insatisfacción con la imagen corporal, y patrones de trastorno alimentario.

Entre los resultados que aportan mayor información se encuentran los obtenidos en la variable "seguimiento de dieta crónica y restringida". Si se observan los valores de la "t de student" que no resultaron significativos, el valor del estadístico "d" (tamaño del efecto representativo=0.84), y el valor de las medias pre-postest ($X = 2.20 - X = 1.92$), sólo se puede señalar una tendencia en el sentido de que el efecto de la intervención se acompañó de cambios en la dirección esperada, es decir, algunas de las participantes resultaron beneficiadas y redujeron las conductas relacionadas a mantener una restricción alimentaria con propósitos de control de peso. Sin embargo, lo más importante de estos resultados radica en que un número relativamente grande (4) de las participantes aumentó en lugar de disminuir, el factor de riesgo de seguimiento de dieta restringida. Estos resultados señalan que los contenidos del Programa de intervención tendrán que modificarse, ya que algo en ellos está teniendo un efecto contraproducente.

Este hallazgo condujo a buscar posibles explicaciones a dicho efecto (cambios negativos en el 40% de las participantes). Los resultados del análisis de comparación (U de Mann-Whitney) entre chicas que presentaron cambios positivos y chicas que presentaron cambios negativos permitieron concluir que las chicas que resultaron beneficiadas en la variable seguimiento de dieta restringida iniciaron dicha conducta a más temprana edad (mayor riesgo). De igual forma, reportaron una disminución de la actitud negativa hacia la obesidad, un mayor agrado hacia la forma de su cuerpo y mayor actitud crítica hacia los anuncios y productos destinados a adelgazar, en comparación con el grupo de chicas que registraron cambios negativos en esta variable.

Estos resultados sugieren que la intervención basada en el Entrenamiento en Habilidades Sociales disminuye la presencia de la variable seguimiento de dieta restringida entre las jóvenes, sólo si el riesgo es mayor y han iniciado las prácticas dietarias a edades más tempranas. Esto confirma lo

señalado por algunos autores en relación a las estrategias de prevención en TCA, es decir, la importancia de trabajar con la población de alto riesgo, ya que es una de las estrategias más eficaces. (Ruiz-Lázaro y Comet 2003; y Ruiz-Lázaro, 2004).

Además se encontró que estas participantes comentaban más con sus congéneres acerca de la publicidad y de los métodos relacionados con el seguimiento de dieta restringida que las jovencitas que reportaron cambios negativos. Las madres y amigas actúan como modelos de rol en la promoción de métodos y prácticas para bajar de peso. El que las compañeras se sometan a una dieta suele interpretarse como algo necesario y correcto. La influencia directa de hermanas y amigas contribuye a la insatisfacción corporal, por lo que los ánimos, consejos y ejemplos que éstas brindan son decisivos para que una mujer se preocupe más por estar delgada, restringiendo su alimentación, lo cual la coloca en mayor riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario (Vicent y McCabe, 2000). De igual forma, debe recordarse que este factor de riesgo ha sido ampliamente documentado, señalando que el seguimiento de dieta restringida es el factor que implica mayor riesgo y es considerado por algunos autores como la antesala a un TCA, ya que el seguimiento de la misma conlleva a la desinhibición en el comer o a la sobre alimentación (Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore, Silverstein & Rodin, 1986).

Los resultados encontrados con respecto a la variable seguimiento de dieta restringida concuerdan con un estudio realizado por Stewart, Carter, Drinkwater, Hainsworth y Fairburn (2001) quienes evaluaron la efectividad de un programa de prevención basado en trastornos alimentarios diseñado para reducir seguimiento de dieta restringida entre mujeres adolescentes entre 13 y 14 años. Entre los resultados reportan una pequeña reducción en dieta restringida en comparación con su grupo control, que no se mantuvo en el seguimiento (seis meses).

Es importante señalar que las dos variables antes reportadas (preocupación por el peso y la comida y seguimiento de dieta restringida) están íntimamente relacionadas e implican la presencia de conductas alimentarias anómalas así como conductas dirigidas a tener un cuidado excesivo por el tamaño del cuerpo. Es en estas áreas en donde la intervención refleja los mejores resultados y concuerdan con un estudio realizado por Stice y Ragan (2002) quienes evaluaron los resultados de una intervención psicoeducativa; sus hallazgos preliminares sugieren que la intervención puede ser

de utilidad en la reducción de trastornos alimentarios y sobrepeso en estudiantes universitarias, las chicas que participaron en la intervención mostraron decrementos significativos en seguimiento de dieta, síntomas de trastorno alimentario y peso una vez concluidos los 4 meses del período de estudio.

Con respecto a la variable insatisfacción con la imagen corporal debe destacarse que en uno de los casos en el que originalmente la chica mostró estar satisfecha (pretest) se encontró que como respuesta a la intervención (postest), lejos de mantenerse el nivel de satisfacción, se incrementó, esto es, se produjo insatisfacción. Sin embargo, en otro caso similar (satisfacción original) esta se mantuvo después de la intervención. Cabe señalar que se detectó una problemática moderada en la mayoría de las chicas. Sin embargo, las participantes que presentaban mayor problemática en las variables relacionadas con conducta alimentaria anómala aunada a una problemática moderada en imagen corporal resultaron beneficiadas en el área de insatisfacción con la imagen corporal. Es importante entonces, señalar que las participantes expuestas a la intervención que se ubicaban en bajo riesgo al recibir información acerca de la problemática relacionada con la imagen corporal pudieron estar expuestas a un efecto contraproducente, el cual ha sido destacado por diversos autores. La información no es sinónimo de conocimiento; la información es neutra y debe ser valorada de forma crítica. La información de síntomas no sólo es útil sino que puede ser contraproducente. Existe el riesgo de la sugestión, la inducción mimética de conductas de riesgo, si se da sólo información a los adolescentes, en edad de experimentar, emular (Ruiz-Lázaro, 2000, 2001; Turón, 2003).

Otras investigaciones muestran la necesidad de trabajar con autoestima aunada a imagen corporal. En una investigación realizada por O'Dea y Abraham (2000) en donde se evaluó el efecto de un programa interactivo, de 12 meses de duración, basado en el mejoramiento de la autoestima, la imagen corporal y conductas y actitudes relacionadas con la alimentación en jóvenes, se reportó una mejora significativa de la imagen corporal y autoestima como producto de la intervención (controlada de tipo educacional), cambios que se mantuvieron en el seguimiento a un año. Estos hallazgos fueron también encontrados en chicas que poseían baja autoestima y niveles altos de ansiedad, a quienes se les considera en riesgo para desarrollar trastorno alimentario.

O'Dea y Abraham (2000) sugieren que el mejoramiento de la autoestima es una herramienta eficaz para el desarrollo de la prevención de desordenes alimentarios. De igual forma, Hayaki, Friedman, y Brownell (2002) examinaron la relación entre la expresión emocional y la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres estudiantes de bachillerato encontrando una relación inversa entre estas variables, es decir "a mayor expresión emocional menor es la insatisfacción con el cuerpo". Estas afirmaciones podrían sugerir que las temáticas relacionadas con autoestima y expresión de emociones abordadas en la presente investigación pueden producir efectos positivos, sin embargo y de acuerdo con los resultados se debe considerar el nivel de riesgo de la variable "Insatisfacción con la Imagen Corporal" pues parece que los mejores resultados se producen con valores altos en "Insatisfacción con la propia imagen".

Por último, los efectos de la intervención sobre la variable actitud negativa hacia la obesidad fueron pobres y contradictorios, ya que además de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, no se encontraron efectos (no cambios) y cuando se encontraron fueron en dirección opuesta. Debe tenerse en cuenta que la actitud negativa hacia la obesidad es uno de los factores precursores en el desarrollo de los TCA y puede ser uno de los factores de más difícil abordaje en la prevención de dichos trastornos. Estudios realizados en México señalan que a muy temprana edad (5.4 años) los niños de preescolar han interiorizado prejuicios negativos hacia los niños obesos (Badillo, 2004). Otro estudio llevado a cabo por Gómez Peresmitré et al. (2001) confirma que se han reportado actitudes negativas hacia la obesidad asociadas a características indeseables en niños muy jóvenes (pre-púberes). Saloma (2000) reportó que el estereotipo de los adultos asociado a la obesidad /delgadez (actitud negativa hacia la obesidad) esta presente en niños de edad promedio de 8 años, los cuales asocian la delgadez con la belleza, describiendo la obesidad a través de atributos negativos y ofensivos. Estos resultados sugieren que la actitud negativa hacia la obesidad es un elemento que se encuentra instaurado a edades muy tempranas, por lo que deberían desarrollarse nuevas estrategias para asegurar el éxito del Programa de Prevención aquí investigado: "Piloteo de un Programa de Prevención en Trastornos de Conducta Alimentaria basado en Entrenamiento de Habilidades Sociales".

En cuanto a la eficacia de la técnica elegida (Entrenamiento en Habilidades Sociales) para implementar la prevención en el presente estudio, se encontraron resultados similares, McVey, Davis, Tweed y Shaw (2004) evaluaron la efectividad de un programa basado en la promoción de habilidades “de vida” diseñado para mejorar la satisfacción con la imagen corporal y reducir actitudes y conductas alimentarias negativas, así como sentimientos de perfeccionismo en jovencitas. Los resultados muestran reducción de actitudes asociadas a dieta y mejora en satisfacción con la imagen corporal, únicamente después de la intervención, ya que 12 meses después no se mantuvieron dichos cambios.

Los resultados anteriores permiten concluir que:

1. Existe un 60% de seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso corporal y por la comida entre mujeres adolescentes estudiantes de secundaria.
2. Las participantes expuestas al Programa basado en la técnica de Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) redujeron los indicadores relacionados con el factor de riesgo preocupación por el peso y la comida.
3. El Programa es altamente eficaz para disminuir el riesgo de desarrollar un TCA cuando el factor de mayor peso es la preocupación por el peso corporal y por la comida en mujeres jóvenes estudiantes de secundaria. Es decir, las chicas que presentan riesgo alto en la variable preocupación por el peso y la comida, se ubican en el límite sin riesgo como producto de la intervención.
4. El Programa deberá modificarse en las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad como producto de la intervención.

SUGERENCIAS

El piloteo del programa basado en la técnica de Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) permite hacer las siguientes sugerencias para la realización de la investigación propiamente dicha.

1. Trabajar con muestras más grandes para disminuir el problema de la muerte experimental.
2. Probar la eficacia del programa con participantes que presenten riesgo alto en seguimiento de dieta restringida e insatisfacción con la Imagen Corporal.
3. Implementar seguimientos para observar los efectos de dicha intervención a lo largo del tiempo.

(ANEXO 1)
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD
PREADOLESCENTES FORMA XX
Versión 2003

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las estudiantes mexicanas, relacionados con la alimentación y con la salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCIÓN A

Nombre _____

1.- Tipo de Escuela a la que asistes Privada..... ()
Pública..... ()

2.- Grado que cursas: _____

3.- Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

4.-¿Cuánto pesas ? _____ kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____ kg.

5.-¿Cuánto mides ? _____ mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____ mts.

6.-¿En qué trabaja tu papá?

- A) No tiene trabajo
- B) Obrero
- C) Empleado
- D) Vendedor Ambulante
- E) Comerciante Establecido
- F) Profesionista
- G) Empresario
- H) Jubilado
- I) Otra cosa _____

7.- ¿A qué se dedica tu mamá?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Empleada (comercio u oficina)
- D) Vendedora Ambulante
- E) Comerciante Establecido
- F) Profesionista
- G) Empresaria
- H) Jubilada
- I) Otra cosa _____

8.- ¿ Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

- A) Eres hija única
- B) Eres la más chica
- C) Ocupas un lugar intermedio
- D) Eres la mayor

9.- ¿Ya estás menstruando?

- NO.... () Pasa a la pregunta 12
SI.... () Pasa a la pregunta siguiente

10.- Edad en que tuviste tu primera menstruación _____

11.- Tu menstruación se presenta....

- A) regularmente (todos los meses)...
- B) irregularmente (unos meses si, otros no)

12.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) \$2000 o menos
- B) \$2001 a 4000
- C) \$4001 a 6000
- D) \$6001 a 8000
- E) \$8001 a 10000
- F) \$10001 a 12000
- G) \$12001 o más

14.- Años de estudio de tu padre :

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 o más
- G) Sin Estudios

13.- ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar ?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú, Hermanos y/o padres
- E) Hermanos y/o padres
- F) Abuelos
- G) Otros. ¿Quién o quienes? _____

15.- Años de estudio de tu madre :

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 o más
- G) Sin Estudios

SECCION B

1.- ¿Te preocupa tu peso corporal?

- () No. (Pasa a la siguiente sección)
- () Si. (Pasa a la siguiente pregunta)

2.- ¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?

_____ años

3. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

4.-Llegar a estar gorda:

- A) me preocupa demasiado
- B) me preocupa. mucho
- C) me preocupa de manera regular
- D) me preocupa poco
- E) no me preocupa

5. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

6. Cómo me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

7. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

8. Me gusta la forma de mi cuerpo :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

9.- ¿A qué edad hiciste tu primera “dieta”(dejar de comer ciertos alimentos)? _____ años

10.- Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:

- A) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres
- B) Detienes tu dieta
- C) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres

11.-En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos, hay o ha habido :

- A) Sobre peso
- B) Tabaquismo
- C) Obesidad
- D) Alcoholismo
- E) Delgadez extrema
- F) Ninguno de los anteriores
- G) Todos los anteriores

12.-En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido:

- A) Actitud negativa hacia la obesidad
- B) Preocupación por el peso corporal
- C) Preocupación por la forma de comer
- D) Preocupación por la apariencia física
- E) Insatisfacción con la figura
- F) Todas las anteriores
- G) Ninguna de las anteriores

13. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa | Muy gorda |
| B) Con sobrepeso | Gorda |
| C) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal | Delgada |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

14.-Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)

- | | | | | |
|-------|---------|--------------------------------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |

15.-Me gusta mirarme al espejo

- | | | | | |
|-------|---------|--------------------------------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |

16.-Cuando quiero insultar a alguien la llamo “gorda” :

- | | | | | |
|-------|---------|--------------------------------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |

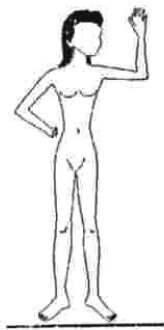
17.-Admiro a las personas delgadas :

- | | | | | |
|-------|---------|--------------------------------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |

SECCIÓN C

1.-Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

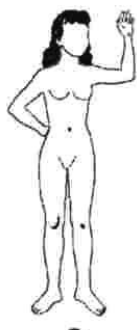
Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

(Si no hay una figura que te guste, dibújala)

SECCIÓN D

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B a veces	C frecuentemente (La mitad de las veces)	D muy frecuentemente	E Siempre
1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
2. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
3. Procuo comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
4. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
5. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
6. Soy de las que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
7. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
8. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
9. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
10. Me gusta sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
11. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
12. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
13. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
14. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
15. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
16. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
17. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
18. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
19. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
20. No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
21. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
22. Procuo estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
23. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
24. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
25. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)

A Nunca	B a veces	C frecuentemente (La mitad de las veces)	D muy frecuentemente	E Siempre
26. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
27. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
28. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
29. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
30. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
31. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
32. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
33. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
34. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)..	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
35. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
36. Dificilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
37. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)

SECCION E

7.-Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

		PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
1.-	Critican tu estatura	()	()	()	()	()	()
2.-	Critican tu peso corporal	()	()	()	()	()	()
3.-	Comparan tu peso con el de tus amigos.	()	()	()	()	()	()
4.-	Te molestan porque quieren que estés más delgada.	()	()	()	()	()	()
5.-	Te molestan porque quieren que subas de peso	()	()	()	()	()	()
6.-	Se burlan de ti porque estas gordita.	()	()	()	()	()	()
7.-	Se burlan de ti porque estas flaquita	()	()	()	()	()	()
8.-	Se burlan de ti porque estás chaparrita.	()	()	()	()	()	()
9.-	Critican tu cuerpo delante de los demás.	()	()	()	()	()	()

10.-Creo que estoy:

- A) Muy gorda
- B) Gorda
- C) Ni gorda ni delgada
- D) Delgada
- E) Muy delgada

12.- Según yo, una niña atractiva es:

- A) Muy gorda
- B) Gorda
- C) Ni gorda ni delgada
- D) Delgada
- E) Muy delgada

14.¿Crees que si fueras más delgada tendrías más amigas y amigos de los que actualmente tienes?

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

16. Si te comparas con otras chicas de tu misma edad, ¿cómo te ves?

- A) Mucho más delgada
- B) Un poco más delgada
- C) Como ahora
- D) Un poco más llena
- E) Mucho más llena

18. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

11.- Creo que mis padres o tutores me ven:

- A) Muy gorda
- B) Gorda
- C) Ni gorda ni delgada
- D) Delgada
- E) Muy delgada

13.-Creo que mis amigos y amigas me ven:

- A) Muy gorda
- B) Gorda
- C) Ni gorda ni delgada
- D) Delgada
- E) Muy delgada

15. ¿Te sientes presionada por tus compañeros y compañeras para estar más delgada?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

17. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

19. ¿Miras actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

SECCION F

1.-Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

Mi cuerpo se parece más a:



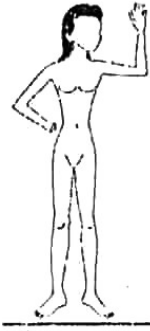
A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

(Si no hay una figura que te guste, dibujala)

SECCION G

1. -Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X lo que creas tener de cada uno de ellos. Recuerda, cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sana	1	2	3	4	5
Floja	1	2	3	4	5
Atractiva	1	2	3	4	5
Estudiosa	1	2	3	4	5
Mentirosa	1	2	3	4	5
Trabajadora	1	2	3	4	5
Buena	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativa	1	2	3	4	5
Cariñosa	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresiva	1	2	3	4	5
Cumplida	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquila	1	2	3	4	5
Tímida	1	2	3	4	5
Enojona	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativa	1	2	3	4	5
Tramposa	1	2	3	4	5
Limpia	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lenta	1	2	3	4	5
Solitaria	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falsa	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansiosa	1	2	3	4	5
Desconfiada	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Insegura	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

(ANEXO 2)

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA BASADO EN LA TÉCNICA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

SESION: 1		
Objetivos: 1. Introducción al Taller y romper el hielo		
2. Autoestima		
Bienvenida y presentación (facilitadoras)	Objetivo: Establecer reglas: respeto y confidencialidad	Duración: 5 min.
Actividad 1. Dinámica de presentación por parejas	Objetivo: Romper el hielo e identificar la voz negativa	Duración: 25 min.
Actividad 2. Lluvia de ideas acerca de autoestima	Objetivo: Conocimiento de la autoestima	Duración: 20 min.
Tarea: Evalúa el precio de tu crítica.		

SESION: 2		
Objetivo: Dotar de estrategias para la valoración de las características personales no centrada exclusivamente en el cuerpo.		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 1	Duración: 5 min.
Actividad 2. Lectura para todos - Rotafolio	Objetivo: Identificar las características de una persona con baja autoestima	Duración: 15 min.
Actividad 3. Cuestionar defectos - Rotafolio	Objetivo: Convertir las autoevaluaciones negativas en positivas	Duración: 15 min.
Actividad 4. Collage Corporal	Objetivo: Valorar las características personales no asociadas al cuerpo	Duración: 15 min.
Tarea:		

SESION: 3		
Objetivo: Identificar y analizar las Habilidades Sociales		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 2	Duración: 5 min.
Actividad 2. Lo que me llevo de viaje	Objetivo: Valorar las cualidades	Duración: 20 min.
Actividad 3. ¿Qué son las Habilidades Sociales? - Rotafolio	Objetivo: Conocer las principales Habilidades Sociales	Duración: 15 min.
Actividad 4. Aprender a relajarnos	Objetivo: Inducción al estado de relajación	Duración: 10 min.
Tarea: Hacer una lista de las Habilidades Sociales que les causan ansiedad.		

SESION: 4		
Objetivos: Identificar pensamientos y sentimientos asociados a Imagen Corporal		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 3	Duración: 5 min.
Actividad 2. Comentar e identificar nuestras Habilidades Sociales	Objetivo: Identificar las problemáticas en el desarrollo de las habilidades	Duración: 10 min.
Actividad 3. Representación de situaciones problemáticas	Objetivo: Ensayar y mejorar algunas situaciones problemáticas a las que se enfrentan	Duración: 10 min.
Actividad 4. El espejo	Objetivo: A través de la técnica de imaginaria, identificar pensamientos y sentimientos asociados a su propia imagen	Duración: 15 min.
Actividad 5. De donde vienen esos pensamientos	Objetivo: Identificar los pensamientos irracionales asociados con la figura corporal	Duración: 10 min.
Tarea: Redactar su vivencia y hacer el análisis de los pensamientos irracionales identificados durante la actividad del espejo.		

SESION: 5		
Objetivos: Identificar prejuicios y actitud negativa hacia la obesidad		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 4	Duración: 5 min.
Actividad 2. Lluvia de ideas acerca de la obesidad - Rotafolio	Objetivo: Detectar los prejuicios hacia lo obesidad	Duración: 15 min.
Actividad 3. ¿A costa de qué...?	Objetivo: Evaluar el precio de la crítica , los medios y la presión hacia la delgadez	Duración: 15 min.
Actividad 4. El ABC como herramienta para cambiar el sistema de creencias	Objetivo: Modificar ideas irracionales (obesidad)	Duración: 15 min.
Tarea: Ejercitar técnica ABC y dar ejemplos		

SESION: 6		
Objetivos: Conocer que es una dieta restringida, sus causas y consecuencias		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 5	Duración: 5 min.
Actividad 2. Lluvia de ideas con respecto a las dietas - Rotafolio	Objetivo: Identificar el concepto de dieta que manejan las participantes	Duración: 10 min.
Actividad 3. Nos toca explicar que son las dietas	Objetivo: Conocer las ideas erróneas acerca de las dietas, causas y consecuencias. Practicar el hablar ante un grupo	Duración: 20 min.
Actividad 4. Análisis de los comerciales de TV.	Objetivo: Promover el análisis desde una postura crítica ante los anuncios publicitarios	Duración: 15 min.
Tarea: Traer por escrito el análisis de algún anuncio publicitario de revista el cual incite a tener una silueta delgada.		

SESION: 7		
Objetivo: Conocer el por qué nos preocupamos por el peso y la comida		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 6	Duración: 5 min.
Actividad 2. Silueta Corporal Real	Objetivo: Conocer las dimensiones reales de la silueta corporal	Duración: 10 min.
Actividad 3. ¿Nos preocupa lo que comemos y si afecta el peso corporal?	Objetivo: Iniciar y mantener conversaciones. Cuestionar creencias erróneas acerca de los hábitos alimentarios	Duración: 15 min.
Actividad 4. Practicando Habilidades Sociales	Objetivo: Conocer los derechos asertivos y ensayar habilidades sociales	Duración: 15 min.
Actividad 5. Aprender a relajarnos	Objetivo: Inducción al estado de relajación	Duración: 5 min.
Tarea: Poner en práctica alguna de las habilidades en el contexto real		

SESION: 8		
Objetivo: Aprender a alimentarnos sanamente		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 7	Duración: 5 min.
Actividad 2. Plato del buen comer y la pirámide alimenticia	Objetivo: Aprender a alimentarnos sanamente	Duración: 15 min.
Actividad 3. ¿Cómo hacer un menú balanceado?	Objetivo: Aprender cómo hacer una comida balanceada y ensayar derechos de consumidor	Duración: 25 min.
Actividad 4. Aprender a relajarnos	Objetivo: Inducción al estado de relajación	Duración: 5 min.
Tarea: Resolver "sopa de letras" palabras de frutas, cereales y tubérculos.		

SESION: 9		
Objetivo: Identificar las características físicas, psicológicas y sociales de la adolescencia		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 8	Duración: 5 min.
Actividad 2. "Jugando a dirigir una escena"	Objetivo: desarrollar la habilidad de decir "NO"	Duración: 10 min.
Actividad 3. Desarrollo en la adolescencia	Objetivo: A través de información proporcionar las principales características del desarrollo adolescente	Duración: 10 min.
Actividad 4. ¿A que nos enfrentamos los adolescentes?	Objetivo: Identificar y brindar herramientas para un sano desarrollo durante la adolescencia	Duración: 15 min.
Actividad 5. Imagen corporal y adolescencia	Objetivo: Dramatizar problemáticas relacionadas con el reajuste de la imagen corporal durante la adolescencia	Duración: 10 min.
Tarea:		

SESION: 10		
Objetivo: Cierre del programa		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos de la sesión 9	Duración: 5 min.
Actividad 2. Aplicación de postest	Objetivo: Recolectar la información para evaluar el programa	Duración: 30 min.
Actividad 3. ¿Que nos y que no del programa?	Objetivo: Identificar la bondad y debilidad del programa	Duración: 10 min.
Actividad 4. Despedida	Objetivo: Cierre del programa	Duración: 5 min.
Tarea: Poner en práctica todo lo aprendido durante el programa		

REFERENCIAS

1. Abraham, S. y Llewellyn-Jones, D. (1994). *Anorexia y bulimia. Desórdenes alimentarios*. Madrid: Alianza.
2. Abramson, E. (1999). *El comer emocional. Una guía práctica de control*. España: Desclée de Brouwer.
3. Aguilar, K. E. (1987). *Asertividad. Sé tu mismo sin sentirte culpable*. México: PAX.
4. Álvarez, A. R. (1991). *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual Moderno.
5. Argyle, M. (1978). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza.
6. Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
7. Badillo, T. M. (2004). *Relación entre satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal y actitud hacia la obesidad de madres e hijos*. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología: UNAM.
8. Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, Ch. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 20-34.
9. Beaglehole, R., Bonita, R. y Kjellstrom, T. (1994). *Epidemiología básica*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
10. Benjet, C. (1999). *La menarca y la depresión, autoestima, e imagen corporal de adolescentes mexicanas*. Tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología. México: UNAM.
11. Bornas, A. X. y Tortella, F. M. (1998). Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo-conductual. En S. Cervera., M. Roca y J. Bobes (Eds.). *Fobia social*. (pp.247-282). España: MASSON.
12. Bourges, H. (1997). La nutrición en el crecimiento y en el desarrollo. En J. Aréchiga y M. Bertrán (Comps.). *Seminario permanente de antropología urbana. Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano. Significación sociocultural de la variación morfológica*. (pp.15-21). México: Instituto de Investigaciones Antropológicas: UNAM.
13. Bousño, G. M. (2003). Consecuencias de la anorexia nerviosa. En L. Rojo y G. Cava (Eds.). *Anorexia nerviosa prólogo de Genard Rusell*. (pp.111-121). España: Ariel.
14. Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

15. Braun, D. (1995). Hábitos alimentarios adecuados: estrategia fundamental en el manejo de desórdenes alimentarios. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 60-62.
16. Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.
17. Caballo, E. V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
18. Caballo, E. V. (1998). El entrenamiento en habilidades sociales como estrategia de intervención en los trastornos psicológicos. En F. Gil y J. Ma. León (Eds.). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. (pp. 95-110). España: Síntesis.
19. Cano, A. (2004). Alimentos light y aspartame: cero calorías ¿cero salud?. En de la URBE digital, educación 1 de julio de 2004. Recuperado el 11 de octubre de 2004 de http://altair.udea.edu.co/delaurbe/?module=displaystory_id=1231&format=html
20. Caparrós, N. y Sanfeliú, I. (1997). *La anorexia una locura del cuerpo*. España: Biblioteca nueva.
21. Castanyer, M. O. (1997). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Serendipity. Bilbao: Desclée De Brouwer.
22. Chinchilla, M. A. (1994). *Nuevas generaciones en neurociencias. Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.
23. Cogan, J.C., Bhalla, S. K., Sefa-Dedeh, A. y Rothblum, E. D. (1996). A comparison study of united status and african students of perceptions obesity and thinnes. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27 (1), 98-113.
24. Coleman, J.C. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
25. Craig, G.J. y Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
26. Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). *Trastorno del comer*. España: Gedisa.
27. Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (2001). *Anorexia, bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. España: Gedisa.
28. Davidson, J. (1999). *Asertividad serie ¡fácil!*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
29. Cormillot. El sitio justo para el peso justo. Nutrición. Para alimentarse bien. Mitos de la alimentación. Recuperado el 11 de octubre de 2004 de <http://www.drcormillot.com/nutricion/nota>.

30. Durán, G. L. (1998). La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En G. Rodríguez y M. Rojas (Eds.). *La psicología de la salud en América Latina*. (pp. 63-82). México: M. A. Porrúa: UNAM, Facultad de Psicología.
31. Elizondo, T. M. (1997). *Asertividad y escucha activa en el ámbito académico*. ITESM. Universidad Virtual. México: Trillas.
32. Fernández del Valle, J. (1996). Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida. En G. Buela-Casal., V. Caballo y J.C. Sierra (Eds). *Manual de evaluación psicológica clínica y de la salud*. (pp. 1071-1089). España: Siglo XXI.
33. Fernández, B. R. y Carroble, I. J. (1983). *Evaluación conductual metodología y aplicaciones*. México: Pirámide.
34. Fernández, F. A. (2001). Anorexia y bulimia: los servicios asistenciales en una unidad de hospitalización en la comunidad autónoma de Madrid. En M. Roma, N. Montesinos, R. Ballester, J. Sevilla, M. Romero, M. Catalá, C. Catalá, y T. García (Eds.). *Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)*. (p.98). España: Universidad de Alicante.
35. Fernández, F., Turón, J. V., Menchón, J. M., Vidal, S., Vallejo, J. y Pifarré, J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23 (1), 30-35.
36. Flores, G. M. y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: M. A. Porrúa. Universidad Autónoma de Yucatán.
37. Freedman, A., Kaplan, H. y Sadock, B. (1984). *Compendio de psiquiatría*. España: Salvat.
38. Frías, O. A. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. España: MASSON.
39. Furman, K. y Thompson, K. (2002). Body image, teasing, and mood alterations: An experimental study of exposure to negative verbal commentary. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 449-457.
40. García, A. J. y Olvera, P. (2003). Presentación clínica de los trastornos de la conducta alimenticia. Anorexia nerviosa. En F. Tinahones (Ed.). *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*. (pp. 53-57). España: Díaz Santos.
41. García-Camba, E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: MASSON.

42. García-Vera, Ma. P., Sanz, J. y Gil, F. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. Gil y J. Ma. León (Eds.). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. (pp. 63-89). España: Síntesis.
43. Garner, D. M. y Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6,123-150.
44. Gil, F. y León, R. J. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. España: Síntesis.
45. Ginsburg, H. y Opper, S. (1979). *Piaget's theory of intellectual development*. New jersey: Prentice Hall.
46. Gismero, G. E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: UPCo.
47. Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27.
48. Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2),185-197.
49. Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.
50. Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras del género masculino. *Revista Mexicana de Psicología Contemporánea*, 7 (1),4-15.
51. Gómez Peresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998a). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 10-21.
52. Gómez Peresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998b). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 37-45.
53. Gómez Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anorectica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 153-165.
54. Gómez Peresmitré, G. y Acosta, G. M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud*, 11 (1), 35-58.

55. Gómez Pérez-Mitré, G. (2001). *Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición. Informe Proyecto 1N305599 (P APIIT) y 34507-H (CONACyT).*
56. Gómez Peresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, S. y Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.
57. Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G. G., L'Esperance, L. P., Hernández, A. A., Platas, A. S. y León, H. R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (2), 125-132.
58. Gómez, S. P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en la familia.* España: Pirámide.
59. Gómez, S. P. (2003). *Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa. Documentos para el debate.* España: Tilde.
60. González, S. L., Lizano, M. M. y Gómez Pérez-Mitre, G. (1999). Factores de riesgo en desordenes del comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 117-126.
61. Grau, A. J. (1998). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma en el trabajo del futuro. En G. Rodríguez y M. Rojas (Eds.). *La psicología de la salud en América Latina.* (pp. 47-60). México: M. A. Porrúa: UNAM, Facultad de Psicología.
62. Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia, el peso de la cultura.* España: Masson.
63. Hayaki, J., Friedman, M. A. y Brownell, K. D. (2002). Emotional expression and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 57-62.
64. Hidalgo, C. C. y Abarca, M. N. (1999). *Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales.* Colombia: Alfaomega.
65. Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy.* Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
66. Holtz, V. y Tena, A. (1995). Los trastornos de la alimentación en México. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 3-4.
67. Horrocks, J. E. (1984). *Psicología de la adolescencia.* México: Trillas.

68. Huon, G. F. y Strong, K.G. (1998). The initiation and the maintenance of dieting: Structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 361-369.
69. Huon, G. F. y Walton, C.J. (2000) Initiation of dieting among adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 226-230.
70. Hurlock, E. B. (1970). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
71. Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
72. Kelly, J. A. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones*. España: Desclée de Brouwer.
73. Kimmel, D. C. y Weiner, I. B. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
74. Kirsman, D. y Salgueiro, M. C. (2002). *El enemigo en el espejo de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. España: TEA.
75. León, R. J. y Medina, A. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil y J. Ma. León (Eds.). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. (pp.13-22). España: Síntesis.
76. Mahoney, M. J. (1983). *Cognición y modificación de la conducta*. México: Trillas.
77. Martínez-Fornés, S. (1995). *La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia*. México: Espasa Calpe Mexicana.
78. McVey, G. L., Davis, R., Tweed, S. y Shaw, B. F. (2004) Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 1-11.
79. Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca.
80. Miller, K. y Scott Mizes, J. (2000). *Comparative treatments for eating disorders*. New York: Springer.
81. Monjas, C. M. (2002). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
82. Morales, C. F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Argentina: Paidós.

83. Nutbeam, D. (1986). Glosario de promoción de la salud. En Organización Panamericana de la Salud (1996) (Comp.). *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D. C.: OPS.
84. O'Dea, J. A. y Abraham, S. (2000) Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 43-57.
85. Obesidad. Net. Por una mejor calidad vida. ¿Qué significa alimento light, fat-free, calorie-free, %fat-free, cholesterol-free, saturated fat-free, low-fat, low-calorie, low-cholesterol, low-saturated fat, referencia original (sin autor). Recuperado el 7 de marzo de 2005, de <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>
86. Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdes.
87. Organización Mundial de la Salud (1993). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor.
88. Pade, J. A. (2003). Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención. Tesis de doctorado. Universitat de les illes Balears. Recuperado el 3 de octubre de 2005 de <http://www.tdx.cesca.es/TESIS UIB/AVAILABLE/TDX-0209105-145134/tapj1de5.pdf>.
89. Papalia, D. E., Wendkos, O. S. y Duskin, F. R. (2001). *Desarrollo Humano*. Bogotá: McGrawHill.
90. Phelps, L., Sapia, J., Nathanson, D. y Nelson, L. (2000). An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychology in the Schools*, 37 (5), 443-452.
91. Pineda, G. G. (en prensa). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Estrategias de prevención*. Proyecto de investigación doctoral inédito. Facultad de Psicología. México: UNAM.
92. Polivy, J. y Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40 (2), 193-201.
93. Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
94. Rice, F. P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
95. Rodríguez, S. C. (1999). Prevención en trastornos del comportamiento alimentario. XV Congreso Argentino de Psiquiatría. "El individuo: las redes biológicas y las redes sociales" (APSA) Mar de Plata. Fuente: *Interpsiquis*, 2003. Recuperado el 23 de mayo de 2003.
96. Roth, U. E. (1986). *Competencia social*. México: Trillas.

97. Ruiz-Lázaro, P.M. (2000). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Psiquiatr Infanto-Juvenil*, 1, 18-31.
98. Ruiz-Lázaro, P.M. (2001). Actitudes alimentarias alteradas en profesionales modelo para niños y adolescentes. *Revista Psiquiatr Infanto-Juvenil*, 3, 6-9.
99. Ruiz-Lázaro, P.M. (2004). Metodología en la prevención de los trastornos alimentarios. Fuente: *Interpsiquis*, 2004. Recuperado el 8 de mayo de 2006 de www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/14981.
100. Ruiz-Lázaro, P. M. y Comet, P. (2003). Seguimiento a los 36 meses del programa escolar controlado de prevención de trastornos alimentarios Zarima Prevención. Fuente: *Interpsiquis*, 2003. Recuperado el 8 de mayo de 2006 de www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/9737.
101. Russell, G. (2003). La "esencia" de la anorexia nerviosa: evaluación histórica y síntomas principales. En L. Rojo y G. Cava (Eds.). *Anorexia nerviosa*. (p.21). Barcelona: Ariel.
102. Saloma, G. S. (2000). *Actitud hacia la obesidad en niños y niñas de escuelas públicas y privadas y su relación con el índice nutricional (IN) y preocupación por el peso corporal*. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología. México: UNAM.
103. San Luis, C., López de la Llave, R. A. y Pérez-Llantada, R. Ma. C. (1999). Conceptos básicos en la evaluación de programas. En Ma. C. Pérez-Llantada y A. López de la Llave (Eds.). *Evaluación de programas de salud y servicios sociales: metodología y ejemplos*. (pp. 17-32). Madrid: Dykinson.
104. Sánchez, S. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud. En G. Rodríguez y M. Rojas (Eds.). *La psicología de la salud en América Latina*. (pp. 35-44). México: M. A. Porrúa: UNAM, Facultad de Psicología.
105. Santos, O. M. (1998). Salud pública. Promoción de la salud y educación para la salud. En G. Rodríguez y M. Rojas (Eds.). *La psicología de la salud en América Latina*. (pp. 133-147). México: M. A. Porrúa: UNAM, Facultad de Psicología.

106. Sanz, J., Gil, F. y García-Vera, Ma. P. (1998). Evaluación de las habilidades sociales. F. Gil y J. Ma. León (Eds.). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. (pp. 25-59). España: Síntesis.
107. Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health: a developmental perspective*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
108. Selicoff, H. (1987). Efectos psicológicos de la pubertad precoz en niñas. *Revista Mexicana de Psicología*, 4 (2), 138-146.
109. Sherman, R. T. y Thompson, R. A. (1999). *Bulimia una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
110. Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21 (3), 167-179.
111. Stewart, A., Carter, J., Drinkwater, J., Hainsworth, J. y Fairburn, Ch. (2001) Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 107-118.
112. Stice, E. y Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 159-171.
113. Strada, G. (2002). *El desafío de la anorexia*. Madrid: Síntesis.
114. Striegel-Moore, R., Silberstein, I. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41 (3), 246-263.
115. Tobal, M., Díaz, M., y Arce, L. (2002) Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: anorexia y bulimia nerviosas. R.E.M.E. (Revista electrónica de motivación), 5 (11-12). Recuperado el 20 de febrero de 2006 de <http://reme.uji.es/articulos/amiguf3982201103/texto.html>.
116. Toro, J. (1996). *El cuerpo del delito: anorexia y bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.

117. Toro, J. (2000). *Anorexia nerviosa*. España: Martínezroca.
118. Turón, V. (2003) Epidemiología de la anorexia nerviosa. *En Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. (pp.29 y 49). Barcelona: Masson.
119. Vera, C. (2001). Género, cultura e imagen del cuerpo. En M. Roma, N. Montesinos, R. Ballester, J. Sevilla, M. Romero, M. Catalá, C. Catalá, y T. García (Eds.). *Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)*. (pp.42 y 43). España: Universidad de Alicante.
120. Vídela, M. (1991). *Prevención, intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires: cinco.
121. Vincent, M. y McCabe, M. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (2), 205-221.
122. Virseda, J. A. (1995). Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 35-39.
123. Wolf, N. (1991). *El mito de la belleza*. Barcelona: Emece.
124. Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.
125. Zabinski, M. F., Pung, M. A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzelberg, A. J., Celio, A. y Taylor, B. (2001) Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401-408.
126. Zigler, E. y Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63 (2), 264-271.
127. Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico cuerpo y tercera tópica*. México: Paidós.