

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGIA Y SALUD

**MODELOS DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
TÉCNICAS ASERTIVAS / HABILIDADES SOCIALES Y PSICOEDUCATIVAS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTOR EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

RODRIGO CÉSAR LEÓN HERNÁNDEZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

COMITÉ: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ

DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

DRA. TERESITA DE JESÉS SAUCEDO MOLINA



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.

ÍNDICE

Abstract.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	4

CAPÍTULO 1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.1 Antecedentes de salud.....	7
1.2 Salud – enfermedad.....	7
1.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), enfermedades que amenazan la salud.....	9
1.4 Criterios diagnósticos de Anorexia Nervosa.....	11
1.5 Criterios diagnósticos de Bulimia Nervosa.....	12
1.6 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificos (TANE).....	13
1.7 Prevalencia de los TCA.....	13
1.7.1 Género y TCA.....	14
1.7.2 Edad y TCA.....	15
1.7.3 Nivel socioeconómico y TCA.....	15
1.7.4 Genética y TCA.....	15
1.7.5 Evolución y pronóstico.....	16
1.8 Modelos descriptivos (teóricos y empíricos) de los TCA.....	17
1.8.1 Modelo Biopsicosocial.....	17
1.8.2 Modelo Funcional.....	18
1.8.3 Modelo de Continuidad.....	19
1.8.4 Modelo de las Transiciones Evolutivas.....	19
1.8.5 Modelo de Inicio de la Dieta Restrictiva.....	20
1.8.6 Modelo del Camino Doble (MCD).....	20
1.9 Modelos etiológicos propuestos en México.....	21
1.9.1 Modelo Alternativo al Camino Doble.....	21

1.9.2 Modelo predictivo de las Tres Vertientes.....	21
1.9.3 Modelo predictivo de Dieta Restringida.....	22
1.9.4 Modelo predictivo de Conductas Alimentarias de Riesgo.....	22

CAPÍTULO 2

PREVENCIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1 Prevención de la enfermedad.....	24
2.2 Factores de riesgo.....	26
2.3 Factores protectores y resiliencia.....	27
2.4 Clasificación de los factores de riesgo asociados a los TCA.....	28
2.5 Evidencia relacionada con los factores de riesgo de interés.....	30
2.5.1 Deseo de una silueta delgada.....	30
2.5.2 Insatisfacción con imagen corporal.....	31
2.5.3 Dieta restringida.....	31
2.5.4 Preocupación por el peso y la comida.....	32
2.5.5 Conducta alimentaria compulsiva.....	33
2.5.6 Habilidades sociales.....	33
2.6 Prevención en el ámbito de los TCA.....	34
2.7 Prevención de TCA en México.....	38
2.8 Componentes asociados al efecto de los programas de prevención.....	40
2.8.1 Nivel de riesgo de los participantes.....	40
2.8.2 Sexo de los participantes.....	41
2.8.3 Edad de los participantes.....	41
2.8.4 Formato de los programas de prevención.....	41
2.8.5 Número de sesiones.....	42
2.8.6 Contenido de los programas.....	42
2.8.7 Instrumentos de evaluación.....	42
2.8.8 Consideraciones adicionales en los programas de prevención.....	43

CAPÍTULO 3 HABILIDADES SOCIALES

3.1 Antecedentes históricos de las habilidades sociales.....	44
3.2 Definición de habilidades sociales / asertividad.....	45
3.3 Categorización de las habilidades sociales.....	46
3.4 Modelos teóricos de las habilidades sociales.....	47
3.4.1 Modelos basados en aproximaciones cognoscitivas.....	48
3.4.1.1 Modelo de los Scripts.....	48
3.4.1.2 Modelo del Aprendizaje Social.....	48
3.4.2 Modelos basados en aproximaciones conductuales.....	49
3.4.2.1 Modelo Etológico.....	49
3.4.2.2 Modelo Molecular.....	50
3.4.3 Modelos explicativos de la falta de habilidades sociales.....	50
3.4.3.1 Modelo de déficit de habilidades sociales.....	50
3.4.3.2 Modelo de inhibición por ansiedad.....	51
3.4.4 Modelo para la conceptualización de los programas de habilidades para la vida.....	51
3.5 Entrenamiento en Habilidades Sociales/Asertividad (EHS).....	52
3.6 Trastornos de la conducta alimentaria y habilidades sociales.....	55

CAPÍTULO 4 PROPUESTA DE MODELO DE PREVENCIÓN DE TCA BASADO EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

4.1 Fundamentos para el Modelo Teórico – Practico de Prevención en TCA.....	59
---	----

CAPÍTULO 5. ESTUDIO UNO ADAPTACIÓN DE LA ESCALA PLURIDIMENSIONAL DE CONDUCTA ASERTIVA (EPCA) EN POBLACIÓN MEXICANA

Resumen.....	63
5.0.1 Plan de Investigación.....	65

5.0.2 Objetivo General.....	65
5.0.3 Método.....	66

ETAPA UNO

5.1.1 Objetivo.....	67
5.1.2 Método.....	67
5.1.2.1 Diseño de investigación.....	67
5.1.2.2 Muestra.....	67
5.1.2.3 Criterios de inclusión.....	67
5.1.2.4 Criterios de exclusión.....	68
5.1.2.5 Instrumentos y aparatos.....	68
5.1.2.6 Procedimiento.....	70
5.1.3 Resultados.....	73
5.1.4 Conclusiones etapa uno.....	76

ETAPA DOS

5.2.1 Objetivo.....	77
5.2.2 Método.....	77
5.2.2.1 Diseño de Investigación.....	77
5.2.2.2 Muestra.....	77
5.2.2.3 Criterios de Inclusión.....	77
5.2.2.4 Instrumentos.....	78
5.2.2.5 Procedimiento.....	78
5.2.3 Resultados.....	79
5.2.4 Conclusiones etapa dos.....	82

ETAPA TRES

5.3.1 Objetivo.....	83
5.3.2 Método.....	83
5.3.2.1 Diseño de investigación.....	83
5.3.2.2 Muestra.....	83
5.3.2.3 Criterios de exclusión.....	83
5.3.2.4 Instrumentos.....	84
5.3.2.5 Procedimiento.....	84

5.3.3 Resultados.....	86
5.3.3.1 Descripción de la muestra.....	86
5.3.3.2 Descripción de resultados.....	86
5.3.3.3 Análisis Discriminante.....	87
5.3.3.4 Análisis Factorial.....	90
5.3.3.5 Depuración del instrumento.....	93
5.3.4 Discusión y conclusiones.....	95
5.3.5 Sugerencias y limitaciones.....	98

CAPÍTULO 6. ESTUDIO DOS

ESTUDIO PILOTO DE DOS PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TCA EN MUJERES ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Resumen.....	99
6.1. Plan de investigación.....	101
6.1.1 Objetivo general.....	101
6.1.2 Objetivos específicos.....	101
6.1.3 Identificación y definición de variables.....	102
6.2 Método.....	105
6.2.1 Diseño de investigación.....	105
6.2.2 Muestra.....	105
6.2.3 Muestreo.....	105
6.2.4 Control de variables.....	105
6.2.5 Criterios de inclusión.....	106
6.2.6 Criterios de exclusión.....	106
6.2.7 Instrumentos y aparatos.....	106
6.2.8 Procedimiento.....	107
6.3 Resultados.....	109
6.3.1 Descripción de la muestra.....	109
6.3.2 Comparación estadística.....	113
6.3.2.1 Comparación estadística dentro de los grupos.....	113

6.3.2.2 Comparación estadística entre los grupos.....	121
6.3.3 Análisis de pérdida al seguimiento.....	125
6.4 Discusión y conclusiones.....	126
6.5 Sugerencias.....	132

CAPÍTULO 7. ESTUDIO TRES

ESTUDIO PRINCIPAL. EVALUACIÓN DE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE TCA EN ADOLESCENTES MEXICANAS

Resumen.....	133
7.1 Plan de Investigación.....	135
7.1.1 Objetivo general.....	135
7.1.2 Problemas de investigación.....	135
7.1.3 Identificación y definición de variables.....	136
7.2 Método.....	139
7.2.1 Diseño de investigación.....	139
7.2.2 Muestra.....	139
7.2.3 Criterios de inclusión.....	139
7.2.4 Criterios de exclusión.....	140
7.2.5 Control de variables.....	141
7.2.6 Instrumentos y aparatos.....	141
7.2.7 Procedimiento.....	141
7.3 Resultados.....	143
7.3.1 Proceso de selección de la muestra de estudio.....	143
7.3.1.1 Línea base.....	143
7.3.1.2 Muestra de trabajo.....	143
7.3.1.3 Asignación al azar a las condiciones experimentales.....	145
7.3.2 Descripción de la muestra.....	146
7.3.3 Análisis de igualdad de las muestras.....	150
7.3.4 Descripción de las variables de estudio.....	151
7.3.4.1 Análisis de Varianza Medidas Repetidas 3 x 3.....	152
7.3.4.2 Análisis de Varianza Medidas Repetidas 3 x 2.....	165

7.3.5 Análisis de Significancia Clínica.....	177
7.3.6 Análisis estadístico de pérdida al seguimiento.....	184
7.4 Discusión y conclusiones.....	186
7.5 Aportaciones al Modelo Teórico-Práctico de Prevención de TCA basado en el EHS.....	195
7.6 Propuesta de estrategias de prevención de TCA con base en el nivel de riesgo.....	199
7.7 Sugerencias y limitaciones.....	201
7.8 Conclusiones generales.....	202
REFERENCIAS.....	205

APÉNDICES

Apéndice 1.....	223
Apéndice 2.....	226
Apéndice 3.....	235
Apéndice 4.....	236
Apéndice 5.....	241

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

CAPÍTULO 1	
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
Figura 1.1 Esquema del Modelo Funcional.....	18

CAPÍTULO 2	
PREVENCIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
Tabla 2.1 Categorías de Prevención.....	25
Tabla 2.2 Clasificación de Factores de Riesgo.....	29

CAPÍTULO 3	
HABILIDADES SOCIALES	

CAPÍTULO 4	
PROPUESTA DE MODELO DE PREVENCIÓN DE TCA BASADO EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	
Figura 4.1 Modelo de Prevención de TCA basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	61

CAPÍTULO 5. ESTUDIO UNO	
ADAPTACIÓN DE LA ESCALA PLURIDIMENSIONAL DE CONDUCTA ASERTIVA (EPCA) EN POBLACIÓN MEXICANA	
TABLAS	
Tabla 5.1 Factores que forman la EPCA versión española.....	68
Tabla 5. 2 Modificaciones realizadas en la Etapa 1 “Entrevistas para adaptación del lenguaje en población mexicana”	74

Tabla 5. 3 Modificaciones realizadas en la Etapa 2 “Adaptación del lenguaje de La EPCA en población mexicana mediante el Método de Jueceo”	80
Tabla 5.4 Nivel de habilidades sociales a través de cuartiles.....	84
Tabla 5.5 Variables en el análisis discriminante.....	88
Tabla 5.6 Lambda de Wilks.....	89
Tabla 5.7 Correlación Canónica.....	89
Tabla 5.8 Funciones en el grupo de centroides.....	90
Tabla 5.9 Resultados de la clasificación (b,c).....	90
Tabla 5.10 Matriz de Componentes Rotados(a) de la EPCA.....	91
Tabla 5.11 Estructura factorial instrumento mexicano.....	94

FIGURAS

Figura 5.1 Formato de aplicación.....	71
Figura 5.2 Distribución porcentual por edades.....	86
Figura 5.3. Distribución porcentual de la variable nivel de habilidades sociales....	93

CAPÍTULO 6. ESTUDIO DOS

ESTUDIO PILOTO DE DOS PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TCA EN MUJERES ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

TABLAS

Tabla 6.1 Distribución de la variable edad por grupos.....	110
Tabla 6.2 Resultados en nivel de habilidades sociales por condición.....	113
Tabla 6.3 Resultados en seguimiento de dieta restringida por condición.....	114
Tabla 6.4 Resultados en preocupación por el peso y la comida por condición	116
Tabla 6.5. Resultados en conducta alimentaria compulsiva por condición	118

Tabla 6.6 Resultados en satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por condición.....	120
Tabla 6.7 Comparación de las variables de estudio entre los tres grupos antes de la intervención.....	121
Tabla 6.8. Comparación de las variables de estudio entre los tres grupos después de la intervención.....	121
Tabla 6.9 Comparación de las variables de estudio entre los dos grupos experimentales (EHS y Psicoeducativo) antes de la intervención.....	122
Tabla 6.10 Comparación de las variables de estudio entre los dos grupos experimentales (EHS y Psicoeducativo) después de la intervención.....	122
Tabla 6.11 Comparación de las variables de estudio entre grupo EHS y grupo control antes de la intervención.....	123
Tabla 6.12. Comparación de las variables de estudio entre grupo EHS y grupo control después de la intervención.....	123
Tabla 6.13 Comparación de las variables de estudio entre grupo psicoeducativo y grupo control antes de la intervención.....	124
Tabla 6.14 Comparación de las variables de estudio entre grupo psicoeducativo y grupo control después de la intervención.....	124
Tabla 6.15 “t de Student” factores de riesgo por pérdida al seguimiento (permanencia-abandono)	125

FIGURAS

Figura 6.1. Muestra final y pérdida al seguimiento.....	109
Figura 6.2 Distribución porcentual de la variable ¿Te preocupa tu peso corporal? antes y después de la intervención.....	110
Figura 6.3 Distribución porcentual de la variable ¿Qué peso te gustaría tener? antes y después de la intervención.	111
Figura 6.4 Distribución porcentual de la variable ¿Me gusta la forma de mi cuerpo? antes y después de la intervención.....	111
Figura 6.5. Distribución porcentual de la variable nivel de habilidades sociales antes y después de la intervención.....	112

Figura 6.6 Medianas de nivel de habilidades sociales por condición.....	113
Figura 6.7 Medianas de seguimiento de dieta restringida por condición.....	114
Figura 6.8 Seguimiento de dieta restringida por sujeto antes y después de la intervención EHS.....	115
Figura 6.9 Seguimiento de dieta restringida por sujeto antes y después de la intervención psicoeducativa.....	115
Figura 6.10 Medianas de preocupación por el peso y la comida por condición.....	116
Figura 6.11 Preocupación por el peso y la comida por sujeto antes y después de la intervención EHS.....	117
Figura 6.12 Preocupación por el peso y la comida por sujeto antes y después de la intervención psicoeducativa	117
Figura 6.13 Medianas de conducta alimentaria compulsiva por condición.....	118
Figura 6.14 Conducta alimentaria compulsiva por sujeto antes y después de la intervención EHS	119
Figura 6.15 Conducta alimentaria compulsiva por sujeto antes y después de la intervención psicoeducativa	119
Figura 6.16. Medianas de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por condición	120
Figura 6.17 valor de las medias variable preocupación por el peso y la comida entre grupos (permanencia y abandono).....	125

CAPÍTULO 7. ESTUDIO TRES

ESTUDIO PRINCIPAL. EVALUACIÓN DE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE TCA EN ADOLESCENTES MEXICANAS

TABLAS

Tabla 7.1 Distribución porcentual de la muestra inicial por escuelas	143
--	-----

Tabla 7.2 Distribución por escuelas. Muestra de trabajo.....	144
Tabla 7.3 Prueba de igualdad entre escuelas mixtas y de mujeres.....	145
Tabla 7.4 Distribución al azar por grupo.....	145
Tabla 7.5 Distribución de la variable “edad de la menarca” por grupo.....	146
Tabla 7.6 Puntos de corte IMC.....	147
Tabla 7.7 Distribución de la variable “dieta” por grupo.....	148
Tabla 7.8 Distribución de la variable “preocupación por el peso corporal” por grupo.....	149
Tabla 7.9 ANOVA (One-Way). Condición por variables de estudio pretest.....	150
Tabla 7.10 distribución porcentual de la variable deseo de una silueta corporal delgada por grupo.....	151
Tabla 7.11 ANOVA MR (3 x 3). Deseo de una silueta corporal delgada.....	153
Tabla 7.12 Prueba Post-Hoc Bonferroni deseo de una silueta delgada. Tiempo comparación por pares.....	154
Tabla 7.13 ANOVA MR (3 x 3). Insatisfacción con imagen corporal.....	154
Tabla 7.14 Prueba Post-Hoc Bonferroni insatisfacción con imagen corporal. Tiempo comparación por pares.....	155
Tabla 7.15 ANOVA MR (3 x 3). Seguimiento de dieta restringida.....	156
Tabla 7.16 ANOVA MR (3 x 3). Preocupación por el peso y la comida.....	157
Tabla 7.17 ANOVA MR (3 x 3). Conducta alimentaria compulsiva.....	158
Tabla 7.18 ANOVA MR (3 x 3). Habilidades sociales.....	159
Tabla 7.19 ANOVA MR (3 x 3). Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales.....	160
Tabla 7.20 ANOVA MR (3 x 3). Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto....	162
Tabla 7.21 ANOVA MR (3 x 3). Evitación o dificultad para dar y recibir negativas...	163
Tabla 7.22 ANOVA MR 3 x 3). Defensa de derechos como consumidor.....	164
Tabla 7.23 ANOVA Medidas Repetidas 3 X 2.....	165
Tabla 7.24 ANOVA MR (3 x 2) Deseo de una Silueta Delgada. Pretest-postest	165

Tabla 7.25 Prueba Post-Hoc Bonferroni deseo de una silueta delgada. Tiempo (pretest-postest) por condición.....	166
Tabla 7.26 ANOVA MR (3 x 2) Deseo de una silueta delgada. Pretest-seguimiento...	167
Tabla 7.27 ANOVA MR (3 x 2) Insatisfacción con imagen corporal. Pretest-postest..	167
Tabla 7.28 ANOVA MR (3 x 2) Insatisfacción con imagen corporal. Pretest-seguimiento.....	168
Tabla 7.29 ANOVA MR (3 x 2) Seguimiento de dieta restringida. Pretest-postest....	169
Tabla 7.30 ANOVA MR (3 x 2) Seguimiento de dieta restringida. Pretest-seguimiento.....	169
Tabla 7.31 ANOVA MR (3 x 2) Preocupación por el peso y la comida. Pretest-postest.	170
Tabla 7.32 ANOVA MR (3 x 2) Preocupación por el peso y la comida. Pretest-seguimiento.....	170
Tabla 7.33 ANOVA MR (3 x 2) Conducta alimentaria compulsiva. Pretest-postest...	171
Tabla 7.34 ANOVA MR (3 x 2) Conducta alimentaria compulsiva. Pretest-seguimiento.....	171
Tabla 7.35 ANOVA MR (3 x 2) Nivel de habilidades sociales. Pretest-postest	172
Tabla 7.36 ANOVA MR (3 x 2) Nivel de Habilidades Sociales. Pretest-seguimiento..	172
Tabla 7.37 ANOVA MR (3 x 2) Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales. Pretest-postest.	173
Tabla 7.38 ANOVA MR (3 x 2) Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales. Pretest-seguimiento	173
Tabla 7.39 ANOVA MR (3 x 2) Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto. Pretest-postest.	174
Tabla 7.40 ANOVA MR (3 x 2) Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto. Pretest-seguimiento.	174
Tabla 7.41 ANOVA MR (3 x 2) Evitación o dificultad para dar y recibir negativas. Pretest-postest	175
Tabla 7.42 ANOVA MR (3 x 2) Evitación o dificultad para dar y recibir negativas. Pretest-seguimiento.	175

Tabla 7.43 ANOVA MR (3 x 2) Defensa de derechos como consumidor. Pretest-posttest.....	176
Tabla 7.44 ANOVA MR (3 x 2). Defensa de derechos como consumidor. Pretest-seguimiento	176
Tabla 7.45 Punto de corte significancia clínica en las variables de estudio.....	177
Tabla 7.46 “t de Student”. Factores de riesgo por pérdida al seguimiento (permanencia-abandono) en la condición experimental EHS.....	185
Tabla 7.47 “t de Student”. Factores de riesgo por pérdida al seguimiento (permanencia-abandono) en la condición experimental psicoeducativa.....	185
Tabla 7.48 “t de Student”. Factores de riesgo por pérdida al seguimiento (permanencia-abandono) en el grupo control.....	185

FIGURAS

Figura 7.1 Distribución porcentual de la muestra experimental por categoría IMC...	147
Figura 7.2. Medias de la variable deseo de una silueta delgada. Tiempo por condición (3x3).....	153
Figura 7.3. Medias de la variable insatisfacción con la imagen corporal. Tiempo por condición (3x3).....	155
Figura 7.4 Medias de la variable seguimiento de dieta restringida. Tiempo por condición (3x3).....	156
Figura 7.5 Medias de la variable preocupación por el peso y la comida. Tiempo por condición (3x3).....	157
Figura 7.6 Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva. Tiempo por condición (3x3).....	158
Figura 7.7 Medias de la variable nivel de habilidades sociales. Tiempo por condición (3x3).....	159
Figura 7.8. Medias de la variable dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales. Tiempo por condición (3x3).....	161
Figura 7.9 Medias de la variable dificultad para relacionarse con el sexo opuesto. Tiempo por condición (3x3).....	162
Figura 7.10 Medias de la variable evitación o dificultad para dar y recibir negativas. Tiempo por condición (3x3).....	163

Figura 7.11 Medias de la variable defensa de derechos como consumidor. Tiempo por condición (3x3).....	164
Figura 7.12 Medias de la variable deseo de una silueta delgada antes-después. Tiempo por condición (3x2).....	166
Figura 7.13 Medias de la variable insatisfacción con imagen corporal antes-después. Tiempo por condición (3x2).....	168
Figura 7.14 Medias de la variable preocupación por el peso y la comida antes-seguimiento. Tiempo por condición (3x2).....	170
Figura 7.15 Medias de la variable nivel de habilidades sociales antes-seguimiento. Tiempo por condición (3x2).....	172
Figura 7.16 Medias de la variable dificultad para relacionarse con el sexo opuesto antes-seguimiento. Tiempo por condición (3x2).....	174
Figura 7.17. Medias de la variable evitación o dificultad para dar y recibir negativas antes-seguimiento. Tiempo por condición (3x2).....	176
Figura 7.18 Distribución porcentual de la variable deseo de una silueta corporal delgada y resultados de la significancia clínica.....	178
Figura 7.19 distribución porcentual de la variable insatisfacción con imagen corporal y resultados de la significancia clínica	179
Figura 7.20 Distribución porcentual de la variable seguimiento de dieta restringida y resultados de la significancia clínica.....	180
Figura 7.21 Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso y la comida y resultados de la significancia clínica.....	181
Figura 7.22 Distribución porcentual de la variable conducta alimentaria compulsiva y resultados de la significancia clínica.....	182
Figura 7.23 Distribución porcentual de la variable nivel de habilidades sociales y resultados en la significancia clínica.....	183
Figura 7.24 Distribución porcentual de pérdida al seguimiento por condición.....	184

ABSTRACT

The purpose of this study was the development and assessment of the efficacy of two Eating Disorder Prevention Programs. The first intervention was based on techniques directed to social skills training and the second was a psychoeducation strategy.

The procedure was as follows: 1) Adaptation of the Assertive Behavior Pluridimensional Scale (EPCA) in Mexican population and its corresponding validation; 2) Prevention program pilot studies (assessment), and 3) Final study.

The EPCA adaptation consisted in a revision of the original version redaction through an structured interview. Once the language adaptation was ready, the validation was made through the judges method. Then, it was used the discriminant and factor analyses. It was found that the EPCA is composed by 20 items with an acceptable social skills discriminant capability (100%). Its multifactorial structure of 4 factors has a high internal ($\alpha = 0.80$).

About the prevention program pilot studies, the sample was composed by N=27 female students of the matutine schedule in a public jr. High school that accepted voluntarily to participate in this phase and reported restrained dieting with weight control purposes. Assignment to three experimental conditions was randomly. The studies were exploratory with a two experimental and a control group design, with pretest-posttest measures. The measures used were the Health and Nourishing Questionnaire and the EPCA. Results showed that both experimental programs (EHS y Psicoeducativo) were efficacious in increasing social skills levels and reducing risk levels for the "weight and food concern".

Final study. The sample was composed by N=110 female adolescents with a mean age $\bar{X}=12.81$ ($SD=0.56$). Participants were selected if they reported the desire of a thin body silhouette without obesity ($IMC \geq 27$). Measures and study design was the same as the used in the pilot studies. This study was experimental and longitudinal (pretest, posttest and follow-up). ANOVA Repeated measures results showed that the best effects at short time for the body image variables (desire of a thin silhouette and body dissatisfaction) in the EHS group. The clinical significance analysis showed that the EHS group had the best results (decrease in the risk levels) in three of the most important variables: desire of a thin silhouette, body dissatisfaction and restrained dieting.

Key words: prevention, eating disorders, female adolescents, risk factors

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue desarrollar y evaluar dos programas de prevención y comparar su eficacia en la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). El primero estuvo basado en técnicas de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) y en el segundo se implementaron Técnicas de Información Psicoeducativa. Se comparó su eficacia y su permanencia a lo largo del tiempo.

Para efecto de dicho objetivo se realizaron tres estudios: 1) Adaptación de la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva (EPCA) en población mexicana y validación de la misma; 2) Estudio piloto de los programas de prevención (para efectos de evaluación) y 3) Estudio final.

En primera instancia se llevó a cabo la adaptación de la EPCA, la cual se dividió en tres etapas; 1) adecuación del lenguaje a población mexicana a través de la técnica de entrevista estructurada, 2) ajuste del lenguaje por el método de jueces, y 3) obtención de sus propiedades psicométricas (análisis discriminante y análisis factorial). Los resultados indicaron que la EPCA, compuesta por 20 ítems tiene buena capacidad para discriminar entre niveles de habilidades sociales (100%), así como una estructura multifactorial compuesta de 4 factores, con un alto coeficiente de consistencia interna ($\alpha=0.80$).

Con respecto al estudio piloto del programa de prevención. Se trabajó con una N=27 estudiantes del turno matutino de escuelas secundarias públicas que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y reportaron haber realizado dieta con propósitos de control de peso. La asignación a las tres distintas condiciones de estudio se realizó al azar. El tipo de investigación fue de campo y de carácter exploratorio, con un diseño de dos grupos experimentales y uno control, con mediciones pretest-postest. Se utilizaron el Cuestionario de Alimentación y Salud y la EPCA. Los resultados mostraron que ambos programas experimentales (EHS y Psicoeducativo) resultan eficaces en incrementar el nivel de habilidades sociales y en disminuir el nivel de riesgo del factor “preocupación por el peso y la comida”.

Con referencia al estudio principal, se trabajó con una muestra de N=110 con una media de edad de $\bar{X}=12.81$ y $DE=0.56$. Se seleccionaron a las adolescentes que reportaron el deseo de una silueta corporal muy delgada y que estuvieran por debajo del punto de corte de obesidad ($IMC \geq 27$). La

asignación al azar, los instrumentos y el diseño fueron los mismos que se utilizaron en el estudio piloto. El tipo de investigación fue de campo, de carácter experimental y longitudinal (medidas pretest-postest y seguimiento). Los resultados del ANOVA-MR mostraron los mejores efectos, a corto plazo, en las variables deseo de una silueta delgada e Insatisfacción con la imagen corporal en el grupo EHS. Así también, el análisis de significancia clínica mostró que el grupo EHS presentó mejores resultados (disminución en el nivel de riesgo de las participantes) en tres de las variables más importantes: deseo de una silueta delgada, insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restringida.

Palabras clave: prevención, trastornos de la conducta alimentaria, mujeres adolescentes, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

El impacto social que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) están adquiriendo a nivel mundial, ha llevado a los expertos en el tema a buscar soluciones emergentes y a emprender las medidas preventivas necesarias, cada una de ellas con las características derivadas de su entorno social.

Por otra parte, los estudios desarrollados en nuestro país han aportado información importante, como indicadores confiables de los factores de riesgo (Gómez Peresmitré, 2001; Unikel & Gómez-Peresmitré, 2004) y de la sintomatología asociados a éstos (Álvarez, 2006; Álvarez, Vázquez, Mancilla & Gómez Peresmitré, 2002), así como puntos de corte que permiten identificar a la población en riesgo (Gómez Peresmitré, Acosta, Unikel & Pineda, 2005; Unikel, 2003) en población general mexicana, lo que permite conocer el estado actual de estos trastornos en algunos sectores de la población (Mancilla, Franco, Vázquez, López, Álvarez & Téllez, 2007). La presente investigación atendió a la necesidad de implementar, probar y evaluar programas de prevención con el propósito de determinar cómo lograr el mayor impacto en el decremento de los TCA.

La relevancia de instrumentar programas de prevención en este ámbito, enmarcada por diversos autores (Ruiz-Lázaro, 2003; Shisslak & Crago, 1987), radica principalmente en que se responde de manera simultánea a dos problemáticas en el ámbito de la salud; se reducen los costos exorbitantes del tratamiento y se promueve la igualdad del acceso a los servicios especializados en esta área. Además, se cuenta con estudios de primera generación, que aunque han mostrado poco éxito, nos permiten considerar los elementos fallidos (por ejemplo, se han basado principalmente en el componente psicoeducativo, carecen de un modelo etiológico, se han dirigido a población general, falta de rigor metodológico y cuentan con un apoyo limitado, entre otras), así como las bondades y sugerencias que de éstos se han desprendido (modificar las conductas precursoras de la enfermedad tales como las dietas sin motivo justificado; identificar los grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos; considerar métodos alternativos al tradicional que logren un cambio actitudinal y no descalificar la delgadez, sino reivindicar la diversidad en la forma y el peso corporales).

Considerando que en la literatura revisada, los reportes de los programas de prevención no han sido tan exitosos (principalmente los de carácter psicoeducativo) y con la intención de instrumentar un programa más eficaz, se decidió utilizar el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) como una

herramienta indispensable para mejorar el enfoque preventivo. Lo anterior se sustenta en lo reportado por diversos autores (Behar, Manso & Casanova, 2006; Crisp, 1981; Garner & Bemis, 1982; Slade, 1982) que han detectado déficit en habilidades sociales en presencia de los TCA y han documentado la efectividad de dicha técnica en el ámbito clínico (específicamente en el tratamiento) y la permanencia de estas habilidades a largo plazo (Calvo, Delgado, Rodríguez-Vega & Santo-Domingo, 1987; Lemberg & May, 1991). Además de que el EHS ha sido ampliamente utilizado, se le ha considerado una excelente opción para el abordaje de diversos problemas psicológicos y puede adquirir un carácter eminentemente preventivo si es instrumentado a tiempo (Roth, 1986).

Es labor de los profesionales de la salud planear las estrategias de prevención, por tal motivo, en el capítulo uno de la presente investigación se describe, desde el marco conceptual de la salud, los antecedentes históricos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), criterios diagnósticos (DSM-IV-TR), indicadores epidemiológicos, evolución y pronóstico, y por último, los modelos descriptivos de los TCA.

El capítulo dos está dedicado a documentar información acerca de la prevención de los TCA, de igual forma, desde el marco de referencia de la salud, se documentó el concepto de prevención, su clasificación y los factores de riesgo y de protección. Posteriormente, se documentó la información de los factores de riesgo específicamente asociados a los TCA; su clasificación, la evidencia que sustenta la inclusión de los factores de riesgo de interés, también se incluyó una revisión de los estudios de prevención en el ámbito de los TCA a nivel internacional y nacional, y los componentes asociados al efecto de estos programas.

El tercer capítulo está dedicado a documentar información referente a las habilidades sociales; se describen sus antecedentes históricos, definición, los modelos teórico-explicativos, el concepto del entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y por último se proporciona información que sustenta la relación entre habilidades sociales y TCA. Con base en los capítulos dedicados al marco teórico, en el capítulo cuatro se propone un modelo teórico-práctico de prevención de TCA basado en el EHS.

En el capítulo cinco, se expone el plan de investigación, el método y los resultados del estudio uno que tuvo como objetivo adaptar la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva EPCA (Gismero 1996) en

población mexicana. Se describe el proceso de adaptación (dividido en tres etapas) y la versión final del instrumento.

El sexto capítulo está dedicado a describir el plan de investigación, el método y los resultados de un estudio piloto cuyo objetivo fue probar dos programas de prevención de factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria (el primero de ellos estuvo basado en técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y el segundo en técnicas de información psicoeducativa). En el capítulo siete se describe el plan, la metodología y los resultados de la investigación propiamente dicha con las modificaciones derivadas del estudio piloto, así como la discusión y conclusiones de la misma. Finalmente, se presentan las aportaciones al modelo teórico práctico de prevención de TCA, una propuesta de estrategias de prevención de TCA con base en el nivel de riesgo, las sugerencias y limitaciones, y por último conclusiones generales.

CAPÍTULO UNO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.1 Antecedentes de salud

Para referirse al tema de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), es necesario contextualizarse dentro del campo de salud. De ésta manera, se obtendrá una visión más clara del proceso de la enfermedad, así como la importancia que adquieren las medidas de prevención en el proceso salud-enfermedad.

Etimológicamente el vocablo Salud deriva del latín *salus-salutis*, que significa “un estado del organismo que no está enfermo”. Por su parte, el vocablo “Enfermedad” (del latín *infirmas-atris*), hace referencia a las alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal. Esta conceptualización ha sido modificada a través del tiempo. El concepto de salud es dinámico, depende del momento histórico y puede incluir variaciones de un grupo social a otro. La revisión documental muestra que las concepciones del proceso salud-enfermedad se agrupan en 4 categorías: 1) mágico-religiosa (Buela-Casals, Fernández-Ríos & Carrasco, 1997); 2) biológica positivista (Labiano, 2004); 3) sanitaria (Buela-Casals et al. 1997; López & Frías, 2002) y 4) biopsicosocial (Labiano, 2004).

1. 2 Salud - enfermedad

La noción de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección. Tiempo después, en el documento emitido por este mismo organismo y conocido como “La Carta de Ottawa” (OMS, 1986), se promueve una definición que comprende una meta inalcanzable bajo la consigna “salud para todos en el siglo XXI”, la cual se basa en un estado que permita llevar una vida social y económicamente productiva. De ésta forma, la definición de salud no se concibe como un estado, si no como un proceso en construcción.

Por su parte, San Martín (1992) menciona que no es posible admitir que la salud sea concebida sólo como la ausencia de enfermedad, esta noción implica ideas de variación así como de desadaptación.

Entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación que va de la adaptación perfecta, a la desadaptación o enfermedad. Son dos grados extremos en la variación biológica, resultantes del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones ambientales.

Las representaciones sobre salud y enfermedad han estado muy relacionadas con la valoración de la enfermedad, ésta última entendida como un estado o situación en la cual un individuo se encuentra limitado debido a las molestias que sufre. Para entender la complejidad de estos conceptos es necesario tener en cuenta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por diversas situaciones que rebasan los límites del cuerpo (en el caso de la medicina) y que tienen que ver con la subjetividad y el comportamiento individual, el ámbito natural y social del individuo. Por tal motivo, en la actualidad se requiere que estos conceptos integren una aproximación que de cuenta de su complejidad. Tripp-Reimer (1984) agrupa las definiciones de salud en tres grandes categorías:

- a) Un grupo de definiciones que retoma el concepto de salud de la lengua española, y que considera la salud como “algo discontinuo”. Es decir, se trata de afirmar que un determinado individuo se encuentra o bien sano, o bien enfermo.
- b) Otro grupo de definiciones considera la salud como “algo continuo” o “dinámico” lo que conllevaría a considerarla como el aspecto final de un cambio progresivo.
- c) Un tercer grupo considera la salud como “utópico”, es decir, como un estado de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible de alcanzar. En este apartado se incluye la definición de la OMS.

Sin embargo, si consideramos que la naturaleza del hombre tiene un componente social muy importante, no podemos atribuir exclusivamente al factor biológico la causa de las enfermedades. Son muchos los factores que determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle, e incida en mayor o menor medida en determinados grupos sociales (Resik Habib, 1986). Es importante notar que el concepto de salud ha evolucionado pasando de una visión tan limitada como es la ausencia de enfermedad a una perspectiva integradora y/o multideterminada, que involucra al ámbito médico, psicológico, sociocultural e histórico.

El denominado modelo biopsicosocial, paradigma de la actualidad, admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas. Es decir, que las causas que interactúan en el proceso salud-enfermedad son de naturaleza diversa, es un continuo donde interactúan factores tales como contexto social, ambiente,

condiciones socioeconómicas, factores demográficos, así como cambios bioquímicos, pensamientos y emociones. Además, este modelo impulsa la importancia de la prevención y la promoción de la salud (Labiano, 2004). Una visión integral del concepto de salud no sólo favorece a los usuarios del sistema sanitario, si no también a los profesionales de la salud que operan en el mismo.

Una de las amenazas a la salud de mayor consideración en el contexto actual, son las enfermedades conocidas como trastornos de la conducta alimentaria. Es innegable el incremento de los índices epidemiológicos en el contexto mexicano. En los siguientes apartados se describe un panorama general acerca de estos padecimientos.

1.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), enfermedades que amenazan la salud.

Los trastornos de la conducta alimentaria, como su nombre lo indica, son trastornos psiquiátricos que están caracterizados por graves alteraciones relacionadas con la alimentación y el cuerpo. Éstos se clasifican en específicos y no específicos. Los trastornos específicos, anorexia nervosa (AN) y bulimia nervosa (BN), son los más estudiados, difundidos y conocidos en nuestra sociedad.

Los antecedentes históricos de estos trastornos se remontan muchos siglos atrás, existen claras referencias de la anorexia en Hipócrates y Galeno, y de la bulimia en el Talmud. Galeno describió la *kinos orexia*, que significa “hambre canina”-un claro antecedente de la BN- considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal (Buckroyd, 1997).

Etimológicamente, el término anorexia proviene del griego y significa “falta de apetito”. Sin embargo, este significado no corresponde al concepto clínico del término, el cual se enfoca en la restricción alimentaria con el objetivo de mantener el peso por debajo de la normalidad y la presencia de una marcada distorsión de la imagen corporal.

Según las revisiones de Toro (1996), Caparrós (1997), Chinchilla (1994), Kirszman y Salgueiro (2002), la primera aproximación propiamente médica al trastorno anoréxico se produjo en el siglo XVII, cuando Richard Morton en 1689 llevó a cabo la primera descripción del cuadro como una consunción nerviosa.

En 1874, Gull empleó por primera vez el término anorexia nervosa, definido como un estado mental producido por trastornos centrales y hereditarios. En la misma época, Lasègue definió la anorexia como inanición histérica, anomalía intelectual, trastorno cerebral y hereditario, con represión de un deseo más o menos consciente (Chinchilla, 1994).

La sintomatología más significativa de la anorexia es que poco a poco se instaura el deseo de perder más peso acompañado de un miedo intenso a engordar. De ésta forma se establece lo que Castro (2000) denominó “círculo vicioso de la anorexia”. La desnutrición conlleva alteraciones a nivel de neurotransmisores (sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico), provocando disfunciones psicológicas y manifestaciones clínicas.

Por otra parte, la palabra bulimia etimológicamente hace referencia a un hambre desmesurada, al igual que en el caso de la anorexia, este término no concuerda exactamente con el sentido clínico, que se caracteriza por periodos frecuentes de voracidad seguidos de conductas compensatorias con el fin de evitar el incremento del peso. Ambos trastornos han sido documentados a través de la historia en función del discurso social y cultural de la época.

En lo referente a bulimia, la información histórica indica que los atracones sólo merecían atención médica si eran considerados como síntomas de algún trastorno. El banquete y el vómito fueron auténticas instituciones de las clases medias y altas de Roma, estos banquetes podían incluir más de veinte platos, cada vez que el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban al *vomitorium*. Durante la Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial, ya que por medio de éste se arrojaban los pecados. En Francia, Blachez (1869) revisó la historia del concepto de bulimia, resaltando que el bulímico tiene al alimento como su principal obsesión y preocupación. Cuando la bulimia se acompañaba de vómito la llamaba Cinorexia. Un siglo después, Russell (1979), describe la bulimia como diagnóstico independiente que aparece clasificado por vez primera en el DSM-III (APA, 1980).

En la actualidad, la bulimia está caracterizada por la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria, episodios de atracón seguidas de conductas purgativas como el vómito autoinducido, ejercicio exagerado y uso de laxantes o diuréticos con el propósito de compensar la cantidad de alimentos

ingeridos y controlar el peso. La evolución del trastorno trae consecuencias a nivel cardiovascular, endocrino, hematológico, gastrointestinal y esquelético (García-Camba, 2001; Turon, 1997).

La descripción más utilizada de los TCA en los últimos años, es la que creó la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Es este organismo quien se encarga de describir la sintomatología más conocida y aceptada en el ámbito de la salud física y mental alrededor del mundo, aunque sólo describe con exactitud los rasgos de la enfermedad en su etapa aguda. Los casos que no se ciñen con exactitud a todos los síntomas son diagnosticados como Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE).

1.4 Criterios diagnósticos de Anorexia Nervosa (AN)

La anorexia nervosa puede entenderse como un trastorno caracterizado por el rechazo voluntario de la ingestión de alimentos y por una importante pérdida de peso corporal. En la última revisión de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR, 2002) se enlistan los siguientes criterios para su diagnóstico:

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que origina un peso inferior al 85% del esperado, o no consecución del aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal por debajo del 15% del normal).

- A. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- B. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exagerando su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- C. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, sin otro motivo que lo justifique

Subtipos de Anorexia Nervosa:

-Tipo restrictivo: La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo.

-Tipo compulsivo/purgativo: Las personas que se incluyen dentro de este tipo presentan atracones y recurren al uso de diuréticos, laxantes y vómito autoprovocados, con el fin de contrarrestar el efecto engordador de la ingesta. En ésta clasificación se incluyen también los casos que no manifiesten atracones pero recurren al uso de purgas.

1.5 Criterios diagnósticos de Bulimia Nervosa (BN)

La bulimia nervosa es un trastorno de la alimentación caracterizado por un apetito desmesurado de alimentos, en el que se instaura un ciclo de ingestión-vómito, con modificación ponderal (del peso corporal) del individuo o sin ella (Kanarek & Marks-Kraufman, 1991). Los criterios diagnósticos son los siguientes (DSM-IV-TR, 2002):

A. Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:

1. Comer en un periodo corto de tiempo una importante cantidad de comida, más que la que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de personas.
2. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentimiento de no poder parar de comer o de no controlar lo que se come).

B. Conductas compensatorias inapropiadas y recurrentes para prevenir la ganancia de peso, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.

C. Frecuencia de al menos dos atracones por semana y conductas compensatorias inapropiadas durante tres meses.

D. Autoevaluación negativa motivada por el tipo y el peso corporal.

E. El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia.

Subtipos de Bulimia Nervosa:

-Tipo purgativo: la persona presenta vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

-Tipo no purgativo: la persona utiliza otros mecanismos compensadores inapropiados como ayuno, ejercicio excesivo, pero no vómitos ni abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

1.6 Trastornos Alimentarios No Específicos (TANE)

La categoría Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado se refiere a los trastornos que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico (anorexia o bulimia). Algunos ejemplos son:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el individuo se encuentra dentro de los límites de peso normal.
- 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 dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber consumido dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

1.7 Prevalencia de los TCA

Existe una gran variedad de estudios epidemiológicos, las cifras que se reportan no siempre son concordantes debido a la falta de uniformidad en cuanto a las condiciones y los criterios de estudio de las muestras. Los estudios epidemiológicos de la década anterior señalan que la prevalencia vital de la anorexia nervosa entre mujeres sería del 0.5 a 3.7 y de la bulimia del 1.1 al 4.2 (Garfinkel, Lin, Goering, Speed, Goldbloom & Kennedy, 1995; Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Herat & Eaves, 1991). En las revisiones más recientes se reportan índices entre 0.5 y 1.5 para anorexia y de 0.37 a 3.0 para bulimia (Peláez, Labrador & Raich, 2005; Striegel-Moore, Franko & Ach, 2006). El descenso en los índices puede ser producto de que en la década actual los estudios epidemiológicos tienen mayor rigor metodológico. Por otra parte, la prevalencia del trastorno por atracón, se estimó entre 0.41 y 0.77% (Striegel-Moore et al. 2006) y la prevalencia para los TANEs se estimó en 3% (INSALUD, 2005).

Al respecto, un estudio realizado en nuestro país (Unikel 2003), señala que la demanda de la Clínica de Trastornos Alimentarios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, ha aumentado 15 veces en un periodo de 10 años (de 1992 a 2002). En otro estudio realizado a nivel nacional se

encontró que aproximadamente el 1.8% de mujeres y el 0.6% de hombres mexicanos mayores de 18 años sufren de bulimia; para el caso de anorexia se desconoce una cifra exacta (Medina-Mora et al. 2003). Por su parte Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla (2004), detectaron que un 4% de una muestra de jóvenes mexicanos (hombres y mujeres) padece algún trastorno de la conducta alimentaria, resultando más comunes los TANEs.

En otro estudio mexicano de dos etapas realizado con estudiantes que cursaban el primer o segundo año de universidad, se encontró que en 1994 la prevalencia para los TCA fue de 0.49%; bulimia 0.14% y TANEs 0.35%. Para el año 2002 estos indicadores aumentaron a 1.15 para los TCA; la distribución en este año fue de 0.24% para bulimia y 0.91% para los TANEs. Cabe mencionar que no se detectaron casos de anorexia en ninguno de los cortes (Mancilla, Franco, Vázquez, López, Álvarez & Téllez, 2007).

Cabe señalar que los estudios de prevalencia más confiables son aquellos con un diseño de doble fase, en los cuales se utilizan instrumentos de tamizaje seguidos de entrevistas diagnósticas. Al respecto, Johnson-Sabine, Wood y Patton (1988), encontraron que los únicos casos de anorexia detectados en su estudio, fueron aquellos que no respondieron el cuestionario de barrido o lo hicieron de forma incompleta. Según los cálculos de Williams y Macdonald (1986), este tipo de sesgo maximiza la probabilidad de falsos negativos con una infravaloración del 5% en las cifras de prevalencia. Por tal motivo, estas cifras no representan con exactitud la magnitud del problema.

1.7.1 Género y TCA

Los TCA se presentan más entre las mujeres que entre los varones. Se han señalado proporciones para el conjunto de todos los trastornos entre 6 a 1 y 10 a 1 (APAWED, 2000). La prevalencia estimada por Striegel-Moore, Franco y Ach (2006) oscila entre 0-1.5% para anorexia en mujeres y 0-0.16% en hombres. En el caso de bulimia la prevalencia se estimó entre 1.2 y 5.9 % para mujeres y 0.16 para hombres. Datos recientes señalan que entre el 90 y 95% de los afectados por TCA son mujeres (Peláez, Labrador & Raich, 2006).

1.7.2 Edad y TCA

Estos trastornos se presentan generalmente en la adolescencia o juventud, aunque algunos casos excepcionales aparecen en la infancia o después de los 40 años (Beck, Casper & Andersen, 1996). La anorexia aparece comúnmente en la adolescencia, raramente antes de los 9 y después de los 25 años. En aquellos casos de aparición muy precoz el cuadro muestra características peculiares, como tendencia a la depresión y conductas obsesivas. También se han descrito casos aislados de muy larga evolución en los que habitualmente el cuadro había hecho su aparición en torno a los 25 años, éstos se relacionan con alguna situación estresante como el divorcio, muerte en la familia, entre otros (Zerbe, 1993). La bulimia tiene un comienzo más tardío, alrededor de los 18-20 años (Stein, Chalhoub & Hodes, 1998). De acuerdo con Woodside y Garfinkel, (1992), los estudios con muestras clínicas y con población general indican que el punto pico de incidencia de TCA se ubica en la etapa adolescente y en los inicios de la adultez temprana. Es importante señalar que en la actualidad, la edad de inicio de estos trastornos disminuye de manera alarmante. Este fenómeno puede estar asociado al peso del factor sociocultural.

1.7.3 Nivel socioeconómico y TCA

Los primeros estudios enfocados en la problemática de los TCA señalaban que eran enfermedades exclusivas de los estratos socioculturales medio-altos y altos, y de la raza blanca. Sin embargo, en estudios más recientes se han documentado estos padecimientos en todas las clases sociales (Turón, 1997). Este cambio dirigido a la uniformidad entre las clases sociales no es extraño tratándose de enfermedades con un gran componente patogénico sociocultural. En efecto, el desarrollo de las sociedades occidentales ha hecho que en la actualidad exista una radical homogeneidad en los programas educativos y en el acceso a los medios. La población joven, aun perteneciendo a diferentes estratos sociales, adopta los mismos estereotipos culturales que incluyen el culto a la delgadez y el éxito a través de una figura socialmente atractiva.

1.7.4 Genética y TCA

El desarrollo de comportamientos o actitudes características de los TCA podría explicarse por una combinación de factores genéticos y ambientales con un fenotipo latente único para dichos trastornos.

Los estudios con familia refieren un elevado componente hereditario de hasta el 60% (García-Camba 2001). Por su parte, Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce (1998), señalan que las mujeres familiares de pacientes con TCA tienen un riesgo muy superior de desarrollar este tipo de trastorno que la población general, tanto en el caso de anorexia como en el de bulimia. En estudios realizados con gemelos, específicamente en el caso de la anorexia, se han encontrado valores de concordancia superiores en gemelos idénticos que en no idénticos del mismo sexo. En parejas de gemelos idénticos discordantes, parece que el gemelo afectado podría tener una mayor incidencia de acontecimientos vitales negativos antes del comienzo de la enfermedad (Treasure & Holland, 1995).

Por su parte, Mazzeo, Slof-Op't Land, Furth y Bulik (2006) afirman que ambos componentes (ambiental y genético) son de suma importancia en la génesis de los TCA. Estos autores no encontraron evidencia determinante que confiera mayor peso a cualquiera de estos dos factores. De tal forma, proponen diseñar estudios que exploren la interacción genética-ambiente para un mejor entendimiento de estos trastornos.

1.7.5 Evolución y pronóstico

La anorexia tiene una evolución marcada por ciclos de recuperación y recaída, sin embargo su evolución rara vez dura menos de dos a tres años. La gravedad de la enfermedad es muy variable, desde algún episodio leve y transitorio hasta un cuadro grave, crónico y recidivante. El porcentaje de pacientes anoréxicas que se recuperan totalmente no es muy alto: sólo alrededor del 50% de los pacientes evolucionan hacia una total recuperación, el 20% quedan con problemas residuales y el 30% siguen un curso crónico (Treasure, 1997). Muchas pacientes, aunque mejoran, siguen presentando amenorrea parcial, alteraciones de la imagen corporal, conducta alimentaria anómala y otros problemas psiquiátricos como distimia, trastornos obsesivo-compulsivos, fobia social y abuso de sustancias.

En el caso de la bulimia, la evolución suele mostrar también remisiones y recaídas con tasas de recuperación del 40 al 70% después de 2 a 5 años de evolución de la enfermedad (Fichter, Quadflieg & Rief, 1992). En un estudio longitudinal (de seguimiento a 10 años), el 50% de los pacientes estaban totalmente recuperados, el 40% seguían presentando algunos síntomas y en el 10% persistía el cuadro (Collings & King, 1994).

La tasa de mortalidad de la anorexia es de 0.5 al 1% por año de observación, lo que supone una proporción 6 veces superior a la de la población normal y 12 veces la tasa de mortalidad de las mujeres jóvenes en la población general (Sullivan, 1995). La mortalidad se multiplica por 15 cuando el peso disminuye por debajo de 35 Kg. Las causas más frecuentes de muerte son infecciones, complicaciones gastrointestinales, y desnutrición extrema, además del suicidio (Herzog, Keller & Laviorie, 1992). En la bulimia, la mortalidad es probablemente más baja que en la anorexia, pero alrededor del 15% de los casos de bulimia tienen complicaciones médicas significativas y potencialmente mortales (Hall, Hoffman & Beresfor, 1989). En un estudio reciente, se estimó una tasa de mortalidad de 1.82% para anorexia en ocho años de seguimiento, excluyendo los casos de suicidio. De igual forma se otorga una tasa de 1.20 a las muertes por suicidio en pacientes con anorexia (Signorini, Filippo, Pánico, Caprio, Pasanisi & Contaldo, 2007).

1.8 Modelos descriptivos (teóricos y empíricos) de los TCA

Con el propósito de dar explicación al entramado causal de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), distintos autores han propuesto modelos que intentan describir la interacción entre las variables que intervienen en la génesis de estos trastornos. Un modelo es una abstracción de la realidad que sirve para ordenar y simplificar la apreciación de ella. Explica las características de un fenómeno incluyendo sus componentes y las relaciones entre ellos de manera lógica (Álvarez 2006). De acuerdo con Garner y Garfinkel (1980), los TCA son el resultado de una serie de factores que varían con cada paciente, pero que interactúan de tal forma que la causa y el efecto se identifican con dificultad. A continuación se describen algunos de los modelos etiológicos más importantes (teóricos y empíricos) que intentan describir el origen de los TCA.

1.8.1 Modelo Biopsicosocial

Con respecto a la etiología de los TCA, el modelo más conocido es el “biopsicosocial” descrito por Garner y Garfinkel (1980), autores que señalan que estos trastornos son el resultado de una serie de factores que actúan aditivamente y combinados de un modo específico para desencadenar una enfermedad. Este modelo, como su nombre lo indica, combina variables biológico-genéticas, psicológicas y sociales en una estructura causal que atribuye una etiología multideterminante a estos trastornos. De acuerdo con Strigel-Moore y Steiner-Adair (1997) el riesgo nace de la combinación de

factores asociados específicamente a los TCA y factores generales que están relacionados con otras patologías.

1.8.2 Modelo Funcional

Otra aproximación teórica a la descripción causal de estos trastornos es la propuesta por Garner y Garfinkel, (1980) y retomada por Toro y Villardel (1987), autores que explican su etiología desde una perspectiva funcional. Los factores que inciden en estos trastornos son de índole individual, biológico, familiar y sociocultural, y se clasifican en las siguientes tres categorías. En primer lugar se encuentran los factores predisponentes, que son aquellos que favorecen la disposición del individuo a presentar el trastorno, por ejemplo, obesidad infantil. En segundo lugar están los factores precipitantes, que son el detonante para que se presente el trastorno. Ejemplos de éstos son los estresores, las actitudes anormales con el peso y la figura, las dietas extremas y la pérdida de peso. En tercer lugar se encuentran los factores perpetuantes, que son aquellos que favorecen el mantenimiento de la enfermedad. Son ejemplos de éstos últimos, los atracones y purgas y las secuelas fisiológicas y psicológicas de los TCA.

A partir de lo anterior, se puede concluir que una persona es más vulnerable de padecer un trastorno de la conducta alimentaria cuando se presentan combinaciones específicas entre estos factores. La siguiente figura muestra algunos de estos factores que están en constante interacción y puede o no, que se presenten en un continuo causal.

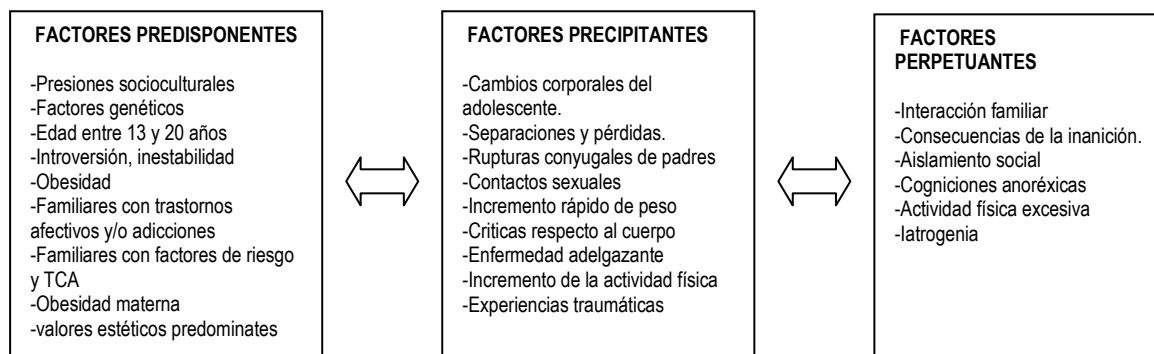


Figura 1.1 Esquema del Modelo Funcional

(Fuente: Toro y Villardel, 1987)

1.8.3 Modelo de Continuidad

Este modelo está basado en la teoría de continuidad referida por diversos autores (Álvarez, 2006; Garner, Olmsted, & Garfinkel, 1983; Nylander, 1971), en ésta se sitúan los principales síntomas de la anorexia a lo largo de un continuo de salud-enfermedad, en el cual la alimentación “normal” se ubica en el extremo saludable y el síndrome completo en el otro extremo (enfermedad). Por ende, en los puntos intermedios de este continuo se ubican los síntomas asociados a los TCA. Al realizar una comprobación empírica, Levine y Smolak (1990) encontraron que el continuo inicia con la dieta no patológica, continúa con un trastorno subclínico y culmina en un trastorno de la conducta alimentaria. Según estos autores, la insatisfacción con la imagen corporal es un factor central en el origen de los TCA. El aumento de peso o los cambios en las relaciones heterosexuales característicos de la etapa adolescente pueden relacionarse con la insatisfacción corporal y esto puede conducir a una dieta no patológica. Cuando estos dos eventos ocurren simultáneamente (insatisfacción corporal y dieta), aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno subclínico; mientras que para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria es necesario además, que coexistan una serie de factores adicionales como los sentimientos de ineficacia, estrés y complejo de supermujer.

El modelo postula que existen tres clases de eventos precipitantes: la influencia familiar, la influencia del grupo de amigos y la vulnerabilidad personal, los cuales determinan el inicio de una dieta patológica, de un trastorno alimentario subclínico o de un trastorno de la conducta alimentaria. La diferencia entre un trastorno subclínico y un trastorno clínico radica en la cantidad, cronicidad y severidad del mismo (APA, 1987).

1.8.4 Modelo de las Transiciones Evolutivas

El modelo de las transiciones evolutivas propuesto por Levine, Smolak y Hayden (1994), y Smolak y Levine (1994) hace hincapié en que las predisposiciones de la infancia se desarrollan y mantienen a causa de las bromas a cerca del peso y la silueta, así también por los modelos de referencia (familia y pares) y su constante preocupación por el peso. Llegando a la adolescencia, la organización, el significado y las consecuencias de los factores de riesgo se modifican conforme las jóvenes se ajustan a los cambios de su cuerpo, sus sentimientos, sus capacidades cognoscitivas, las expectativas del rol de género, las relaciones con amigos y familiares.

En este modelo se plantea que entre un 10% y 15% de las adolescentes desarrollaran trastornos de la conducta alimentaria francos o subclínicos, como una probable adaptación a las exigencias lógicas de esta etapa. Estos mínimos porcentajes de desordenes relacionados con la alimentación se producen como resultado de una transacción entre vulnerabilidades y cambios adolescentes, los cuales son reforzados por la presión social.

1.8.5 Modelo de Inicio de Dieta Restringida

En el modelo propuesto por Huon y su equipo de colaboradores (Huon & Stron, 1998; Huon, Hayne Gunewardene et al. 1999; Huon, Gunewardene, Hayne et al. 2002^a; Stornig & Huon, 1998) se fundamenta que la pérdida de peso a través de una dieta emerge de un contexto en el cual la persuasión para realizarla (directa o indirectamente) deriva de las influencias sociales, principalmente de los padres, compañeros y del medio.

De acuerdo con este modelo, la influencia social es el predictor más importante de la dieta. Esta influencia esta mediatizada por la vulnerabilidad y el acervo de habilidades sociales de cada persona. En resumen, este modelo plantea que a mayor influencia social ejercida por los padres y las amigas, mayor seguimiento de dieta restringida. Esta influencia es mayor cuando el sujeto presenta mayor vulnerabilidad (conformismo y menor sentido del yo) y niveles bajos de habilidades sociales (autoeficacia y asertividad). Cabe señalar que en este modelo, el nivel de habilidades juega un papel más importante que la vulnerabilidad, como determinante en la persuasión ante la influencia social.

1.8.6 Modelo del Camino Doble (MCD)

El modelo propuesto por Stice (1994; 2001) plantea dos vías a través de las cuales se puede llegar a las conductas bulímicas. En la primera de ellas se plantea que la insatisfacción corporal conduce a la restricción alimentaria. La realización de dietas con propósito de perder peso incrementa la vulnerabilidad ante las conductas de atracón y bulimia. La segunda vía se esquematiza a través del afecto negativo; la insatisfacción corporal asociada al afecto negativo conduce a las conductas bulímicas. Las conductas de atracón y purga disminuyen el afecto negativo, lo cual genera una sensación engañosa de bienestar.

En este modelo se brinda especial atención a las presiones socioculturales ejercidas por el entorno. Los mensajes perjudiciales reforzados por la familia y los pares contribuyen a la interiorización del ideal corporal delgado, lo cual genera insatisfacción con la propia imagen. Estos factores conducen al seguimiento de dieta restringida, que aunada al afecto negativo, representan los predictores más próximos a un TCA.

1.9 Modelos etiológicos propuestos en México

1.9.1 Modelo Alternativo al Camino Doble

En México se han desarrollado importantes modelos empíricos predictivos de TCA. Recientemente se probó un Modelo Alternativo (MA) al del Camino Doble (MCD) propuesto por Stice (1994; 2001) en estudiantes universitarios de ambos sexos (Gómez-Peresmitré, Pineda & Oviedo, 2008), con el propósito de explicar de manera integral las interrelaciones de los factores de riesgo asociados con conducta bulímica y probar el modelo de Stice en la cultura mexicana. Se construyeron 4 modelos; 2 en mujeres (MCD y MA) y 2 en hombres (MCD y MA), incluyendo las variables figura ideal, insatisfacción con la imagen corporal, dieta restringida, afecto negativo (depresión y estrés), conducta bulímica y sexo. Ambos modelos confirman la relación indirecta entre insatisfacción corporal y conducta bulímica, relación que se encuentra mediada por dieta restringida y/o afecto negativo. El ajuste estructural fue muy parecido al MCD (interrelaciones directas e indirectas entre los factores y la dirección de las mismas, así como el lugar antecedente y mediador de los factores), únicamente no se confirmó la relación entre dieta restringida y afecto negativo. Sin embargo, los resultados muestran que el Modelo Alternativo para mujeres mexicanas mejora la varianza explicada de conducta bulímica, cuando se agrega al factor afecto negativo la variable estrés, es entonces que aparece una fuerte asociación entre dieta y afecto negativo. Estas autoras concluyen que el Modelo Alternativo en mujeres mexicanas es el que explica mejor la conducta bulímica (mejor ajuste y relaciones más fuertes entre los factores).

1.9.2 Modelo predictivo de las Tres Vertientes.

Álvarez (2006) realizó una investigación probando tres modelos en distintas muestras (comunitaria, alto riesgo y clínica), de estas aproximaciones empíricas propone un modelo derivado de las concordancias de los anteriores. Entre los resultados más interesantes, esta autora confirmó la influencia de los

factores socioculturales en la insatisfacción corporal, en la preocupación por el peso y la comida y el atracón. También se confirmó que la insatisfacción es el principal predictor de la motivación para adelgazar, factor que conduce a la restricción alimentaria. Además, se encontró que la restricción alimentaria no conduce al atracón, pero sí a las conductas compensatorias. Por otra parte, se observó que la variable preocupación por la comida predice la conducta de atracón, y que a su vez, el atracón predice los sentimientos negativos posteriores al mismo. Álvarez (2006) esquematizó tres vertientes derivadas de su modelo: 1) Anoréxica compulsiva; que inicia en las influencias socioculturales, continúa hacia insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, restricción alimentaria y culmina en la práctica de conductas compensatorias. 2) Bulímica; que parte de la conexión entre restricción alimentaria y preocupación por la comida, y continúa hacia episodios de atracón, sentimientos negativos posteriores y conductas compensatorias. 3) Trastorno por atracón; la cual inicia en el factor sociocultural, continúa hacia el atracón y culmina en los sentimientos negativos posteriores.

1.9.3 Modelo predictivo de Dieta Restringida

El modelo propuesto por Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré (2004) identifica las variables que predicen el seguimiento de dieta restringida, puerta de entrada a los trastornos de la conducta alimentaria. Estas autoras determinaron que las variables que tienen mayor impacto sobre la dieta en mujeres púberes mexicanas son: influencia de la publicidad, preocupación por el peso y la comida, índice de masa corporal y malestar por la imagen corporal. La variable de mayor peso es influencia de la publicidad, ya que presentó efectos directos e indirectos sobre la dieta. La influencia de los medios de comunicación interactúa con las variables asociadas con imagen corporal tales como malestar, insatisfacción y percepción de la misma. En este modelo se sugiere que los anuncios que promueven la delgadez, así como las conversaciones acerca del peso, las dietas y control de obesidad, tienen gran influencia sobre la valoración de la propia imagen. Cuando esta autovaloración provoca incomodidad, insatisfacción y sobreestimación de la imagen, conduce directamente a la dieta restringida.

1.9.4 Modelo predictivo de Conductas Alimentarias de Riesgo.

Unikel (2003) plantea un modelo para predecir conducta alimentaria de riesgo en una muestra de mujeres mexicanas (comunitaria, con riesgo y clínica). En este modelo se destaca el efecto de las variables: actitudes y creencias hacia la obesidad, insatisfacción con la figura corporal y ánimo

deprimido. Además, se incluyeron variables asociadas con la presión social hacia la delgadez. El modelo propone que a través de la interacción de las variables asociadas a las presiones socioculturales tales como la crítica por parte de los padres asociada al índice de masa corporal, se incrementa la sintomatología depresiva y las actitudes y creencias hacia la obesidad en pro del ideal estético. La interacción entre estas variables favorece la insatisfacción corporal, variable que predice de mejor manera las conductas alimentarias de riesgo.

En términos generales, los modelos hasta aquí revisados confirman que la etiología de los TCA es multicausal. Además, todos se sustentan en la lógica del continuo que va desde la salud hacia la enfermedad. Por una parte, las propuestas teóricas coinciden en sustentar que además de los factores de riesgo asociados a los TCA, en el entrelazamiento causal intervienen algunos factores comunes en algunos otros trastornos, tales como experiencias traumáticas, crecimiento del adolescente, familias disfuncionales o aislamiento social. Cabe destacar que en estas propuestas no se distingue entre las entidades diagnósticas como anorexia, bulimia o TANE y que una limitante en la mayoría de ellos es que se trabaja con población normal o de riesgo y no con población clínica.

Por otra parte, los modelos empíricos tanto nacionales como internacionales, argumentan predicciones en función de los factores de riesgo asociados específicamente a los TCA que han sido ampliamente documentados, éstos coinciden en destacar la importancia de variables asociadas con imagen corporal tales como interiorización del ideal delgado, insatisfacción corporal, percepción y/o malestar con la imagen. Así también, se observan variables asociadas con conductas alimentarias anómalas como IMC, restricción alimentaria, atracón y conductas compensatorias. De igual forma se observan variables de naturaleza emocional como vulnerabilidad, motivación para adelgazar, creencias hacia la obesidad, funcionamiento psicológico global, autoestima, ansiedad o depresión. Por último, es importante destacar que tanto en los modelos teóricos como en los empíricos existe concordancia en resaltar la importancia del factor sociocultural en la génesis de estos trastornos. Algunos de los componentes que integran este factor son; influencia de la publicidad, de pares y de la familia, presión para adelgazar, modelo estético corporal dominante y ridiculización, entre otros.

CAPÍTULO DOS

PREVENCIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1 Prevención de la enfermedad

El concepto de prevención es derivado del latín *praevenir* que significa “anteceder, anticipar o impedir”. Este término ha tenido algunas modificaciones como producto de su integración en el ámbito de la salud. Sin embargo, la mayoría de las definiciones se ha enfocado en tres objetivos comunes: 1) evadir o impedir el desarrollo de trastornos psicológicos o conductas no saludables; 2) Proteger el estado saludable y el funcionamiento efectivo del individuo. 3) Promover un bienestar, reforzando la resiliencia y prediciendo los estresores inesperados (Bloom, 1996). En la actualidad, el objetivo de prevención es eliminar o mitigar las causas de cualquier patología echando mano del conocimiento disponible.

En relación a la naturaleza de la prevención, los múltiples objetivos se integran en dos categorías; los objetivos proximales, que están dirigidos a reducir el riesgo o incrementar la resiliencia y, los objetivos distales, que se dirigen a evitar o eliminar la aparición de la enfermedad (Cowen, 1997).

En la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1996) el término prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar las estrategias, para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. La prevención de la enfermedad puede incluir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad una vez establecida. En este caso se hace una distinción entre prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

La nomenclatura prevención primaria y prevención secundaria fue propuesta por la Commonwealth Found's Comisión on Chronic Illnes (Mrazek & Haggerty, 1994). Por su parte, Caplan (1964) esquematiza las estrategias de prevención en tres distintos niveles. De acuerdo a esta categorización, la prevención tiene como objetivos: 1. Prevención primaria: reducir la incidencia de cualquier tipo de trastornos mentales en toda comunidad. 2. Prevención secundaria: reducir la prevalencia o número de casos establecidos en la población de riesgo. 3. Prevención terciaria: reducir el daño o deterioro producto de cualquier enfermedad a través de programas terapéuticos.

En un intento por esclarecer y puntualizar las acciones de prevención en el área de salud mental, el Instituto de Medicina de E. U. (Mrazek & Haggerty, 1994), lanza una nueva propuesta argumentado que debido a la naturaleza de las acciones de prevención, el término prevención terciaria debe ser reconsiderado, ya que está más asociado con los objetivos de un tratamiento. Esta institución propone dividir el estatuto de prevención primaria en dos categorías diferenciadas. La primera de ellas es la prevención universal, la cual está dirigida al total de una población vulnerable. Este tipo de prevención reduce el gasto económico en materia de salud. La segunda categoría es la llamada prevención selectiva, en este nivel las acciones se dirigen a la población en riesgo (pero no sintomática). La prevención selectiva fue propuesta como un tipo de prevención primaria. Sin embargo, en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria, algunas veces se encuentra asociada a la prevención secundaria. La tercera categoría propuesta fue la prevención indicada, ésta se enfoca a la población de muy alto riesgo, que aun no presenta un cuadro sintomático completo, sin embargo puede presentar síntomas precursores de una enfermedad. Este tipo de prevención, de acuerdo a la propuesta de Caplan (1964), se clasifica como prevención secundaria. En la tabla 2.1 se exponen las dos categorizaciones propuestas para las acciones de prevención.

Tabla 2.1
Categorías de Prevención.

TIPOS DE PREVENCIÓN		
Población blanco:	Propuesta Caplan (1964)	Instituto de Medicina de EU (Mrazek & Haggerty, 1994)
Población general o grandes grupos de gente saludables.	Primaria	Universal
Grupos pequeños de individuos en riesgo (no sintomáticos).	Primaria	Selectiva
Grupos pequeños de individuos de muy alto riesgo con claros factores precursores de alguna enfermedad.	Secundaria	Indicada
Individuos diagnosticados con alguna enfermedad	Terciaria	Tratamiento.

Fuente: Levine y Smolak, 2006 (p.7).

Con base en la clasificación propuesta por el Instituto de Medicina de EU (Mrazek & Haggerty, 1994), y siguiendo los criterios de selección de las participantes en la presente investigación. Se concluye que el presente trabajo se enmarca en el rubro de prevención selectiva debido a que la prevención se dirigirá a grupos pequeños de individuos en riesgo (en el estudio piloto se seleccionaron a las adolescentes que reportaron haber realizado dieta restringida y en el estudio principal se incluyeron las participantes que eligieron como figura ideal una muy delgada).

2.2 Factores de riesgo

La identificación de los factores de riesgo ha contribuido al desarrollo del área de prevención, estos factores no tienden a operar en forma aislada o lineal, sino en un proceso dinámico en el cual las causas deben adquirir no solamente la condición de necesarias sino también de suficientes (Morales, 1999).

En el ámbito de prevención de la enfermedad, el término factor de riesgo incluye el nivel económico, social o biológico, la conducta y otros estados conocidos por estar asociados al aumento de la susceptibilidad a una enfermedad específica, a un estado de salud precario o a un accidente. Una vez identificado un factor de riesgo, este se puede modificar mediante el curso de una acción del tipo de un programa de intervención (OPS, 1996).

De acuerdo con autores mexicanos, los factores de riesgo son aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, en la medida que hacen más vulnerable al individuo, incrementan la probabilidad de enfermar y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

Por su parte, Lemos (1996) define riesgo como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado. Es importante señalar que los factores de riesgo guardan relaciones complejas con los trastornos clínicos, por lo que éstos están relacionados con diferentes factores de riesgo y no con uno sólo. Así el riesgo de desarrollar alguna alteración es el resultado de la interacción de predisposiciones personales y de factores de riesgo. La exposición a diversos factores de riesgo tiene efectos acumulativos: la probabilidad de enfermar es proporcional al número y severidad (duración y toxicidad) de los factores de riesgo.

Un factor de riesgo es una característica, experiencia o cualquier evento asociado a la probabilidad (riesgo) de incrementar un resultado en concreto, sobre los índices o resultados de una población general (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer & Oxford, 1997). Un factor de riesgo es, por definición, probabilístico y es considerado necesario pero no suficiente en el inicio de una enfermedad (Levine & Smolak, 2006).

2.3 Factores protectores y resiliencia

Los factores protectores son aquellos que disminuyen o modifican las respuestas de una persona ante señales de peligro que traen consigo resultados poco adaptativos. Estos factores se pueden categorizar en individuales, familiares y comunitarios (Rutter, 1985), e inciden en un individuo de distintas formas: disminuyen el grado de desadaptación, actúan sobre los factores de riesgo disminuyendo su efecto negativo, interrumpen la cadena mediadora a través de la cual opera el factor de riesgo o previenen la aparición del factor de riesgo en sí (Crago, Shisslak & Ruble, 2001).

De acuerdo con Crago, Shisslak y Ruble (2001), la resiliencia es la habilidad de enfrentarse o recuperarse ante situaciones adversas o estresantes. El que un individuo presente resiliencia o patología ante una situación estresante depende del balance entre el riesgo individual y ambiental y los factores protectores presentes en ese momento de la vida.

Los efectos de la resiliencia o los factores protectores disminuyen la probabilidad de desarrollar un trastorno e incrementan la probabilidad de estar saludable. La resiliencia, como el riesgo, no son estáticos, se encuentran en un proceso dinámico que opera interactuando con factores individuales y ambientales, de tal forma se insertan en los principios de prevención o promoción de la salud (Cowen, 1997).

El potencializar los factores de protección puede ser la estrategia más adecuada cuando resulta difícil identificar y/o eliminar los factores de riesgo. Algunos investigadores señalan que una misma variable puede ser clasificada como factor de riesgo o protector dependiendo del contexto en el que ocurre. Es decir, una variable puede fungir como factor protector en determinada situación o como factor de riesgo en otra (Rutter, 1987). Por su parte Kazdin et al. (1987) mencionan que los factores de protección se ubican en el extremo opuesto, pero en la misma dimensión, de los factores de riesgo. De esta forma un factor protector en un individuo, puede constituir un factor de riesgo para otro, dependiendo de la ubicación en el continuo dimensional. Cabe resaltar que la frecuencia y/o la magnitud con que se presentan determinados factores puede ser la diferencia para ser clasificada como factor de riesgo o factor protector. Como ejemplo se puede citar el caso de las horas dedicadas a la práctica de ejercicio que realiza una persona, si le dedica entre 30 y 60 min. al día, el ejercicio funciona como factor protector. Por el contrario, si el ejercicio es excesivo, ocupando gran parte del tiempo del individuo, entonces este se puede convertir en un factor de riesgo.

De acuerdo con Mrazek y Haggerty (1994) es importante integrar ambos tipos de factores (riesgo y protección) en los intentos de prevención de los trastornos mentales. Los resultados se observan de la siguiente manera: si se logra incrementar el número de los factores de protección individual, familiar y comunitarios, se incrementa la resiliencia, de esta manera se evita la aparición del trastorno.

2.4 Clasificación de los factores de riesgo asociados a los TCA

Es importante resaltar la diferencia entre trastorno de la conducta alimentaria y factor de riesgo; siguiendo a Gómez Peresmitré (2001), el primero tiene que cumplir con todos y cada uno de los criterios diagnósticos (síndrome) propuestos en los manuales estadísticos como el DSM-IV-TR y el CIE-10; mientras que el segundo implica la presencia de uno o varios de los síntomas (p. ej., dieta restringida, insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal, entre otros.) sin cumplir con todos los criterios (la presencia, intensidad y frecuencia de todos ellos).

Los factores de riesgo en el campo de los TCA se han clasificado desde diferentes perspectivas, Gómez Peresmitré (2001) los categoriza tomando en cuenta la naturaleza de las variables arrojadas a lo largo del proceso de investigación realizado en niños, púberes y adolescentes. En estas categorías se encuentran los factores de riesgo asociados con TCA que se describen a continuación:

1. Imagen corporal. Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal; alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación); preocupación por el peso y por la comida; actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa; figura real e ideal; peso deseado y atractivo corporal ligado a la delgadez.
2. Conducta alimentaria. 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 y consumo de productos "light".
3. La biología del cuerpo. Peso corporal; talla o estatura; IMC, sexo, madurez sexual precoz/tardía y/o amenorrea.

4. Conductas compensatorias. 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).

En la siguiente tabla (2.2) se sintetiza la clasificación de factores de riesgo y de protección propuesta por diversos autores (Crago, Shisslak & Ruble, 2001; Jacobi, Morris & de Zwaan 2004; Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer & Oxford, 1997; Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen & Kupfer, 1997; Stice, 2001; 2002).

Tabla 2.2
Clasificación de Factores de Riesgo

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO			
TÉRMINO:	DEFINICIÓN	RELACIONADO CON TCA	AUTOR
Correlato	Asociación estadísticamente significativa entre el factor y la enfermedad	Comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, abuso de sustancias), psicopatología (trastornos de personalidad). Psicopatología familiar, autoestima baja, autoconcepto negativo, ineficacia, eventos de vida adversos, obesidad infantil y TOC.	Jacobi, Morris & de Zwaan (2004); Kraemer et al. (1997)
Factor de riesgo	Asociación estadísticamente significativa y precedente entre el factor y la enfermedad	Dieta restringida, abuso sexual, perfeccionismo, impulsividad, depresión, presión social, actividad atlética y ejercicio.	Kazdin et al. (1997); Kraemer et al. (1997); Stice (2001; 2002)
Criterio o marcador fijo	Factor de riesgo que no cambia o no puede ser modificado	Complicaciones perinatales y en embarazo, género, pertenencia a una etnia, pubertad o edad de la menarca y factores genéticos.	Kazdin et al. 1997; Kraemer et al. 1997; Stice (2001; 2002)
Factor de riesgo variable	Factor de riesgo que puede ser manipulado o cambiar espontáneamente	Edad, peso, pica, problemas digestivos y problemas con la alimentación en la primera infancia.	Kazdin et al. 1997; Kraemer et al. 1997; Stice (2001; 2002)
Factor de riesgo causal	Factor de riesgo variable, su manipulación si cambia el riesgo (enfermedad)	Imagen corporal negativa, dieta restringida, preocupación por el peso.	Kazdin et al. 1997; Kraemer et al. 1997; Stice (2001; 2002)
Factores de riesgo mediadores	Factores de riesgo que intervienen indirectamente en el desarrollo de una patología	Género, edad, autoestima, estilo de afrontamiento, control de peso saludable, habilidades sociales.	Stice (2001; 2002).
Factores de riesgo moderadores	Factores de riesgo que se ha documentado su precedencia en el tiempo	Interiorización de un ideal corporal delgado, insatisfacción corporal, dieta, IMC y afecto negativo	Stice (2001; 2002).
Factores de protección	Variable que debilita los efectos de un factor de riesgo	Autoestima sana, deporte saludable, asertividad y habilidades para la vida como: habilidad para resolver problemas, habilidades sociales y actitud optimista.	Crago, Shisslak & Ruble, (2001); Stice, (2002).

2.5 Evidencia relacionada con los factores de riesgo de interés

En los apartados siguientes se documentó la evidencia relacionada con las variables de interés incluidas en el presente estudio. La mayoría de ellas están clasificadas como factores de riesgo causales o moderadores, debido a que se ha encontrado una estrecha relación entre estos factores, el nivel de riesgo y las patologías alimentarias (precedencia temporal). Así también, se presenta la evidencia relacionada con el factor nivel de habilidades sociales, que de acuerdo con algunos autores (Kazdin et al. 1987; Rutter, 1987) puede funcionar unas veces como factor de riesgo (niveles bajos) y otras veces como factor protector (niveles altos).

2.5.1 Deseo de una silueta delgada

De acuerdo con algunos autores (Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999), la interiorización de un ideal delgado incrementa el riesgo de desarrollar una patología alimentaria. Por su parte, en los estudios de Stice se ha encontrado que la interiorización de un ideal delgado predice el incremento de insatisfacción corporal, dieta y afecto negativo (Stice, 2001), el atracón y el inicio de bulimia (Stice & Agras, 1998).

En los estudios realizados en México, Gómez-Peresmitré (1999), documentó que el 94% de una muestra de preadolescentes mexicanas elige como una figura ideal una silueta muy delgada. Así también, al comparar muestras de diferentes grupos etáreos (prepúberes, púberes y adolescentes) de ambos sexos, se observó que entre las mujeres, el deseo de una figura delgada y muy delgada se incrementa en la medida que aumenta la edad, siendo la población adolescente la que reporta en mayor medida este ideal delgado (77%). Es importante señalar, que en la muestra de hombres se observó este fenómeno en dirección inversa, es decir, a menor edad mayor porcentaje de deseo de figura ideal delgada y muy delgada (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001). En ambos estudios se confirma que el deseo de una silueta delgada se ha vuelto una respuesta genérica entre las adolescentes mexicanas, su naturaleza sociocultural (delgadez altamente valorada) facilita la interiorización del deseo de delgadez desde edades muy tempranas.

De acuerdo con Stice (1998), la percepción de insatisfacción corporal y problemas alimentarios en un ambiente próximo, refuerzan la búsqueda de un ideal delgado. Esta variable parece ser una de las

precursoras en el continuo causal de TCA, además predice el incremento de insatisfacción con la propia imagen.

2.5.2 Insatisfacción con imagen corporal

Stice (2001) señala que la insatisfacción corporal es uno de los factores de riesgo mayor peso en los TCA. Aun más, la imagen corporal negativa se relaciona con otras dificultades psicosociales (Cash & Deagle, 1997). De acuerdo con Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted (1987), los predictores más importantes en el desarrollo de anorexia y bulimia son los índices de insatisfacción con el cuerpo y el deseo de estar delgada. Así también, existen autores que afirman que los factores socioculturales, biológicos e interpersonales, incrementan el riesgo de desarrollar insatisfacción corporal (Presnell & Stice, 2004).

Los estudios con muestras mexicanas reportan que en casi la mitad de las adolescentes (44%) reportan estar insatisfechas con su propia imagen (Gómez Pérez-Mitré, 1999) y es en las adolescentes en las que se encuentra mayor insatisfacción al compararlas con grupos de mujeres de edades más tempranas (Gómez-Peresmitré et al. 2001). Estos resultados llevaron a afirmar a las autoras antes citadas que niñas de edades tan tempranas (6 a 9) años, ya se encuentran enganchadas con el estereotipo que promueve el culto a la delgadez.

En otro estudio cuyo objetivo fue analizar los factores del EDI como predictores de sintomatología de TCA en una muestra mexicana (N=912 con una media de edad de 18.3) se encontró que los mejores predictores fueron “motivación para adelgazar, insatisfacción corporal y bulimia (Álvarez, Franco, Mancilla, Álvarez & López, 2000).

2.5.3 Dieta restringida

La asociación entre dieta y trastornos de la conducta alimentaria es probablemente la más citada en las teorías etiológicas de estos trastornos (Jacobi, 2005). De acuerdo con algunos autores, la dieta para el control de peso precede el desarrollo de los TCA (Herman & Polivy, 1980; Polivy & Herman, 1985, Striegel-Moore, Silverstein & Rodin, 1986). El riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos, es ocho veces mayor que el de los no dietantes (Hill, 1993). La evidencia de los estudios

longitudinales refiere que la dieta incrementa el riesgo de desarrollar atracones y bulimia (Polivy & Herman, 1985; Stice, 2001) y contribuye a mantener la conducta de atracón (Fairburn, 1997).

El seguimiento de dietas restringidas ha alcanzado el estatus de prácticas normativas. Realizar estas conductas conlleva una ganancia secundaria para las personas que la realizan, un reconocimiento social dirigido erróneamente a reforzar estas prácticas (Gómez-Peresmitré, Pineda, L'Esperance, Hernández, Platas & León, 2002). En el caso de México, se ha documentado que la mitad de los prepúberes, púberes y adolescentes han hecho dieta para bajar de peso. Las diferencias entre hombres y mujeres sólo se puede observar en los grupos de púberes y adolescentes, afectando más a las mujeres (Gómez Peresmitré, et. al., 2001). En otro estudio se encontró que el 23 % de una muestra de preadolescentes mexicanas ha realizado dieta restringida. Además, se reporta un punto crítico de riesgo en adolescentes mujeres de 11 años, quienes presentan los más altos porcentajes de factores de riesgo asociados con imagen corporal y seguimiento de dieta restringida (Gómez Peresmitré, 1999).

2.5.4 Preocupación por el peso y la comida

La preocupación por el peso y la comida, hace referencia a los sentimientos de culpa que surgen por la forma de comer, la lucha que se sostiene por no comer, así como las conductas que se siguen para no subir de peso y que en su conjunto contribuyen a exacerbar la conducta dietaria (Gómez Peresmitré et al. 2002; Polivy & Herman, 1985). Así también se ha confirmado que esta preocupación predice el desarrollo de desordenes alimentarios relacionados con bulimia y síndromes parciales (Jacobi, 2005).

En estudios mexicanos se encontró que más del 60% de una muestra de niños y niñas entre 6 y 9 años afirman que les preocupa su peso corporal. En una muestra de púberes (10 a 12 años) se encontró que más del 40% (ambos sexos) mencionan estar muy preocupados (mucho y demasiado) por su peso (Gómez Peresmitré et al. 2001). En otro estudio se refiere que a un 32% de preadolescentes mexicanas pertenecientes a una muestra no probabilística, les preocupa demasiado subir de peso aun cuando algunas de estas chicas son delgadas (Gómez Peresmitré, 1999). Cabe señalar que, con referencia a la preocupación con el peso corporal, algunos autores señalan que es una de las variables de más alto riesgo y que más directamente podría conducir a un TCA (Brownell & Rodin, 1994; Fallon, Katzman & Wooley, 1994).

2.5.5 Conducta alimentaria compulsiva

La variable conducta alimentaria compulsiva, de acuerdo con la clasificación de Gómez-Peresmitré (2001), está considerada como uno de los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria. En la revisión documental también se le encuentra como atracón o sobreingesta.

Polivy y Herman (1985), relacionan la sobrealimentación o atracón con la dieta restringida. Señalan que un dietante frecuente está inmerso en una especie de círculo cerrado en donde la privación de alimento por un periodo de tiempo, conduce al hecho de que al reiniciar la ingestión normal se genere una sobrealimentación (comer todo lo que no se ha podido comer durante el periodo de privación). Este ciclo conlleva sentimientos de culpa (en personas que quieren ser delgadas) y conduce nuevamente a la restricción alimentaria. Este círculo es generado por una falla en la detección de señales de hambre y saciedad, fenómeno que mantiene y perpetúa el trastorno de la conducta alimentaria. Apoyando lo anterior, un estudio realizado con adolescentes mexicanos (hombres y mujeres) detectó una relación entre seguimiento de dieta y conducta alimentaria compulsiva. Los adolescentes que reportaron hacer dieta frecuentemente y siempre, habían tenido problemas de conducta alimentaria compulsiva. En forma inversa, cuando nunca habían hecho dieta no se presentó la problemática de comer compulsivo (Gómez-Peresmitré et al. 2002).

Álvarez, Franco, Vázquez, Escarria, Haro y Mancilla (2003), en un estudio realizado con una muestra de adolescentes mexicanos de ambos sexos, encontraron que casi la tercera parte de la muestra exhibió sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria: patrones alimentarios estereotipados, sintomatología bulímica, sobreingesta, motivación para adelgazar, preocupación por la comida, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y sintomatología anoréxica, siendo los cuatro últimos considerablemente mayores en la mujeres y la sobreingesta en los varones.

2.5.6 Habilidades sociales

Desde inicios de los 80s, distintos autores coincidieron al señalar que previamente al trastorno de la conducta alimentaria, los pacientes presentan problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el

ámbito escolar, laboral y social (Garner & Bemis, 1982; Mizes, 1989; Slade, 1982). Así también, se señala que existen factores predisponentes para la anorexia tales como; dificultad para expresar con palabras afectos, emociones y deseos, necesidad de aprobación externa para mantener la autoestima y desarrollar autonomía (Toro & Villardel, 1987), indicadores todos éstos, de una latente dificultad en el ámbito de las habilidades sociales.

Beresin (1988), afirma que una mayor asertividad en pacientes con TCA es un factor con buen pronóstico en la recuperación. Al respecto, Levine y Piran (1999) realizaron una revisión de programas de prevención concluyendo que el 85% de las intervenciones que incluyeron habilidades para la vida resultaron eficaces, en contraste con aquellos programas que no incluyeron este componente y que mostraron menor eficacia (56%).

En México, se documentó la relación entre las variables habilidades sociales y seguimiento de dieta restringida en una muestra de mujeres estudiantes de secundaria con un rango de edad entre 12 y 15 años. La dirección indica que a mayor problemática en habilidades sociales mayor seguimiento de dieta restringida y mayor preocupación por el peso y la comida. Además, al comparar grupos extremos, se encontró que el grupo con nivel bajo de habilidades presentó mayor seguimiento de dieta restringida que el grupo de habilidades sociales altas (León, Gómez-Peresmitré & Platas, 2001).

Por su parte, Rios y Osorio (2001) realizaron un estudio con mujeres universitarias del Distrito Federal (N=360) en el cual se sugiere que la ausencia de habilidades sociales, específicamente las que se refieren al manejo de emociones y estrés, incrementan la influencia de una imagen corporal negativa y conductas alimentarias anómalas.

Con base en la evidencia asociada a la variable habilidades sociales, se puede concluir que los déficits en estas habilidades pueden ser clasificados como factores de riesgo moderadores en TCA. Sin embargo, la evidencia también sugiere que esta variable puede fungir como un factor de protección en el desarrollo de estos trastornos.

2.6 Prevención en el ámbito de los TCA

La característica que define a un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria es que reduce síntomas presentes y futuros en el proceso de estas patologías o decrementa índices

clínicos al compararlo con un grupo control. La reducción de síntomas iniciales es clínicamente importante, ya que tales índices están asociados a la debilitación funcional (Lewinsohn, Strigel-Moore & Seeley, 2000; Patton, Selzer, Coofey, Carlin, & Wolfe, 1999).

En lo que se refiere a prevención primaria, es decir al conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad, por lo general actuando sobre los factores de riesgo, las principales estrategias han sido de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos: a) información a la población general y en particular a la población de riesgo b) identificación de grupos de riesgo para intensificar las medidas; c) estrategias dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta; d) intervenciones sobre los estereotipos culturales y el negocio del adelgazamiento y la belleza (García-Camba, 2001).

Stice y Shaw (2004) clasifican los programas de prevención de TCA en tres distintas generaciones. La primera generación fue de carácter psicoeducativo, en estos programas se brindaba información acerca de los efectos adversos bajo el supuesto de que esta información ayudaría a disuadir a los participantes a no involucrarse en comportamientos perjudiciales que daban inicio al trastorno. Estas intervenciones fueron de carácter universal pues estaban dirigidos a la población adolescente en su totalidad.

La segunda generación estuvo basada, de forma similar, en un aspecto didáctico de carácter universal, en estas intervenciones se incluyeron componentes dirigidos a resistir las presiones socioculturales hacia la delgadez y a promover medidas de control de peso saludable. Estas estrategias argumentaban que la presión sociocultural juega un papel importante en la etiología de estos trastornos, propiciando las dietas restringidas y las conductas compensatorias como medidas de control de peso.

En la tercera generación se incluyen los programas de prevención selectiva, que se caracterizan por estar dirigidos a aquellos individuos que se encuentren en alto riesgo. En estas intervenciones se implementan técnicas interactivas enfocadas en los factores de riesgo predictores de TCA (p.ej., la insatisfacción corporal, seguimiento de dieta restringida, entre otras).

Los primeros esfuerzos para integrar los resultados de las estrategias de prevención de trastornos de la conducta alimentaria obtuvieron resultados poco alentadores (Austin, 2000; Mussell, Binford & Fulkerson, 2000). Estas conclusiones pueden atribuirse a la incapacidad de los programas para

cumplir los objetivos de prevención. Además, se observó que los resultados se evaluaron a través de variables conductuales. Sin embargo, se puede destacar que la mayoría de los estudios mostraron un incremento de los conocimientos; no obstante, casi ninguno pudo demostrar un cambio en las conductas alimentarias como producto de la intervención.

En el 2001, Levine y Piran publican una revisión sistemática de 22 estudios (entre 1990 y 2001) seleccionados bajo el criterio de incluir diseño experimental o cuasi-experimental y medidas seguimiento (mínimo 1 mes). En esta revisión se concluye que aunque los intentos de prevención no se enfocan en medir la adquisición de conocimientos, es notable que este fenómeno se presenta y perdura en el tiempo. Así también, se reporta el cambio actitudinal en más de la mitad de los programas (53%) y cambios de conducta en dirección positiva en el 20% de los mismos. Sin embargo, los cambios actitudinales y conductuales no permanecen a largo plazo. Estos autores señalan la importancia de dirigir los esfuerzos de prevención a los componentes ambientales o ecológicos.

Entre el 2002 y 2003 se realizan tres estudios que analizan sistemáticamente los esfuerzos en el área de prevención de TCA. En el primero de ellos se revisaron 59 estudios, de éstos se concluye que el 71% mostró una mejora cuando se evaluó actitud positiva, 51% mostraron incremento de conductas positivas y un 36% mostraron mejoras en los conocimientos. Además, se concluye que en el 75% de las intervenciones se cubrieron los objetivos de investigación total o parcialmente (Fingeret, 2002). En la segunda revisión sistemática, Pratt y Woolfenden (2002) encontraron 1,379 estudios relacionados con la prevención de TCA. Sin embargo el rigor con que seleccionaron los estudios sólo les permitió considerar 8 estudios de los cuales encontraron que sólo dos de ellos mostraron reducción en la interiorización o aceptación de ideales sociales referentes a la apariencia en las mediciones a largo plazo. Estos autores concluyen que la evidencia es insuficiente para afirmar que el impacto de los programas de prevención de TCA en niños y adolescentes sea positivo. En el tercer estudio (Ruiz Lázaro, 2003), se reportaron 15 programas de prevención realizados en España. En esta revisión se observa que existe una gran variedad en las estrategias, técnicas, métodos y formatos de los programas de prevención, así como a la población a la cual están dirigidas. Sin embargo, lo más relevante es que las investigaciones más recientes incorporan un mayor rigor metodológico (se consideran grupos control, instrumentos de medición validos y confiables, y diseños longitudinales).

En el 2004 aparecen dos documentos muy importantes en el ámbito de prevención de los TCA (Cororve, 2004; Stice & Shaw, 2004). Ambos documentos consisten en revisiones meta-analíticas acerca de los programas de prevención en TCA. Un meta-análisis es un estudio basado en la

integración estructurada y sistémica de la información obtenida en diferentes ensayos clínicos aleatorizados para entender las variaciones (muestra, intervención y diseño, entre otros) en el tamaño del efecto, según los criterios propuestos por Cohen (1988).

En la investigación llevada cabo por Stice y Shaw (2004) se analizaron 51 estudios (publicados y no publicados) que cumplieron con los criterios de inclusión. Se obtuvieron tamaños del efecto, de leve a moderado, en las medidas a corto y largo plazo en las variables; incremento en los conocimientos, interiorización del ideal delgado, dieta, insatisfacción corporal, afecto negativo y patología alimentaria, detectando los mejores indicadores del pretest al posttest. Así también se afirma que más de la mitad de las intervenciones (53%) producen reducciones significativas en los factores de riesgo asociados a los TCA, y una cuarta parte (25%) disminuye la sintomatología alimentaria.

En el análisis presentado por Cororve (2004) se incluyeron 46 estudios de prevención de TCA. Las variables de interés fueron, aumento en el conocimiento de las temáticas, interiorización del ideal delgado, dieta, insatisfacción corporal, afecto negativo, autoestima y sintomatología alimentaria. Los resultados reflejan que los mejores efectos se producen en el incremento de conocimientos (al igual que en el estudio de Stice & Shaw, 2004), se observan tamaños del efecto pequeños en las variables interiorización del ideal delgado, insatisfacción corporal y dieta en las medidas a corto y largo plazo. La variable afecto negativo no mostró efectos significativos y la variable autoestima presentó resultados inconsistentes.

Un año después, Taylor (2005) publica otra revisión de 13 estudios de prevención de TCA (realizados entre los años 2002 y 2004) en distintos niveles escolares. Éstos fueron seleccionados por incluir a un grupo control y medidas seguimiento. En este estudio se encontró que los programas de prevención selectiva reducen los factores de riesgo potenciales en mujeres adolescentes mayores. Por otra parte, los programas universales promueven la regulación de peso saludable, no practicar dietas dañinas y analizan el riesgo de factores de riesgo socioculturales asociados con imagen corporal. Esta autora concluye que los resultados son modestos e inconsistentes y que los programas de prevención no producen los efectos esperados.

Recientemente Stice, Shaw y Marti (2007) publicaron una nueva revisión meta-analítica en la que se identificaron 66 estudios de prevención de TCA (entre 1980 y 2006). Se analizó el tamaño del efecto para las variables índice de masa corporal, interiorización de un ideal delgado, insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo y patología alimentaria. Entre los resultados más importantes se detectó que

poco más de la mitad de las intervenciones (51%) disminuye los factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria y más de una cuarta parte de los programas (29%) reduce la patología alimentaria.

2.7 Prevención de TCA en México

En nuestro país, esta área de investigación es muy reciente. Un primer acercamiento se llevó a cabo mediante un programa que implementaba técnicas lúdico-informativas (Gómez Pérez-Mitré 2000). Los resultados de esta investigación fueron poco alentadores. Aportando, sin embargo, información relevante, por ejemplo, la necesidad de adecuar exhaustivamente el lenguaje operativo cuando la población blanco está representada por niños de los primeros años de la enseñanza básica.

Tiempo después y con base en los estudios revisados en el apartado anterior, las intervenciones en el campo de la prevención de TCA incluyeron componentes más complejos y eficaces. Tomando como referencia el éxito de las técnicas cognitivo-conductuales en tratamiento y prevención, se contemplaron estrategias para reestructurar formas negativas del pensamiento asociadas a la imagen corporal y a las conductas alimentarias de riesgo. La primera aproximación fue la puesta en marcha de un programa basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva, que se apoya en la psicología positiva e incorpora técnica cognitivo conductuales. Entre los propósitos principales de esta investigación se encuentran la promoción de la aceptación corporal y autoconcepto adecuado, así como la disminución de factores de riesgo mediante técnicas participativas. En resumen, los resultados muestran que la disonancia cognoscitiva aplicada a la prevención de TCA resulta eficaz en la reducción (estadísticamente significativa) del ideal de delgadez (García & Téllez; 2004; Matus & Monroy, 2003; Pineda, 2006; Pineda & Gómez-Peresmitré, 2006), insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida (Hernández, López & Partida, 2004; Pineda, 2006), seguimiento de dieta restringida y conducta alimentaria compulsiva (Matus & Monroy, 2003; Pineda, 2006; Pineda & Gómez-Peresmitré, 2006). Los efectos a mediano y largo plazo se presentan en las variables figura ideal (García & Téllez; Pineda, 2006; Pineda & Gómez-Peresmitré, 2006), insatisfacción con la imagen corporal (Pineda, 2006), preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva (Matus & Monroy, 2003) y seguimiento de dieta restringida (Pineda & Gómez-Peresmitré, 2006).

En un segundo enfoque de prevención se implementaron técnicas cognitivas acompañadas de estrategias que contribuyen a empoderar (desarrollando factores de protección) a las adolescentes mexicanas en riesgo de padecer un TCA. Una de las estrategias utilizadas fue el análisis de publicidad televisiva con el propósito de desarrollar una actitud crítica hacia los medios de comunicación. Los resultados preliminares sugieren que este programa disminuye la insatisfacción con la imagen corporal a corto plazo (Paredes & Sánchez, 2007; Rodríguez & Gómez-Peresmitré, 2007) y preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva a mediano plazo (Rodríguez & Gómez-Peresmitré, 2007). La otra estrategia se basa en el entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Los resultados preliminares de esta investigación señalan que el EHS es eficaz en la reducción (estadísticamente significativa) de la variable preocupación por el peso y la comida (González, 2005; Rodríguez, 2006) así como en el incremento de habilidades sociales (Rodríguez, 2006) en las medidas a corto plazo. Cabe señalar que los resultados finales de esta estrategia pertenecen al presente proyecto.

Así también, desde hace algunos años se continúa probando una técnica innovadora como lo es la Realidad Virtual (RV) dirigida específicamente a problemas relacionados con la imagen corporal (Gómez-Peresmitré 2003; 2005). Este enfoque tiene como metas: establecer y reformular, un IMC sano y reconstruir una imagen corporal real, estableciendo actitudes positivas hacia una imagen corporal sana, aceptación de la diversidad de cuerpos, así como una actitud favorable hacia la alimentación saludable. Los resultados preliminares del uso de la RV acompañado de componentes del EHS (Arriaga, 2006; Olvera & Mercado; 2007; Ortiz, 2007); o de la formación de audiencia críticas (García, Angel & Tovar, 2007), muestran que se disminuye el ideal corporal delgado, la insatisfacción con la imagen corporal (Arriaga, 2006; García, Angel & Tovar, 2007; Olvera & Mercado; 2007; Ortiz, 2007) alteración de la imagen corporal (Arriaga, 2006; Olvera & Mercado; 2007) y autopercepción de la propia imagen (Arriaga, 2006).

Por otra parte, se conocen los resultados de un programa de prevención universal que se enfoca en promover hábitos alimentarios e imagen corporal saludables en adolescentes (ambos sexos) estudiantes de secundaria. Los resultados de este estudio no muestran resultados estadísticamente significativos sobre los factores de riesgo; dieta restringida e insatisfacción de la imagen corporal. Sin embargo se observa que se eliminó el riesgo de los participantes con respecto a las variables insatisfacción con la imagen corporal (ambos sexos) y seguimiento de dieta (hombres). Así también se encontró una relación (estadísticamente significativa) que indica que “entre menor consumo calórico mayor seguimiento de dieta restringida” (Pinet, 2007).

Cabe señalar que las anteriores medidas de prevención se implementaron en el ámbito escolar y principalmente en adolescentes mujeres estudiantes de nivel secundaria. De acuerdo con García-Camba (2001), las escuelas continúan siendo un ámbito importante donde se puede detectar a quienes corren más riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. La tarea consiste en diseñar un programa que haga uso de las virtudes de los anteriores, pero que incluya elementos adicionales a fin de cambiar las actitudes y conductas que a la larga se mantienen, así como reducir el riesgo ya sea suprimiendo los factores que lo provocan o logrando que el individuo sea invulnerable a ellas.

En la presente investigación se probara el efecto de dos programas de prevención basados en dos distintas estrategias de segunda (técnica psicoeducativa) y tercera generación (entrenamiento en habilidades sociales) que fueron diseñados en base a la revisión documental. Los temas fueron elegidos con base en aquellos programas de prevención de TCA que reportan los mejores resultados (Fingeret, 2002; Levine & Piran, 2001; Pineda, 2006; Ruiz Lázaro, 2003; Stice & Shaw, 2004; Taylor 2005). Sin embargo, el contenido de los talleres (dinámicas y materiales) fueron elaborados con el propósito de que se ajustaran a población mexicana (ver Apéndice 5).

2.8 Componentes asociados al efecto de los programas de prevención.

2.8.1 Nivel de riesgo de los participantes

El riesgo de los participantes determina la eficacia de las intervenciones. Se ha documentado que la prevención universal (dirigida a población general) produce menores efectos cuando se compara con las estrategias de prevención selectiva (que están dirigidas a población en riesgo). La prevención universal únicamente mostró efectos en el aumento de conocimientos relacionados con los temas que promueven la regulación de peso saludable, las consecuencias de las dietas y el riesgo de factores de riesgo culturales y sociales asociados a imagen corporal (Taylor, 2005). En los estudios de Stice et al. (2004; 2007) se sugiere que las participantes que presentan un riesgo mayor se encuentran más motivadas para captar los contenidos de las intervenciones, lo cual produce mayores beneficios.

2.8.2 Sexo de los participantes

Indudablemente las mujeres representan una población de mayor riesgo que los hombres. Por tal motivo, se espera que los programas de prevención presenten mejores resultados en muestras de mujeres. Stice et al. (2004; 2007) señalan que los resultados de los programas preventivos dirigidos a los hombres pueden verse contaminados por el efecto suelo, que dificulta detectar el impacto de las intervenciones. Sin embargo Raich, Sánchez-Carracedo, López, Portell y Fauquet (2007), resaltan el hecho de que el incremento de los TCA entre los hombres y su innegable participación en el ámbito social (que puede contribuir a perpetuar las conductas insanas) justifica su inclusión en los programas de prevención.

2.8.3 Edad de los participantes

Los estudios prospectivos confirman que la sintomatología alimentaria aparece con más frecuencia entre los 15 y 19 años. Stice et al. (2004; 2007) sugieren implementar los programas en este rango de edad, argumentando que se tiene más capacidad de “insight o concientización” que en la adolescencia temprana. En edades anteriores, se obtienen puntuaciones más bajas en los instrumentos de medición, lo que puede atenuar el poder estadístico y el efecto de la intervención (efecto suelo). Por su parte, Smolak, Levine y Schermer (1998) señalan que puede ser demasiado tarde intervenir después de los 15 años, ya que la mayoría de las veces, las adolescentes más jóvenes ya presentan factores de riesgo. Apoyando lo anterior, la presencia de los factores de riesgo asociados a imagen corporal y conductas restringidas se han confirmado en población mexicana, mostrando el punto pico de riesgo alrededor de los 11 años (Gómez Peresmitré, 1999). De lo anterior se puede concluir que la edad es un factor muy importante en las estrategias de intervención a seguir en la prevención de TCA.

2.8.4 Formato de los programas de prevención

Los programas interactivos resultan más eficaces que los programas didácticos. Los antecedentes de prevención en TCA sugieren que los programas de primera generación (formato didáctico o psicoeducativo) no mostraron resultados alentadores, ya que no producen cambios conductuales. Los programas interactivos muestran mejores efectos debido a que facilitan el aprendizaje de los materiales

utilizados, los conceptos y las habilidades. Además, se implementan dinámicas que contribuyen al cambio de actitudes y comportamientos (Stice & Shaw, 2004; Stice, Shaw & Marti, 2007).

2.8.5 Número de sesiones

Las investigaciones antecedentes confirman que las intervenciones breves de una sola sesión resultan insuficientes para producir cambios actitudinales y comportamentales. En los estudios meta-analíticos de Stice et al. (2004; 2007) se concluye que los programas multi-sesiones producen los mejores efectos. Los participantes tienen oportunidad de reflexionar a cerca de las temáticas entre una sesión y otra, facilitando la interiorización de la información. Además, el tiempo entre las sesiones brinda la oportunidad de practicar las habilidades adquiridas, consultar su efectividad con el grupo y corregir los errores.

2.8.6 Contenido de los programas

El contenido de los programas debe estar en función de los objetivos. Las intervenciones dirigidas a los factores de riesgo tales como presión social hacia la delgadez, interiorización de un ideal delgado, insatisfacción corporal, autoestima, manejo saludable del peso, entre otros, producen mejores efectos que aquellas intervenciones dirigidas a impactar en factores de riesgo no establecidos. De acuerdo con Stice et al. (2004; 2007), los programas cognitivo conductuales dirigidos a modificar las actitudes mal adaptativas como la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo (dietas y atracones) producen los resultados más prometedores. Estos mismos autores sugieren que el contenido de los programas parece ser menos importante que el formato y la el nivel de riesgo de la población blanco.

2.8.7 Instrumentos de evaluación

En los estudios antecedentes se ha detectado que el hecho de utilizar instrumentos que no han sido validados generalmente resulta en la subestimación del efecto de las intervenciones. En los estudios de Stice et al. (2004; 2007) se comprobó que las investigaciones que utilizaron instrumentos validos y confiables muestran los mejores efectos a largo plazo en comparación a los estudios que no utilizaron este tipo de instrumentos.

2.8.8 Consideraciones adicionales en los programas de prevención.

De acuerdo con Raich, Sánchez-Carracedo, López, Portell y Fauquet (2007), las estrategias de prevención deben estar basados en un modelo etiológico claramente definido. Así también, se sugiere que los programas deben ser aplicados por un experto en el ámbito de los TCA, ya que el instruir a los profesores o al personal académico puede influir en el efecto de las intervenciones. Por último se sugiere extender las estrategias de prevención a los ambientes sociales y/o ecológicos tales como la familia, los pares y los medios de comunicación, de esta forma se pueden producir mejores resultados (Levine & Piran, 2001).

CAPÍTULO TRES

HABILIDADES SOCIALES

3.1 Antecedentes históricos de las habilidades sociales

Caballo (1993) llevó a cabo una revisión histórica del movimiento de las habilidades sociales señalando que éste tiene sus raíces en los trabajos relacionados con la conducta social en niños. Por su parte, Curran (1985) señala que diversos escritos de teóricos neofreudianos favorecieron un modelo más interpersonal del desarrollo, particularmente relacionado con el tema de las habilidades sociales (p. ej., Sullivan, 1953). Sin embargo, en el estudio científico y sistemático del tema se identificaron tres fuentes principales.

La primera, considerada la más importante, se apoya en el trabajo de Salter en 1949 denominado “Terapia de Reflejos Condicionados”. Más tarde Wolpe y Lazarus (1966) dieron nuevos impulsos a esta línea de investigación. Por su parte, Alberti y Emmons (1970) publican el primer libro dedicado exclusivamente al tema de la asertividad “Estas en tu perfecto derecho”.

Una segunda fuente se constituye con los trabajos de Zigler y Phillips (1961; 1962) que se refieren a la “competencia social”. Esta área de investigación con adultos institucionalizados mostró que cuanto mayor es la competencia social previa de pacientes psiquiátricos, menor es la duración de la estancia y más baja la tasa de recaídas. Es decir, mientras más habilidades sociales se posean, menos vulnerabilidad de padecer algún trastorno y más fácil su recuperación.

La tercera fuente del movimiento de las habilidades sociales tiene sus raíces en Inglaterra con el concepto de “habilidad” aplicado a las interacciones hombre-máquina, la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información (Argyle, 1967; 1969). Aunque en las tres fuentes existe una gran convergencia en los temas, métodos y conclusiones, también existen algunas diferencias.

Como se puede constatar, el concepto de “habilidades sociales” tiene distintas connotaciones. En un primer momento, Salter empleo el término “expresión excitatoria”, que más tarde Wolpe sustituiría por el de “conducta asertiva”. Posteriormente, surgieron algunos otros conceptos tales como “libertad emocional”, “efectividad personal” y “competencia personal”. Es hasta mediados de los años setenta

cuando el término de “habilidades sociales” empezó a tomar fuerza como sustituto de “conducta asertiva”. Durante bastante tiempo se utilizaron de forma intercambiable ambos términos. Además, hay que tener en cuenta que con los términos “entrenamiento asertivo” y “entrenamiento en habilidades sociales” se designa prácticamente el mismo conjunto de elementos de tratamiento y el mismo grupo de categorías a entrenar (Caballo, 1993).

También se han utilizado con cierta frecuencia los términos “habilidades sociales” y “competencia social” para referirse al mismo concepto. Sin embargo, parece ser que últimamente se les ha intentado separar para designar aspectos diferentes del campo de las habilidades sociales. En la presente investigación se utilizó el término “habilidades sociales” para referirnos al conjunto de habilidades entre las cuales se incluye asertividad. Sin embargo, se respetó el concepto que utiliza cada autor, resaltando que al utilizar “habilidades sociales” o “asertividad” nos referimos al mismo concepto.

3.2 Definición de habilidades sociales / asertividad

Joseph Wolpe, introduce por primera vez el concepto de conducta asertiva en 1958, mencionando que es la expresión adecuada de cualquier emoción diferente de la ansiedad, poniendo énfasis en la ansiedad condicionada. Por su parte, Alberti y Emmons (1970) definen asertividad como la conducta que permite a una persona actuar de acuerdo a sus intereses, promueve la igualdad en las relaciones humanas, permite defender opiniones sin sentir culpa, expresar sentimientos con honestidad y comodidad para ejercer los derechos individuales sin transgredir los de los otros, defenderse a sí mismo sin ansiedad, resaltando que “es un punto de equilibrio de justa valoración entre la pasividad y la agresividad”.

Diez años más tarde, Rimm y Masters (1980) afirman que la conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos. Por lo tanto la asertividad es entendida como la habilidad para expresar sentimientos y preferencias, sin incomodar a otros. Es la habilidad para ejercer derechos sin violar los derechos de los demás.

Tiempo después Caballo (1993), define la conducta socialmente habilidosa como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, mediante las cuales expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y resolviendo los problemas inmediatos.

Flores (1994), menciona que las definiciones se han centrado en las formas de comunicación referentes a la intimidad, la expresión de los derechos, los efectos de la autoafirmación en el medio ambiente y las clases de respuesta específicas ante determinadas situaciones, tomando en cuenta que los seres humanos tienen derecho a expresarse, sin olvidar el respeto hacia el otro individuo. Sin embargo, las consecuencias del comportamiento deben ser satisfactorias para ambos miembros de la interacción, por lo que concluye que “la asertividad es la capacidad de ser autoafirmativo”.

Como se puede constatar, a la hora de definir la conducta socialmente habilidosa se encuentran algunos inconvenientes. La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, sin embargo, los patrones de comunicación varían entre culturas e incluso dentro de una misma cultura. Intervienen factores como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además, el grado de efectividad mostrado por una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en la que se encuentre. La conducta considerada apropiada en una situación puede ser, obviamente, inapropiada en otra. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognoscitivas y un estilo único de interacción (Wilkinson & Canter, 1982). De igual forma, no puede haber una manera correcta de comportarse que sea universal, sino una serie de enfoques diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo. Así, dos personas pueden comportarse de un modo totalmente distinto en una misma situación, o la misma persona actuar de manera diferente en dos situaciones similares. Para algunos autores la conducta socialmente habilidosa debería definirse en términos de efectividad de su función en una situación y no en términos de su topografía (Argyle, 1981, 1984; Kelly, 1982; Linehan, 1984).

La probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad está determinada por factores ambientales, factores individuales y la interacción entre ambos. Por consiguiente, una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: una dimensión conductual (tipo de habilidad), la dimensión personal (las variables cognoscitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental).

3.3 Categorización de las habilidades sociales

Lazarus (1973) fue uno de los primeros en establecer, desde la perspectiva clínica, las principales clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarcan las habilidades sociales / aserción:

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.126).

Las clases de respuesta que se han propuesto posteriormente, y ya desde un punto de vista empírico han girado alrededor de estos cuatro tipos de respuesta. Las dimensiones conductuales más generalmente aceptadas son las que sugiere Caballo (1993):

1. Hacer cumplidos.
2. Aceptar cumplidos.
3. Hacer peticiones.
4. Expresar amor, agrado y afecto.
5. Iniciar y mantener conversaciones
6. Defender los propios derechos.
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 (pp. 8-9).

3.4 Modelos teóricos de las habilidades sociales

Roth (1986) señala que existen en la actualidad dos enfoques generales en el estudio de las habilidades sociales: el enfoque cognoscitivo y el enfoque conductual. Ambos han servido de sustento para la formulación de diferentes modelos-guías en la investigación de esta área. En el presente apartado se revisarán brevemente el modelo de los scripts y el modelo del aprendizaje social vinculados con el enfoque cognoscitivo. Los modelos etológico y molecular dentro de la perspectiva conductista. También se abordarán modelos explicativos de la falta de habilidades sociales y de asertividad. Así como un modelo para la conceptualización de los programas de habilidades para la vida en el ámbito de los TCA.

3.4.1 Modelos teóricos basados en aproximaciones cognoscitivas

3.4.1.1 Modelo de los Scripts

En el modelo de los Scripts o Etogénico (Harre, 1977), se propone que parte de nuestro conocimiento está organizado alrededor de una infinidad de situaciones estereotípicas que implican actividades rutinarias. Se argumenta que a través de experiencias tanto directas como vicarias, cada persona adquiere centenares de estereotipos culturales. Se utiliza el término “script” para referir un estereotipo fijado en la memoria. Los scripts suponen roles, objetos, condiciones, secuencias de acción y resultados o consecuencias de ejecutar acciones.

En este modelo se afirma que una habilidad implica el procesamiento de la información almacenada en la estructura de la memoria de la persona. Esta información toma la forma de scripts y queda disponible cuando la persona se expone a las condiciones propicias para la emisión de la habilidad.

3.4.1.2 Modelo del Aprendizaje Social

Apoyado en las formulaciones del aprendizaje social, Mischel (1973) contribuyó con cinco sugerencias para el entendimiento del proceso interactivo. En primer lugar, se hace hincapié en el hecho de que los individuos adquieren información relevante a través del aprendizaje vicario y es mediante este proceso como adquiere la organización conductual mediante el procesamiento de información. El observador construye selectivamente su realidad y este proceso es eminentemente cognoscitivo.

En segundo lugar se resaltan los constructos personales y las estrategias de codificación como variables que influyen sobre la respuesta del individuo, su atención y su interpretación de la situación social. Es en función de estas variables que el sujeto reacciona diferenciando las condiciones externas e integra la información a los esquemas existentes, lo que puede determinar un estilo de comportamiento.

En tercer lugar, el autor señala la importancia de la variable “expectativa”. Las expectativas determinan la selección de las conductas de entre muchas posibilidades disponibles para una situación determinada. En general, las expectativas se forman sobre las consecuencias.

Un cuarto aspecto se refiere a los valores subjetivos. La emisión de la conducta puede depender del juicio valorativo del individuo. Por último, el autor señala 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.

En suma, la aproximación cognoscitiva de los modelos teóricos que describen las habilidades sociales, insiste en que el componente motor no es el más importante. Trower (1982) señala, dos aspectos que podrían constituirse en común denominador de ésta aproximación:

Primero, las habilidades sociales son componentes conductuales normativos, acciones simples (miradas, emisiones verbales, etc.,) o secuencias de elementos o representaciones que la gente utiliza en la interacción social. Tales componentes son aprendidos por experiencia u observación, retenidos por la memoria en forma simbólica y posteriormente sujetos a evocación para la construcción de episodios.

Segundo, las habilidades sociales refieren un proceso de generación de conducta hábil dirigida hacia metas. El individuo monitorea conscientemente la situación inmediata y su conducta, lo que le permite modificar su ejecución a través de una continua retroalimentación externa y de un criterio interno.

3.4.2 Modelos basados en aproximaciones conductuales

Desde esta perspectiva, se tienden a destacar los componentes conductuales de la interacción y a pasar por alto aquellas variables intermedias (cognoscitivas) a las que se atribuye un carácter causal del comportamiento hábil. Las habilidades son consideradas un conjunto de respuestas objetivas integradas por una variable contextual o situacional.

3.4.2.1 Modelo Etológico

Este modelo, propuesto por Boice (1982), se apoya en los sofisticados sistemas de medida de la interacción social (secuencias conductuales y registros temporales) en escenarios naturales. Se destaca el hecho de que la llamada “psicología causativa” ha descuidado la observación directa. La

interacción que interesa a los estudiosos del comportamiento hábil es fundamentalmente sincrónica, es decir, la coincidencia entre la conducta verbal y la conducta motora; por ejemplo, las miradas y los cambios de intensidad y fluidez verbal, deben coincidir con las pausas y silencios.

El modelo etológico se interesa por los modelos conductuales de la interacción al reconocer la importancia de la observación del comportamiento en forma directa y natural. Sin embargo, la habilidad social tiende a ser interpretada a la manera de un patrón rígido, como el ritual del apareamiento de las aves, atribuyéndole a su origen un estatus biogenésico.

3.4.2.2 Modelo Molecular

Este modelo se interesa en unidades conductuales observables, específicas y muy concretas, cuya totalidad estructurada integra una destreza particular (McFall, 1982). Estas unidades se conocen con el nombre de componentes y pueden variar dependiendo de las situaciones y el contexto social. Algunos ejemplos son; el contacto visual, el tono de voz y la tasa de conversación, entre otras.

Según este modelo, las habilidades sociales constituyen un atributo conductual de la situación específica de una persona y no de la persona en sí misma. No es que la persona posea una cierta cantidad de habilidades sociales, sino que se comporta más o menos hábilmente en una situación y en un tiempo particular.

La definición de habilidades sociales desde el modelo molecular requiere del desarrollo de una taxonomía que permita la clasificación de conductas y situaciones que distingan la naturaleza interactiva del fenómeno. La definición requerirá también de un exhaustivo análisis de los componentes con el fin de lograr una aceptable validez de contenido, deben ser observables y operacionales.

3.4.3 Modelos explicativos de la falta de habilidades sociales

3.4.3.1 Modelo de déficit de habilidades sociales

Este modelo plantea que los déficits se deben a la falta de aprendizaje de los componentes motores verbales y no verbales, necesarios para lograr un comportamiento social competente (Curran, 1977).

Estas personas usan respuestas inadecuadas porque no las ha aprendido o lo han hecho inadecuadamente (carecen de repertorio conductual). El entrenamiento dirigido a la adquisición de conducta social es el enfoque terapéutico que corresponde a este modelo, ya que está orientado a enseñar las habilidades sociales conductuales requeridas mediante los procedimientos de ensayo conductual, modelado, retroalimentación y refuerzo social.

3.4.3.2 Modelo de inhibición por ansiedad

El modelo de inhibición de respuesta (retomado de los trabajos de Wolpe, 1958) plantea que la persona tiene las habilidades necesarias en su repertorio, pero que están inhibidas o distorsionadas por ansiedad condicionada a las situaciones sociales. En este tipo de intervención, las técnicas estarían dirigidas específicamente a la reducción de la ansiedad, siendo las más características la desensibilización sistemática, las técnicas de relajación y el entrenamiento asertivo.

3.4.4 Modelo para la conceptualización de los programas de habilidades para la vida

Crago, Shisslak y Ruble (2001) proponen un modelo de conceptualización de los programas de habilidades para la vida en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria que se sustenta en el modelo bioecológico propuesto por Bronfenbrenner y Ceci (1994). En dicho modelo se resalta la importancia de los procesos proximales entre la persona y el ambiente. La interacción entre las características genéticas, rasgos (inteligencia, temperamento, habilidad atlética, tipo corporal) y los factores ambientales (relación con la familia, ámbito escolar, participación en actividades comunitarias y círculo de amistades). El conocimiento de estos procesos y los efectos en la salud deben integrarse en modelos de investigación para una mejor comprensión del fenómeno.

Estos autores sugieren que los factores genéticos no garantizan el buen funcionamiento social. Por tal motivo, los programas enfocados en desarrollar habilidades para la vida funcionan como factores de protección y reducen el riesgo asociado a las situaciones estresantes, lo cual conlleva efectos positivos a la salud.

En relación con los trastornos de la conducta alimentaria, se ha documentado la importancia del factor sociocultural en la génesis de estos padecimientos; desde la influencia familiar, los maestros y los

pares, hasta el efecto de los medios de comunicación. Por tal motivo, se sugiere que los programas de prevención no sólo se dirijan a incidir en los factores individuales. Por el contrario, dirigir las estrategias a nivel ambiental, identificar y potencializar los factores de protección pueden mostrar resultados alentadores. Desarrollar habilidades para mejorar la interacción familiar, las relaciones con los profesores y los amigos. Incluso, desarrollar habilidades para hacer frente a los mensajes mediáticos y a la presión social que promueve el culto a la delgadez son objetivos esenciales de acuerdo con este modelo.

En resumen, los modelos teóricos revisados al inicio de este apartado (cognitivos y conductuales) parecen insuficientes al intentar dar una explicación de las habilidades sociales. Sólo consideran unidades de análisis o variables que sólo tienen cabida ya sea en el enfoque cognitivo o en el enfoque conductual exclusivamente, sin considerar la complejidad del concepto de habilidades sociales y el proceso de aprendizaje social que involucra el desarrollo de dichas habilidades. Por otra parte, los modelos que explican déficits de las mismas ponen de manifiesto la necesidad de considerar tanto las habilidades no aprendidas como las inhibidas por ansiedad. Si bien en cierto que es importante identificar el origen del déficit, también resulta importante incluir un repertorio de técnicas que conjunten o rebasen estos dos enfoques en los programas de entrenamiento en habilidades sociales.

Con respecto al modelo de conceptualización de los programas de habilidades para la vida, se destaca el hecho de considerar al individuo en interacción con el medio, y el estudio tanto de los factores de riesgo como de los factores de protección en el entorno social y en el proceso salud-enfermedad. Además de que este último modelo resulta de especial interés debido a que brinda una aproximación teórica del modelo bioecológico aplicado a los trastornos de la conducta alimentaria.

3.5 Entrenamiento en Habilidades Sociales/Asertividad (EHS)

Una aplicación de la terapia conductual es el “entrenamiento asertivo”. Este se define como un conjunto de técnicas conductuales orientadas a la mejora de las interacciones sociales. Inicialmente fue una aplicación del condicionamiento pavloviano a los trastornos neuróticos y luego se extendió a las relaciones interpersonales, pero fue hasta los años /0s cuando tuvo su mayor reconocimiento. Se considera a Lazarus (1971) y Wolpe (1969) como impulsores del entrenamiento asertivo. Para Wolpe, la meta del entrenamiento asertivo es eliminar la ansiedad que el sujeto siente frente a situaciones sociales y adquirir conductas adaptativas que le permitan una mejor relación con los demás.

McFall postula que las conductas asertivas adecuadas están ausentes del repertorio porque no han sido aprendidas. Por tanto, el tratamiento consistirá en que el cliente aprenda a emitir esas conductas en situaciones específicas. Si tal aprendizaje es eficaz, las conductas desadaptativas deberían ser eliminadas automáticamente (Gismero, 1996).

Rimm y Masters (1980) mencionan que el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico enfocado en incrementar la capacidad del cliente para adoptar esa conducta de manera socialmente aceptada. Implica algo más que el suministro de instrucción y práctica en la expresión espontánea de sentimientos. Kelly (1987), señala que dado que el entrenamiento exige que el cliente practique y repase activamente nuevas respuestas ante las situaciones problemáticas, éste se ve implicado activa y directamente en el tratamiento, en lugar de ser un receptor pasivo de los consejos e interpretaciones terapéuticas.

El entrenamiento asertivo o también llamado entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1993), 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. Este autor menciona que lo que impide a una persona tener habilidades sociales es que no las ha aprendido, se autodevalúa, constantemente está temeroso de las consecuencias, la ansiedad condicionada le impide actuar adecuadamente, tienen una falta de motivación, no sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que una respuesta es efectiva, no conoce sus derechos y se encuentra con obstáculos ambientales que no la dejan expresar.

La evidencia de las diferentes teorías del aprendizaje, y la posibilidad de modificar el comportamiento, lograron en un primer momento la aceptación del EHS como un vehículo para la rehabilitación de pacientes con trastornos de conducta debidos al déficit o inexistencia de ciertas habilidades. Posteriormente, dicho entrenamiento fue también apreciado como una opción para la prevención primaria o secundaria (Roth, 1986).

El EHS se encuentra entre las técnicas más eficaces 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 inicios como “entrenamiento asertivo”, la esfera de

acción de este movimiento se ha extendido hasta ser considerado una de las estrategias de intervención más utilizadas dentro del marco de los servicios de salud mental (Caballo, 1993).

Caballo (1993), considera cuatro elementos de forma estructurada para el EHS.

1. *Entrenamiento en habilidades.* 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.* Ésta se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta adaptativa que es incompatible con la respuesta de ansiedad. Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación y/o la desensibilización sistemática.

3. *Reestructuración cognoscitiva.* Se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Con frecuencia, esta reestructuración tiene lugar de forma indirecta, es decir, la adquisición de nuevas conductas modifica, a más largo plazo, las cogniciones del sujeto. La incorporación de elementos cognoscitivos al EHS es algo habitual en la aplicación de ésta técnica.

4. *Entrenamiento en solución de problemas.* Se enseña al sujeto a percibir correctamente los “valores” de las situaciones problemáticas para generar respuestas potenciales, a seleccionar una respuesta y a enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal. (p. 183).

El formato básico del EHS que recomienda Caballo (1993) es identificar con ayuda del paciente, las áreas específicas en las que éste tiene dificultades. La delimitación del problema es importante debido a que el éxito del tratamiento depende, hasta cierto punto, de la clase de conducta problema. El paso siguiente consiste en analizar por qué el individuo no se comporta de forma socialmente adecuada. Se señalan algunos factores que podrían impedir a una persona comportarse de forma socialmente habilidosa (p. ej., déficits en habilidades, ansiedad condicionada, cogniciones desadaptativas, entre otras). La especificación de los factores implicados en la conducta desadaptativa facilitará el camino para el empleo de los distintos procedimientos del EHS.

La aplicación del EHS en grupo tiene grandes ventajas, ya que ofrece una situación social establecida en la que los participantes que reciben el entrenamiento pueden participar con diferentes tipos de personas para proporcionar un mayor grado de retroalimentación. El número recomendado de participantes es de 8 a 12. Generalmente, las sesiones tienen lugar una vez a la semana, y se recomiendan de 8 a 12 sesiones. La duración de cada sesión va desde los 30 minutos hasta 2:30 horas (Caballo, 1993).

Roth (1986) menciona que la relevancia que puede tener el desarrollo de investigaciones que arrojen luz sobre la competencia social, puede advertirse a través de tres aspectos generales: a) el esclarecimiento de las relaciones existentes entre la deficiencia de destrezas sociales particulares y los trastornos conductuales más comúnmente observados; b) el desarrollo de tecnologías aplicables en ambientes no profesionales, con el consiguiente análisis teórico-metodológico, y c) el establecimiento de las condiciones para el desarrollo de nexos sólidos entre la competencia social y la prevención primaria, secundaria, o ambas, de los trastornos conductuales.

Por su parte, Carboles (1988) señala que es frecuente considerar los déficits en habilidades sociales como un elemento concurrente, cuando no causal, en problemas tan variados como las simples fobias, los problemas sexuales o de relación de pareja, las depresiones, los problemas de agresividad o delincuencia, la drogadicción o los trastornos esquizofrénicos, por poner tan sólo algunos ejemplos.

La evaluación de la conducta asertiva utiliza una amplia gama de procedimientos, los más utilizados son: entrevista conductual, auto-observación con auto-registros, heteroevaluación (evaluación del sujeto por parte de otras personas conocidas, p. ej. compañeros, pareja, etc.), observación en ambiente natural o en situaciones de rol-playing, registros psicofisiológicos e instrumentos de autoinforme (Gismero 1996).

3.6 Trastornos de la conducta alimentaria y habilidades sociales

¿Por qué plantear una posible relación entre trastornos de la conducta alimentaria y falta de conducta asertiva o déficits en habilidades sociales?

Las primeras descripciones de las mujeres anoréxicas no solían mencionar expresamente la falta de aserción en sus relaciones interpersonales. Sin embargo si aludían a elementos tales como falta de autoestima, dificultades para acceder a su autonomía, poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, aislamiento social, dificultad para expresar sus sentimientos, dependencia, búsqueda de aprobación externa, inseguridad, dificultad para expresar sus ambiciones y deseos, entre otras (Gismero 1996).

Morey y Kurtz (1995), revisaron 32 estudios publicados desde 1980 buscando datos que pudiera aportar el MMPI sobre mujeres anoréxicas, bulímicas y obesas. Encontraron que el perfil de las anoréxicas sugería personas con autoestima pobre, afecto depresivo y retirada de los contactos sociales. Además, las anoréxicas mostraban mayor introversión social que las bulímicas.

Entre los resultados de otro estudio, Hayaki, Friedman y Brownell (2002) encontraron que expresar emociones se relaciona inversamente con la insatisfacción corporal en una muestra de mujeres normales. A menor expresión de emociones, mayor insatisfacción corporal.

Por su parte, Godart et al. (2004) mencionan que aunque la severidad de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria varía de paciente a paciente, la vida social de los mismos es severamente afectada. Esta problemática aparece durante una fase crítica del desarrollo que es la adolescencia, afectando las redes sociales con los amigos, la familia y la escuela. McFall, Eason, Edmondson y Treat (1999), sugieren que la sintomatología alimentaria puede funcionar como una respuesta compensatoria que disminuye el afecto negativo generado por las respuestas desadaptativas ante ciertas situaciones interpersonales.

Holleran, Pascale y Fraley (1988), encuentran correlaciones bajas, pero significativas y negativas entre un test de bulimia y un cuestionario de aserción (Assertion Inventory). Más aún, las puntuaciones bajas en aserción permitían identificar aquellos estudiantes con altas puntuaciones en el test de bulimia. En otro estudio, Mizes (1989) documentó que las bulímicas muestran más cogniciones inhibitorias de conductas asertivas que las chicas normales.

Williams, Chamove y Millar (1990), compararon un grupo de TCA (anorexia y bulimia) con tres grupos controles: pacientes psiquiátricos, mujeres que hacían dieta y personas que no hacían dieta. Encontraron que la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria presentaba correlaciones altas con aserción. Comparando los grupos entre sí, el grupo con TCA presentaba puntuaciones

menores en asertividad al compararlo con los demás grupos. Tiempo después, este grupo de investigadores (Williams et al. 1993) compararon grupos de sujetos con anorexia, bulimia, obesos que hacían dieta, no obesos con dieta y normales. Sus resultados señalan que tanto los anoréxicos como bulímicos reportaban significativamente mayor control externo, menor aserción, menor autoestima y más hostilidad autodirigida que los tres grupo de comparación.

De igual forma, Gismero (1996) comparó grupos de anoréxicas y bulímicas con grupos de sujetos que practicaban dieta, que asistían a psicoterapia y un grupo control. Encontró que el grupo de anoréxicas se diferencia significativamente del grupo control y el de dieta en algunas conductas asertivas. Más aun, en el grupo de anorexia se reportan déficits en habilidades sociales que lo distinguen significativamente de las mujeres que no padecen este trastorno, incluso de las mujeres que hacen régimen para adelgazar.

En un estudio realizado por Hawkin y Clement (1980), se encontró una relación entre presencia de atracones y déficits asertivos en una muestra subclínica de estudiantes universitarios. En otro estudio con muestras de pacientes con problemas alimentarios, población en riesgo y sujetos normales se confirmó que existe menor asertividad en el grupo con trastorno al compararlo con el grupo de sujetos normales, el grupo con riesgo se ubica a la mitad de estos dos grupos (Behar, Manzo & Casanova, 2006). Es este último estudio, se confirma la falta de asertividad como rasgo significativo en pacientes con TCA, fenómeno que puede perpetuar la patología. Además, se considera que la baja aserción es un factor predictivo en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

En distintas investigaciones se ha demostrado que las mujeres que presentan patrones alimentarios anormales reportan mayor estrés en situaciones interpersonales, menor competencia social, estilos inadecuados de afrontamiento y resolución de problemas (Grilo, Shiffman & Carter-Campbell, 1994; Koff & Sangani, 1997; Rorty, Yager, Buckwalter & Rossotto, 1999). Congruente con lo anterior, las estrategias de tratamiento interpersonal y cognoscitivo conductual incorporan resolución de problemas y componentes del entrenamiento en habilidades sociales (Apple, 1999; Fairburn, 1997).

Calvo, Delgado, Rodríguez-Vega y Santo-Domingo (1987), investigaron la evolución de 27 pacientes anoréxicas, con seguimiento de uno, tres y cinco años, a las que se les aplicó tratamiento farmacológico y conductual. Uno de los objetivos de este tratamiento era el incremento de la autonomía personal (habilidades sociales y entrenamiento asertivo). Entre sus resultados reportaron que 92.5% de

sus pacientes mostraron una recuperación del aislamiento social: establecieron amistades y relaciones significativas.

En México existen pocos estudios que documenten la relación entre el déficit en habilidades sociales y las problemáticas asociadas a los TCA. Álvarez, Franco, Mancilla y Vázquez (2002) compararon un grupo con sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria y un grupo control (N=259 mujeres mexicanas con una media de edad de 18.5). Encontraron que el factor “Desconfianza interpersonal”, que tiene que ver con identificar y expresar sentimientos y relacionarse con otros, es característico del grupo con sintomatología bulímica y lo diferencia significativamente de los sujetos controles.

CAPÍTULO CUATRO

PROPUESTA DE MODELO DE PREVENCIÓN DE TCA BASADO EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

4.1 Fundamentos para el Modelo Teórico-Práctico de Prevención en TCA

De acuerdo con diversos autores, la necesidad de sustentar los programas de prevención en un modelo etiológico es de vital importancia para el éxito de los mismos (López-Guimerá, 2004; Raich, Sánchez-Carracedo, López. Guimerá, Portell & Fauquet, 2007). En el presente proyecto se realiza la propuesta de un modelo teórico-práctico de prevención basado en tres propuestas fundamentales; 1) el proceso progresivo de salud-enfermedad, 2) tres de los modelos etiológicos de TCA antes expuestos (del continuo, del camino doble y del inicio de dieta restringida), y 3) el modelo bioecológico aplicado a los programas de habilidades para la vida en el ámbito de prevención de TCA y el modelo de los Scripts.

En primera instancia se retoma la conceptualización de continuidad en el proceso salud-enfermedad. El deterioro progresivo que se alcanza hasta llegar a la enfermedad también sirve como base para describir la génesis de los TCA, la ubicación de los factores de riesgo y por último, la instauración de la patología.

De acuerdo con San Martín (1992), la salud y la enfermedad son dos grados extremos en la variación biológica, entre estos existen estados intermedios que tienen que ver con el éxito o fracaso del sujeto para adaptarse a las condiciones ambientales. Con base en este proceso, en el presente modelo se ubicarán las variables de estudio y se explicará su función en los distintos procesos degenerativos de la enfermedad. Específicamente, se señalan tres momentos intermedios con el propósito de identificar el nivel de riesgo y el impacto de los programas de prevención.

En referencia a los modelos que explican la etiología de los TCA se retomó el modelo del camino doble propuesto por Stice (1994; 2001) y el modelo del continuo probado por Levine y Smolak (1990). Con base en el modelo del camino doble, en el presente estudio se seleccionaron las variables (asociadas a los TCA) que ya han sido probadas empíricamente, y se planteó un camino similar al que propone Stice por la vía de la dieta hasta el establecimiento de la patología bulímica. Este camino inicia en la insatisfacción corporal, producto de la influencias socioculturales, que conduce a la restricción

alimentaria y culmina en las conductas de atracón. Además, este modelo tiene la ventaja de estar probado en población mexicana y tener un ajuste estructural mejorado (Gómez-Peresmitré, Pineda & Oviedo, 2008).

El modelo de continuidad propuesto por Levine y Smolak (1990) aportó el elemento esencial, ya que esquematiza en el extremo saludable a la alimentación normal y al síndrome completo en el otro extremo del continuo. Entre ambos extremos se ubicaron tres momentos progresivos hacia el TCA de acuerdo al nivel de riesgo (en la propuesta derivada de este estudio) y se resalta el efecto aditivo de los factores de riesgo. Cabe señalar que con base en el modelo del continuo en el que se consideran los cambios de la etapa adolescente intrínsecos en la génesis de estos trastornos, en el presente estudio se trabajó con una muestra de adolescentes mujeres por ser una población vulnerable.

El modelo de los Scripts (Harre, 1977), señala que nuestro conocimiento está organizado en función de los estereotipos culturales. De tal forma, en el modelo propuesto en la presente investigación, se infiere que estos estereotipos (cultura de la delgadez) influyen en todo el proceso ya que son producto del entorno sociocultural. Así también, se incorpora el antecedente del modelo de inicio de dieta propuesto por Huon y su equipo de trabajo (1998; 1999; 2002^a), en el cual se plantea que la influencia social ejercida por padres y coetáneos predice el inicio de esta conducta, en este se destaca que el nivel de habilidades sociales ejerce un papel importantísimo en la vulnerabilidad ante esta presión social hacia la delgadez.

Siguiendo la lógica del modelo propuesto en la presente investigación, se infiere que la población en riesgo de desarrollar un TCA ha interiorizado el estereotipo de delgadez, el cual está siendo promovido por el entorno, es entonces cuando se involucran los procesos proximales entre la persona y el ambiente y se brinda atención al modelo de conceptualización de los programas de habilidades para la vida en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria (Crago, Shisslak y Ruble; 2001). En este modelo se resalta la interacción de variables individuales y ambientales, y se sugiere intervenir en los factores de riesgo y en los factores de protección que pueden pertenecer a estos dos ámbitos. Desarrollar habilidades para mejorar la interacción familiar, las relaciones con los profesores y los amigos, desarrollar habilidades para hacer frente a los mensajes mediáticos y a la presión social que promueve el culto a la delgadez, son objetivos esenciales que de acuerdo con estos autores, representan en sí, el desarrollo de factores de protección.

El nivel de riesgo determina las medidas de prevención a seguir, motivo por el cual en la presente investigación se propuso implementar dos programas de prevención selectiva de TCA: uno basado en el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y otro en técnicas psicoeducativas, con el propósito de disminuir factores de riesgo asociados a los TCA y contribuir al desarrollo de factores de protección. Además, los resultados de esta investigación permitirán observar en que momento del continuo resultan eficaces ambos programas, y proporcionarán el sustento teórico-empírico a dicho modelo.

La propuesta del modelo de prevención de TCA basado en el EHS (ver figura 4.1) esquematiza que en el inicio del proceso de deterioro de salud (primer momento), se ubican las variables asociadas con imagen corporal (deseo de una silueta delgada e insatisfacción corporal), las cuales conducen (segundo momento) a desarrollar conductas alimentarias de riesgo (dieta restringida o conductas alimentarias compulsivas), que acompañadas de otros factores de riesgo tales como el afecto negativo, los conflictos característicos de la etapa adolescente y en las interacciones interpersonales, contribuyen al desarrollo de trastornos subclínicos y culminan en un trastorno de la conducta alimentaria (tercer momento). Cabe señalar que la presión social hacia la delgadez está presente durante todo el proceso.

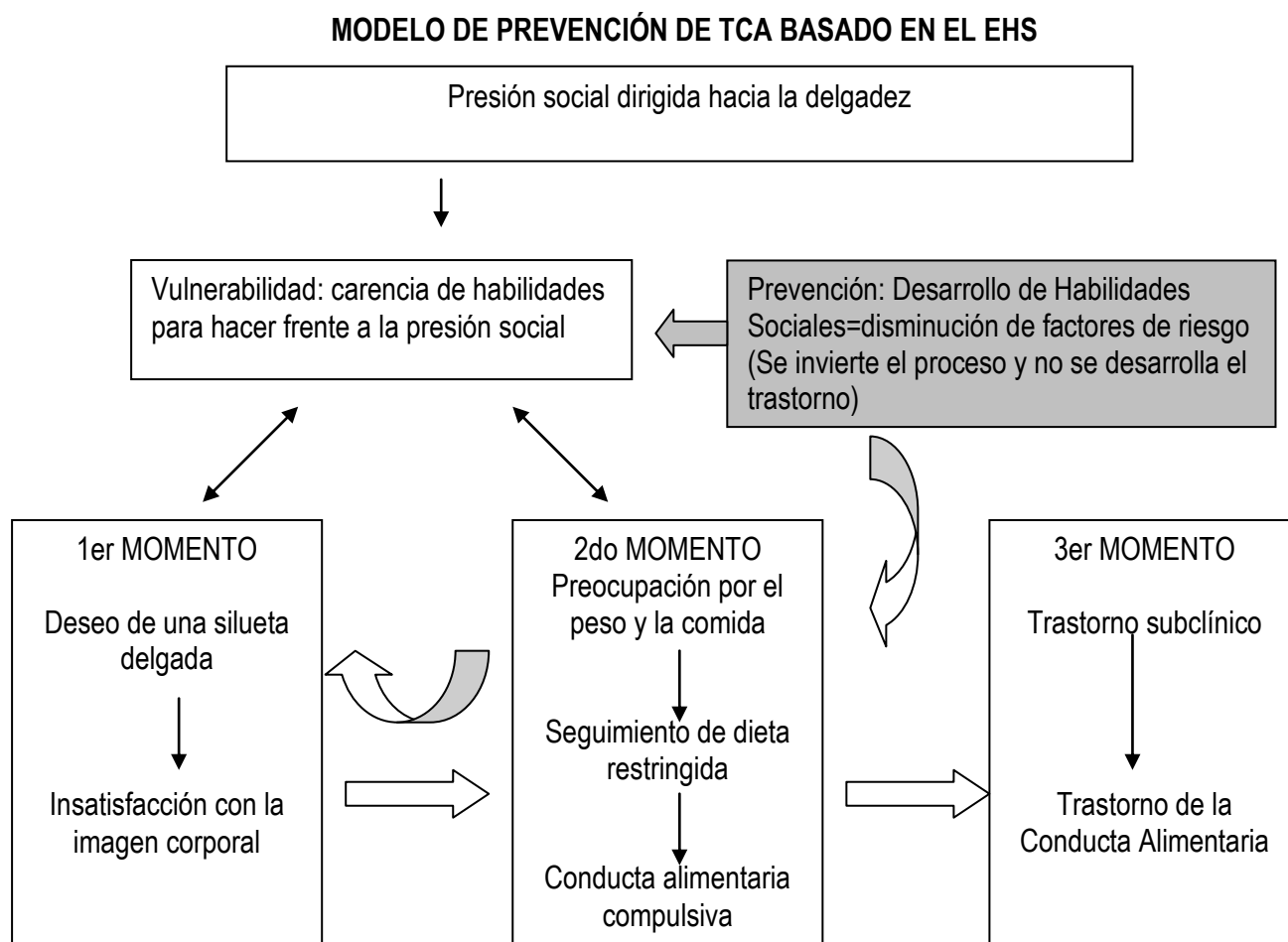


Figura 4.1 Modelo de Prevención de TCA basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales

Fue necesario diseñar 3 estudios para llevar a cabo el presente investigación. En el primero de ellos se adaptó la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva EPCA (Gismero, 1996) en población mexicana. En el segundo, se sometieron a estudio piloto dos programas de prevención de factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria; el primero de ellos estuvo basado en técnicas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y el segundo en técnicas de información psicoeducativa. En el tercer y último estudio, se evaluaron y compararon los dos programas de prevención y se determinó cual tiene mayor eficacia en la eliminación o disminución de factores de riesgo asociados a TCA a corto y largo plazo. En los capítulos siguientes se describe cada uno de los estudios.

CAPÍTULO CINCO

ESTUDIO UNO

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA PLURIDIMENSIONAL DE CONDUCTA ASERTIVA (EPCA) EN POBLACIÓN MEXICANA

RESUMEN

El primer estudio, que tuvo como objetivo adaptar la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva EPCA (Gismero, 1996) en población mexicana, se dividió en 3 etapas: 1. Adaptación del lenguaje a través de la técnica de entrevista estructurada. 2. Adaptación del lenguaje a través del método de validez por jueces. 3. Aplicación de la escala para obtención de sus propiedades psicométricas. El tipo de investigación fue de campo, no experimental con un diseño de tres muestras con observaciones independientes.

En la etapa 1, la muestra quedó formada por una N=14 adolescentes mujeres estudiantes de secundaria entre 11 y 14 años. Se elaboró un formato de entrevista estructurada y focalizada, el formato a seguir fueron los 33 reactivos que componen la escala. Se utilizaron dos formatos: 1) entrevista individual y 2) entrevista grupal. Se realizaron las modificaciones y como resultado se obtuvo la versión correspondiente a esta etapa.

En la etapa 2 la muestra quedó formada por N=13 jueces; 3 expertos en el tema y 10 estudiantes de doctorado en psicología que aceptaron participar como jueces para la adecuación de lenguaje de la EPCA. Como resultado se obtuvo la versión con las modificaciones derivadas de la etapa 2.

Con respecto a la etapa 3, la muestra total quedó formada por una N=700 mujeres adolescentes estudiantes de secundaria pública de 5 planteles distintos del área metropolitana, con una media de edad =12.81 y una DS= 0.72. La aplicación de la encuesta se realizó en los salones de clase con una duración aproximada de 30 min por grupo. En la etapa de resultados se confirmó la variabilidad de las respuestas con un análisis de frecuencia de los 33 reactivos. También se confirmaron criterios de normalidad a través de los valores de Skewness (simetría +/- 1.5) y Kurtosis (+/- 2). Se formaron grupos utilizando puntos de corte a través de cuartiles (nivel alto y nivel bajo de habilidades sociales) y

se confirmó la capacidad del instrumento para clasificar a los sujetos en ambos grupos mediante una “t de Student” para muestras independientes y un Análisis Discriminante. Los resultados del discriminante mostraron que con sólo 22 de las 33 variables se puede discriminar a los participantes con niveles altos y bajos de habilidades sociales. Los resultados de este último análisis confirman que la EPCA adaptada en mujeres adolescentes mexicanas mostró buena validez predictiva, que permitió clasificar al 100% de los casos.

La estructura factorial del instrumento depurado mostró un comportamiento aceptable, explicando el 32.4% de la varianza a través de 20 ítems. Así también, se confirmó la multidimensionalidad del constructo compuesta por 4 factores. La EPCA y un Alpha de Cronbach=0.80 mostrando buena consistencia interna. Con base en estos resultados se pudo concluir que la EPCA adaptada a población mexicana es un instrumento con características psicométricas adecuadas para ser utilizado en el presente estudio.

ESTUDIO UNO

En México se han estandarizado algunos de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para medir asertividad, tales como la Escala de Asertividad de Michelson y Wood (Aguilar, 1995; Lara & Silva, 2002) y el Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey (Guerra, 1996) mostrando buenos índices de confiabilidad y validez. Así también, se han construido escalas que consideran la especificidad cultural de la población mexicana como la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) de Flores (1989). Sin embargo, la revisión documental proporcionó el antecedente de la escala desarrollada por Gismero (EPCA) en población universitaria española (ambos sexos), que para fines de la presente investigación fue considerada el instrumento más apropiado debido a que está diseñado con el propósito de explorar la relación entre habilidades sociales y trastornos de la conducta alimentaria. Por tal motivo, puede resultar más sensible ante los efectos de EHS y su repercusión en la disminución de los factores de riesgo asociados a estos trastornos.

5.0.1 Plan de investigación

El presente estudio, en el cual se llevó a cabo la adaptación del lenguaje de la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva EPCA (Gismero 1996) en población mexicana, esta dividido en 3 etapas: Etapa 1. Adaptación del lenguaje a través de la técnica de entrevista. Etapa 2. Adaptación del lenguaje a través del método de jueceo. Etapa 3. Aplicación de la escala para obtención de sus propiedades psicométricas (validez y confiabilidad).

5.0.2 Objetivo general: Adaptación y obtención de propiedades psicométricas de la EPCA en población mexicana

5.0.3 Método

La investigación se llevó a cabo en tres etapas con metodología de investigación diferente, en cada etapa se cumplieron objetivos específicos; en la primera etapa se aplicó una metodología cualitativa implementando la técnica de entrevista estructurada con dos distintos formatos de aplicación (individual y grupal); en la segunda se utilizó metodología cualitativa a través del método de jueces; en la tercera y última etapa se aplicó metodología cuantitativa; el tipo de investigación fue de campo, no experimental con un diseño de una sola muestra. En los apartados siguientes se expone cada una de las etapas.

ETAPA UNO

5.1.1 Objetivo: Adaptación del lenguaje de la EPCA en muestras de población mexicana a través de la técnica de entrevista estructurada.

5.1.2 Método

5.1.2.1 Diseño de investigación

El tipo de investigación fue de campo con una metodología de corte cualitativo. La técnica utilizada fue una entrevista estructurada en dos modalidades (individual y grupal) ya que resultó ser la más coherente con el objetivo de esta etapa de investigación y con el tipo de información que se pretendía obtener. El criterio utilizado para la obtención y análisis de la información fue el de saturación de discursos, a través del cual se detecta cuando los discursos son coincidentes y cuando los marcos de referencia empiezan a ser reiterativos.

5.1.2.2 Muestra

La muestra quedó formada por una N=14 mujeres adolescentes estudiantes entre 11 y 14 años que cursaban primero o segundo grado en el turno matutino de una escuela secundaria pública. De éstas, 6 participaron en el formato de entrevista individual y 8 en entrevista grupal.

5.1.2.3 Criterios de inclusión:

Se incluyeron a las adolescentes:

- que las adolescentes estuvieran cursando primer o segundo grado de educación secundaria en el turno matutino y,
- que las adolescentes aceptaran participar voluntariamente en una sesión de entrevista.

5.1.2.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellas adolescentes que:

- estuvieran participando en cualquier otra investigación.
- estuvieran recibiendo algún tipo de tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico que interfiriera con los objetivos de la investigación.

5.1.2.5 Instrumentos y aparatos

Instrumento

El formato de la entrevista estructurada estuvo basado en la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva en su versión original española (ver tabla 6.2). A continuación se describen los datos más relevantes de este instrumento,

La EPCA fue construida a partir de tres escalas que están consideradas entre las más utilizadas para evaluar asertividad:

1. Rathus Assertiveness Schedule (Rathus, 1973). Consta de 30 ítems que miden el grado de habilidad general del individuo (13 formulados de manera positiva y 17 en forma negativa) a través de 6 alternativas de respuesta que van de “3=muy característico de mí, extremadamente descriptivo, hasta -3=muy poco característico”. Se ha reportado una confiabilidad test-retest de 0.80 y una consistencia interna de 0.73 a 0.86.
2. College Self-Expression Scale (Galassi, Delo, Galassi & Bastien, 1974). La escala consta de 50 ítems (21 redactados en forma positiva y 29 en forma negativa) con 5 opciones de respuesta que va de “0=casi siempre o siempre, hasta 4=nunca a muy raramente. La confiabilidad test-retest de este instrumento es de 0.91. Mide 3 aspectos del constructo Asertividad: 1) positivo, 2) negativo y 3) consideración negativa sobre uno mismo.
3. Assertion Inventory (Gambrill & Richey, 1975). Está formado por 40 ítems con 5 opciones de respuesta que van de 1= siempre hasta 5=nunca, ante los que se tiene que indicar: a) grado de malestar experimentado ante la situación, b) probabilidad de respuesta y c) situaciones en que le

gustaría al sujeto ser más asertivo. La confiabilidad test-retest se ha reportado de 0.87 en malestar y 0.81 en probabilidad de respuesta. El criterio de calificación de las tres escalas antes mencionadas es “a mayor puntuación, mayor grado de asertividad”.

Con base en los tres instrumentos antes mencionados, Gismero construyó la EPCA en el año de 1996. La muestra de estudio estuvo formada por 406 sujetos residentes españoles, 258 mujeres y 148 varones, en su mayoría estudiantes universitarios (exceptuando 38 sujetos, asistentes a una dinámica de grupos dentro de la Universidad Pontificia Comillas). La escala esta formada por 33 reactivos con 4 opciones de respuesta (1. MA= muy de acuerdo, 2. A= acuerdo, 3. D= desacuerdo, MD= muy en desacuerdo). El análisis de confiabilidad se realizó mediante el alpha de Cronbach =0.88, que indica una buena consistencia interna. Se aplicó un Análisis Factorial de Componentes Principales y Rotación Ortogonal VARIMAX para obtener validez de constructo. En los factores rotados se observa la multidimensionalidad del constructo compuesto por 7 factores y un reactivo que no fue agrupado en ninguno de éstos. Los factores obtenidos en el presente instrumento dejaron explicar el 51.48% de la varianza (el nombre asignado a los factores y el número de reactivos que los forman se muestran en la tabla 5.1.

Tabla 5.1
Factores que forman la EPCA versión española

FACTOR	NOMBRE	Ítems	VARIANZA %	ALPHA
F. 1	Defensa de los propios derechos como consumidor	20, 29, 4, 11, 8, 9 y 16	9.03%	0.75
F. 2	Tomar iniciativas en relación con el sexo opuesto	19, 13, 7 y 18	7.36%	0.65
F. 3	Expresión de opiniones, sentimientos o peticiones	17, 28, 26 y 3	5.83%	0.60
F. 4	Decir No o defender tus derechos frente a conocidos y amigos	14, 32, 6 y 25	6.84%	0.63
F. 5	Expresarse en situaciones sociales	12, 31, 22, 27 y 30	6.59%	0.65
F. 6	Cortar una interacción	1, 2, 5, 24 y 21	5.72%	0.63
F. 7	Expresión de enfado o disconformidad frente a personas cercanas	15, 33 y 23.	5.64%	0.57
Ítem sin agrupar	No sé que decir cuando tengo que hacer un halago	No. 10		

Aparatos

Se utilizó una grabadora tipo reportero marca Sony y audiocassetes regrabables de la misma marca con capacidad de 60 minutos para registrar la información de cada una de las sesiones de entrevista.

5.1.2.6 Procedimiento

1. Con el propósito de adaptar la EPCA a la muestra mexicana se elaboró un formato de entrevista tipo estructurada y focalizada en la adecuación del lenguaje a las características de la muestra de estudio. El contenido de la entrevista fueron los 33 ítems que forman esta escala
2. Se solicitó la colaboración y el consentimiento de las autoridades de una escuela secundaria. Para tales fines se les informó de los objetivos de la investigación y de los criterios éticos a seguir:

Consideraciones Éticas

- a) La entrevista se aplicó dentro de las instalaciones de la escuela secundaria, utilizando horas libres para no interferir en el horario de clase.
 - b) Se solicitó la participación voluntaria a las adolescentes.
 - c) Se mantuvo el anonimato de las mismas.
 - d) Se informó que los datos obtenidos serían confidenciales y con fines de investigación.
 - e) Las participantes podían abandonar la entrevista si así lo decidían, sin que esto implicara ningún riesgo para su salud mental.
 - f) No se utilizó ningún procedimiento invasivo que afectara su integridad.
 - g) Se solicitó el consentimiento para audiograbar las entrevistas.
3. Se realizó un breve rapport durante el cual un entrevistador indicó a cada participante los criterios éticos a seguir.
 4. Se solicitó la participación voluntaria a cada participante dando a conocer el objetivo de la entrevista. Así también, se dio a conocer el concepto de habilidades sociales y asertividad retomando la definición de Caballo (1993).
 5. Se prosiguió a dar lectura a los reactivos que forman la EPCA dando las siguientes instrucciones:
 - a) ¿Entiendes la afirmación?
 - b) Si la entiendes, “respóndela”

- c) Si no es así, realiza una sugerencia para que esta frase pueda ser entendida por chicas de tu edad. En este último punto se permitió abrir el dialogo en donde se profundizó sobre el tema, esta información fue utilizada para comprobar si se trataba la temática en cuestión.

6. Formato de aplicación:

Se aplicaron dos formatos de entrevista (individual y grupal) con dos distintos tipos de administración (lectura por entrevistador y autolectura), en total se aplicaron ocho entrevistas a catorce participantes (n=14), los distintos formatos de administración se realizaron siguiendo las recomendaciones de distintos autores (Blanchet, 1989; Cannel & Kahn, 1987) quienes plantean que a través de los distintos formatos se obtiene información diferente y la mayoría de las veces complementaria. En la siguiente figura se observa el procedimiento de la aplicación.

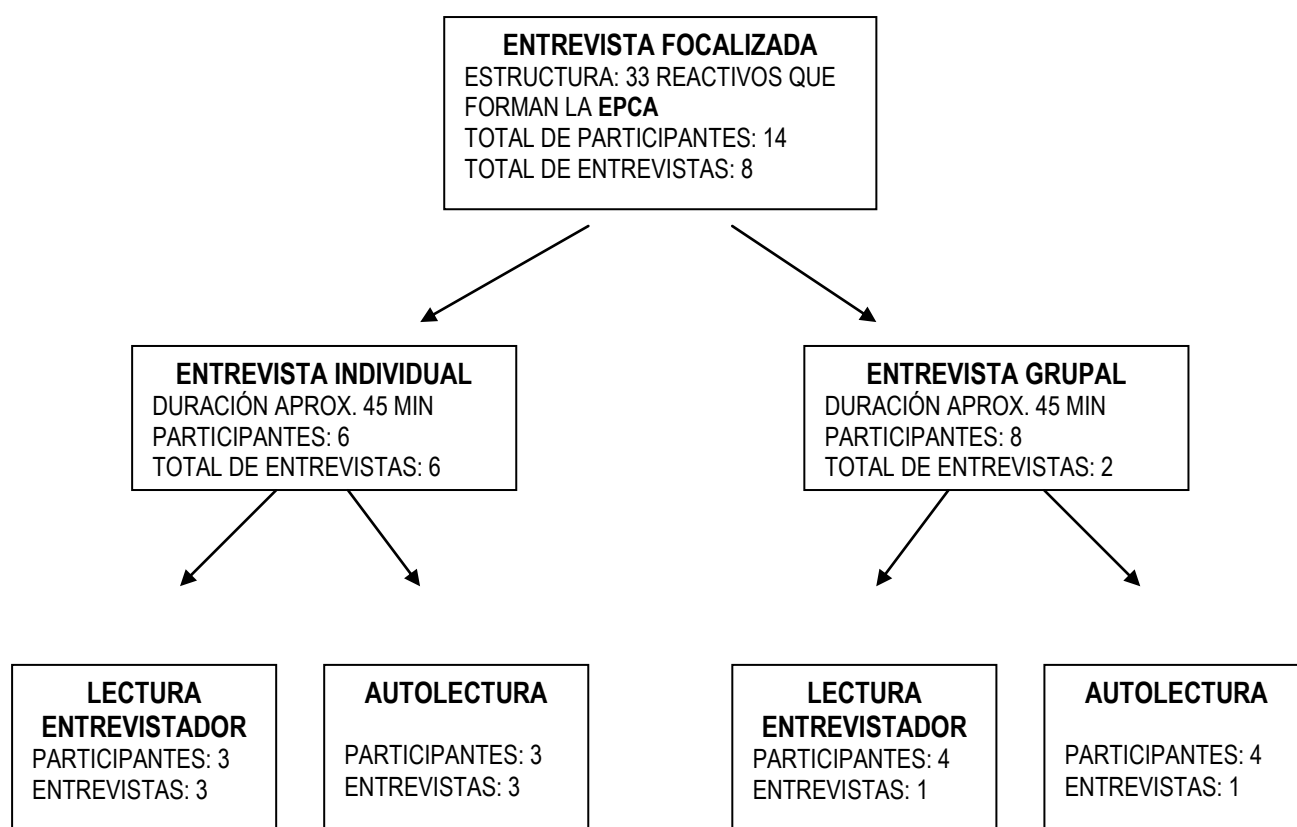


Figura 5.1 Formato de aplicación

7. Se presentaron opciones de respuesta distintos debido a que las participantes reportaron que el formato original les parecía muy complicado. Sin embargo, se conservó el formato tipo likert (ver tabla 5.2).

8. Una vez terminado el proceso de entrevistas bajo el criterio de “saturación de información” se realizaron las modificaciones al instrumento para obtener la versión final correspondiente a la etapa 1.

5.1.3 Resultados

Se obtuvo la versión derivada del proceso de adaptación del lenguaje a través de las entrevistas realizadas a mujeres adolescentes estudiantes de secundaria. Utilizando el criterio de saturación de información se detectó que los discursos de las participantes coincidían y los marcos de referencia eran reiterativos. Las modificaciones derivadas de esta etapa se pueden observar en la tabla 5.2 y se describen a continuación:

1. Se modificó el formato de respuesta respetando el número de opciones.
2. Se adecuaron algunos reactivos, convirtiéndolos en afirmaciones realizadas por mujeres (reactivo 12, 13, 17, 19 y 30).
3. Los reactivos 22, 29 y 32 se conservaron apegados a la versión original.
4. Dos reactivos (reactivo 11 y 27) tuvieron modificaciones importantes debido a que las afirmaciones planteaban situaciones que no se presentaban comúnmente entre las entrevistadas. En ambos reactivos se plantearon situaciones derivadas de las propuestas de las adolescentes y se respetó el contenido semántico.
5. Los reactivos restantes tuvieron modificaciones mínimas de lenguaje como sinónimos o expresiones equivalentes entre la población española y la mexicana, éstas aparecen resaltadas con negritas en la tabla 5.2.

Una vez que se realizaron las modificaciones, se inició la etapa 2 del Estudio 1

Tabla 5. 2

Modificaciones realizadas en la Etapa 1 “Entrevistas para adaptación del lenguaje en población mexicana”.

VERSIÓN ORIGINAL (ESPAÑOLA)	VERSIÓN MEXICANA. ETAPA 1.
1. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto , paso un mal rato para decirle “no”.	1. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no quiero comprar , paso un mal rato para decirle “no”.
2. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla .	2. Cuando tengo prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta trabajo cortar la llamada .
3. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo , prefiero callarme a manifestar lo que yo pienso abiertamente.	3. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que no estoy de acuerdo , prefiero callarme a expresar lo que pienso abiertamente.
4. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado , voy a la tienda a devolverlo.	4. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso , voy a la tienda a devolverlo.
5. Nunca se cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.	5. No se cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado .	6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté .
7. A veces no sé que decir a personas atractivas del sexo opuesto.	7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.
8. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me callo .	8. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me quedo callada .
9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da pena pedirle que se calle.
10. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.	10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.
11. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido , llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	11. Si en una papelería no me engargolan mi trabajo como lo había pedido , llamo a la persona que me atendió y pido que me lo haga bien.
12. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido .	12. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida .
13. Si conozco en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella .	13. Si conozco en la escuela a un chavo atractivo , tomo la iniciativa y me acerco a platicar con él .
14. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no se cómo negarme.	14. Hay determinadas cosas que no me gusta prestar pero si me las piden, no sé cómo negarme.
15. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado .	15. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enojo .
16. Me cuesta telefonar a sitios oficiales, tiendas, etc.	16. Se me dificulta telefonar a sitios oficiales, tiendas, etc.

17. **Tiendo a guardar** mis opiniones para mí mismo.

18. No me resulta fácil hacer un **cumplido** a alguien que me gusta.

19. Soy incapaz **de pedir a alguien una cita**.

20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal **la vuelta**, regreso **allí** a pedir el cambio correcto.

21. Cuando decido que **no me apetece** volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión **a ella**.

22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.

23. **Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados**.

24. Soy incapaz de “regatear” o pedir descuento **al comprar algo**.

25. Si un amigo al que **he prestado 2000 pts**. Parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.

26. **Me cuesta** expresar mis sentimientos a los demás.

27. **A la hora de buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales**.

28. **Me suele costar mucho** pedir a un amigo que me haga un favor.

29. Cuando alguien se me “cuela” en una fila, hago como si no me diera cuenta.

30. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, **me azora mucho**.

31. **Me cuesta** expresar mi opinión en grupos (clase, etc.).

32. Hay veces que **no se** negarme a salir con alguien **que no me apetece** pero que me llama varias veces.

33. Muchas veces prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.

FORMATO DE REPUESTAS

MA=“muy de acuerdo, me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”

A=“me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así”

D=“más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra”

MD=“no me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría”.

17. **Me guardo** mis opiniones para mí misma.

18. No me resulta fácil hacer un **halago** a alguien que me gusta.

19. Soy incapaz **de invitar a un chico a salir**.

20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal **el cambio**, regreso a pedir el cambio correcto.

21. Cuando decido que **no quiero** volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.

22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.

23. **Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto**.

24. Soy incapaz de pedir descuento (regatear) **cuando voy a comprar algo**.

25. Si una amiga a la que **he prestado dinero** parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.

26. **Se me dificulta** expresar mis sentimientos a los demás.

27. **Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase**.

28. **Por lo general me es difícil** pedir a un amigo que me haga un favor.

29. Cuando alguien se me “cuela” en una fila, hago como si no me diera cuenta.

30. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, **me pone nerviosa**.

31. **Se me hace difícil** expresar mi opinión en grupos (clase, etc.).

32. Hay veces que **no puedo** negarme a salir con **alguien con quien no quiero salir** pero que me llama varias veces.

33. Muchas veces prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.

FORMATO DE RESPUESTAS

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Casi nunca

4. Nunca

5.1.4 Conclusiones etapa uno.

De acuerdo con los resultados se puede afirmar que las sesiones de entrevistas fueron una técnica adecuada para la adaptación de lenguaje de la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva, ya que a partir de éstas se obtuvo la información para realizar las modificaciones con base en las características de la muestra de estudio (adolescentes mexicanas).

Se confirmó que los dos formatos de entrevista (individual y grupal) arrojaban información relevante y complementaria. En las entrevistas individuales, las adolescentes se mostraban sinceras al comentar acerca de las situaciones que se les presentaba sin temor a ser criticadas por sus compañeras. Por lo contrario, en las sesiones grupales las chicas se mostraron desinhibidas, comentaron y acordaron las palabras comunes que utilizan las chicas de su misma edad para referirse al mismo concepto.

Así también, se presentaron a su vez dos modalidades de administración de la entrevista; 1) en la cual las participantes daban lectura a los reactivos de la escala y 2) el entrevistador daba lectura a cada uno de éstos. Las adolescentes entendieron ambas formas de administración del instrumento, y luego de completar 8 entrevistas se alcanzó el criterio de saturación de los discursos.

Se probaron 3 distintos formatos de respuesta, ya que a través de la entrevista se observó que el formato original no era entendido por las adolescentes. El formato elegido fue el que se presentó en los resultados. A diferencia del instrumento original en donde se contempla actitud o intención hacia la acción, en la versión mexicana las opciones de respuesta están dirigidas a frecuencia.

En general, se respetó el contenido temático de la escala y las modificaciones no alteraron su estructura. Se puede concluir que la primera etapa de la investigación cumplió con los objetivos que se plantearon.

ETAPA DOS

5.2.1 Objetivo: Adaptación del lenguaje de la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva mediante el método de jueces.

5.2.2 Método

5.2.2.1 Diseño de investigación

El tipo de investigación fue de campo con una metodología cualitativa. La técnica utilizada fue el método de jueces que consistió en el análisis y corrección de los reactivos (derivados de la etapa 1) que forman la EPCA por un grupo de expertos.

5.2.2.2 Muestra

La muestra quedó formada por 3 expertos en el tema y 10 estudiantes de doctorado en psicología que aceptaron participar como jueces para la adecuación del lenguaje de la EPCA.

5.2.2.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- que los expertos tuvieran al menos un año en el conocimiento del tema y estuvieran ejerciendo en la UNAM.
- que los estudiantes de doctorado tuvieran al menos un año de permanencia en el programa de posgrado en psicología de la UNAM.
- que los jueces (expertos y estudiantes) aceptaran participar en el estudio.

5.2.2.4 Instrumentos

Se utilizó la versión derivada de la etapa 1 de la EPCA y la versión original para realizar comparaciones y realizar la toma de decisiones

5.2.2.5 Procedimiento

A los expertos y estudiantes de doctorado que aceptaron participar como jueces se les informó que el instrumento se encontraba en etapa de adaptación de lenguaje.

-En las instrucciones se les solicitó revisar la EPCA con el propósito de realizar modificaciones que consideraron pertinentes tomando en cuenta:

- 1) el objetivo de la investigación,
- 2) la versión original para realizar comparaciones,
- 3) el constructo que se estaba midiendo,
- 4) la población a la que estaba dirigida la escala
- 5) el formato de respuesta.

El criterio para realizar las modificaciones fue que las señalizaciones realizadas por los jueces, tuvieran un consenso de más del 70% entre los mismos. Es decir, si una modificación no fue sugerida por más de la mitad de los jueces, no se realizó.

5.2.3 Resultados

Como resultado de la etapa 2 se obtuvo la versión derivada del proceso de jueceo. Los resultados fueron los siguientes (ver modificaciones tabla 5.3):

1. Los reactivos 22, 29 y 32 siguieron apegados a la versión original, sólo estos tres reactivos se conservaron idénticos a la versión española.
2. A consideración de los jueces consultados, veintiuno de los treinta y tres reactivos (2, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30 y 32) conservaron las mismas modificaciones derivadas de la etapa 1.
3. Se eliminaron las expresiones de “a veces” o “muchas veces” de los reactivos sugeridos por los jueces con el propósito de otorgar mayor consistencia a las afirmaciones (6, 12 y 33). En algunos otros reactivos se mantuvieron estos condicionantes pues la estructura de la afirmación así lo requería (22 y 32).
4. En los reactivos 1, 4, 8, 16 y 31, se hicieron modificaciones referentes a redundancia en la información o información complementaria, tomando en cuenta modismos particulares de la población mexicana.
5. En el reactivo 14, se invirtió el orden de la frase sin alterar el contenido semántico. Sin embargo en el reactivo 3 la modificación parece alterar el contenido.
6. Las afirmaciones de los reactivos 5 y 25 se dirigieron a ambos sexos ya que no tenían mucho que ver con el interactuar con el sexo opuesto si no con otro tipo de habilidad como defender derechos o cortar interacciones.
7. Por último, los jueces aprobaron el formato de respuesta derivado de la etapa anterior de este estudio. Una vez que se realizaron las modificaciones, se dio inicio la etapa 3 del Estudio 1

Tabla 5. 3

Modificaciones realizadas en la Etapa 2 “Adaptación del lenguaje de la EPCA en población mexicana mediante el Método de Jueceo”.

VERSIÓN FINAL ETAPA 1.	VERSIÓN FINAL ETAPA 2
1. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no quiero comprar, paso un mal rato para decirle “no”.	1. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no quiero comprar, paso un mal rato para decirle “ no, gracias ”.
2. Cuando tengo prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta trabajo cortar la llamada.	2. Cuando tengo prisa y me llama una amiga/o por teléfono, me cuesta trabajo cortar la llamada.
3. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que no estoy de acuerdo, prefiero callarme a expresar lo que pienso abiertamente.	3. Cuando alguien importante expresa una opinión con la que no estoy de acuerdo, prefiero callarme a expresar lo que pienso abiertamente.
4. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo .	4. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo .
5. No se cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.	5. No se cómo “cortar” a un amigo/a que habla mucho.
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté.	6. Me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté.
7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.	7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.
8. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me quedo callada .	8. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me quedo si decir nada aunque eso me molesta .
9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da pena pedirle que se calle.	9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da pena pedirle que se calle.
10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.	10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.
11. Si en una papelería no me engargolan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo haga bien.	11. Si en una papelería no me engargolan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo haga bien.
12. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.	12. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.
13. Si conozco en la escuela a un chavo atractivo, tomo la iniciativa y me acerco a platicar con él.	13. Si conozco en la escuela a un chavo atractivo, tomo la iniciativa y me acerco a platicar con él.
14. Hay determinadas cosas que no me gusta prestar pero si me las piden, no sé cómo negarme .	14. Hay determinadas cosas que no me gusta prestar pero no sé cómo negarme cuando me las piden .
15. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enojo.	15. Cuando un familiar cercano me molesta prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enojo.
16. Se me dificulta telefonear a sitios oficiales, tiendas, etc.	16. Se me dificulta telefonear a sitios oficiales, tiendas, etc., para solicitar información o un servicio .
17. Me guardo mis opiniones para mí misma.	17. Me guardo mis opiniones para mí misma.
18. No me resulta fácil hacer un halago a	18. No me resulta fácil hacer un halago a

alguien que me gusta.

19. Soy incapaz de invitar a un chico a salir.

20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.

21. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.

22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.

23. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto.

24. Soy incapaz de pedir descuento (regatear) cuando voy a comprar algo.

25. Si una **amiga** a la que he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.

26. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás.

27. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.

28. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.

29. Cuando alguien se me “cuela” en una fila, hago como si no me diera cuenta.

30. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, me pone nerviosa.

31. Se me hace difícil expresar mi opinión en grupos (clase, etc.).

32. Hay veces que no puedo negarme a salir con alguien con quien no quiero salir pero que me llama varias veces.

33. **Muchas veces** prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.

alguien que me gusta.

19. Soy incapaz de invitar a un chico a salir.

20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.

21. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.

22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.

23. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto.

24. Soy incapaz de pedir descuento (regatear) cuando voy a comprar algo.

25. Si una **amiga/o** a la que he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.

26. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás.

27. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.

28. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.

29. Cuando alguien se me “cuela” en una fila, hago como si no me diera cuenta.

30. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, me pone nerviosa.

31. Se me hace difícil expresar mi opinión en grupos **donde hay demasiada gente** (clase, etc.).

32. Hay veces que no puedo negarme a salir con alguien con quien no quiero salir pero que me llama varias veces.

33. Prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.

5.2.4 Conclusiones etapa dos

Confirmando lo esperado, en la segunda etapa del presente estudio se realizaron modificaciones mínimas al instrumento. Las observaciones de los jueces estuvieron dirigidas, en su mayoría, a complementar la información obtenida de las adolescentes (etapa 1).

Por otra parte, en algunos otros reactivos se obtuvieron sugerencias interesantes derivadas de los expertos en el tema (p.ej., reactivo 3), y que nos ayudan a comprender y explorar un constructo tan amplio como es el de habilidades sociales. Lo anterior tuvo impacto en los análisis estadísticos que se presentan en la etapa 3 del presente estudio.

Por último, los jueces consensuaron que el formato de respuesta derivado de la etapa anterior de este estudio resulta adecuado.

ETAPA TRES

5.3.1 Objetivo: Obtener las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de la EPCA para determinar su utilidad en el estudio.

5.3.2 Método

5.3.2.1 Diseño de investigación.

El tipo de investigación fue de campo, no experimental, con un diseño de una sola muestra y con fines psicométricos.

5.3.2.2 Muestra

La muestra final quedó formada por una N=700 mujeres adolescentes estudiantes de secundaria pública de 5 planteles del área metropolitana que decidieron participar en la investigación y que cursaban primero, segundo y tercer grado en el turno matutino.

5.3.2.3 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron:

- aquellas participantes cuyos cuestionarios presentaran $\geq 30\%$ de los reactivos sin respuesta y/o la elección de la misma opción de respuesta en el 50% de las veces o más.
- adolescentes que estuvieran participando en cualquier otra investigación que interfiriera con los objetivos del presente estudio.
- participantes que estuvieran recibiendo algún tipo de tratamiento (médico, psiquiátrico o psicológico) que pudiera interferir con los propósitos del presente estudio.

5.3.2.4 Instrumentos

Se utilizó la versión resultante de la etapa dos de la EPCA

5.3.2.5 Procedimiento

- Se solicitó la colaboración de las autoridades de 5 escuelas secundarias del área metropolitana y se les informó de los objetivos de la investigación.
- Se acudió a los salones de clase, se solicitó la participación voluntaria de las estudiantes y se les comunicó el objetivo de la investigación.
- Así también, se les informó que su participación era voluntaria y no implicaba ningún riesgo para su salud.
- Se señaló que el manejo de los datos era confidencial y con fines de investigación (consideraciones éticas, ver Apéndice 3).
- Se aplicaron los instrumentos en forma grupal por facilitadoras antes entrenadas. La aplicación de la encuesta se realizó dentro de los salones de clase y llevó aproximadamente 30 minutos por grupo.
- Las instrucciones para responder la escala se presentan al inicio de la misma. Al inicio de la aplicación se señaló que las dudas las podían consultar con las facilitadoras.
- Los datos se capturaron y se analizaron con el SPSS-11.
- Se eliminaron 30 cuestionarios que dejaron más del 30% de respuestas sin contestar, la muestra final tuvo una N=700.
- Se recodificaron los reactivos negativos (a excepción de los reactivos 4, 11, 13, 20 y 25 que son positivos) para que todas las afirmaciones quedaran en sentido positivo, y cumplieran con el criterio de calificación “a mayor puntaje, mayor problema”.
- Se aplicó un análisis de frecuencias para observar la distribución de las respuestas y se solicitaron valores de Skewness y Kurtosis para cada reactivo.
- Una vez confirmada la variabilidad de las respuestas a los reactivos, se procedió a formar grupos utilizando puntos de corte a través de cuartiles (ver tabla 5.4)

Tabla 5.4
Nivel de habilidades sociales a través de cuartiles.

Grupo	Cuartel
Nivel Alto	1. ≤ 0.25
Nivel Medio	2. de 0.25 a 0.74
Nivel Bajo	3. ≥ 0.75

- Se aplicaron pruebas "t de Student" para muestras independientes a los 33 reactivos para saber si discriminaban entre nivel alto y nivel bajo de habilidades sociales o asertividad.
- Se aplicó un Análisis Discriminante para confirmar si la escala es capaz de predecir el nivel alto o bajo de habilidades sociales de los participantes.
- Se aplicó un Análisis Factorial exploratorio para conocer el comportamiento del instrumento en población mexicana y realizar comparaciones con el instrumento original.
- Se aplicó un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach).

5.3.3 Resultados

5.3.3.1 Descripción de la muestra

La muestra total quedó formada por N=700 adolescentes mujeres estudiantes de secundaria pertenecientes a 5 planteles de enseñanza pública del área metropolitana turno matutino. Los cuestionarios se aplicaron en los tres distintos grados, en su mayoría en estudiantes de primer grado (69%). Las edades de las participantes oscilaban entre 12 y 15 años con una media de $\bar{X}=12.81$ y una DE= 0.72 (ver figura 5.2).

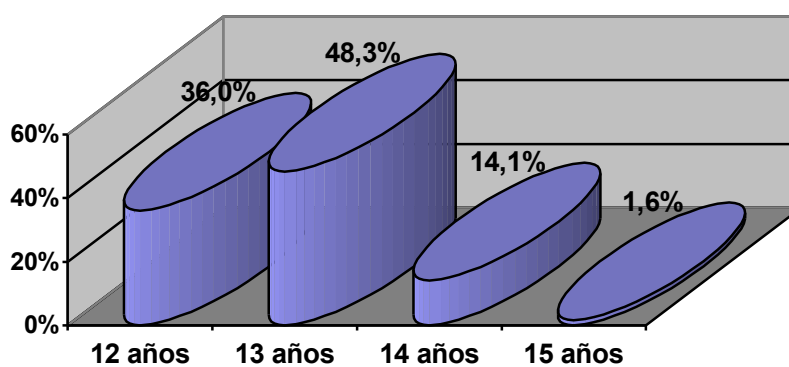


Figura 5.2 Distribución porcentual por edades

5.3.3.2 Descripción de resultados.

Para conocer la variabilidad de las respuestas obtenidas en los 33 reactivos, se analizó la distribución porcentual mediante frecuencias. Así también, se obtuvieron los criterios de normalidad Skewness (simetría= +/- 1.5) y Kurtosis (+/- 2) para cada reactivo considerando los criterios sugeridos por Potthar (1993). En los resultados se confirmó que todos los reactivos tuvieron un buen índice de variabilidad en las respuestas.

Se procedió a explorar su capacidad para discriminar entre niveles bajos y altos de habilidades sociales. Se agrupó a los sujetos en 3 distintas categorías: “nivel bajo de habilidades sociales”, “nivel medio” y “nivel alto de habilidades sociales” a través de cuartiles. Del total de la muestra, el 24% se

agruparon en la categoría de nivel bajo, el 25% se agruparon en la categoría de nivel alto y el 51% restante puntuaron en el nivel medio de habilidades sociales (ver figura 5.3).

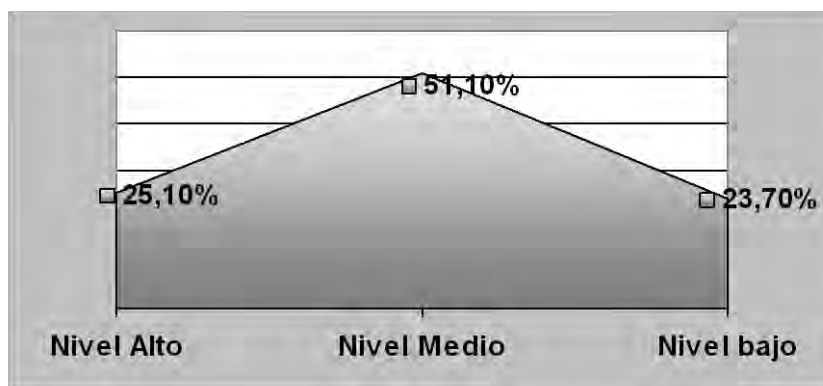


Figura 5.3 Distribución porcentual de la variable nivel de habilidades sociales

Para confirmar si el instrumento lograba diferenciar entre los grupos de nivel bajo y nivel alto de habilidades sociales se aplicaron pruebas “t de Student”. Los 33 reactivos resultaron significativos y la mayoría al nivel $p < .001$, a excepción tres de ellos, el 4, 20 y 25. Esto confirmó la capacidad del instrumento para distinguir entre niveles extremos de habilidades sociales y su utilidad para los fines de este estudio.

5.3.3.3 Análisis Discriminante

Con el propósito de confirmar si la EPCA lograba clasificar entre los sujetos con bajo y alto nivel de habilidades sociales se aplicó un Análisis Discriminante Método Enter. Los resultados mostraron que con solo 22 de las 33 variables determina su capacidad predictora. Es decir, la EPCA predice la pertenencia de un individuo a un determinado grupo de habilidades sociales (nivel alto o nivel bajo). Ver tabla 5.5.

Tabla 5.5
Variables en el análisis discriminante

Variables obtenidas en el paso 22	Tolerancia	F para rem	Lammbda de Wilks
Ítem 22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería	.900	18.326	.119
ítem 31. Se me hace difícil expresar mi opinión en grupos donde hay demasiada gente (clase, etc.).	.872	13.608	.117
ítem 26. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás	.947	27.504	.122
Ítem 19. Soy incapaz de invitar a un chico a salir.	.875	16.326	.118
ítem 9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da pena pedirle que se calle.	.917	12.857	.117
ítem 21. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	.913	16.542	.118
ítem 23. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto.	.917	10.496	.116
ítem 6. Me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté.	.918	10.579	.116
ítem 11. Si en una papelería no me engargolan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo haga bien.	.760	8.687	.116
ítem 10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.	.924	9.515	.116
ítem 3. Cuando alguien importante expresa una opinión con la que no estoy de acuerdo, prefiero callarme a expresar lo que pienso abiertamente.	.929	9.026	.116
ítem 28. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.	.929	10.137	.116
ítem 7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.	.863	5.948	.115
ítem 25. Si una amiga/o a la que he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	.876	9.904	.116
ítem 18. No me resulta fácil hacer un halago a alguien que me gusta.	.889	7.611	.115
ítem 27. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.	.851	10.925	.116
ítem 12. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.	.871	6.486	.115
ítem 32. Hay veces que no puedo negarme a salir con alguien con quien no quiero salir pero que me llama varias veces.	.882	6.357	.115
ítem 15. Cuando un familiar cercano me molesta prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enojo.	.929	6.708	.115
ítem 16. Se me dificulta telefonear a sitios oficiales, tiendas, etc., para solicitar información o un servicio.	.917	6.882	.115
ítem 33. Prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	.892	5.084	.114
ítem 20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.	.762	4.963	.114

El valor de Lambda de Wilks (cercana a cero) para la función discriminante, explica en gran medida la pertenencia de un participante a alguno de los dos grupos (habilidades sociales altas o de habilidades sociales bajas). Así también, este valor explica que la mayor parte de la variabilidad se produce entre los grupos y no dentro de los mismos, indicador de que el conjunto de variables independientes es adecuado para construir la función discriminante. Por otra parte, es importante resaltar que la función discriminante resultó estadísticamente significativa a nivel 0.001 (ver tabla 5.6).

Tabla 5.6
Lambda de Wilks

Prueba de Función	Lambda de Wilks	Ji-cuadrada	Gl	Sig.
1	.112	718.932	22	.001

Como se puede observar en la tabla 5.7, la función obtuvo un valor propio de 7.89, varianza explicada de 100% y una correlación canónica de 0.94. El valor de la correlación canónica (próxima a 1), refiere un síntoma claro de que la función discriminante logra diferenciar muy bien la media de los dos grupos (nivel alto y nivel bajo de habilidades sociales). Así también, explica que los datos están bien diferenciados en los dos grupos de acuerdo con las puntuaciones discriminantes.

Tabla 5.7
Correlación Canónica

Función	Eigenvalue	% de Varianza	% de Varianza acumulada	Correlación canónica
1	7.892(a)	100.0	100.0	.942

a. Se ha empleado una primera función 1 canónica discriminante utilizada en el análisis

En la siguiente tabla se presentan los centroides (medias de las calificaciones discriminantes de ambos grupos). Estos valores indican que la distancia entre la media del grupo de nivel alto y la media del grupo de nivel bajo de habilidades sociales corresponde aproximadamente a 6 unidades de desviación estándar (ver tabla 5.8).

Tabla 5.8
Funciones en el grupo de centroides.

Nivel de Habilidades Sociales	Función 1
Nivel alto	-2.720
Nivel bajo	2.884

Funciones discriminantes canónicas no estandarizadas evaluadas en las medias grupales

En el resumen de los resultados obtenidos para la clasificación de los participantes, se puede observar que el 100% de los casos fueron correctamente clasificados. Estos datos confirman que la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva adaptada en mujeres adolescentes mexicanas mostró buena validez predictiva, que permitió clasificar al 100% de los casos (ver tabla 5.9).

Tabla 5.9
Resultados de la clasificación (b,c)

ESCALA PLURIDIMENSIONAL DE CONDUCTA ASERTIVA			Membresía de grupos predicha		Total
Nivel de Habilidades Sociales			N. Alto	N. Bajo	
Original	Frecuencia	N. Alto	176	0	176
		N. Bajo	0	166	166
		Ungrouped cases	202	156	358
	%	N. Alto	100.0	.0	100.0
		N. Bajo	.0	100.0	100.0
		Ungrouped cases	56.4	43.6	100.0
Validación cruzada	Frecuencia	N. Alto	176	0	176
		N. Bajo	0	166	166
		Ungrouped cases	202	156	358
	%	N. Alto	100.0	.0	100.0
		N. Bajo	.0	100.0	100.0
		Ungrouped cases	56.4	43.6	100.0

a. La validación cruzada se llevó a cabo únicamente para los casos que conforman el análisis.

En la validación cruzada, cada caso se clasifica por las funciones derivadas de los demás casos.

b. 100.0% de los casos agrupados correctamente clasificados.

c. 100.0% de los casos validados (cross-validation) correctamente clasificados.

5.3.3.4 Análisis Factorial

Para explorar la estructura factorial del instrumento en estudio y obtener la validez de constructo, se aplicó un Análisis Factorial de Componentes Principales y Rotación VARIMAX. La conveniencia de aplicar el análisis factorial se sustenta en la prueba de esfericidad da Bartlett ($p=.000$) y al prueba de KMO que resultó de 0.885. Ambos criterios sugieren que el análisis factorial es recomendable.

Al llevar a cabo dicho análisis se confirmó la multidimensionalidad del constructo compuesta por 7 factores que explicaron el 43% de la varianza en 9 iteraciones. Los criterios utilizados en el análisis fueron: 1) Cada factor estuvo formado por 3 o más variables, 2) Los ítems que cargaran en más de 1 factor, se agruparon en el factor en el cual mostraron mayor carga factorial, 3) Considerando los criterios utilizados en la construcción del instrumento en su versión original española (Gismero, 1996) y de acuerdo con Kline (1994), el mínimo de carga factorial para cada ítem fue de 0.30 y 4) que cumplieran con el criterio mínimo de $\alpha \geq 0.6$ (ver tabla 5.10). El análisis de confiabilidad de la EPCA en su versión mexicana de 33 ítems se obtuvo calculando el Alpha de Cronbach =0.84, el cual indica buena consistencia interna.

Tabla 5.10
Matriz de Componentes Rotados(a) de la EPCA

ITEMS	FACTORES						
	1	2	3	4	5	6	7
27. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.	.652						
31. Se me hace difícil expresar mi opinión en grupos donde hay demasiada gente (clase, etc.).	.587						
17. Me guardo mis opiniones para mí misma.	.564						
26. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás.	.473						
12. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.	.429						
16. Se me dificulta telefonar a sitios oficiales, tiendas, etc., para solicitar información o un servicio.	.415						
7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.		.677					
19. Soy incapaz de invitar a un chico a salir		.607					
18. No me resulta fácil hacer un halago a alguien que me gusta		.602					
13. Si conozco en la escuela a un chavo atractivo, tomo la iniciativa y me acerco a platicar con él.		.554					
30. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, me pone nerviosa.		.436					
10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.		.353					
23. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto			.657				
33. Prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas			.548				
28. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.			.512				

32. Hay veces que no puedo negarme a salir con alguien con quien no quiero salir pero que me llama varias veces	.473						
22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	.409						
8. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me quedo si decir nada aunque eso me molesta	.661						
29. Cuando alguien se me "cuela" en una fila, hago como si no me diera cuenta.	.516						
15. Cuando un familiar cercano me molesta prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enojo	.477						
3. Cuando alguien importante expresa una opinión con la que no estoy de acuerdo, prefiero callarme a expresar lo que pienso abiertamente.	.468						
9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da pena pedirle que se calle	.385						
20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.	.757						
11. Si en una papelería no me engargolan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo haga bien	.704						
4. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo.	.623						
24. Soy incapaz de pedir descuento (regatear) cuando voy a comprar algo.	.591						
2. Cuando tengo prisa y me llama una amigo/a por teléfono, me cuesta trabajo cortar la llamada	.481						
5. No se cómo "cortar" a un amigo/a que habla mucho.	.467						
1. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no quiero comprar, paso un mal rato para decirle "no, gracias".	.323						
25. Si una amiga/o a la que he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	.541						
21. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	.500						
6. Me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté.	.445						
14. Hay determinadas cosas que no me gusta prestar pero no se cómo negarme cuando me las piden	.380						
VARIANZA EXPLICADA (%)	18.3	5.8	4.6	3.9	3.7	3.4	3.3
ALPHA	0.69	0.67	0.62	0.55	0.60	0.35	0.42

5.3.3.5 Depuración del instrumento

Con base en el alpha obtenida para cada factor, se decidió excluir los factores 4, 6 y 7 debido a que no cumplieron con el criterio mínimo de $\alpha \geq 0.6$ (F4 $\alpha=0.55$, F6 $\alpha=0.35$ y F7 $\alpha=0.42$). El factor 5 (0.58) por aproximación alcanza el valor mínimo requerido (0.60). Se conservaron en total 4 factores. Debe señalarse que el número de factores arrojados por la matriz de componentes rotados, en un inicio coincidía con el número de factores reportado en el instrumento original (7 factores). Sin embargo, el procedimiento de depuración no presentó diferencias sustanciales. La EPCA en su versión final quedó formada por 20 ítems divididos en cuatro factores que explican el 32.4% de la varianza total del instrumento y se obtuvo un $\alpha=0.80$. Los ítems excluidos fueron: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 14, 15, 21, 24, 25 y 29.

La solución factorial del instrumento se puede observar en la tabla 5.11. Como era de esperarse el factor 1 “Dificultad para expresar opiniones y sentimientos en situaciones sociales” resultó ser el más importante debido a que explicó el mayor porcentaje de varianza (18.3%) y obtuvo el mayor coeficiente de consistencia interna ($\alpha=0.7$). Este factor agrupó las afirmaciones relacionadas con evitación social, dificultad para expresar sentimientos y opiniones o para solicitar información o un servicio.

El factor 2 “Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto” es el segundo en el orden de importancia, al igual que el factor 1, quedó formado por 6 ítems y explicó el segundo mejor porcentaje de varianza (5.8%). En éste se agruparon las afirmaciones dirigidas a interactuar con el sexo opuesto (principalmente cuando existe atracción) como iniciar una plática, hacer una invitación, o hacer halagos y ponerse nerviosa cuando se reciben.

El factor 3 “Evitación o dificultad para dar y recibir negativas” reunió 5 ítems que reflejan dificultad en la congruencia teórica. Sin embargo, se refiere a situaciones que tienen que ver con situaciones de retraimiento social, o dar y recibir negativas.

El factor 4 “Defensa de derechos como consumidor” resultó ser el más débil debido a que obtuvo una consistencia interna muy baja ($\alpha=0.58 = 0.60$) y explicó el menor porcentaje de varianza (3.7%).

Además sólo reunió 3 ítems relacionados con la habilidad de enfrentarse a situaciones en las cuales se tiene el rol de consumidor y hacer valer los derechos cuando no son respetados.

Tabla 5.11

Estructura factorial instrumento mexicano

Factor 1. Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales	Carga Ponderal
27. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.	.652
31. Se me hace difícil expresar mi opinión en grupos donde hay demasiada gente (clase, etc.).	.587
17. Me guardo mis opiniones para mí misma.	.564
26. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás.	.473
12. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.	.429
16. Se me dificulta telefonar a sitios oficiales, tiendas, etc., para solicitar información o un servicio.	.415
Varianza explicada	7.835%
Alpha	.6925
Factor 2. Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto	Carga Ponderal
7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.	.677
19. Soy incapaz de invitar a un chico a salir	.607
18. No me resulta fácil hacer un halago a alguien que me gusta	.602
13. Si conozco en la escuela a un chavo atractivo, tomo la iniciativa y me acerco a platicar con él.	.554
30. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, me pone nerviosa.	.436
10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.	.353
Varianza explicada	7.326%
Alpha	.6699
Factor 3. Evitación o dificultad para dar y recibir negativas	Carga Ponderal
23. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto.	.657
33. Prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas	.548
28. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.	.512
32. Hay veces que no puedo negarme a salir con alguien con quien no quiero salir pero que me llama varias veces	.473
22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	.409
Varianza explicada	6.523%
Alpha	.6197
Factor 4. Defensa de derechos como consumidor	Carga Ponderal
20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.	.757
11. Si en una papelería no me engargolan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo haga bien	.704
4. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo.	.623
Varianza explicada	5.529%
Alpha	0.585=0.60

5.3.4 Discusión y conclusiones

Con el propósito de obtener las propiedades psicométricas de la EPCA en muestras mexicanas y decidir si es un instrumento válido y confiable para la muestra de estudio se aplicaron distintos análisis estadísticos que se describen a continuación.

El análisis de confiabilidad muestra que la EPCA en su versión de 20 ítems, presenta buena consistencia interna ($\text{Alpha de Cronbach}=0.80$). Esto es, los reactivos del instrumento miden una variable en común “asertividad”. Un alto índice de confiabilidad también se ha reportado en otras escalas adaptadas a población mexicana, como el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey con un $\text{alpha de } 0.92$ (Guerra, 1996) y la Escala de Asertividad de Michelson y Wood con $\text{alpha de } 0.81$ (Aguilar, 1995; Lara & Silva, 2002). Sin embargo, aunque estos instrumentos presentan buenos índices de confiabilidad, la EPCA es el instrumento adecuado ya que la adaptación estuvo dirigida a la población blanco (adolescentes mujeres).

Por otra parte, como menciona Guerra (1996), en la mayoría de los reportes a cerca de escalas de asertividad no se presentan datos sobre la confiabilidad, más bien se han centrado en evaluar la estabilidad temporal y no la consistencia interna. Esto puede explicarse debido a que el concepto de asertividad o habilidades sociales implica un alto contenido situacional y cultural. Por tanto, la EPCA representa ventajas sobre algunos otros instrumentos utilizados en este ámbito en tanto muestra un buen índice de confiabilidad.

Otra de las ventajas de la EPCA es que, aunque la versión original se construyó con población más heterogénea (hombres y mujeres universitarias), los objetivos del presente estudio limitaron la muestra a una población en riesgo de padecer TCA (adolescentes mexicanas), de esta forma se obtendrán indicadores muy específicos. Esto representa una ventaja con respecto a otros instrumentos estandarizados en México, los cuales están dirigidos a población más heterogénea: Inventario de Asertividad dirigido a hombres y mujeres entre 16 y 65 años, y Escala de Asertividad dirigida a niños y adolescentes de ambos sexos.

Con respecto a los resultados arrojados en el Análisis Factorial, se puede concluir que la estructura de los factores del instrumento mexicano presenta, al igual que el original, pluridimensionalidad en el constructo. Es importante señalar que en la literatura se ha confirmado que un concepto tan complejo

como es Asertividad esta compuesto de varias subcategorías conductuales esbozadas por distintos autores (Caballo, 1993) e incluidas en la construcción de los instrumentos de autoreporte (Gismero, 1996). Esto puede explicar el bajo porcentaje de varianza en el instrumento adaptado en muestras mexicanas (32.4%), ya que en este solo se incluyeron 4 categorías de un constructo muy complejo. Debe señalarse que se eliminaron tres factores de la estructura original debido a que no cumplieron con el requisito de obtener un α mínimo de 0.6, por tal motivo, la varianza explicada disminuyó de 43% a 32.4%.

La estructura factorial del instrumento en su versión final, mostró algunas similitudes con el instrumento español. Sin embargo aunque existen factores similares, el orden de importancia resultó distinto. Estas diferencias pueden ser atribuidas a que el instrumento en su versión española se validó con muestras de ambos sexos y rangos de edad superior (universitarios) a la muestra mexicana, la cual estuvo compuesta por mujeres adolescentes estudiantes de secundaria.

Entre estas similitudes, se puede observar que al menos 4 factores obtuvieron una congruencia teórica parecida; por ejemplo el factor 2 de ambos instrumentos que implica el relacionarse con el sexo opuesto. Los factores 4 y 1 que hacen referencia a los derechos como consumidor. Sin embargo, el orden de importancia entre los factores sí presentó diferencias. A diferencia del instrumento español en el cual el factor relacionado a defender derechos como consumidor resultó ser el de mayor peso, en el instrumento mexicano se clasificó como el de menor importancia. Este hecho se puede explicar debido a las diferencias culturales entre ambos países. Como se pudo constatar, en las adolescentes de nuestro país, el factor de mayor peso fue “Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales” reflejo de que esta habilidad representa una problemática importante en la muestra de estudio, por tanto es una de las cuales se incluyó en los programas de prevención que forman parte de esta investigación.

Otro aspecto importante es que los reactivos en los cuales se hicieron ajustes dirigidos a situaciones que eran más comunes para la población adolescente mexicana (11 y 27) se agruparon en factores rotados similares a la versión española y con la misma coherencia teórica. Cabe señalar que el ítem 3 fue excluido.

Por ultimo, otro aspecto de vital importancia es la capacidad de la EPCA para discriminar entre puntajes altos y bajos de habilidades sociales y clasificar adecuadamente a las participantes del estudio. Este poder de discriminación se comprobó primero al obtener diferencias estadísticamente

significativas entre los grupos (nivel alto y bajo de habilidades sociales) en todos los reactivos, (la mayoría a nivel $p=.001$) y después confirmándolo a través de un Análisis Discriminante. Los resultados de este último análisis confirman que la EPCA adaptada en mujeres adolescentes mexicanas mostró buena validez predictiva, que permitió clasificar al 100% de los casos.

De lo anterior se puede concluir que:

:

Los resultados de este estudio confirman que la versión final de la EPCA mostró buenos indicadores de confiabilidad y validez de constructo, presentando una pluridimensionalidad del concepto “asertividad”. Así mismo, es una escala con la capacidad de discriminar entre niveles altos y bajos de habilidades sociales. Con base en estas características puede concluirse que es el instrumento adecuado para la realización del presente estudio. Además de resultar un instrumento económico, breve, de fácil aplicación y calificación (criterios “a mayor puntaje, mayor problema”).

5.3.5 Sugerencias y limitaciones.

Debido a que la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva adaptada a población mexicana es que sólo esta dirigida a población de adolescentes mujeres estudiantes de secundaria, se sugiere hacer una nueva versión dirigida a ambos sexos y dirigirla a distintas etapas de la vida.

Otra sugerencia es realizar una revisión detallada de los reactivos, con el propósito de disminuir la inespecificidad de los mismos y la varianza no explicada del instrumento. Así también, incluir reactivos que complementen la congruencia teórica y puedan otorgar mayor consistencia a cada factor. Cabe señalar que el intentar incluir demasiados reactivos buscando cubrir las categorías conductuales que forman el constructo habilidades sociales se convertiría en una tarea casi imposible, debido a la especificidad situacional y cultural de este concepto.

Para finalizar, se sugiere continuar con el proceso de estandarización de la EPCA ya que la obtención de datos psicométricos de cualquier instrumento es un proceso continuo, que presenta avances paralelos a la utilidad del mismo.

Como producto del presente Estudio 1, se obtuvo la versión final de la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva adaptada a población de mujeres adolescentes mexicanas, esta escala esta compuesta por 20 reactivos con 4 opciones de respuesta (ver Apéndice 1).

CAPÍTULO SEIS

ESTUDIO DOS

ESTUDIO PILOTO DE DOS PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TCA EN MUJERES ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

RESUMEN

El objetivo del estudio 2 fue someter a estudio piloteo dos programas de prevención de factores de riesgo asociados con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria; el primero de ellos estuvo basado en técnicas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y el segundo en técnicas de información psicoeducativa. Método: La muestra final (N=27) se extrajo de una muestra mayor de N=90 estudiantes del turno matutino de escuelas secundarias públicas, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y reportaron haber realizado dieta con propósitos de control de peso. La elección de las participantes fue intencional. Sin embargo, la asignación de las mismas a tres distintas condiciones de investigación se realizó al azar: grupo 1 n=10 (participantes que concluyeron la intervención basada en EHS); grupo 2 n=9 (participantes que concluyeron la intervención basada en la técnica psicoeducativa); y grupo 3 n=8 (grupo control en lista de espera). Se presentó una pérdida al seguimiento del 31%, el grupo que recibió el EHS el que presentó menor índice de abandono. El promedio de edad de las participantes fue de $\bar{X}=14$ años, con una DE=0.55. El tipo de investigación fue de campo y de carácter exploratorio, con un diseño de dos grupos experimentales y uno control, con mediciones pretest-postest. Se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud y La Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva en su versión adaptada a población mexicana. Una vez que se realizó la selección de las participantes y se asignaron al azar a las tres distintas condiciones (dos experimentales y una control), se aplicaron las intervenciones. Se midieron los efectos y se comparó la eficacia de ambos programas en la reducción de los factores de riesgo asociados a los TCA. Los resultados obtenidos con la prueba de Wilcoxon mostraron que ambos programas experimentales (EHS y Psicoeducativo) resultan eficaces en incrementar el nivel de habilidades sociales y en disminuir el nivel de riesgo del factor “preocupación

por el peso y la comida”, resultado que no se observó en el grupo control en lista de espera. Con base en los resultados, se puede concluir que la técnica psicoeducativa resultó más eficaz a corto plazo, en la disminución del riesgo en las variables asociadas a conductas alimentarias anómalas (seguimiento de dieta restringida, preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva) en comparación con los otros grupos.

ESTUDIO DOS

6.1 Plan de investigación

6.1.1 Objetivo general

El propósito del presente estudio fue someter a estudio piloto dos programas de prevención de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria

- El primero de ellos estuvo basado en técnicas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS).
- En el segundo se implementaron técnicas de información psicoeducativa.

6.1.2 Objetivos específicos

1. Desarrollar y someter a estudio piloto dos programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria basados en diferentes técnicas: 1 activa (EHS) y pasiva (psicoeducativa).

2. Evaluar la eficacia de ambos programas en la disminución o eliminación de los siguientes factores de riesgo asociados a los TCA en una muestra de mujeres adolescentes estudiantes de secundaria.

- Nivel de Habilidades Sociales.
- Seguimiento de Dieta Restringida.
- Preocupación por el Peso y la Comida.
- Conducta Alimentaria Compulsiva
- Insatisfacción con la Imagen Corporal

3. Comparar la eficacia de ambas técnicas (activa vs pasiva) de prevención de TCA

6.1.3 Identificación y definición de variables

Variables independientes:

1. Programa basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)

Definición conceptual: 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 en situaciones sociales (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 fue en forma grupal por facilitadoras antes entrenadas y su escenario fueron las instalaciones de escuelas secundarias públicas. En este programa se incluyeron componentes indudablemente activos como el modelado, rol playing, ensayo conductual, dramatización y algunos otros participativos como imaginiería, relajación y TRE (ver Apéndice 4).

2. Programa basado en la Técnica Psicoeducativa

Definición Conceptual: Serie de actividades que conllevan información sobre factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria y que utilizan el método tradicional de enseñanza donde un maestro o un facilitador proporcionan la información y el alumno tiene un papel pasivo.

Definición Operacional: El programa de prevención basado en la técnica psicoeducativa 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 su escenario son las instalaciones de escuelas secundarias públicas que colaboren en el proyecto. En este programa se incluyen componentes pasivos o con mínima participación como el método tradicional expositivo y grupos de discusión (ver Apéndice 4).

Variables dependientes:

1. Nivel de habilidades sociales

Definición Conceptual: Carboles (1988) señala que es frecuente considerar los déficits en habilidades sociales como un elemento concurrente, cuando no causal, en problemas psicológicos muy variados. Las personas incapaces de relacionarse socialmente, de expresar clara y directamente sus sentimientos, solucionar problemas comunes y cotidianos, tomar decisiones de incumbencia personal o familiar, resistir a las presiones malsanas del grupo, negociar conflictos y controlar su ambiente inmediato o de anteponerse a las situaciones adversas con verdaderas posibilidades de éxito, pueden ser consideradas como no socialmente hábiles (Roth, 1986). Por el contrario, las personas que han desarrollado la mayoría de las habilidades antes mencionadas, son consideradas hábiles sociales.

Definición Operacional: Esta variable se midió con las respuestas dadas a la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva (Gismero, 1996) y adaptada a población mexicana. El criterio de calificación se estableció como sigue: “un mayor puntaje implica mayor problemática en habilidades sociales”.

2. Seguimiento de dieta restringida

Definición Conceptual: Programa alimentario de ingestión intencional específico a fin de controlar el peso corporal (Gómez Peresmitré & Ávila, 1998).

Definición Operacional: Esta variable se midió a través de las repuestas arrojadas por el factor 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA Gómez Pérez-Mitré, 1998). Este factor contiene 8 reactivos tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que van desde 1=nunca, hasta 5=siempre. El criterio de calificación de las variables que integran el EFRATA es “a mayor puntaje mayor problema”.

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 (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 Gómez Pérez-Mitré, 1998). Esta formado por 9 reactivos tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que van desde 1=nunca, hasta 5=siempre. Formato de calificación EFRATA.

4. Conducta alimentaria compulsiva

Definición conceptual: Se refiere a la actitud y comportamiento obsesivo compulsivo con la comida y con las dietas. La comida ha asumido importancia anormal en la existencia del individuo, provoca un sentimiento de descontrol y de vergüenza. La persona que presenta esta conducta, puede ser obesa o delgada (Ortiz, 2003).

Definición Operacional: Esta variable se midió a través del factor 1 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA Gómez Pérez-Mitré, 1998). Este factor esta formado por 14 reactivos tipo Likert, cinco opciones de respuesta que van desde 1=nunca, hasta 5=siempre. Formato de calificación EFRATA.

5. Insatisfacción con la imagen corporal

Definición Conceptual: Es el grado con el cual la percepción del tamaño y la forma corporal difiere de la forma y tamaño corporal ideal percibida por el individuo (Pineda, 2006).

Definición Operacional: diferencia positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal. La figura actual se mide con la “Sección C” y la figura ideal a través de la “Sección G” del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998). A mayor sea la diferencia mayor será la insatisfacción. Una diferencia igual a cero se interpretará como satisfacción

6.2 Método

6.2.1 Diseño de investigación

El tipo de investigación fue de campo y de carácter exploratorio, con un diseño de dos grupos experimentales y uno control, con mediciones pretest-posttest.

6.2.2 Muestra

La muestra final (N=27) se extrajo de una muestra mayor de N=90 participantes mujeres adolescentes estudiantes de secundaria pública turno matutino que aceptaron participar en el piloteo de los programas de prevención y reportaron haber realizado dieta con propósitos de control de peso. El promedio de edad de las participantes fue de $\bar{X}=14$ años, con una DE=0.55.

6.2.3 Muestreo

La elección de las participantes y de la escuela secundaria participante fue no probabilística. Sin embargo la asignación a las tres distintas condiciones de investigación se realizó al azar: grupo 1 (participantes que concluyeron la intervención basada en EHS); grupo 2 (participantes que concluyeron la intervención basada en la técnica psicoeducativa); y grupo 3 (grupo control en lista de espera).

6.2.4 Control de variables

Los grupos se igualaron en las variables; sexo, edad, tipo de escuela y ubicación de la misma.

6.2.5 Criterios de inclusión

El criterio de selección que se utilizó para formar las muestras de estudio fue que las participantes reportaran haber realizado dieta restringida y no presentaran un IMC $\geq$ a 27. Además, que decidieran participar en la investigación de forma voluntaria.

6.2.6 Criterios de exclusión

Quedaron excluidas de la investigación las adolescentes:

- que tuvieran un IMC $\geq$ a 27.
- que estuvieran participando en cualquier otra investigación que interfiriera con los objetivos de este estudio.
- que padecieran alguna enfermedad relacionada con la conducta alimentaria y/o estuvieran bajo tratamiento médico y,
- se encontraran bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico.

6.2.7 Instrumentos y aparatos

Se aplicaron dos **Instrumentos**:

1. *Cuestionario de Alimentación y Salud* (Gómez Pérez-Mitré, 1998; Gómez Peresmitré, G, Acosta, Unikel & Pineda, 2005). Este cuestionario tiene un alpha general de 0.90, se aplica grupalmente, con un tiempo aproximado de respuesta de 60 min. Para fines del presente estudio, se aplicaron sólo las escalas que se describen a continuación (ver Apéndice 2).

-*Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios* (EFRATA. Secciones D y E). Esta escala se compone de 7 factores que explican el 44.1% de la varianza y tiene un alpha de 0.89. Contiene preguntas cerradas de opción múltiple y 69 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta. De esta escala se aplicaron 3 factores; 1 “Conducta alimentaria compulsiva” (14 ítems), 2 “Preocupación por el peso y la comida” (9 ítems) y factor 6 “Seguimiento de dieta restringida” (8 ítems).

-*Escala de siluetas corporales*. Esta escala se compone por 6 siluetas que cubren un continuo que va desde una figura muy delgada hasta una gruesa, pasando por una figura normal. El orden de presentación de las siluetas es al azar. Se solicita a cada participante que elija una de las siluetas, en la Sección “C” (figura ideal) con la siguiente instrucción “Me gustaría que mi cuerpo fuera como:” y en la Sección “F” (figura actual) “Mi cuerpo se parece más a:”.

-*Sección “K” que evalúa actitud negativa hacia la obesidad*. Formada por 17 ítems: 11 de ellos son de tipo Likert con 5 opciones de respuesta, 4 son de opción múltiple y 2 abiertos.

2. *Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva* (Gismero, 1996) adaptada y validada en población mexicana. Esta escala obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0.80, consta de 4 factores que explican el 32.4% de la varianza, contiene 20 ítems con 4 opciones de respuesta (ver Estudio 1). El criterio de calificación para ambos cuestionarios se interpreta bajo el criterio “a mayor puntaje, mayor problema” (ver Apéndice 1).

Aparatos

Para la obtención de los datos antropométricos (Índice de Masa Corporal) se utilizó:

Una báscula Excell portátil electrónica con capacidad de 300kg y precisión de 0.5.

Un estadímetro de madera.

6.2.8 Procedimiento

-Se diseñaron los manuales de ambos programas de prevención, los cuales constaron de 10 sesiones.

-Se entrenó a dos facilitadoras (pasantes de la licenciatura en psicología) en el manejo de los instrumentos y en la aplicación de los programas de prevención; éstas fueron asignadas al azar a las dos diferentes condiciones experimentales.

-Se solicitó la colaboración de las autoridades de una escuela secundaria pública, turno matutino, del área metropolitana y se les informó de los objetivos de la investigación.

-Se aplicó el cuestionario de alimentación y salud en forma grupal (pretest para obtener línea base) a las chicas que cursaba segundo grado (N=90). La participación fue voluntaria y les informó que los datos fueron recolectados para fines de investigación.

- Se formó una submuestra de N=52 posibles candidatas a participar en el programa de prevención que cumplían con el criterio haber realizado dieta restringida.
- Se llevó a cabo una sesión informativa con los padres, en la que se explicaban los objetivos y los contenidos de la intervención y se solicitó su consentimiento por escrito.
- Los criterios éticos se exponen en la Carta de Consentimiento Informado (ver Apéndice 3).
- Se tomaron medidas (peso y talla) para obtener los índices antropométricos de la muestra de estudio y se excluyeron las jóvenes que presentaban un IMC $\geq$ a 27 (obesidad). La muestra se redujo a N=40
- Éstas se asignaron al azar a las tres distintas condiciones.
- Se llevó a cabo la intervención (10 sesiones), estudio piloto.
- Se evaluaron los programas de prevención y se obtuvo la versión final al término de la segunda etapa de la investigación.
- Todas las actividades referentes al proyecto fueron supervisadas por el investigador responsable.

6.3 Resultados

6.3.1 Descripción de la muestra

Para la presente investigación se seleccionó una N=52 estudiantes a partir de una muestra mayor no probabilística (N=90) que cursaban el segundo grado de secundaria. Sin embargo, sólo 40 cumplieron con el criterio de selección de haber realizado dieta restringida y no tener un IMC ≥ 27 .

Se presentó una tasa de pérdida al seguimiento de 13 participantes (31%) que no finalizaron las intervenciones o que no se presentaron a la medición posttest. Al inicio, dos grupos (EHS y Control) contaban con una n=13 participantes y uno de ellos (psicoeducativo) contaba con una n=14 dando un (total=40). Al concluir las intervenciones la muestra final quedó integrada como sigue; n1 grupo EHS=10 n2 grupo psicoeducativo=9 y n3 grupo control en lista de espera=8. Como se puede observar, fue el grupo sometido a la intervención basada en el EHS el que se presentó menor índice de abandono (ver figura 6.1).

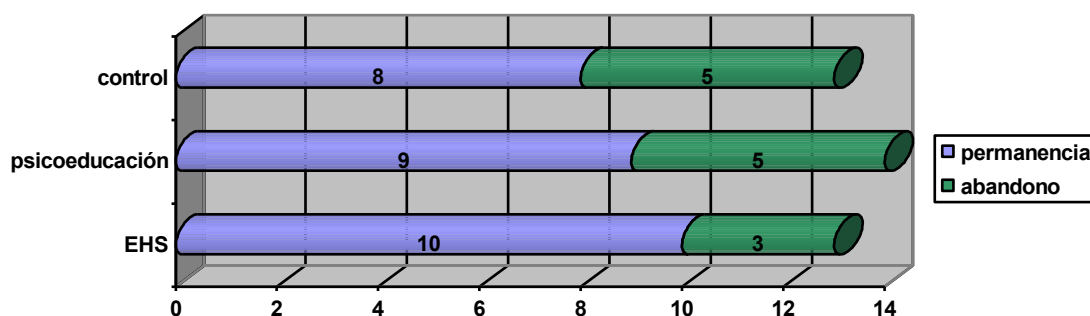


Figura 6.1 Muestra final y pérdida al seguimiento

El rango de edad de las participantes fue: mínimo=13 y máximo=15 años, con una $\bar{X}$ = 14 años y una DE=0.55. Como se puede observar en la tabla 6.1, la variable edad se distribuyó de manera similar en los 2 grupos experimentales; presentando porcentajes mayores en la casilla de 14 años (80% EHS y 78% psicoeducativo) y porcentajes menores en las casillas correspondientes a 13 y 15 años (10% EHS y 11% psicoeducativo). Sin embargo, en el grupo control sólo la mitad de las integrantes (50%) reportó tener 14 años y la otra mitad se distribuyó equitativamente en las casillas de 13 y 15 años (25%).

Tabla 6.1

Distribución de la variable edad por grupos.

EDAD	Porcentajes N total=27	Porcentajes Gpo 1. EHS	Porcentajes Gpo 2. Psicoeduc	Porcentajes Gpo 3. Control
13 años	14.8%	10%	11.1%	25%
14 años	70.4%	80%	77.8%	50%
15 años	14.8%	10%	11.1%	25%
Media y DE	$\bar{X} = 14$ DE= 0.55	$\bar{X} = 14$ DE=0.47	$\bar{X} = 14$ DE=0.50	$\bar{X} = 14$ DE=0.75

Preocupación por el peso corporal.

Del total de la muestra el 88.5% respondieron que si les preocupaba su peso corporal antes de la intervención. Al concluir la misma, disminuye el porcentaje a 63% (ver figura 6.2).

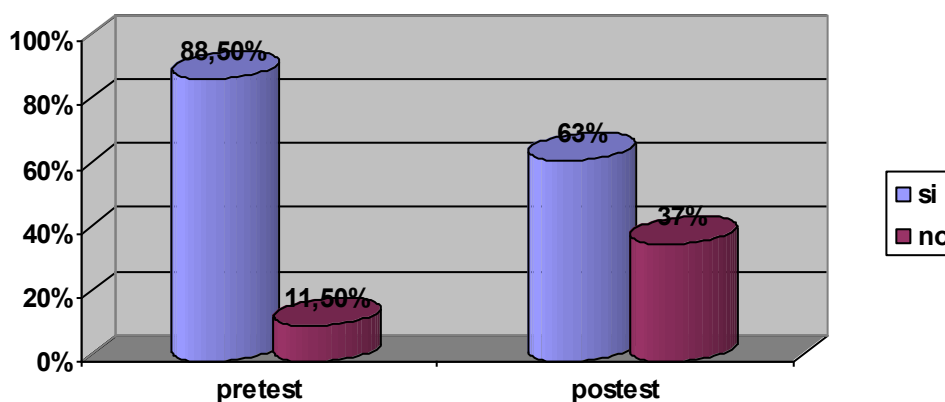


Figura 6.2 Distribución porcentual de la variable ¿Te preocupa tu peso corporal? antes y después de la intervención

Peso deseado

Las respuestas dadas a la variable ¿Qué peso te gustaría tener? muestran que también se encontraron mejoras en las mediciones posttest en el total de la muestra. Se redujeron los porcentajes de más riesgo (mucho menor del que actualmente tengo pretest 37%-posttest 26%) y aparecieron porcentajes en la casilla “más alto del que actualmente tengo” (ver figura 6.3).

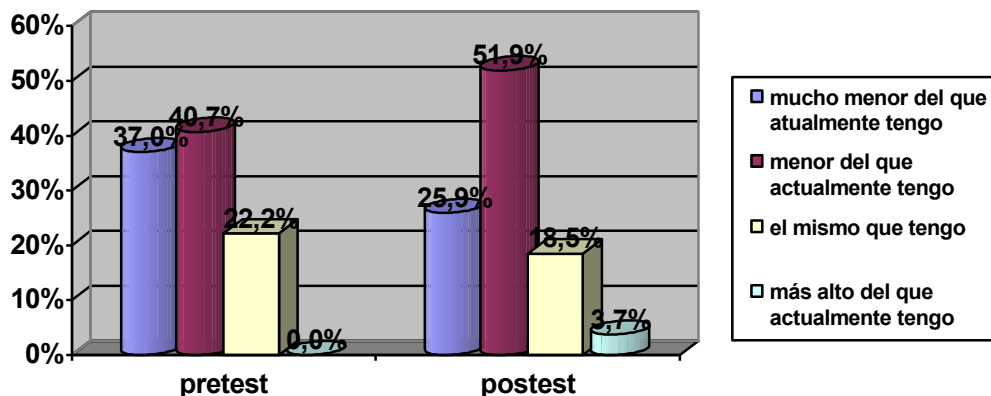


Figura 6.3 Distribución porcentual de la variable ¿Qué peso te gustaría tener? antes y después de la intervención.

Satisfacción con forma corporal

Con respecto a la variable “me gusta la forma de mi cuerpo”. Se puede observar que los porcentajes entre el pretest y posttest tendieron a disminuir en los extremos y aumentar en las opciones de respuesta centrales, que reflejan tendencia hacia la normalidad (ver figura 6.4).

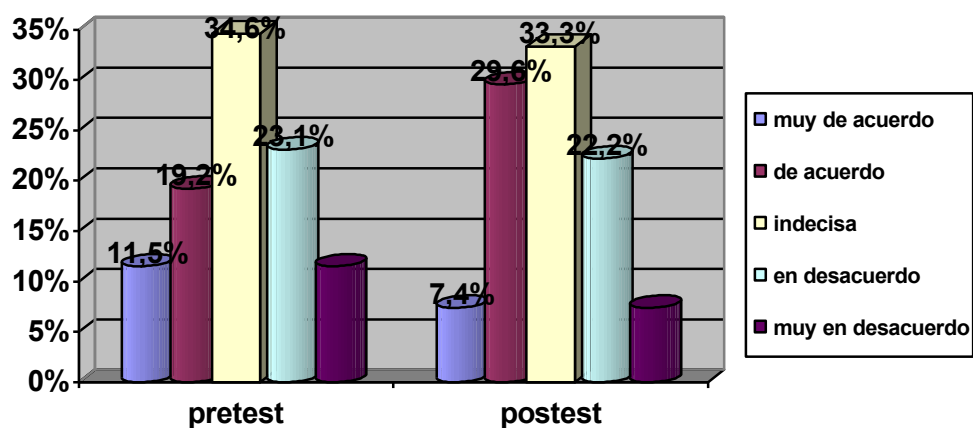


Figura 6.4 Distribución porcentual de la variable ¿Me gusta la forma de mi cuerpo? antes y después de la intervención

Nivel de habilidades sociales.

Para finalizar la descripción de la muestra, se exploraron los resultados obtenidos en la variable nivel de habilidades sociales, se observó que los puntajes disminuyeron entre las medidas pretest y posttest, indicando un aumento en el nivel de habilidades sociales (menor puntaje menor problema) en la muestra total (ver figura 6.5), resultado confirmado por los valores de las medias pretest ($\bar{X}=2.25$) posttest ($\bar{X}=1.87$).

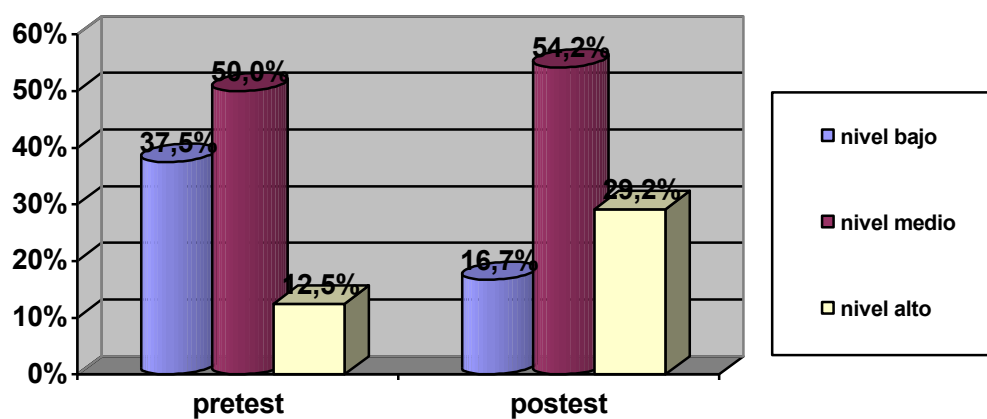


Figura 6.5 Distribución porcentual de la variable nivel de habilidades sociales antes y después de la intervención

6.3.2 Comparación estadística

Para efectos de evaluación del presente estudio piloto, se aplicaron pruebas no paramétricas (pruebas de Wilcoxon, Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney) considerando que el tamaño de la “n” por grupo fue pequeña. Se evaluaron los resultados de la intervención en los dos grupos experimentales y se compararon con el grupo control en lista de espera.

6.3.2.1 Comparación estadística dentro de los grupos

Nivel de habilidades sociales

Para evaluar los efectos de la variable nivel de habilidades sociales, que corresponde a uno de los contenidos centrales de las intervenciones (EHS=Activa y Psicoeducativo=Pasiva), se obtuvo un promedio sumando el total de los reactivos de la EPCA (20) y se dividió entre el número de los mismos. Con el valor promedio para cada grupo se aplicó la prueba de Wilcoxon. En los resultados se puede observar que en ambos grupos experimentales se produjeron cambios estadísticamente significativos (ver tabla 6.2).

Tabla 6.2
Resultados en nivel de habilidades sociales por condición

	EHS	PSICOEDUCATIVA	CONTROL
PRUEBA DE WILCOXON	Z=-2.000 p=0.046	Z=-2.236 p=0.025	Z=.000 p=1.000

El valor de las medianas muestra cambios positivos en las tres condiciones, sin embargo estos cambios fueron significativos únicamente en las condiciones experimentales (ver figura 6.6).

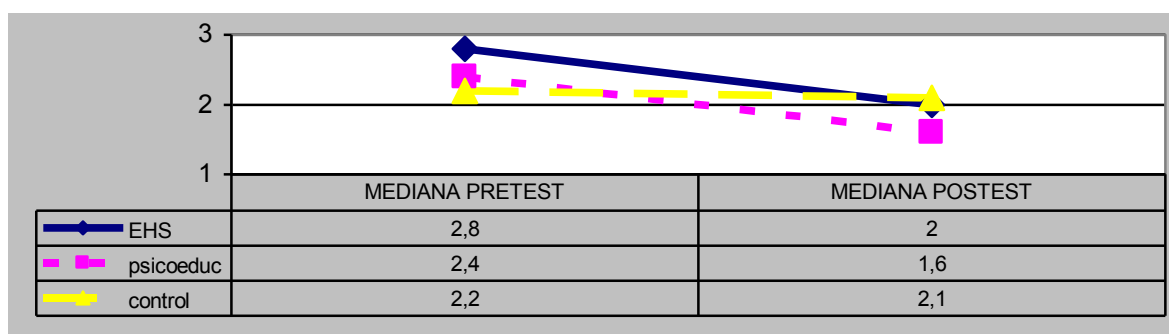


Figura 6.6 Medianas de nivel de habilidades sociales por condición

Seguimiento de dieta restringida

Con respecto a la variable seguimiento de dieta restringida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medidas pretest-posttest en los tres grupos de estudio. Sin embargo se puede observar una tendencia (significancia marginal) en el grupo que fue expuesto a la intervención basada en la técnica psicoeducativa (ver tabla 6.3).

Tabla 6.3

Resultados en seguimiento de dieta restringida por condición

	EHS	PSICOEDUCATIVA	CONTROL
PRUEBA DE WILCOXON	Z=-.848 p=0.396	Z=-1.859 p=0.063	Z=-.943 p=0.345

Debe señalarse que no obstante que los resultados fueron no significativos se consideró importante analizar las significancias marginales, así como la dirección de las medianas debido a la naturaleza exploratoria (estudio piloto) en la que es recomendable obtener la máxima información.

El valor de las medianas en el pretest y posttest por grupo, indican que los tres grupos presentaron cambios positivos asociados a la variable seguimiento de dieta restringida. Sin embargo, se puede observar que el cambio en dirección positiva es mayor en las dos condiciones experimentales y se detectó una significancia marginal en el grupo psicoeducativo (ver figura 6.7).

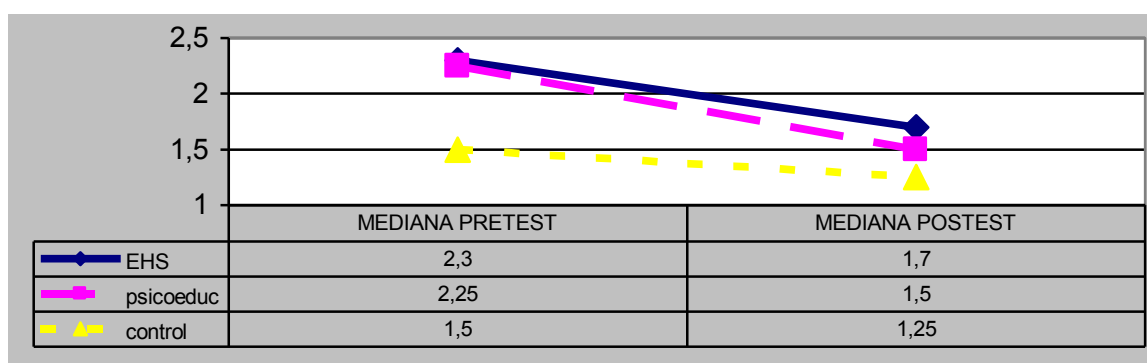


Figura 6.7 Medianas de seguimiento de dieta restringida por condición

Así también, se gráfico un análisis por participante en ambos grupos experimentales con la finalidad de observar los efectos de las intervenciones en la población de alto riesgo (sólo para las variables que integran la EFRATA). La línea punteada señala el límite para delimitar el nivel de riesgo. Las

participantes que están por arriba de ella son las que se ubican en alto riesgo antes y después de las intervenciones. El punto de corte (3.11) se basó en los criterios establecidos por Gómez-Peresmitré, Acosta, Unikel, & Pineda (2005) para la EFRATA (ver figura 6.8 y 6.9).

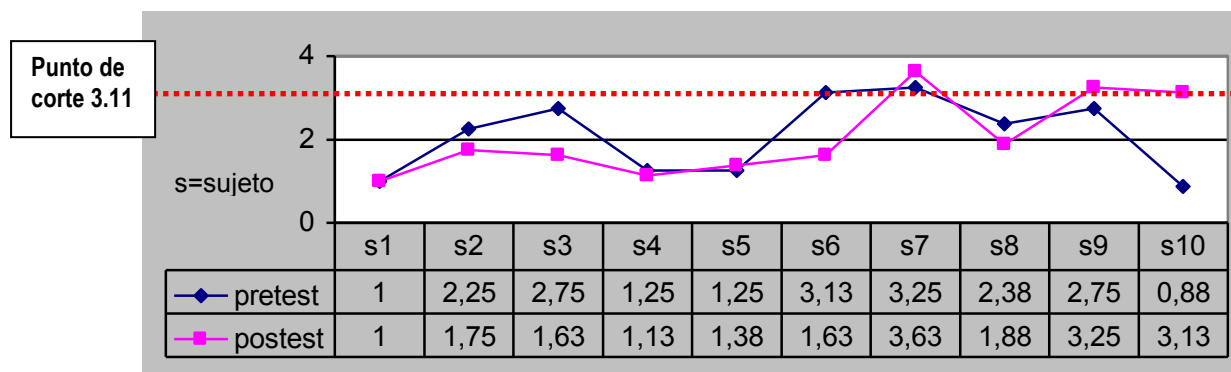


Figura 6.8 Seguimiento de dieta restringida por sujeto antes y después de la intervención EHS

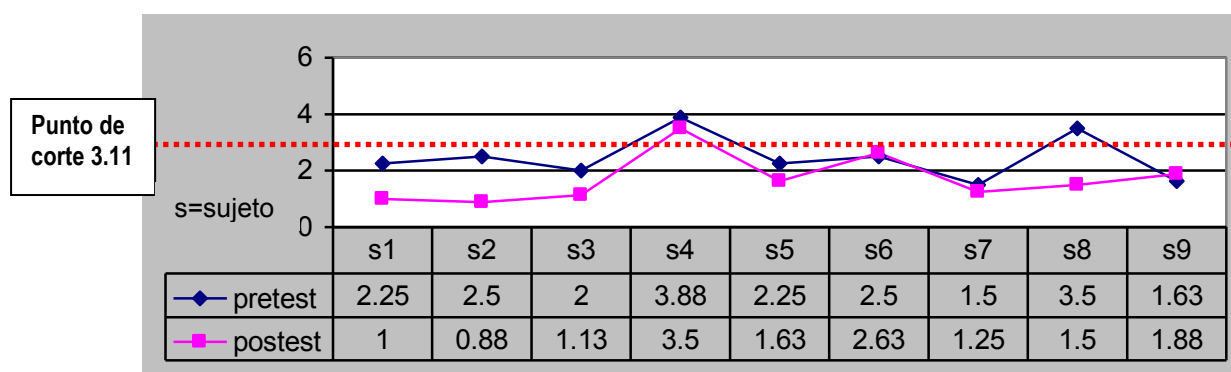


Figura 6.9 Seguimiento de dieta restringida por sujeto antes y después de la intervención psicoeducativa

Preocupación por el peso y la comida

Los valores arrojados por la prueba de Wilcoxon (pretes-postest), indican que la variable preocupación por el peso y la comida tuvo cambios significativos (en la dirección esperada) en los dos grupos experimentales (EHS y Psicoeducativo) como efecto de la intervención. En cambio, en el grupo control no se produjeron estos cambios, más bien puede observarse una significancia marginal (ver tabla 6.4).

Tabla 6.4

Resultados en preocupación por el peso y la comida por condición

	EHS	PSICOEDUCATIVA	CONTROL
PRUEBA DE WILCOXON	Z=-1.973 p=0.049	Z=-2.033 P=0.042	Z=-1.841 p=0.066

Los valores de las medianas antes y después de la intervención (ver figura 6.10), permite observar que los cambios fueron mayores (estadísticamente significativos) en las condiciones experimentales.

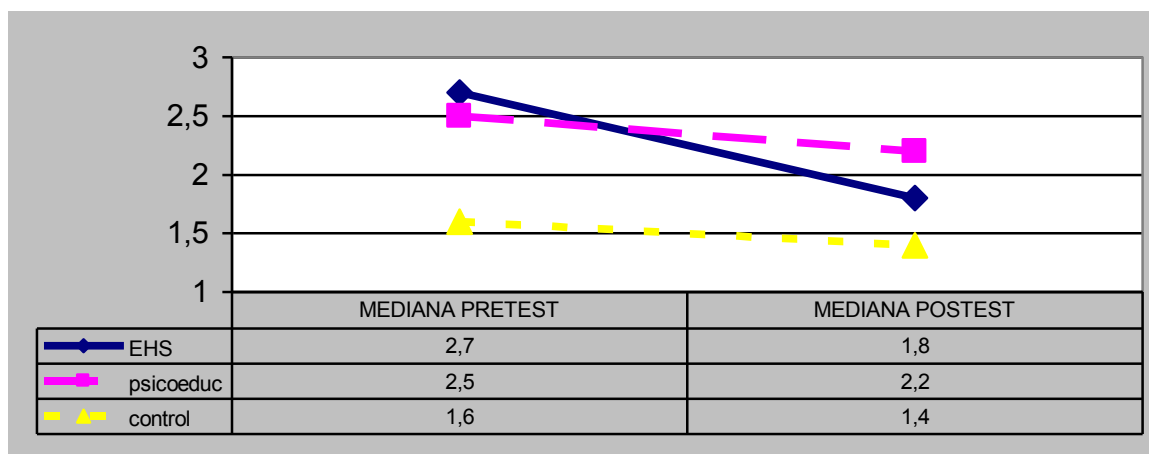


Figura 6.10 Medianas de preocupación por el peso y la comida por condición

El análisis por participante muestra que cada grupo integraba a 3 participantes que se ubicaban en situación de riesgo en preocupación por el peso y la comida antes de la intervención. Sin embargo, en el grupo que recibió la intervención basada en el EHS, se eliminaron los puntajes de alto riesgo (total de las participantes) como producto de la misma (ver figura 6.11), a diferencia de las participantes que recibieron la intervención basada en la técnica psicoeducativa, en donde sólo dos de las tres

participantes que puntuaban en riesgo alto antes de la intervención, disminuyeron sus puntuaciones a una situación sin riesgo (ver figura 6.12).

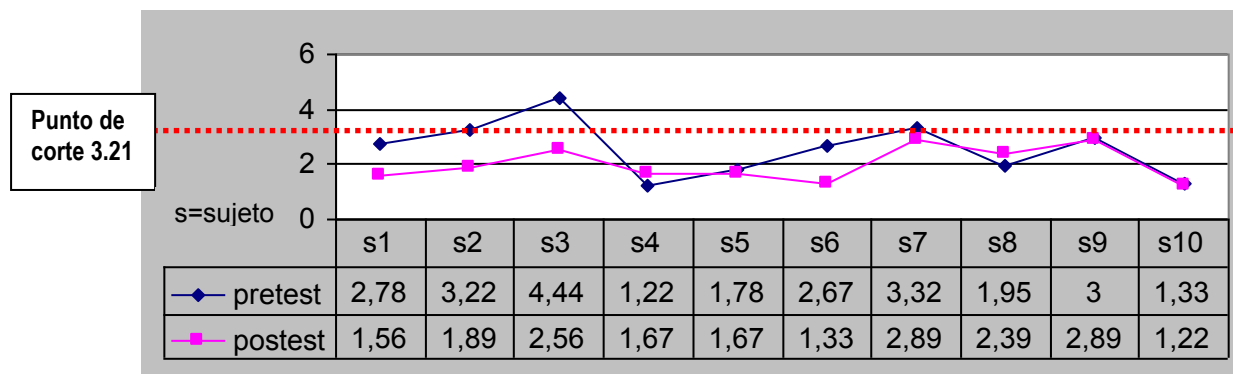


Figura 6.11 Preocupación por el peso y la comida por sujeto antes y después de la intervención EHS

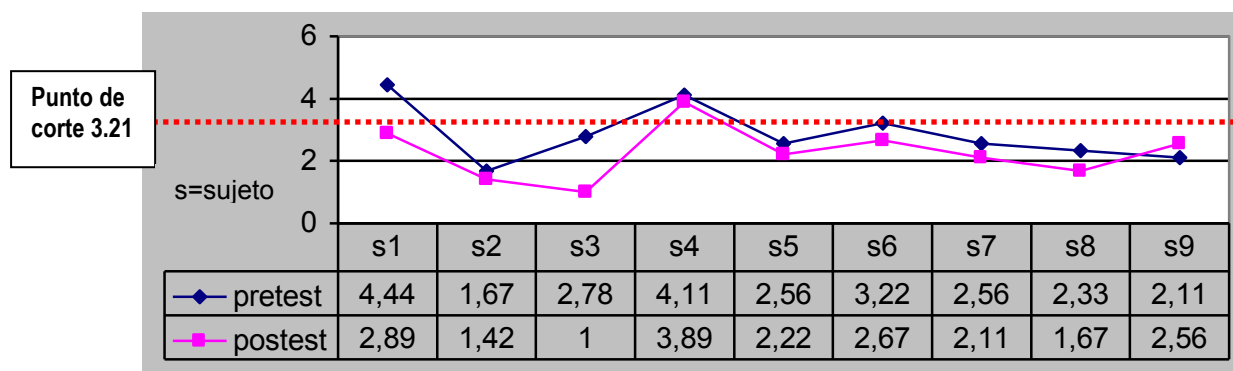


Figura 6.12 Preocupación por el peso y la comida por sujeto antes y después de la intervención psicoeducativa

Conducta alimentaria compulsiva

Los análisis realizados en la variable conducta alimentaria compulsiva permiten observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (pretest-posttest) en ninguno de los tres grupos (ver tabla 6.5).

Tabla 6.5
Resultados en conducta alimentaria compulsiva por condición

	EHS	PSICOEDUCATIVA	CONTROL
PRUEBA DE WILCOXON	Z=-1.035 p=0.301	Z=-1.620 p=0.105	Z=-1.187 p=0.235

Los valores de las medianas (pretest-posttest) de la variable conducta alimentaria compulsiva permiten observar que se produjeron cambios en la dirección esperada en los tres grupos. Cabe señalar que una vez más los cambios en dirección positiva son mayores (aunque no estadísticamente significativos) en las condiciones experimentales (ver figura 6.13).

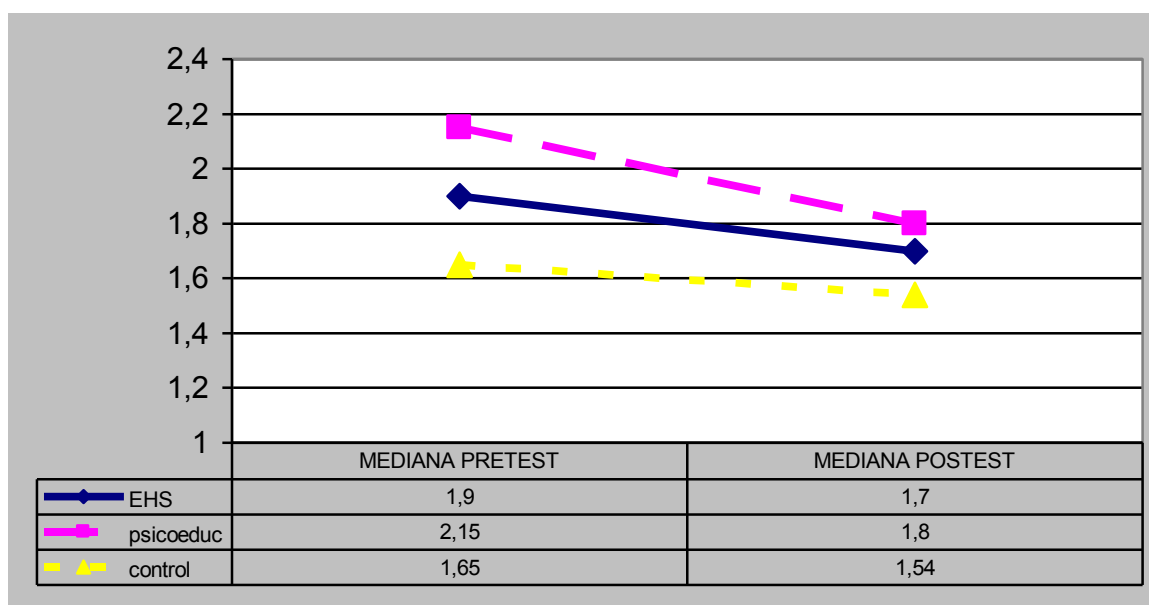


Figura 6.13 Medianas de conducta alimentaria compulsiva por condición

Se puede observar en la figura 6.14 que en el grupo experimental EHS, una de las participantes se ubicaba en alto riesgo antes de la intervención. Al final de la misma, se redujo el riesgo de esta participante pero se incrementó el riesgo de una de sus compañeras. Con respecto grupo experimental psicoeducativo (ver figura 6.15), se observa que aunque se produjeron mejoras como producto de la intervención, la única de las participantes de alto riesgo no alcanzó a situarse por debajo del punto de corte (3.1).

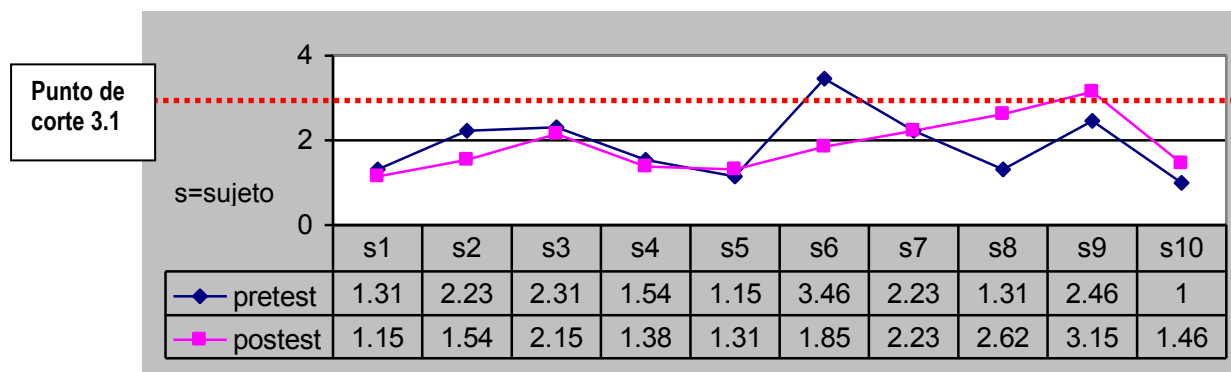


Figura 6.14 Conducta alimentaria compulsiva por sujeto antes y después de la intervención EHS

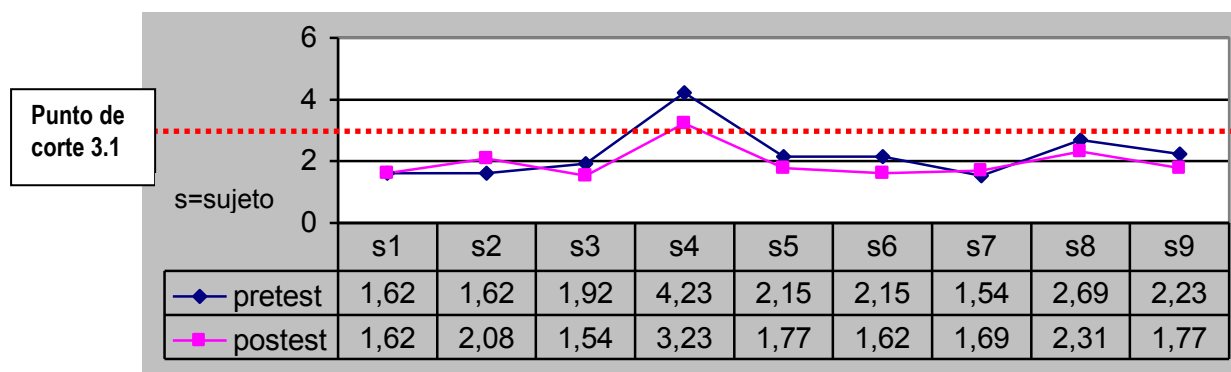


Figura 6.15 Conducta alimentaria compulsiva por sujeto antes y después de la intervención psicoeducativa

Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal.

Con respecto a la variables satisfacción/insatisfacción corporal. Los resultados arrojados por la prueba de Wilcoxon muestran que no se produjeron cambios estadísticamente significativos entre el pretest y el posttest de los tres distintos grupos (ver tabla 6.6). La dirección de las medianas permite observar la dirección de resultados de la intervención (ver figura 6.16).

Tabla 6.6

Resultados en satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal por condición

	EHS	PSICOEDUCATIVA	CONTROL
PRUEBA DE WILCOXON	Z=-.137 p=0.891	Z=-1.890 p=0.059	Z=-1.414 p=0.157

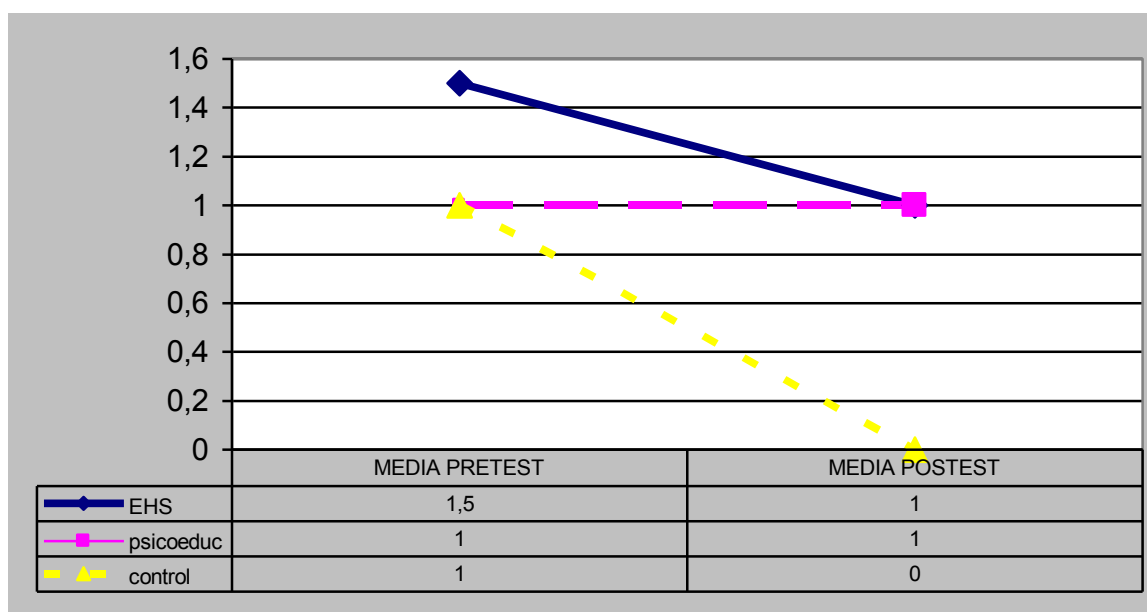


Figura 6.16 Medianas de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por condición

6.3.2.2 Comparación estadística entre los grupos

Para analizar los efectos de las intervenciones y compararlos entre sí y con el grupo control, se utilizaron análisis estadísticos no paramétricos (prueba de Kruskal Wallis). Los resultados no arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos en ninguna de las cinco variables de estudio, antes (ver tabla 6.7), ni después de la intervención (ver tabla 6.8).

Tabla 6.7

Comparación de las variables de estudio entre los tres grupos antes de la intervención

	Nivel de HS	Seguimiento de dieta	Preocupación por el Peso y la Comida	Conducta Alimentaria Compulsiva	Insatisfacción con la Imagen corporal
KRUSKAL WALLIS	$\chi^2=.925$	$\chi^2=2.675$	$\chi^2=3.855$	$\chi^2=2.704$	$\chi^2=1.713$
ENTRE LOS 3 GRUPOS DE ESTUDIO (Pretest)	gl=2	gl=2	gl=2	gl=2	gl=2
	p=0.614	p=0.262	p=0.145	P=0.259	p=0.425

Tabla 6.8

Comparación de las variables de estudio entre los tres grupos después de la intervención

	Nivel de HS	Seguimiento de dieta	Preocupación por el Peso y la Comida	Conducta Alimentaria Compulsiva	Insatisfacción con la Imagen corporal
KRUSKAL WALLIS	$\chi^2=3.338$	$\chi^2=2.342$	$\chi^2=3.770$	$\chi^2=5.050$	$\chi^2=2.162$
ENTRE LOS 3 GRUPOS DE ESTUDIO (Posttest)	gl=2	gl=2	gl=2	gl=2	gl=2
	p=0.188	p=0.310	p=0.152	p=0.080	p=0.339

Para complementar los análisis entre los grupos se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes. Los resultados arrojados en las cinco variables de estudio no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos experimentales (EHS y psicoeducativo) antes de la intervención (ver tabla 6.9).

Tabla 6.9

Comparación de las variables de estudio entre los dos grupos experimentales (EHS y Psicoeducativo) antes de la intervención

	Nivel de HS	Seguimiento de dieta	Preocupación por el Peso y la Comida	Conducta Alimentaria Compulsiva	Insatisfacción con la Imagen corporal
U DE MANN-WHITNEY ENTRE LOS 2 GRUPOS EXPERIMENTALES	28.500 Z=-.793 p=0.427	31.000 Z=-.483 p=0.629	32.500 Z=-.338 p=0.736	35.500 Z=-0.48 p=0.961	24.000 Z=-1.120 p=0.315

En el posttest se observa una diferencia estadísticamente significativa en la variable nivel de habilidades sociales (ver tabla 6.10). El valor de las medianas indica que el nivel de habilidades sociales se incrementó de manera significativa en el grupo que recibió la intervención basada en la técnica psicoeducativa (Me=1.61) al compararla con el grupo que recibió el EHS (Me=2.21). Recuerdese que el criterio de calificación es a mayor puntaje mayor problema

Tabla 6.10

Comparación de las variables de estudio entre los dos grupos experimentales (EHS y Psicoeducativo) después de la intervención

	Nivel de HS	Seguimiento de dieta	Preocupación por el Peso y la Comida	Conducta Alimentaria Compulsiva	Insatisfacción con la Imagen corporal
U DE MANN-WHITNEY ENTRE LOS 2 GRUPOS EXPERIMENTALES	17.500 Z=-2.230 p=0.026	31.000 Z=-.483 p=0.629	25.500 Z=-1.016 p=0.310	28.500 Z=-1.061 p=0.289	42.500 Z=-2.140 p=0.831

Al comparar las variables de interés entre el grupo experimental que recibió el EHS y el grupo control en ambas mediciones (pretest y postest), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver tablas 6.11 y 6.12).

Tabla 6.11

Comparación de las variables de estudio entre grupo EHS y grupo control antes de la intervención

	Nivel de HS	Seguimiento de dieta	Preocupación por el Peso y la Comida	Conducta Alimentaria Compulsiva	Insatisfacción con la Imagen corporal
U DE MANN-WHITNEY ENTRE LOS 2 GRUPOS EXPERIMENTALES	24.000 Z=-.904 p=0.366	20.500 Z=-1.177 p=0.239	15.000 Z=-1.167 p=0.243	21.000 Z=-1.158 p=0.247	33.000 Z=-.208 p=0.836

Tabla 6.12

Comparación de las variables de estudio entre grupo EHS y grupo control después de la intervención

	Nivel de HS	Seguimiento de dieta	Preocupación por el Peso y la Comida	Conducta Alimentaria Compulsiva	Insatisfacción con la Imagen corporal
U DE MANN-WHITNEY ENTRE LOS 2 GRUPOS EXPERIMENTALES	26.000 Z=-.255 p=0.799	21.000 Z=-1.451 p=0.147	21.000 Z=-1.448 p=0.148	23.000 Z=-.908 p=0.408	23.500 Z=-1.179 p=0.270

Por último, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney entre el grupo que recibió la intervención basada en la técnica psicoeducativa y el grupo control. Los resultados de la medida pretest (ver tabla 6.13) muestran que hubo una diferencia estadísticamente significativa en la variable preocupación por el peso y la comida. El valor de las medias indica que existía una problemática mayor en el grupo que recibió la intervención basada en la técnica psicoeducativa (Me=2.55) al compararlo con el grupo control (Me=2.38), diferencia que disminuyó como resultado de la intervención (no estadísticamente significativa en los resultados del postest (ver tabla 6.14).

Tabla 6.13

Comparación de las variables de estudio entre grupo psicoeducativo y grupo control antes de la intervención

	Nivel de HS	Seguimiento de dieta	Preocupación por el Peso y la Comida	Conducta Alimentaria Compulsiva	Insatisfacción con la Imagen corporal
U DE MANN-WHITNEY ENTRE GPOS PSICOEDUCATIVO Y CONTROL	28.000 Z=.000 p=1.000	14.500 Z=-1.572 p=0.116	9.000 Z=-2.125 p=0.034	19.000 Z=-1.641 p=0.101	16.000 Z=-1.172 p=0.241

En los resultados del postest (ver tabla 6.14) podemos observar que se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la variable Conducta Alimentaria Compulsiva, diferencia que no se encontró en la medida pretest y que parece indicar que se produjo un cambio no esperado sobre esta variable.

Tabla 6.14

Comparación de las variables de estudio entre grupo psicoeducativo y grupo control después de la intervención

	Nivel de HS	Seguimiento de dieta	Preocupación por el Peso y la Comida	Conducta Alimentaria Compulsiva	Insatisfacción con la Imagen corporal
U DE MANN-WHITNEY ENTRE GPOS PSICOEDUCATIVO Y CONTROL	23.500 Z=-.913 p=0.361	22.000 Z=-1.058 p=0.290	16.500 Z=-1.633 p=0.103	9.000 Z=-2.407 p=0.016	19.000 Z=-1.380 p=0.168

6.3.3 Análisis de pérdida al seguimiento

Con la finalidad de indagar si el abandono del estudio por algunas participantes introducía sesgo o tendencia a la muestra de investigación se procedió a realizar el análisis (prueba de aleatoriedad) propuesto por diversos autores, entre ellos Hair, Anderson, Thatman y Black (1999). Se formaron dos grupos independientes con la muestra total $n=40$ (n_1 permanencia=27 y n_2 abandono=13) en relación con cada una de las variables de interés. Los resultados de la prueba “t de Student” que aparecen en la tabla 6.15 muestran que el abandono del estudio fue aleatorio (no se produjo sesgo) con excepción de la variable preocupación por el peso y la comida, en la que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de participantes que abandonó las intervenciones y el grupo que permaneció en las mismas.

Tabla 6.15

“t de Student” factores de riesgo por pérdida al seguimiento (permanencia-abandono)

VARIABLES	“t de Student”
Nivel de habilidades sociales	$t(34) = 1.036$ $p=0.308$
Seguimiento de dieta restringida	$t(34) = 1.116$ $p=0.301$
Preocupación por el peso y la comida	$t(34) = 2.273$ $p=0.030$
Conducta alimentaria compulsiva	$t(36) = 1.115$ $p=0.272$
Insatisfacción con la imagen corporal	$t(35) = -.607$ $p= 0.548$

El valor de las medias indica que las participantes que abandonaron la investigación fueron las que se encontraban en menor riesgo al compararlas con las participantes que permanecieron hasta el final de la investigación (ver figura 6.17). Es decir, el factor común entre las participantes que permanecieron fue que se encontraban en mayor riesgo con respecto al factor preocupación por el peso y la comida.

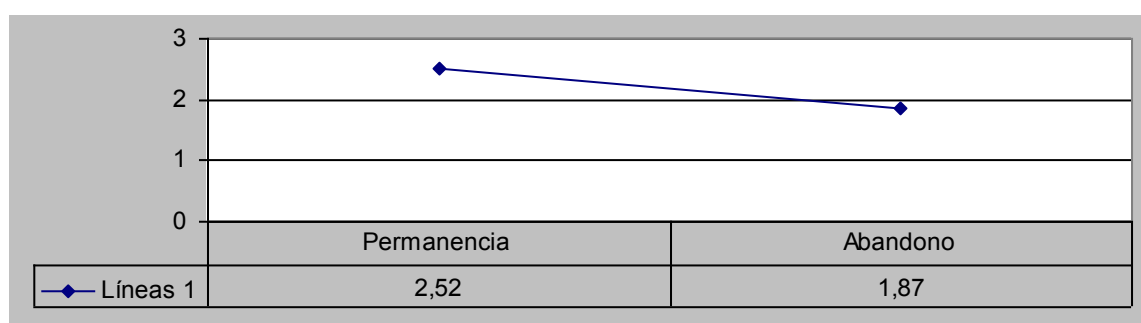


Figura. 6.17 Valor de las medias variable preocupación por el peso y la comida entre grupos (permanencia y abandono)

6.4 Discusión y conclusiones

El propósito del presente estudio fue someter a estudio piloto dos programas de prevención de factores de riesgo de TCA en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria y reunir información para la instrumentación y toma de decisiones de la investigación propiamente dicha. En el primero de los programas se utilizaron técnicas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS), mientras que en el segundo se utilizaron técnicas psicoeducativas.

Se seleccionó una N=40 estudiantes a partir de una muestra mayor no probabilística (N=90) con base en los criterios de inclusión. Cabe señalar que fue el grupo sometido a la intervención basada en el EHS en donde se presentó el menor índice de abandono (23%), esto pudiera sugerir que la técnica activa asegura una mayor permanencia de las participantes y menor pérdida al seguimiento. Este resultado concuerda con los estudios en donde se reporta que las estrategias activas o participativas para la modificación de comportamientos inadaptados subyacentes a estos trastornos, es uno de los elementos que ha producido mejores resultados (Petit, De la Corte & Astray, 2002).

Comparando los porcentajes de los participantes que culminaron la presente investigación (67.5%) con un estudio previo de prevención de TCA (Sepúlveda, Carboles, Gandarillas, Poveda & Pastor 2004) realizado con estudiantes universitarios en el que 93% de los estudiantes completó el programa y contestó al cuestionario de evaluación final, se puede concluir que la pérdida al seguimiento de este estudio fue alta. La literatura menciona que el abandono del tratamiento es un fenómeno generalizado que distorsiona el funcionamiento de los servicios médicos y puede acabar afectando a la propia evolución de los pacientes (Moré, Huidobro, Marina, Pedro & Holgado, 2003). Por tal motivo, se sugiere implementar alguna estrategia que logre disminuir los índices de pérdida al seguimiento.

De acuerdo con lo observado en la descripción de la muestra, puede concluirse que casi la mitad de la muestra de estudio (40 de 90 participantes) reportó haber realizado dieta con propósitos de control de peso. Estos resultados concuerdan con estudios tanto nacionales como internacionales (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001; Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakening, 1990), en donde se señala que actualmente el seguimiento de dietas con fines de bajar de peso se ha vuelto una conducta normativa.

Con base en los análisis de resultados se observó que en los dos grupos experimentales (EHS y psicoeducativo) se presentó, como se esperaba, un incremento en el nivel de habilidades sociales. En ambas intervenciones se incluyó esta temática como parte integral de los programas. La forma en la cual se trató (activa y pasiva respectivamente) constituyó la distinción entre los mismos. Es importante señalar que este resultado no se encontró en el grupo control (en lista de espera), mismo que hasta el momento del análisis no había recibido ningún tipo de adiestramiento en el manejo de dichas habilidades.

El incremento en el nivel de las habilidades sociales puede ser considerado como un factor protector en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria si se contempla la relación ampliamente documentada de niveles bajos de habilidades sociales (aserción negativa, aislamiento social, poner límites a otras personas, dificultad para expresar sentimientos, dependencia, búsqueda de aprobación externa e inseguridad, así como inhabilidades en roles ocupacionales como el trabajo o la escuela) y la presencia de TCA (Gismero, 1996; Godart, et. al., 2004; Mizes, 1989; Slade, 1982; Williams, Chamove & Millar, 1990).

Apoyando lo anterior, algunos otros autores coinciden en afirmar que como antecedente del trastorno de la conducta alimentaria, los pacientes presentan problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades en relaciones heterosexuales (Crisp, 1981; Garner & Bemis, 1982). Por tal motivo, se considera de suma importancia empoderar, en el ámbito de las habilidades sociales, a las jóvenes que se encuentran en riesgo de desarrollar estos trastornos.

De igual forma se ha documentado la permanencia en el tiempo de los efectos del entrenamiento asertivo en el tratamiento integral de los TCA. Por ejemplo Calvo, Delgado, Rodríguez-Vega y Santo-Domingo (1987), reportaron una evolución casi paralela del aislamiento social y síntomas de TCA en seguimientos a uno, tres y cinco años. Así también, Keel, Mitchell. Millar, Davis y Crow (2000) mencionan que el tratamiento de pacientes bulímicas se ve beneficiado, tras diez años de seguimiento, si se incluye el entrenamiento en habilidades sociales. Tales resultados apoyan la importancia de incluir el EHS como elemento primordial en los programas de prevención de TCA.

Con respecto a las variables asociadas con conductas alimentarias anómalas, se exploró el seguimiento de dieta restringida, la preocupación por el peso y la comida, y la conducta alimentaria compulsiva, observándose una disminución de dichos factores de riesgo en los tres grupos de estudio. Llama la atención la presencia de resultados positivos en el grupo control. ¿Cómo explicar cambios en la dirección esperada en el grupo control (en lista de espera) que no recibió programa de prevención antes de realizar los análisis? Una de las explicaciones más coherentes es el “efecto de contaminación” documentado en la literatura referente a los programas de prevención de TCA (Neumark-Sztainer, Burlar & Palti, 1995). Este efecto se presenta debido a la permanencia de los grupos de estudio en una misma escuela (experimentales y controles). Las participantes que pertenecen a los grupos experimentales transmiten la información que han recibido a las que pertenecen al grupo control, este efecto de contaminación produce un cambio en las actitudes alimentarias que se ve reflejado en los resultados.

Sin embargo, debe señalarse que las diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pretest-posttest, se reportaron sólo en los dos grupos experimentales y específicamente en la variable preocupación por el peso y la comida. Cabe señalar que estos resultados pudieron estar cargados por el efecto de no aleatoriedad reportado en el análisis de pérdida al seguimiento. Así también, se observó una tendencia a producir cambios estadísticamente significativos en la variable seguimiento de dieta restringida en el grupo que recibió la intervención basada en la técnica psicoeducativa. Estos hallazgos representan ventajas sobre algunos estudios antecedentes que utilizaban técnicas expositivas con un mínimo de participación o videos acerca de los efectos adversos de un control de peso pernicioso, conductas alimentarias saludables y habilidades a fin de resistir las presiones sociales para hacer dieta, cuyos resultados no mostraron cambios estadísticamente significativos al finalizar las intervenciones. (Killen, et. al., 1993; Moreno & Tehlen 1993; Paxtón 1993).

Los resultados arrojados en la presente investigación sugieren que en general, existe una tendencia a disminuir el riesgo entre las jóvenes que han realizado dieta restringida alguna vez en su vida (criterio de selección), tendencia que se generaliza a las variables relacionadas con conducta alimentaria anómala (ver dirección de medianas en las variables seguimiento de dieta restringida, conducta alimentaria compulsiva y preocupación por el peso y la comida). Estos resultados encuentran sustento en los estudios que sugieren que el dirigir la prevención de TCA a población de alto riesgo es una estrategia que representa ventajas que se reflejan en los resultados de las intervenciones conocidas bajo el nombre de prevención selectiva (Stice & Shaw, 2004).

Con respecto a las dos variables relacionadas con imagen corporal, los resultados en satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal muestran que se produjeron cambios positivos, aunque no estadísticamente significativos, en el grupo EHS y el grupo control. En referencia a la intervención basada en la técnica psicoeducativa no se observaron cambios como producto de la misma. En relación a esta variable, distintos autores señalan que se encuentra entre los predictores más importantes en el desarrollo de anorexia y bulimia (Garner, Garfinkel, Rockert & Olmsted, 1987; Stice, 2001). Además, los estudios realizados en muestras mexicanas refieren la alta incidencia de adolescentes (44%) insatisfechas con su propia imagen (Gómez Pérez-Mitré, 1999). Por lo tanto, será necesario implementar alguna estrategia que produzca mejores resultados sobre esta variable en el estudio final.

Estos resultados sugieren, con referencia al modelo teórico práctico propuesto en la presente investigación, que las variables relacionadas con imagen corporal deben ser un objetivo primordial a considerar como objetivo de los programas de prevención, ya que se encuentran en el inicio del continuo causal que lleva a un TCA. Por tanto, en el estudio principal se incluyó la variable “deseo de una silueta delgada” como criterio de selección.

Por otra parte, los resultados del piloteo indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas por tipo de intervención (a través de la prueba Kruskal Wallis) en las variables de estudio. Sin embargo, al realizar un análisis comparativo entre dos grupos (a través de la prueba U de Mann-Whitney) se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la variable nivel de habilidades sociales entre los dos grupos experimentales, estos resultados favorecen al grupo que recibió la intervención basada en la técnica psicoeducativa (postest). También se encontraron diferencias significativas entre el grupo psicoeducativo y el control en las variables preocupación por el peso y la comida (pretest) y conducta alimentaria compulsiva (postest) que favorecieron a la intervención basada en la técnica psicoeducativa.

Con base en los resultados hasta aquí expuestos, se puede concluir que la intervención basada en la técnica psicoeducativa produjo mejores resultados al compararla con la intervención basada en el EHS. Este resultado no concuerda con la literatura internacional en donde se señala que los programas psicoeducativos de prevención de TCA han tenido poco éxito (Ruiz-Lazaro, 2004; Santonastaso, Zanetti, Ferrara, Olivotto, Magnavita & Favaro, 1999). Sin embargo, estos resultados encuentran respuesta en estudios antecedentes a nivel nacional e internacional (Pineda, 2006; Stice et al. 2001) en donde se reporta que los resultados favorecen a la intervención psicoeducativa en comparación con

una intervención basada en la disonancia cognoscitiva (activa) en la medición del posttest a corto plazo, pero no a largo plazo. En este punto cabe mencionar el estudio realizado por Pineda (2006) quien realizara evaluaciones a los 6 y a los 12 meses y cuyos resultados mostraron claramente, que si bien en algunos efectos el método psicoeducativo resultaba mejor a los 6 meses, cuando se realizó el seguimiento a las 12 meses los efectos que permanecían eran los de la intervención interactiva, resultados que por otra parte, concuerdan con los de Stice et al. (2001).

Los resultados del tratamiento estadístico de pérdida al seguimiento proporcionan elementos que sugieren que la permanencia de las participantes depende del nivel de riesgo que presentan en la variable preocupación por el peso y la comida, pues fueron las chicas que puntuaban en mayor riesgo de presentar esta problemática, las que permanecieron hasta el final de la investigación. Sin embargo fue únicamente en esta variable de estudio en la cual se detectaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos de permanencia y abandono, motivo por el cual, no se considera un argumento suficiente para concluir que los resultados están tendenciados, ya que no existe forma de controlar la pérdida al seguimiento. Este fenómeno coincide con las premisas de Stice y Shaw (2004) quienes sugieren que los individuos con alto riesgo de padecer TCA están más motivados para captar los contenidos de los programas preventivos, lo que puede resultar en mayores beneficios.

En general, los resultados arrojados por el estudio piloto nos permiten concluir que:

1. Ambos programas (EHS y Psicoeducativo) resultan eficaces en incrementar el nivel de habilidades sociales. Sin embargo, la técnica psicoeducativa presenta los mejores resultados a corto plazo.
2. Ambos programas resultaron especialmente eficaces en la disminución del nivel de riesgo del factor Preocupación por el peso y la comida. Sin embargo, el programa basado en el EHS resultó ser el más eficaz ubicando al total de las participantes de alto riesgo en una situación de riesgo bajo, de acuerdo con los puntos de corte sugeridos por Gómez-Peresmitré, Acosta, Unikel, & Pineda (2005).
3. El Programa basado en la técnica psicoeducativa resultó más eficaz a corto plazo, en la disminución del riesgo en las variables asociadas a conductas alimentarias anómalas (seguimiento de dieta restringida, preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva) en comparación con los otros grupos.

4. El Programa basado en el EHS obtiene menor porcentaje de pérdida al seguimiento cuando se compara con los otros grupos.

5. Contrario a lo esperado, en los tres grupos se presenta una tendencia a disminuir el nivel de riesgo en las variables asociadas a las conductas alimentarias anómalas (Seguimiento de dieta restringida, Preocupación por el peso y la comida y Conducta alimentaria compulsiva), fenómeno que se explica por el efecto de contaminación. Sin embargo, es en los dos grupos que recibieron intervención en donde se produce en mayor grado esta tendencia.

6. No se produjeron diferencias estadísticamente significativas por método de prevención (EHS vs Psicoeducativo).

6.5 Sugerencias.

Con base en los resultados arrojados por el estudio piloto se consideraron los siguientes puntos para el estudio principal (tercera etapa del proyecto doctoral):

1. Con referencia al impacto de ambas intervenciones sobre la población de alto riesgo se sugiere probar la eficacia de ambos programas (EHS y psicoeducativo) con participantes que presenten riesgo alto en las variables de estudio.
2. Considerando la asociación entre nivel de riesgo y pérdida al seguimiento, se sugiere trabajar con población de alto riesgo para disminuir los porcentajes de abandono.
3. Implementar alguna estrategia que minimice el efecto de contaminación reflejado en el grupo control en lista de espera.
4. Con base en los resultados en la variable insatisfacción con la imagen (no presentaron cambios significativos), se sugiere considerar las variables asociadas con imagen corporal como criterio de selección en la tercera etapa de la investigación.
5. Por último, se sugiere implementar seguimientos para medir los efectos de ambas intervenciones a lo largo del tiempo.

CAPÍTULO SIETE

ESTUDIO TRES

ESTUDIO PRINCIPAL. EVALUACIÓN DE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE TCA EN ADOLESCENTES MEXICANAS

RESUMEN

El objetivo general del tercero y último estudio estuvo dirigido a evaluar dos programas de prevención en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria y determinar cual de ellos tiene mayor eficacia en la eliminación o disminución de factores de riesgo asociados a TCA. Las técnicas utilizadas en los programas fueron: 1) entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y, 2) técnicas de información psicoeducativa. La muestra de trabajo (N=110), se extrajo de una muestra mayor de N=430 mujeres adolescentes de tres escuelas secundarias del Distrito Federal (2 mixtas y 1 exclusiva de mujeres), con una media de edad de $\bar{X}=12.81$ y $DE=0.56$, que reportaron el deseo de una silueta corporal muy delgada y estuvieron por debajo del punto de corte de obesidad ($IMC \geq 27$). Las participantes se asignaron al azar a tres distintas condiciones: entrenamiento en habilidades sociales (EHS) $n_1=43$, técnicas de información psicoeducativa $n_2=37$ y grupo control en lista de espera $n_3=30$. La pérdida al seguimiento fue del 32%, el porcentaje más alto de pérdida se presentó en el grupo EHS (39%). El tipo de investigación fue de campo, experimental y longitudinal, con un diseño de dos grupos experimentales y uno control en lista de espera. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Alimentación y Salud y La Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva en su versión adaptada a población mexicana. Procedimiento. Una vez seleccionadas las participantes (pretest), se asignaron al azar a las condiciones del estudio. Posteriormente, se llevó a cabo la intervención. Se midieron los efectos al finalizar las intervenciones (postest) y se aplicó una medida de seguimiento a los 6 meses, una vez recolectadas las medidas de seguimiento se aplicó el tipo de intervención que mostró mayor eficacia al grupo control en lista de espera. Los resultados del Análisis de Varianza Medidas Repetidas mostraron los mejores efectos a corto plazo en las variables deseo de una silueta delgada e Insatisfacción con la imagen corporal en el grupo EHS. A largo plazo se detectaron resultados que favorecieron las condiciones experimentales (EHS y psicoeducativa) en la variable nivel de habilidades

sociales. El análisis de significancia clínica mostró que el grupo EHS presentó mejores resultados (disminución en el nivel de riesgo de las participantes) en tres de las variables más importantes: deseo de una silueta delgada, insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restringida. El grupo Psicoeducativo presentó los mejores resultados en las variables preocupación por el peso y la comida y nivel de habilidades sociales. La variable conducta alimentaria compulsiva mostró resultados no esperados. De lo anterior se puede concluir que la técnica participativa (EHS) produce los mejores resultados en las variables asociadas con imagen corporal (a corto plazo) y decrecienta el porcentaje de participantes que practican dieta para bajar de peso (análisis de significancia clínica).

ESTUDIO TRES

7.1 Plan de investigación

7.1.1 Objetivo general

Evaluar dos programas de prevención selectiva dirigidos a mujeres adolescentes estudiantes de secundaria y determinar cual tiene mayor eficacia en la eliminación o disminución de factores de riesgo asociados a TCA.

-El primero de ellos se basó en técnicas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS).

-En el segundo se implementaron técnicas de información psicoeducativa.

1. Evaluar eficacia de dos programas de prevención (a corto y largo plazo) en la reducción de los siguientes factores de riesgo:

-Deseo de una silueta corporal delgada.

-Seguimiento de dieta restringida.

-Preocupación por el peso y la comida.

-Conducta alimentaria compulsiva.

-Insatisfacción con la imagen corporal.

-Nivel de habilidades sociales.

7.1.2 Problemas de investigación

1. Si se evalúan los resultados de los programas de prevención (entrenamiento en habilidades sociales vs psicoeducativo), ¿Cuál de las dos intervenciones tendrá mejores resultados a corto y largo plazo (seguimiento a 6 meses) en las variables de estudio?

2. ¿Cuál de los dos programas produce los mejores resultados?:

7.1.3 Identificación y definición de variables

Identificación de variables independientes

1. Programa basado en el entrenamiento en habilidades sociales (EHS).
2. Programa basado en la técnica psicoeducativa.

Identificación de variables dependientes

1. Deseo de una silueta corporal delgada.
2. Insatisfacción con la imagen corporal.
3. Seguimiento de dieta restringida.
4. Preocupación por el peso y la comida.
5. Conducta alimentaria compulsiva.
6. Nivel de habilidades sociales.

Definición de variables independientes

1. Programa basado en el entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

Definición conceptual: ver estudio 2 (p. 102).

Definición Operacional: Resultados obtenidos con la aplicación del programa de prevención basado en el EHS (ver estructura y contenidos en Apéndice 5). Consta de 9 sesiones, cada una de ellas con una duración promedio de una hora, su aplicación fue en forma grupal por facilitadoras antes entrenadas y su escenario fueron las instalaciones de escuelas secundarias públicas. En este programa se incluyeron componentes indudablemente activos como el modelado, rol playing, ensayo conductual, y algunos otros participativos como imaginación y TRE.

2. Programa basado en la técnica psicoeducativa

Definición Conceptual: ver estudio 2 (p. 102).

Definición Operacional: Resultados obtenidos con la aplicación del programa de prevención basado en la técnica psicoeducativa (ver estructura y contenidos en Apéndice 5). Consta de 9 sesiones, cada una de ellas con una duración promedio de una hora su aplicación fue en forma grupal por facilitadoras antes entrenadas y su escenario fueron las instalaciones de escuelas secundarias públicas. En este programa se incluyeron componentes pasivos o con mínima participación como el método tradicional expositivo y grupos de discusión.

Definición de variables dependientes

1. Deseo de una silueta corporal delgada

Definición conceptual: La figura ideal es conceptualizada como aquella silueta o forma corporal que representa el modelo o estereotipo al que aspira una persona. El deseo de una silueta corporal delgada se refiere a la selección de una silueta en la categoría de delgadez como ideal corporal (Pineda, 2006).

Definición operacional: Esta variable se mide a través de la “Sección C” del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 2001) que evalúa la elección de Figura ideal en adolescentes (“Me gustaría que mi cuerpo fuera como...”). Esta escala esta compuesta por 6 siluetas que cubren un continuo de peso corporal que va desde una figura muy delgada hasta una gruesa, pasando por una figura normal. El orden de presentación de las siluetas es al azar. A la figura más delgada se le asigna el valor 1 y a la más gruesa el valor 6.

La definición conceptual y operacional de las variables dos a la cinco se pueden consultar en el estudio 2 (pp 103 a 105).

2.- Insatisfacción con la imagen corporal

3.- Seguimiento de dieta restringida

4.- Preocupación por el peso y la comida

5. Conducta alimentaria compulsiva

6. Nivel de Habilidades Sociales

Definición Conceptual: ver estudio 2 (p. 103).

Definición Operacional: Esta variable se midió con las respuestas dadas a la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva (Gismero, 1996), adaptada a población mexicana (ver estudio 1). Esta escala esta integrada por 20 reactivos de los cuales se obtiene un promedio para su calificación global. También se obtuvo la puntuación de cada uno de los 4 factores que lo integran (1. Dificultad para expresar opiniones y sentimientos en situaciones sociales, 2. Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, 3. Evitación o dificultad para dar y recibir negativas, y 4. Defender derechos como consumidor). El criterio de calificación se estableció como sigue: “un mayor puntaje implica mayor problemática en habilidades sociales”.

7.2 Método

7.2.1 Diseño de investigación

El tipo de investigación fue de campo y de carácter experimental y longitudinal, con un diseño de dos grupos experimentales y uno control en lista de espera, mediciones independientes y repetidas.

7.2.2 Muestra

Se obtuvo la línea base en tres escuelas secundarias turno matutino (la elección de las participantes y de las instituciones fue no probabilística), dos de ellas son escuelas con población de ambos sexos, la tercera fue exclusiva de mujeres.

1. Esc. mixta. Línea base con $n = 94$ estudiantes mujeres de primer grado
2. Esc. mixta. Línea base con $n = 90$ estudiantes mujeres de primer grado.
3. Esc. mujeres. Línea Base con $n = 246$ estudiantes mujeres de segundo grado

Se obtuvo una muestra total de $N = 430$ mujeres adolescentes estudiantes de primero y segundo grado de educación secundaria del Distrito Federal (con $\bar{X} = 12.81$ de edad y $DE = 0.56$), de la que se seleccionó una $N = 134$ participantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Al inicio de las intervenciones, la muestra de trabajo se redujo a $N = 110$ participantes que presentaron el consentimiento firmado de los padres y de las autoridades de las escuelas (ver criterios de exclusión), y decidieron participar voluntariamente en la investigación. Estas se asignaron al azar a las tres diferentes condiciones:

1. Grupo experimental expuesto al entrenamiento en habilidades sociales $n_1 = 43$
2. Grupo experimental expuesto técnicas de información psicoeducativa $n_2 = 37$
3. Grupo control en lista de espera $n_3 = 30$

7.2.3 Criterios de inclusión

-Atendiendo a los resultados del estudio piloto se tomaron los siguientes criterios:

1) Elección de una silueta ideal muy delgada (figuras 1 y 2) en la Sección C del cuestionario que mide “Figura Ideal”. Con este nuevo criterio se intentó contrarrestar el efecto de la intervención psicoeducativa (significancia marginal en dirección no esperada) en la variable insatisfacción con la imagen corporal.

2) En la secundaria en la cual la población fue exclusivamente de mujeres, se seleccionaron adolescentes de mayor riesgo (aquellas que reportaron elección de silueta ideal muy delgada, haber realizado dieta alguna vez en su vida y preocupación por el peso corporal). Estos criterios también derivaron de los resultados del estudio piloto, en donde se puede confirmar que los programas de prevención en TCA resultan más eficaces si se trabaja con población de riesgo alto.

3) Se acudió a las escuelas a tomar medidas antropométricas a las adolescentes que fueron seleccionadas a través del Cuestionario de Alimentación y Salud, con el propósito de incluir a aquellas adolescentes que no tuvieran problemas de obesidad ($IMC < 27$), debido a que los temas abordados en las estrategias de prevención son de índole distinta al manejo de la obesidad.

7.2.4 Criterios de exclusión

Quedaron excluidas de la investigación aquellas adolescentes:

- que presentaron $\geq 30\%$ de los reactivos sin respuesta y/o aquellas que presentaron la elección de la misma opción de respuesta más del 50 % de las veces.
- que presentaron un $IMC \geq 27$ (obesidad)
- que estuvieran participando en cualquier otra investigación que interfiriera con los objetivos de este estudio.
- que padecieran alguna enfermedad relacionada con la conducta alimentaria y/o estuvieran bajo tratamiento médico
- se encontraran bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- que no presentaran la carta de consentimiento firmada por los padres o tutores y,
- que no asistieran a más del 70% de las sesiones.
- en una de las escuela no se permitió la participación a las adolescentes que presentaran bajo rendimiento académico. La varianza externa que pudiera producir esta instrucción no se logró controlar ya que la presente investigación se ajustó a las condiciones de las instituciones participantes

7.2.5 Control de variables

Se igualaron los grupos (experimentales y control) en las variables: edad, sexo, escolaridad y tipo de escuela (pública).

En cada grupo participaron tres facilitadoras: dos pasantes de licenciatura en Psicología de la UNAM y una pasante de la licenciatura en nutrición (Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE). Las facilitadoras fueron entrenadas y supervisadas por el investigador responsable, con el propósito de disminuir la varianza de error atribuida a las mismas.

7.2.6 Instrumentos y aparatos

La descripción de los instrumentos y aparatos de medición se pueden consultar en el estudio 2 (ver pp.106-107):

7.2.7 Procedimiento

- Se modificaron los manuales de ambos programas de prevención con base en los resultados del estudio piloto, la versión final fue de 9 sesiones (ver Apéndice 5).
- Se entrenó a 9 facilitadoras para esta nueva etapa; 7 pasantes de la Licenciatura en Psicología y 2 estudiantes de la Licenciatura en Nutrición (para los temas relacionados con alimentación). Estas fueron asignadas al azar a las tres diferentes condiciones.
- Se solicitó la colaboración de las autoridades de tres escuelas secundarias del área metropolitana turno matutino a quienes se les expusieron los objetivos de la investigación.
- Se llevaron a cabo las sesiones informativas con los padres, en las que se explicaron los objetivos y los contenidos de la intervención y se solicitó su consentimiento por escrito.
- Los criterios éticos se exponen en la Carta de Consentimiento Informado (ver Apéndice 3).
- Se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud en forma grupal (pretest para obtener línea base) a las adolescentes que decidieron participar de forma voluntaria, y se les informó que los datos eran recolectados para fines de investigación.

- Se formó la muestra de trabajo N=134, el proceso de selección se describe en el primer apartado de resultados.
- Se aplicaron las intervenciones (9 sesiones) a las participantes que integraban ambos grupos experimentales (EHS y Psicoeducativo). En la sesión 9 se aplicó la medida posttest.
- Se excluyeron a aquellas participantes que no asistieron a más del 70% de las sesiones
- Seis meses después se aplicó la medida seguimiento.
- Una vez realizados los análisis correspondientes, se acudió a las escuelas para aplicar el programa de prevención más eficaz a las participantes del grupo control en lista de espera.
- Todas las actividades referentes al proyecto fueron supervisadas por el investigador responsable.

7.3 Resultados

7.3.1 Proceso de selección de la muestra de estudio

7.3.1.1 Línea base

El tamaño de la muestra quedó integrado por una N=430 mujeres adolescentes estudiantes de primero y segundo grado de secundaria turno matutino con una $\bar{X}$ de edad=12.8 y DE=0.56. La distribución porcentual y la media de edad de las muestras de las 3 instituciones se observa en la tabla 7.1.

Tabla 7.1
Distribución porcentual de la muestra inicial por escuelas

	ESCUELA 1. POBLACIÓN MIXTA	ESCUELA 2. POBLACIÓN MIXTA	ESCUELA 3 POBLACIÓN MUJERES	TOTAL
Muestra	n=94	n=90	n=246	N=340
Porcentaje	22%	21%	57%	100%
Media de edad	$\bar{X}$ =12.56 DE=0.59	$\bar{X}$ =13.45 DE=0.57	$\bar{X}$ =12.41 DE=0.50	$\bar{X}$ =12.81 DE=0.55

7.3.1.2 Muestra de trabajo

De la muestra total se seleccionó una muestra menor de N=134 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión (ver tabla 7.2). La muestra de trabajo se redujo a N=110, se excluyeron a las participantes con un IMC $\geq$ a 27 y aquellas que no presentaron el consentimiento de sus padres o de las autoridades de las escuelas participantes.

Tabla 7.2**Distribución por escuelas. Muestra de trabajo**

	ESCUELA 1. POBLACIÓN MIXTA	ESCUELA 2. POBLACIÓN MIXTA	ESCUELA 3 POBLACIÓN MUJERES	TOTAL
Muestra	N=36	n=34	N=40	N=110
Porcentaje	32.7%	30.9%	36.4%	100%
Media de edad	$\bar{X}$ =12.41 DE=0.56	$\bar{X}$ =13.35 DE=0.55	$\bar{X}$ =12.54 DE=0.51	$\bar{X}$ =12.75 DE=0.67
Criterio de inclusión	1. Elección de una silueta ideal muy delgada (figuras 1 y 2)	1. Elección de una silueta ideal muy delgada (figuras 1 y 2)	1. Elección de una silueta ideal muy delgada 2. Haber realizado dieta 3. Preocupación por el peso	

Con el propósito de comprobar si existieron diferencias entre las participantes de las dos escuelas mixtas y una exclusiva de mujeres se formaron dos grupos; uno con las adolescentes de las escuelas 1 y 2; el segundo con la escuela 3 (ver tabla 7.2). Se aplicó una prueba “t” para comparar ambos grupos en las variables de estudio. Los resultados mostraron diferencias únicamente en insatisfacción con la imagen corporal (ver tabla 7.3). El valor de las medias indica que el grupo de participantes de la escuela exclusiva de mujeres tiene mayor insatisfacción ($\bar{X}$ =1.42) en comparación con el grupo de participantes provenientes de escuelas mixtas ($\bar{X}$ =1).

Tabla 7.3**Prueba de igualdad entre escuelas mixtas y de mujeres**

variables	T	GL	SIG
Deseo de una silueta corporal delgada	0.007	99	0.995
Insatisfacción con la imagen corporal	0.726	99	0.047
Seguimiento de dieta restringida	-0.522	99	0.603
Preocupación por el peso y la comida	-1.879	99	0.063
Conducta alimentaria compulsiva	0.78	99	0.938
Habilidades sociales (puntaje global)	.507	99	0.614

7.3.1.3 Asignación al azar a las condiciones experimentales

Las participantes seleccionadas se asignaron al azar a tres distintas condiciones mediante la técnica de pedazos de papel (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 1998). En la tabla 7.4 se puede observar que el grupo con el porcentaje más alto de participantes fue el grupo experimental basado en el EHS. Por otra parte, se observa que fue el grupo control en lista de espera el que presentó el menor porcentaje (debido a no obtener el consentimiento de los padres). Así también, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos con respecto a la edad de las participantes $F(2, 100) = 0.864, p = 0.424$.

Tabla 7.4
Distribución al azar por grupo

	GRUPO 1: EXPERIMENTAL EHS	GRUPO 2: EXPERIMENTAL: PSICOEDUCATIVO	GRUPO 3: CONTROL EN LISTA DE ESPERA	TOTAL
"n" por grupo inicio de la intervención	n=43	n=37	N=30	N=110
Porcentaje	39.1%	33.6%	27.3%	100%
Media de edad	$\bar{X} = 12.85$ DE=0.73	$\bar{X} = 12.69$ DE=0.63	$\bar{X} = 12.66$ DE=0.62	$\bar{X} = 12.75$ DE=0.67
ANOVA (One Way) $F(2, 100) = 0.864, p = 0.424$				

7.3.2 Descripción de la muestra

Maduración sexual

Como se observa en la tabla 7.5, tanto en el total de la muestra como en los grupos de estudio, los porcentajes más altos indican que la edad de la menarca se presentó entre los 11 y 12 años. El ANOVA One-Way reporta que no se encontraron diferencias entre los tres grupos con respecto a la variable edad de primera menstruación.

Tabla 7.5
Distribución de la variable “edad de la menarca” por grupo

EDAD DE MENARCA	CONDICIÓN			
AÑOS	GRUPO 1. EHS	GRUPO 2. Psicoeducativo	GRUPO 3. Control	MUESTRA TOTAL
9	0	3.2%	4%	2.2%
10	22.2%	9.7%	8%	14.1%
11	27.7%	48.4%	40%	30%
12	41.7%	35.5%	32%	37%
13	8.3%	3.2%	16%	8.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Media y DE	$\bar{X}$ =11.36 DE=0.93	$\bar{X}$ =11.26 DE=0.82	$\bar{X}$ =11.48 DE=1	$\bar{X}$ =11.36 DE=0.91
ANOVA (One- Way) $F(2, 89) = 0.407, p = 0.667$				

Índice de Masa Corporal (IMC).

Para conocer la distribución del IMC, se utilizaron los puntos de corte validados en población adolescente mexicana por Saucedo y Gómez-Peresmitré (1997) (ver tabla 7.6). Como se puede observar en la Figura 1, del total de la muestra experimental, la mayoría de las participantes (44%) se ubicó en la categoría peso normal, seguida por la categoría correspondiente a sobrepeso (29%). En el otro extremo, se observa que el menor porcentaje se ubicó en la categoría muy bajo peso (3%). Una vez asignadas al azar a las tres distintas condiciones no se detectaron diferencias entre los grupos a través del ANOVA, $F(2,105)=1.524$, $p=223$.

Tabla 7.6
Puntos de corte IMC

Categoría	Punto de corte IMC
Muy Bajo Peso	<15
Bajo Peso	15–18.9
Peso Normal	19-22.9
Sobrepeso	23-27
Obesidad	>27

Fuente: Saucedo y Gómez Peresmitré, 1997

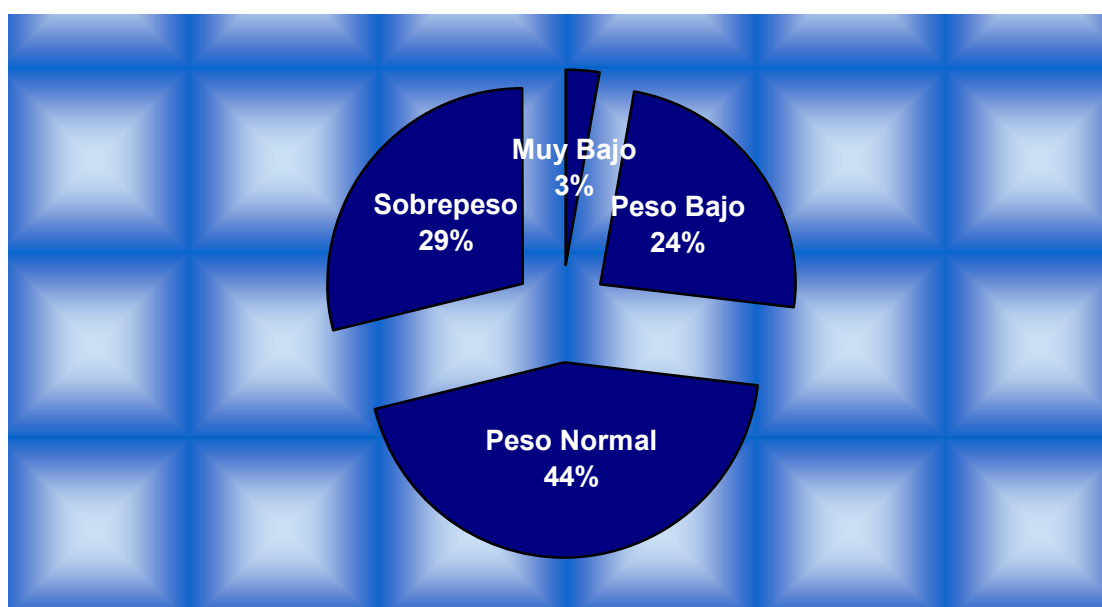


Figura 7.1 Distribución porcentual de la muestra experimental por categoría IMC

Dieta para bajar de peso.

Con respecto a las variables relacionadas al seguimiento de dieta, se puede observar que aproximadamente tres cuartas partes de las participantes reportó como antecedente, haber llevado a cabo esta conducta independientemente del grupo al que fueron asignadas (EHS=70%, Psicoeducativo=76% y Control=63%). La edad en la que predomina el inicio de dieta es a los 12, con un rango entre los 7 y 14 años. Como se muestra en la tabla 7.7, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio.

Tabla 7.7
Distribución de la variable “dieta” por grupo

	CONDICIÓN			
	GRUPO 1. EHS	GRUPO 2. Psicoeducativo	GRUPO 3. Control	MUESTRA TOTAL
Participantes que reportaron haber realizado dieta	Si 69.8% No 30.2%	Si 75.7% No 24.3%	Si 63.3% No 36.7%	Si 70% No 30%
EDAD DE INICIO (AÑOS)	%	%	%	
7	0	2.7%	0	0.9%
8	2.3%	0	0	0.9%
9	4.7%	0	0	1.8%
10	0	16.2%	3.3%	6.4%
11	16.3%	10.8%	13.3%	13.6%
12	32.6%	29.7%	40%	33.6%
13	11.6%	16.2%	6.7%	11.8%
14	2.3%	0	0	0.9%
Total	69.8%	75.7%	63.3%	70.0%
	$\bar{X}$ =11.67 DE=1.27	$\bar{X}$ =11.46 DE=1.37	$\bar{X}$ =11.79 DE=0.71	$\bar{X}$ =11.62 DE=1.19
ANOVA (One- Way) F(2, 74) =0.447, p=0.641				

Preocupación por el peso corporal

Como se puede observar en la tabla 7.8, más de tres cuartas partes de las participantes se preocupaban por su peso corporal independientemente de la condición experimental (EHS=84%, Psicoeducativo=86% y Control=83%). El rango de edad de inicio en esta variable va de los 6 hasta los 14 años. El punto pico se observó entre los 11 y 12 años. Cabe señalar que al igual que en las variables anteriormente descritas, no se detectó diferencias estadísticamente significativas entre las tres condiciones F(2, 90) =0.077, p=0.926.

Tabla 7.8

Distribución de la variable “preocupación por el peso corporal” por grupo

	CONDICIÓN			
	GRUPO 1. EHS	GRUPO 2. Psicoeducativo	GRUPO 3. Control	MUESTRA TOTAL
Te preocupa tu peso corporal?	Si 83.7% No 16.3%	Si 86.5% No 13.5%	Si 83.3% No 16.7%	Si 84.5% No 15.5%
EDAD DE INICIO (AÑOS)	%	%	%	
6	0	0	3.3%	0.9%
7	0	0	0	0
8	4.7%	5.4%	3.3%	4.5%
9	0	5.4%	10%	4.5%
10	18.6%	16.2%	10%	15.5%
11	30.2%	27%	16.7%	25.5%
12	20.9%	27%	30%	25.5%
13	9.3%	2.7%	6.7%	6.4%
14	0	2.7%	3.3%	1.8%
Total	83.7%	86.5%	83.3%	70.0%
	$\bar{X}$ =11.67 DE=1.27	$\bar{X}$ =10.97 DE=1.33	$\bar{X}$ =11.79 DE=0.71	$\bar{X}$ =11.01 DE=1.40
ANOVA (One- Way) F(2, 90) =0.077, p=0.926				

7.3.3 Análisis de igualdad de las muestras.

Se aplicó una prueba para constatar la igualdad de las muestras entre las tres condiciones de estudio (ANOVA One-Way). En la tabla 7.9 se puede observar que no se encontraron diferencias entre los grupos de estudio en ninguna de las variables de interés, antes de iniciar la intervención.

Tabla 7.9
ANOVA (One-Way). Condición por variables de estudio pretest

VARIABLES	SUMA DE CUADRADOS	F	GL	SIG.
Deseo de una silueta corporal delgada	0.032	0.181	2	0.835
Insatisfacción con la imagen corporal	2.654	1.267	2	0.286
Seguimiento de dieta restringida	0.148	0.148	2	0.863
Preocupación por el peso y la comida	0.293	0.237.	2	0.789
Conducta alimentaria compulsiva	0.916	0.892	2	0.413
Habilidades sociales (puntaje global)	1.060	2.287	2	0.107

7.3.4 Descripción de las variables de estudio

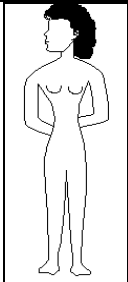
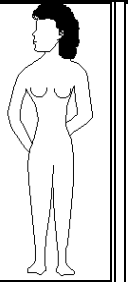
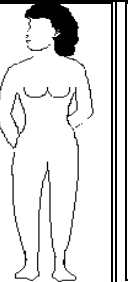
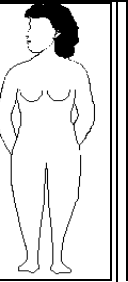
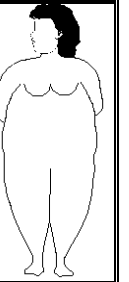
Deseo de una silueta corporal delgada

Con respecto a la variable “deseo de una silueta corporal delgada”, los porcentajes de la medida pretest indican que todas las participantes independientemente del grupo, reportaron que deseaban tener una silueta delgada y muy delgada (criterio de inclusión). Sin embargo, después de la intervención se observa que en los dos grupos experimentales disminuyeron los porcentajes de la categoría muy delgada (EHS de 11% a 2.7% y Psicoeducativo de 9% a 5.8%) y fue en el grupo expuesto al EHS en el cual se observan los mejores resultados (ver tabla 7.10). Curiosamente se encontraron pequeños porcentajes de respuesta en las categorías de sobrepeso (2.7%) y obesidad (2.7%).

En la medida de seguimiento se puede observar que los porcentajes de la categoría “muy delgada” regresan a su porcentaje inicial en los 2 grupos experimentales (EHS 11% y Psicoeducativo 10%). Sin embargo, se observa una distribución de respuesta más dirigida hacia la normalidad, que se confirma con la elección de figuras normopeso e incluso con sobrepeso, como silueta ideal. Esta tendencia hacia la normalidad se observa en menor medida en el grupo control (ver tabla 7.10).

Tabla 7.10

Distribución porcentual de la variable deseo de una silueta corporal delgada por grupo

						
	MUY DELGADA	DELGADA	NORMO PESO 1	NORMO PESO 2	SOBRE PESO	OBESIDAD
ANTES DE LA INTERVENCIÓN (PRETEST)						
Gpo 1. EHS	10.8%	89.2%	0	0	0	0
Gpo 2. Psicoeducat	8.8%	90.2%	0	0	0	0
Gpo 3. Control	6.7%	93.3%	0	0	0	0
DESPUES DE LA INTERVENCIÓN (POSTEST)						
Gpo 1. EHS	2.7%	51.4%	32.4%	8.1%	2.7%	2.7%
Gpo 2. Psicoeducat	5.8%	70.6%	23.5%	0	0	0
Gpo 3. Control	10%	66.7%	23.3%	0	0	0
MEDIDA SEGUIMIENTO (6 MESES)						
Gpo 1. EHS	11.1%	40.7%	33.3%	11.1%	3.7%	0
Gpo 2. Psicoeducat	10%	56.7%	26.7%	3.3%	3.3%	0
Gpo 3. Control	10.5%	57.9%	31.6%	0	0	0

7.3.4.1 Análisis de Varianza Medidas Repetidas (ANOVA MR) 3 x 3

Con el propósito de conocer los efectos de ambas intervenciones experimentales en la reducción de los factores de riesgo estudiados en la presente investigación, se aplicó un Análisis de Varianza Medidas Repetidas (ANOVA MR) en el que se incluyeron las 3 condiciones de estudio con sus 3 medidas.

ANOVA MR 3 X 3

CONDICIÓN	Medidas
1. Grupo basado en EHS	1. Pre-test
2. Grupo basado en Psicoeducación	2. Pos-test
3. Grupo control en lista de espera	3. Seguimiento

Así también, se calculó el tamaño del efecto a través de la F^2 , método propuesto por Cohen (1988). La formula para calcular la F^2 y los criterios para interpretar el tamaño del efecto fueron los siguientes:

$$F^2 = \frac{\text{Eta}^2 \text{ parcial}}{1 - \text{Eta}^2 \text{ parcial}}$$

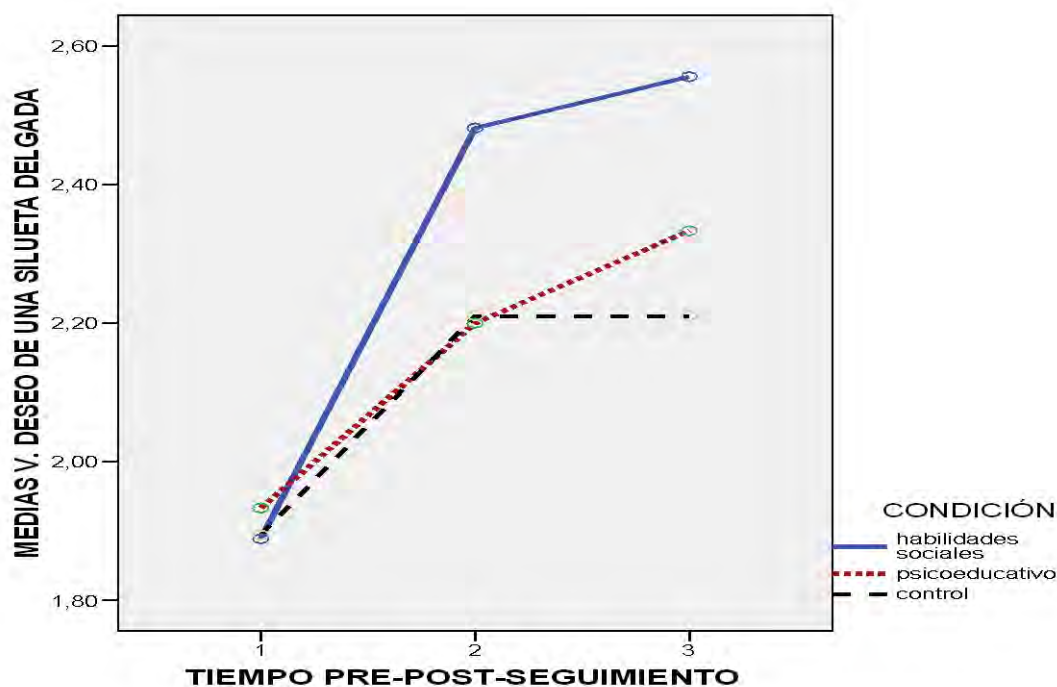
F^2	Criterio Interpretación (Tamaño del efecto)
0.02	Pequeño
0.15	Mediano
0.35	Grande

Con respecto a la variable deseo de una silueta delgada, se detectaron diferencias estadísticamente significativas únicamente para el efecto tiempo (ver tabla 7.11). En la figura 7.2 se observa que el cambio a través del tiempo se produjo en dirección positiva. El efecto condición y la interacción tiempo x condición no tuvieron resultados estadísticamente significativos y el tamaño del efecto calculado con la F^2 resultó pequeño en ambos indicadores. Debe recordarse que en la variable en cuestión, las medias más cercanas a 3 y 4 se interpretan como el deseo de una silueta corporal normopeso.

Tabla 7.11

NOVA MR (3·x 3). Deseo de una silueta corporal delgada

DESEO DE UNA SILUETA DELGADA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL	F ² TAMAÑO DEL EFECTO
INTRASUJETOS						
Tiempo	9.789	2	18.624	0.001	0.203	
Tiempo*condición	1.172	4	1.115	0.352	0.030	0.03
ENTRE SUJETOS						
Condición	1.644	2	1.129	0.329	0.030	0.03



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	1.89	2.48	2.56
Psicoeducativa	1.93	2.20	2.33
Control	1.89	2.21	2.21

Figura 7.2 Medias de la variable deseo de una silueta delgada. Tiempo por condición (3 X 3)

Post-Hoc (Bonferroni). Deseo de una silueta delgada.

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan del pretest- al posttest y del pretest al seguimiento. No se reportaron diferencias estadísticas entre el posttest y el seguimiento (ver tabla 7.12).

Tabla 7.12

Prueba Post-Hoc Bonferroni deseo de una silueta delgada. Tiempo comparación por pares

(I) Tiempo	(J) tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	Sig.
Pre-test	Pos-test	-.392	.073	.001
	Seguimiento	-.461	.084	.001
Pos-test	Pre-tets	.392	.073	.001
	Seguimiento	-.069	.096	1.000
Seguimiento	Pre-test	.461	.084	.001
	Posttest	.069	.096	1.000

Basada en medias marginales estimadas

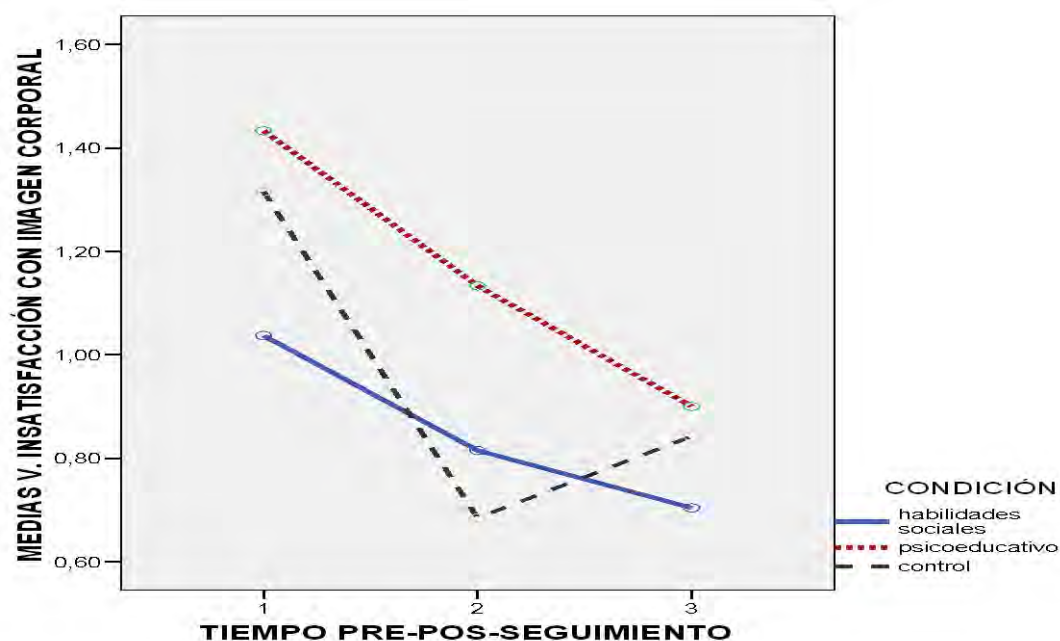
Insatisfacción con la imagen corporal

El ANOVA MR 3x3 de la variable insatisfacción con la imagen corporal, arrojó diferencias estadísticamente significativas para el efecto tiempo (ver tabla 7.13). La figura 7.3 muestra que a través del tiempo se redujo la insatisfacción. Las medias más cercanas a cero se interpretan como satisfacción con la propia imagen. Por otra parte, no se encontraron diferencias en el efecto condición, ni en la interacción tiempo por condición. El estadístico F^2 indica un tamaño del efecto pequeño en estas dos medidas.

Tabla 7.13

ANOVA MR (3 x 3). Insatisfacción con imagen corporal

INSATISFACCIÓN CON IMAGEN CORPORAL	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL	F ² TAMAÑO DEL EFECTO
INTRASUJETOS Tiempo	8.482	2	5.661	0.004	0.072	
Tiempo*condición	1.467	4	0.490	0.743	0.013	0.01
ENTRE SUJETOS Condición	4.109	2	0.845	0.434	0.023	0.02



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	1.04	0.81	0.70
Psicoeducativa	1.43	1.13	0.90
Control	1.32	0.68	0.84

Figura 7.3

Medias de la variable insatisfacción con la imagen corporal. Tiempo por condición (3 X 3)

Post-Hoc (Bonferroni). Insatisfacción con imagen corporal.

La prueba Post-Hoc de comparación por pares en el efecto tiempo, permite observar que se produjeron diferencias (estadísticamente significativas) una vez más, entre las comparaciones pretest-posttest y pretest-seguimiento, más no en la comparación posttest-seguimiento (ver tabla 7.14).

Tabla 7.14

Prueba Post-Hoc Bonferroni insatisfacción con imagen corporal. Tiempo comparación por pares

(I) Tiempo	(J) tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	Sig.
Pre-test	Pos-test	.385	.153	.043
	Seguimiento	.447	.144	.008
Posttest	Pre-tets	-.385	.153	.043
	Seguimiento	.062	.132	1.000
Seguimiento	Pre-test	-.447	.144	.008
	Posttest*	-.062	.132	1.000

Basada en medias marginales estimadas

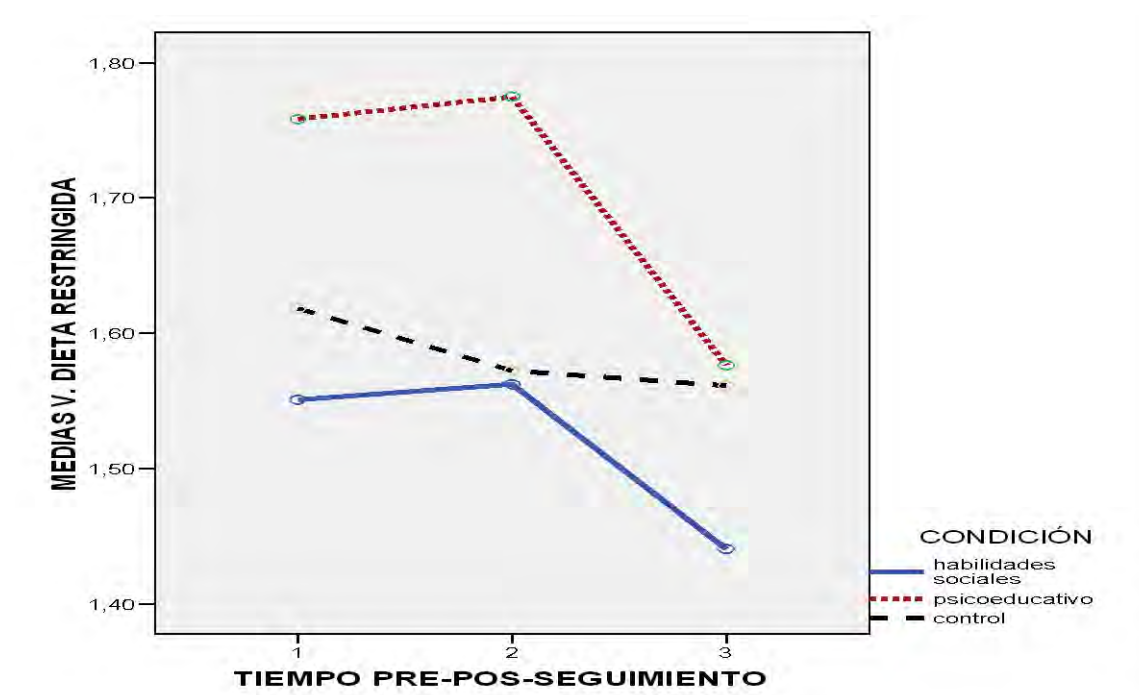
Seguimiento de dieta restringida

Los resultados del ANOVA MR 3x3 para la variable seguimiento de dieta restringida, no mostró diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto (ver tabla 7.15). La figura de las medias muestra resultados en dirección positiva (no significativos) en la medida seguimiento para las dos condiciones experimentales (ver figura 7.4). Cabe recordar el criterio para interpretar las siguiente variables fue “a mayor puntaje mayor problema”

Tabla 7.15

ANOVA MR (3 x 3). Seguimiento de dieta restringida

SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRINGIDA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL	F ² TAMAÑO DEL EFECTO
INTRASUJETOS						
Tiempo	0.790	2	1.608	0.204	0.022	.02
Tiempo*condición	0.217	4	0.221	0.926	0.006	.006
ENTRE SUJETOS						
Condición	1.504	2	0.904	0.409	0.024	.02



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	1.55	1.56	1.44
Psicoeducativa	1.76	1.77	1.58
Control	1.62	1.57	1.56

Figura 7.4 Medias de la variable seguimiento de dieta restringida. Tiempo por condición (3x3)

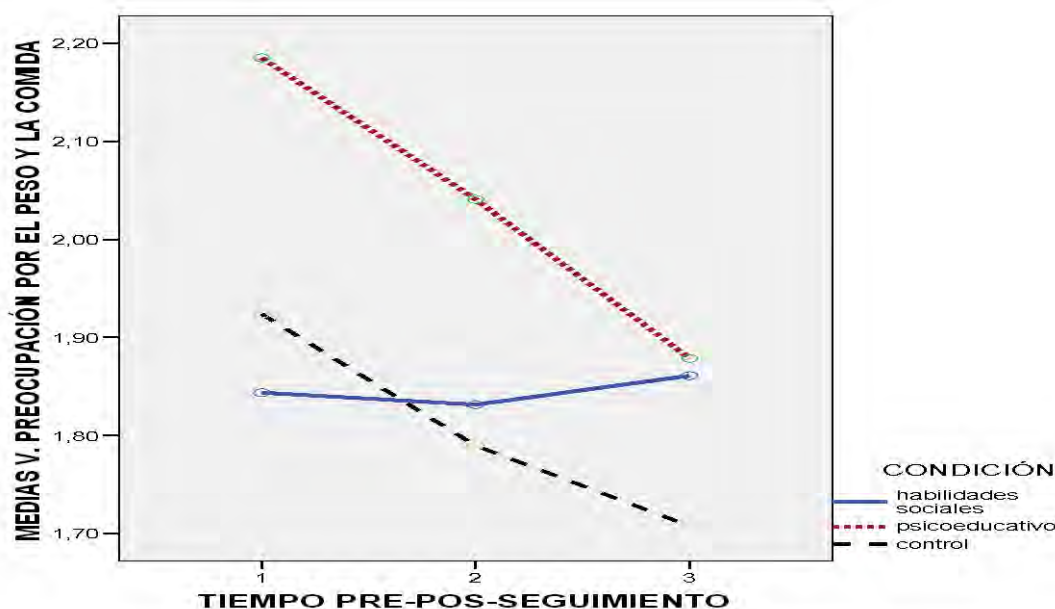
Preocupación por el peso y la comida

Con respecto a la variable preocupación por el peso y la comida, el presente análisis estadístico (ANOVA MR 3 x 3) no presentó diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo se observa una significancia marginal para el efecto tiempo $F(2, 146)=2.815$, $p=0.063$ (ver tabla 7.16). En la figura de la medias se observan resultados favorables (no significativos) para la condición experimental psicoeducativa y para el grupo control (ver figura 7.5). El tamaño del efecto calculado a través de la F^2 (pequeño) no arrojó resultados relevantes.

Tabla 7.16

ANOVA MR (3 x 3). Preocupación por el peso y la comida

PREOCCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL	F ² TAMAÑO DEL EFECTO
INTRASUJETOS						
Tiempo	1.091	2	2.815	0.063	0.037	0.04
Tiempo*condición	0.787	4	0.197	0.402	0.027	0.03
ENTRE SUJETOS						
Condición	2.346	2	0.970	0.384	0.026	0.03



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	1.84	1.83	1.86
Psicoeducativa	2.18	2.04	1.88
Control	1.92	1.90	1.71

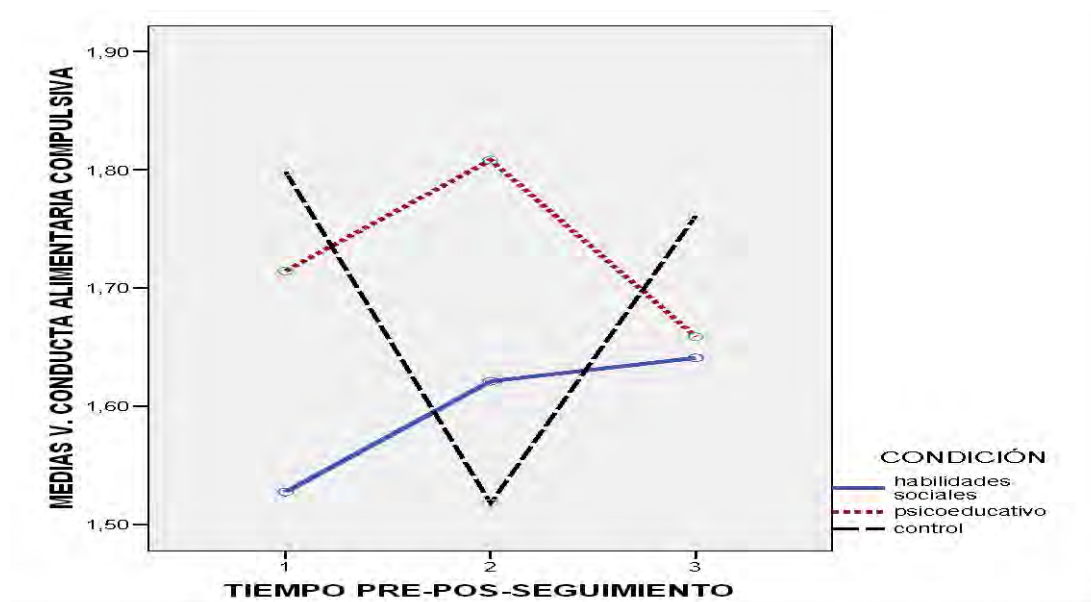
Figura 7.5 Medias de la variable preocupación por el peso y la comida. Tiempo por condición (3x3)

Conducta alimentaria compulsiva

Los resultados del ANOVA MR (3 x 3) no mostraron diferencias estadísticamente significativas para los efectos dentro (tiempo), ni entre sujetos (condición). Sin embargo se presentó una significancia marginal para la interacción tiempo por condición $F(4, 146)=2.280$, $p=0.063$ (ver tabla 7.17) Dicha interacción se puede interpretar a través de las medias de la figura 7.6, en la que se observa que la condición psicoeducativa presentó una disminución de la conducta alimentaria compulsiva a largo plazo, en comparación con las otras dos condiciones (EHS y Control). Una vez más, el estadístico F^2 (tamaño del efecto) no muestra resultados importantes.

Tabla 7.17
ANOVA MR (3 x 3). Conducta alimentaria compulsiva

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	SUMA DE CUADRADOS. TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL	F ² TAMAÑO DEL EFECTO
INTRASUJETOS						
Tiempo	0.004	2	0.013	0.987	0.000	0.0
Tiempo*condición	1.417	4	2.280	0.063	0.059	.06
ENTRE SUJETOS						
Condición	0.759	2	0.680	0.510	0.018	.02



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	1.53	1.62	1.64
Psicoeducativa	1.71	1.81	1.66
Control	1.80	1.52	1.76

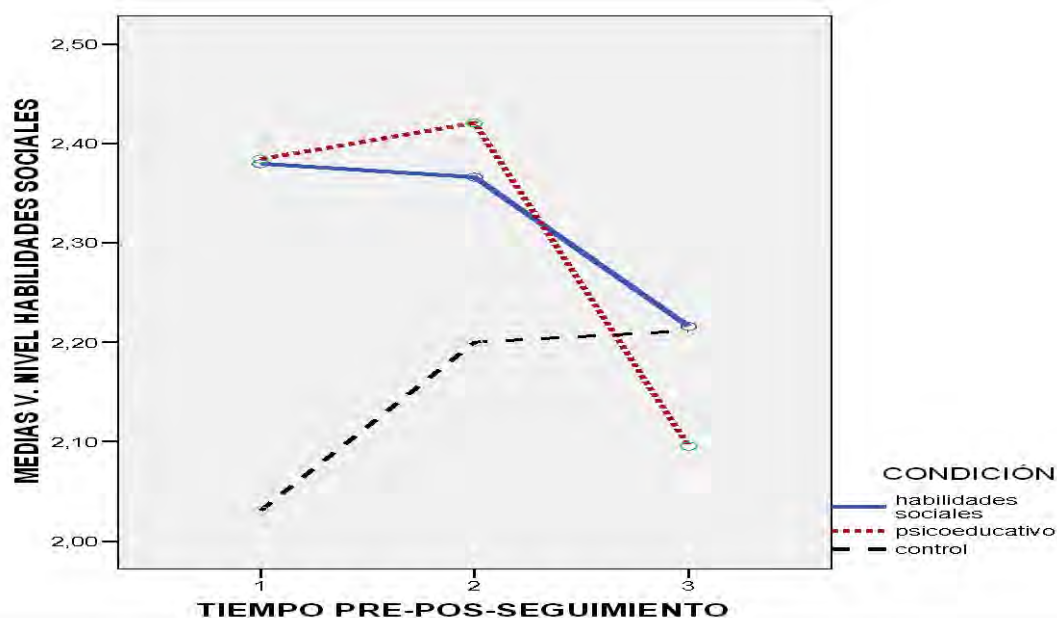
Figura 8.6 Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva. Tiempo por condición (3x3)

Nivel de habilidades sociales

Con respecto a la variable nivel de habilidades sociales, no se encontraron diferencias significativas en el efecto condición ni en la interacción tiempo por condición. Sin embargo se detectó una significancia marginal en el efecto tiempo $F(2, 108)=0.500$, $p=0.054$ (ve tabla 7.18). El tamaño del efecto fue pequeño en todas las medidas. En la gráfica de las medias se observa la dirección de éstos cambios. Cabe señalar que los resultados favorables se observan en las condiciones experimentales, más no para el grupo control que incrementó su nivel de problemática en esta área (ver figura 7.7).

Tabla 7.18
ANOVA MR (3 x 3). Habilidades sociales

NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL	F ² TAMAÑO DEL EFECTO
INTRASUJETOS						
Tiempo	1.001	2	0.500	0.054	0.053	.06
Tiempo*condición	1.023	4	1.536	0.197	0.054	.06
ENTRE SUJETOS						
Condición	0.812	2	0.603	0.551	0.022	.02



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	2.38	2.37	2.22
Psicoeducativa	2.38	2.42	2.09
Control	2.03	2.20	2.21

Figura 7.7 Medias de la variable nivel de habilidades sociales. Tiempo por condición (3x3)

Análisis del nivel de habilidades sociales por factor

Con el propósito de explorar las distintas dimensiones de asertividad o habilidades sociales que forman la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva. Se aplicó el mismo ANOVA Medidas Repetidas 3 X 3 (3 condiciones-3 medidas) a los 4 factores derivados del estudio 1. Las puntuaciones se obtuvieron tomando el promedio de las respuestas a los ítems que integran cada factor. Recuérdese que el criterio de calificación es “a mayor puntaje mayor problema”. Considerando que el tamaño del efecto (F^2) no presentó resultados relevantes, no se calculó en los análisis siguientes.

Habilidades sociales factor 1. Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales.

Con respecto al Factor 1, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni en la interacción condición por tiempo (ver tabla 7.19). Aunque los resultados no fueron significativos, en la figura que ilustra las medias se pueden observar mejoras en las dos condiciones experimentales (ver figura 7.8).

Tabla 7.19
ANOVA MR (3 x 3). Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales

DIFICULTAD PARA EXPRESAR OPINIONES Y SENTIMIENTOS	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	1.090	2	0.545	0.274	0.020
Tiempo*condición	0.362	4	0.217	0.928	0.007
ENTRE SUJETOS					
Condición	1.688	2	0.844	0.529	0.020

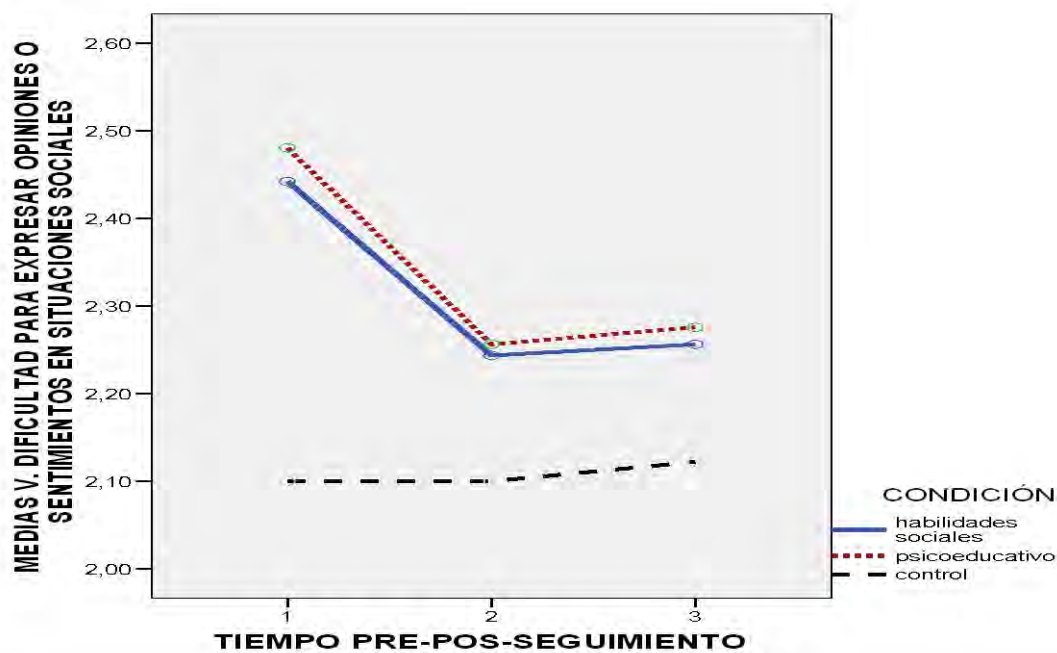


Figura 7.8 Medias de la variable dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales. Tiempo por condición (3x3)

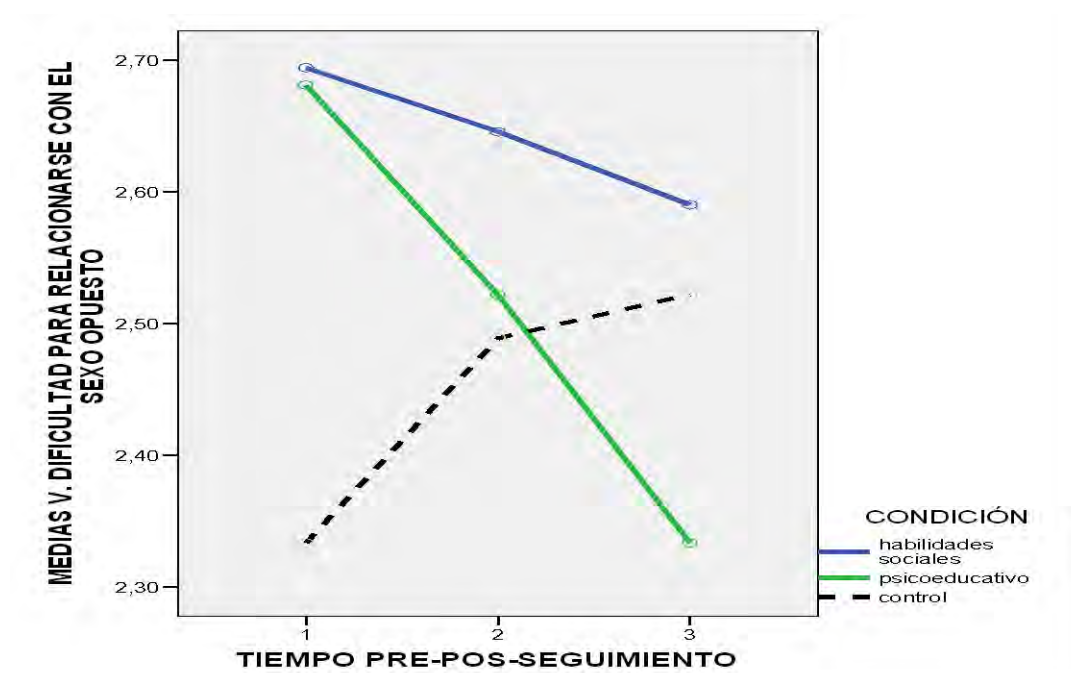
Habilidades sociales factor 2. Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto.

En el factor 2 no se presentaron diferencias estadísticamente significativas para los efectos tiempo ni condición. Sin embargo se observa una significancia marginal en la interacción tiempo por condición $F(4, 118)=2.164$, $p=0.077$ (ver tabla 7.20). Esta tendencia favorece a la condición experimental psicoeducativa (ver figura de medias 7.9), y se interpreta como una disminución de la dificultad para relacionarse con el sexo opuesto a través del tiempo, que se puede atribuir al efecto de la intervención basada en técnicas psicoeducativas, en comparación con la intervención basada en el EHS y el grupo control.

Tabla 7.20

ANOVA MR (3 x 3) Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto

DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON EL SEXO OPUESTO	SUMA CUADRADOS TIPO 1	DE GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.493	2	1.596	0.207	0.026
Tiempo*condición	1.337	4	2.164	0.077	0.068
ENTRE SUJETOS					
Condición	1.195	2	0.597	0.546	0.020



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	2.70	2.65	2.59
Psicoeducativa	2.68	2.52	2.33
Control	2.33	2.49	2.52

Figura 7.9 Medias de la variable dificultad para relacionarse con el sexo opuesto. Tiempo por condición (3x3)

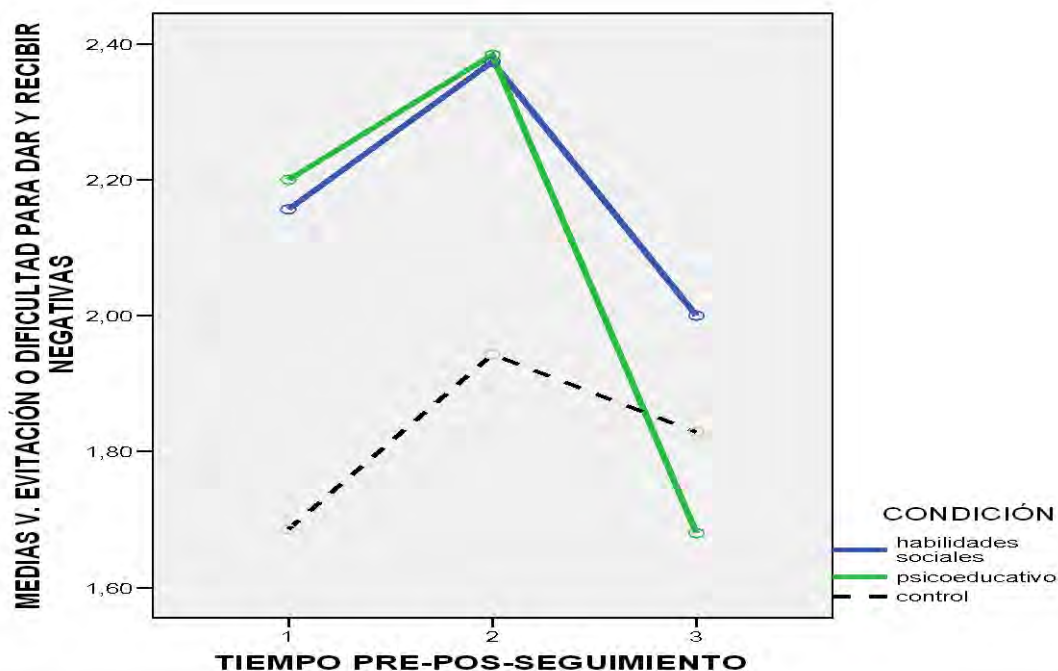
Habilidades sociales factor 3. Evitación o dificultad para dar y recibir negativas.

Con respecto al factor “Evitación o dificultad para dar y recibir negativas”, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo, no para el efecto condición, ni en la interacción tiempo por condición (ver tabla 7.21). En la figura 7.10 se observa que los cambios favorecen a las condiciones experimentales.

Tabla 7.21

ANOVA MR (3 x 3). Evitación o dificultad para dar y recibir negativas

EVITACIÓN O DIFICULTAD PARA DAR Y RECIBIR NEGATIVAS	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	6.238	2	4.889	0.009	0.077
Tiempo*condición	2.515	4	0.985	0.418	0.032
ENTRE SUJETOS					
Condición	3.439	2	1.306	0.279	0.042



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	2.16	2.37	2.00
Psicoeducativa	2.20	2.38	1.68
Control	1.69	1.94	1.83

Figura 7.10 Medias de la variable evitación o dificultad para dar y recibir negativas. Tiempo por condición (3x3)

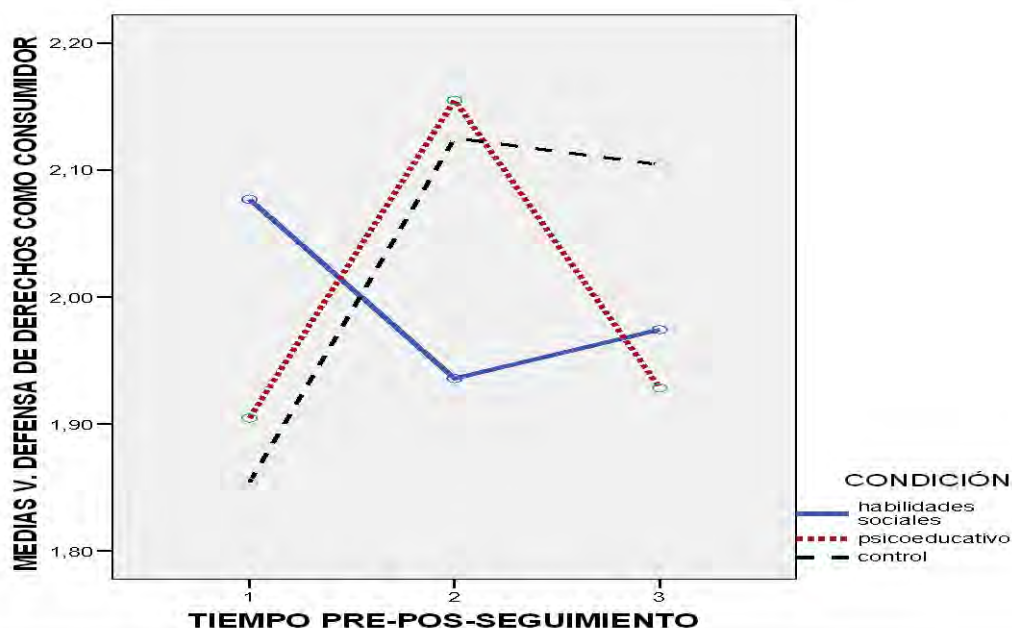
Habilidades sociales factor 4. Defensa de derechos como consumidor

Los resultados del ANOVA MR (3 x 3) en el factor 4, no arrojaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los efectos, tampoco en la interacción tiempo por condición (ver tabla 7.22). La figura de las medias muestra comportamientos diferentes (no significativos) entre los grupos (ver figura 7.11).

Tabla 7.22

ANOVA MR (3 x 3). Defensa de derechos como consumidor

DEFENSA DE DERECHOS COMO CONSUMIDOR	SUMA CUADRADOS TIPO 1	DE	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS Tiempo	0.452		2	0.797	0.453	0.012
Tiempo*condición	1.617		4	1.426	0.229	0.041
ENTRE SUJETOS Condición	0.038		2	0.017	0.983	0.001



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	MEDIA SEGUIMIENTO
EHS	2.08	1.94	1.97
Psicoeducativa	1.90	2.15	1.93
Control	1.85	2.12	2.10

Figura 7.11 Medias de la variable defensa de derechos como consumidor. Tiempo por condición (3x3)

7.3.4.2 Análisis de Varianza Medidas Repetidas 3 x 2.

Con el propósito de afinar los análisis y detectar de manera más precisa los resultados del tercer estudio (investigación propiamente dicha), se procedió a aplicar ANOVA MR (3 x 2) incluyendo las tres condiciones de estudio con sólo dos medidas: En el primer análisis se exploraron los efectos pretest-posttest y en el segundo los efectos pretest-seguimiento (ver tabla 7.23). Debe señalarse que en el presente análisis sólo se graficaron los efectos que no se detectaron en el análisis anterior.

Tabla 7.23
ANOVA Medidas Repetidas 3 X 2

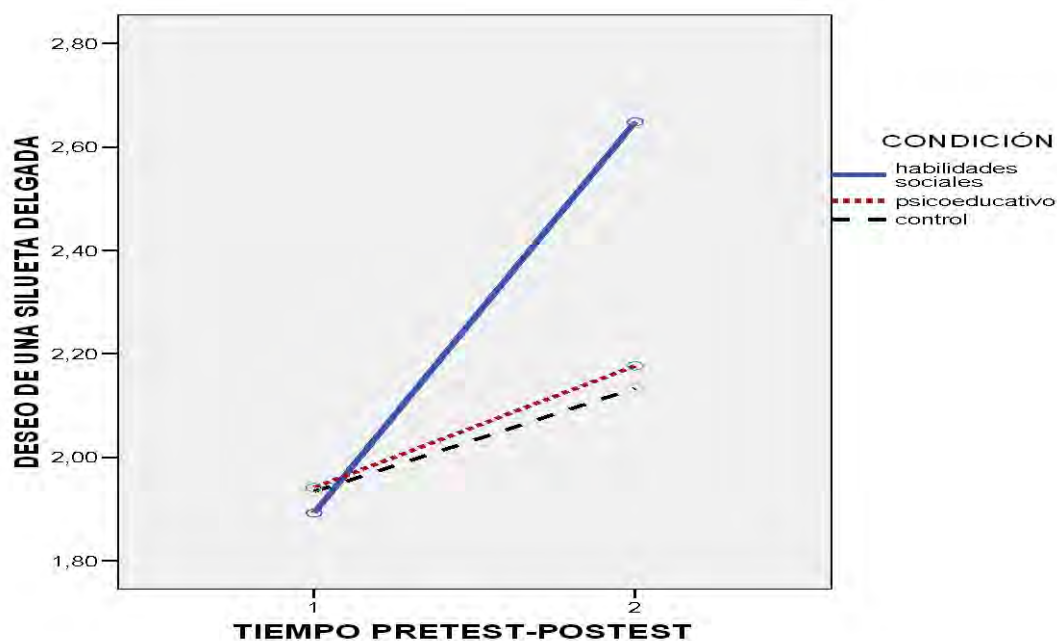
ANOVA MEDIDAS REPETIDAS (3 X 2 PRETEST-POSTEST)	
3 CONDICIONES	2 MEDIDAS
1. Grupo basado en EHS	1. Pre-test
2. Grupo basado en Psicoeducación	2. Pos-test
3. Grupo control en lista de espera	
ANOVA MEDIAS REPETIDAS (3 X 2 PRETEST-SEGUIMIENTO)	
1. Grupo basado en EHS	1. Pre-test
2. Grupo basado en Psicoeducación	2. Seguimiento
3. Grupo control en lista de espera	

Deseo de una silueta delgada

Los resultados de la variable deseo de una silueta delgada antes y después de la intervención (pretest-posttest) resultaron muy alentadores. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los efectos tiempo, condición y también en la interacción tiempo por condición (ver tabla 7.24). Estos resultados se pueden interpretar con la figura de las medias, en la cual se observa que el grupo de habilidades sociales obtuvo los mejores resultados (a corto plazo) en comparación con los otros dos grupos (ver figura 7.12).

Tabla 7.24
ANOVA MR (3 x 2) Deseo de una silueta delgada. Pretest-posttest

DESEO DE UNA SILUETA DELGADA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	8.733	1	34.419	0.001	0.260
Tiempo*condición	3.403	2	6.706	0.002	0.120
ENTRE SUJETOS					
Condición	2.361	2	3.102	0.049	0.060



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST
EHS	1.89	2.65
Psicoeducativa	1.94	2.18
Control	1.93	2.13

Figura 7.12 Medias de la variable deseo de una silueta delgada antes-después. Tiempo por condición (3x2)

Post-Hoc (Bonferroni). Deseo de una silueta delgada

La prueba Post Hoc Bonferroni, arrojó una significancia marginal entre el grupo experimental EHS y el grupo Control, no entre los dos grupos experimentales ni entre el grupo psicoeducativo y el control (ver tabla 7.25).

Tabla 7.25

Prueba Post-Hoc Bonferroni deseo de una silueta delgada. Tiempo (pretest-posttest) por condición

condición		Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	Sig.
EHS	Psicoeducativo	0.2114	0.10363	0.132
	Control	0.2639	0.10717	0.088
Picoeducativo	EHS	0.2114	0.10363	0.132
	Control	0.0255	0.10926	1.000
Control	EHS	0.2639	0.10717	0.088
	Psicoeducativo	0.0255	0.10363	1.000

En los resultados pretest-seguimiento se detectaron diferencias significativas sólo para el efecto tiempo (ver tabla 7.26). Estas diferencias confirman los resultados del ANOVA MR (3 x 3) en el cual se detectaron mejoras en el tiempo independientemente de la condición.

Tabla 7.26

ANOVA MR (3 x 2) Deseo de una silueta delgada. Pretest-seguimiento

DESEO DE UNA SILUETA DELGADA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	8.526	1	33.369	0.001	0.314
Tiempo*condición	0.821	2	1.607	0.208	0.005
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.654	2	0.327	0.570	0.015

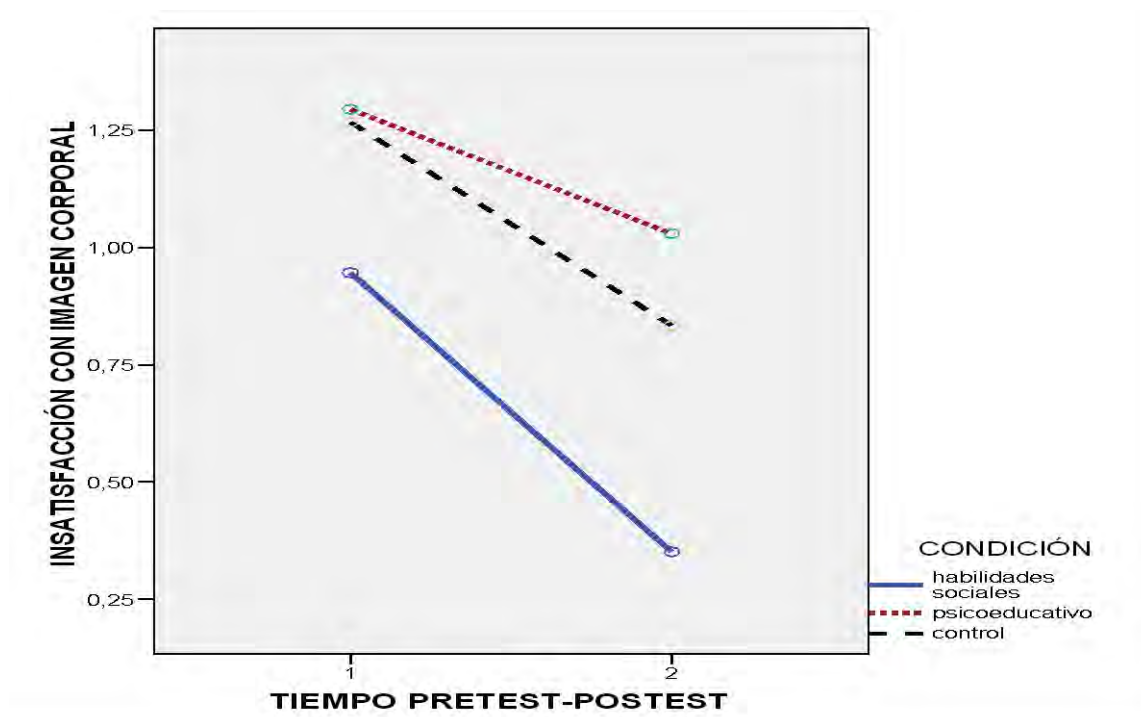
Insatisfacción con la imagen corporal

Con respecto a los resultados en la variable insatisfacción con la imagen corporal antes y después de la intervención, se observan diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo, y una significancia marginal entre las condiciones $F(2, 98)=2.615$, $p=0.078$. No se reportaron diferencias en la interacción de estas variables (ver tabla 7.27). Las medias representadas en la figura 7.13 muestran que hubo disminución de la insatisfacción en las tres condiciones a corto plazo, sin embargo, se observa que en el grupo EHS se obtienen mejores resultados.

Tabla 7.27

ANOVA MR (3 x 2). Insatisfacción con imagen corporal. Pretest-posttest

INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	9.584	1	9.540	0.003	0.089
Tiempo*condición	0.964	2	0.480	0.620	0.010
ENTRE SUJETOS					
Condición	10.352	2	2.615	0.078	0.051



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST
EHS	0.95	0.35
Psicoeducativa	1.29	1.03
Control	1.27	0.83

Figura 7.13 Medias de la variable insatisfacción con imagen corporal antes-después. Tiempo por condición (3x2)

Los resultados del análisis pretest-seguimiento presentan diferencias estadísticamente significativas a través del tiempo, independientemente de la condición (ver tabla 7.28). Estos resultados fueron en dirección positiva y confirman los resultados del análisis anterior ANOVA MR (3x3)

Tabla 7.28

ANOVA MR (3 x 2) Insatisfacción con imagen corporal. Pretest-seguimiento

INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	7.605	1	10.076	0.002	0.121
Tiempo*condición	0.293	2	0.194	0.824	0.005
ENTRE SUJETOS					
Condición	2.574	2	0.711	0.495	0.019

Seguimiento de dieta restringida

El análisis complementario (ANOVA MR 3 x 2) para la variable dieta restringida, no arrojó diferencias en ninguno de los efectos principales ni en la interacción, en las medidas pretest- posttest (ver tabla 7.29), ni pretest-seguimiento (ver tabla 7.30).

Tabla 7.29

ANOVA MR (3 x 2) Seguimiento de dieta restringida. Pretest-posttest

SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRINGIDA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.111	1	0.306	0.582	0.003
Tiempo*condición	0.682	2	0.937	0.395	0.019
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.242	2	0.156	0.856	0.003

Tabla 7.30

ANOVA MR (3 x 2) Seguimiento de dieta restringida. Pretest-seguimiento

SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRINGIDA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.597	1	2.203	0.142	0.029
Tiempo*condición	0.095	2	0.176	0.839	0.005
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.837	2	0.176	0.487	0.005

Preocupación por el peso y la comida

Los resultados del ANOVA MR (3 x 2) no mostraron diferencias estadísticamente significativas al finalizar la intervención (pretest-posttest) en la variable preocupación por el peso y la comida (ver tabla 7.31). Sin embargo en el análisis pretest-seguimiento se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo, independientemente de la condición (ver tabla 7.32). La dirección de estos resultados se puede observar en la figura 7.14.

Tabla 7.31

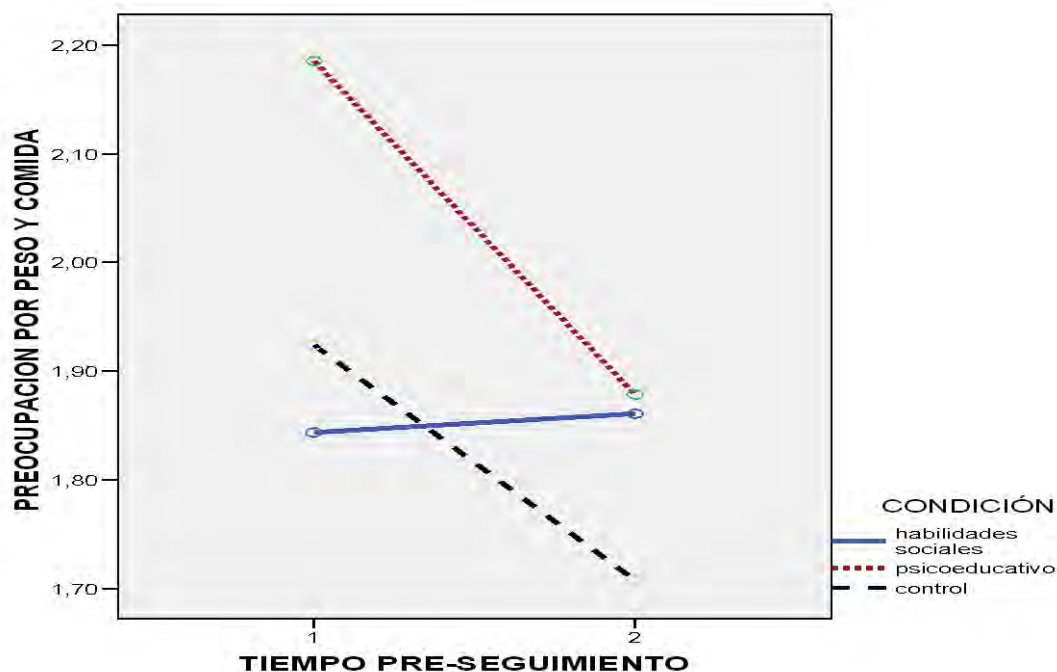
ANOVA MR (3 x 2) Preocupación por el peso y la comida. Pretest-posttest

PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.431	1	1.592	0.213	0.016
Tiempo*condición	0.197	2	0.360	0.699	0.007
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.585	2	0.306	0.737	0.006

Tabla 7.32

ANOVA MR (3 x 2) Preocupación por el peso y la comida. Pretest-seguimiento

PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	1.085	1	4.784	0.032	0.062
Tiempo*condición	0.774	2	0.387	0.189	0.045
ENTRE SUJETOS					
Condición	1.406	2	0.801	0.453	0.021



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA seguimiento
EHS	1.84	1.86
Psicoeducativa	2.19	1.88
Control	1.92	1.70

Figura 7.14 Medias de la variable preocupación por el peso y la comida antes-seguimiento. Tiempo por condición (3x2)

Conducta alimentaria compulsiva

Los análisis complementarios en la variable conducta alimentaria compulsiva (pretest-posttest y pretest-seguimiento) no mostraron diferencias estadísticamente significativas intrasujetos (efecto tiempo) ni entre los mismos (efecto condición). De igual forma, no se encontraron diferencias significativas en las interacciones tiempo por condición en las medidas pretest-posttest y pretest seguimiento (ver tablas 7.33 y 7.34).

Tabla 7.33

ANOVA MR (3 x 2) Conducta alimentaria compulsiva. Pretest-posttest

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS Tiempo	0.101	1	0.534	0.467	0.005
Tiempo*condición	0.564	2	1.460	0.237	0.029
ENTRE SUJETOS Condición	1.066	2	0.811	0.448	0.016

Tabla 7.34

ANOVA MR (3 x 2) Conducta alimentaria compulsiva. Pretest-seguimiento

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS Tiempo	0.003	1	0.018	0.894	0.000
Tiempo*condición	0.230	2	0.658	0.528	0.018
ENTRE SUJETOS Condición	0.869	2	1.258	0.290	0.290

Nivel de habilidades sociales

Los resultados del ANOVA MR (3 x 2) no presentaron diferencias estadísticamente significativas en la variable nivel de habilidades sociales (puntaje global) medidas pretest-posttest (ver tabla 7.35). Sin embargo, en el análisis pretest-seguimiento sí se encontraron diferencias significativas en el efecto tiempo y en la interacción tiempo por condición (ver tabla 7.36). La figura que ilustra las medias muestra que mientras las dos condiciones experimentales tuvieron resultados en la dirección esperada

(como efecto de las intervenciones), en el grupo control se incrementó el déficit de habilidades sociales a través del tiempo (ver figura 7.15).

Tabla 7.35

ANOVA MR (3 x 2) Nivel de habilidades sociales. Pretest-posttest

NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.004	1	0.019	0.890	0.000
Tiempo*condición	0.278	2	0.705	0.497	0.017
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.915	2	0.592	0.556	0.013

Tabla 7.36

ANOVA MR (3 x 2) Nivel de habilidades sociales. Pretest-seguimiento

NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.449	1	4.172	0.046	0.067
Tiempo*condición	0.908	2	4.220	0.019	0.127
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.497	2	0.547	0.582	0.018

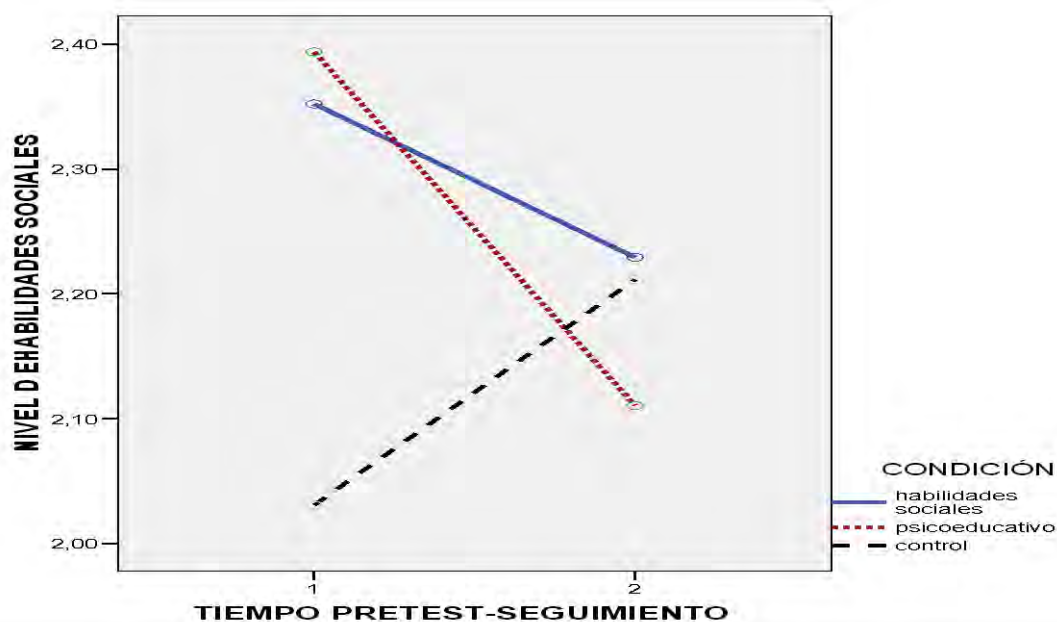


Figura 7.15 Medias de la variable nivel de habilidades sociales antes-seguimiento. Tiempo por condición (3x2)

Nivel de habilidades sociales por factor

Habilidades Sociales Factor 1. Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales.

En el presente análisis (ANOVA MR 3 x 2) se reportaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el efecto tiempo medidas pretest-postest en el factor 1 (ver tabla 7.37). Los resultados pretest-seguimiento sobre la variable dificultad para expresar opiniones y sentimientos en situaciones sociales, no encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 7.38).

Tabla 7.37

ANOVA MR (3 x 2) Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales. Pretest-postest

DIFICULTAD PARA EXPRESAR OPINIONES Y SENTIMIENTOS EN	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS Tiempo	0.939	1	4.320	0.041	0.047
Tiempo*condición	0.625	2	1.438	0.243	0.032
ENTRE SUJETOS Condición	0.915	2	0.592	0.556	0.013

Tabla 7.38

ANOVA MR (3 x 2) Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales. Pretest-seguimiento

DIFICULTAD PARA EXPRESAR OPINIONES Y SENTIMIENTOS EN	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS Tiempo	0.711	1	1.408	0.240	0.021
Tiempo*condición	0.269	2	0.266	0.767	0.008
ENTRE SUJETOS Condición	1.553	2	0.697	0.502	0.021

Habilidades sociales factor 2. Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto

Con respecto a la variable Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, no se reportaron diferencias estadísticamente significativas a corto plazo (ver tabla 7.39). Sin embargo, en el análisis pretest-seguimiento se detectaron diferencias significativas en la interacción tiempo por condición (ver

tabla 7.40). Estos resultados se interpretan observando la figura de las medias, que muestra resultados positivos en los grupos experimentales (ver figura 7.16).

Tabla 7.39

ANOVA MR (3 x 2) Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto. Pretest-posttest

DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON EL SEXO OPUESTO	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.427	1	2.047	0.156	0.024
Tiempo*condición	0.522	2	1.252	0.291	0.029
ENTRE SUJETOS					
Condición	1.332	2	0.918	0.406	0.021

Tabla 7.40

ANOVA MR (3 x 2) Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto. Pretest-seguimiento

DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON EL SEXO OPUESTO	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.377	1	2.339	0.131	0.036
Tiempo*condición	1.160	2	3.600	0.033	0.104
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.767	2	0.551	0.579	0.017

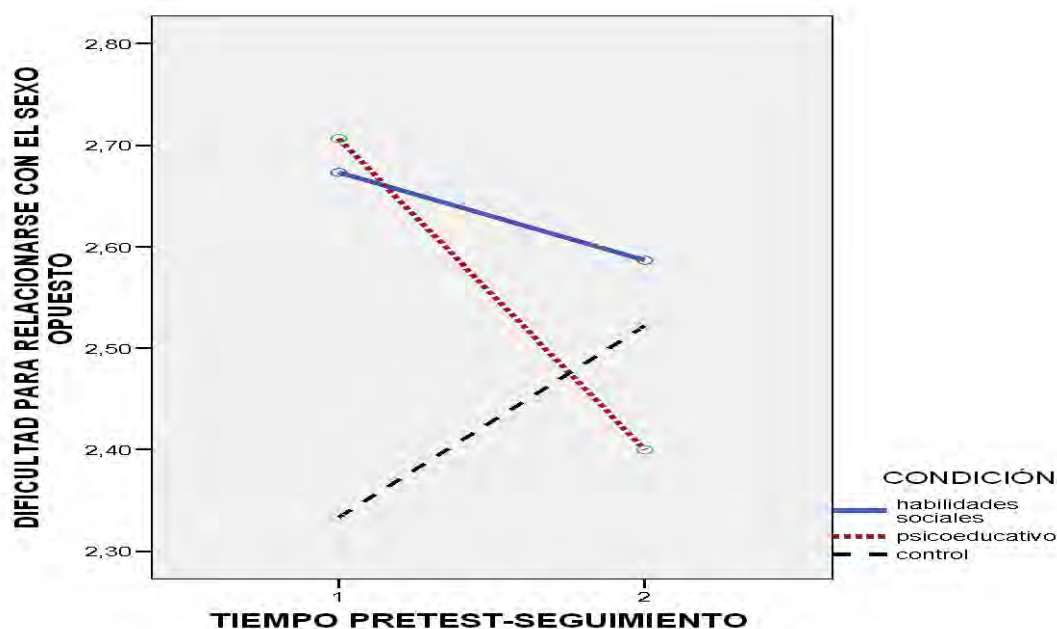


Figura 7.16 Medias de la variable dificultad para relacionarse con el sexo opuesto antes-seguimiento. Tiempo por condición (3x2)

Habilidades sociales factor 3. Evitación o dificultad para dar y recibir negativas

En el presente análisis se observa que la variable “Evitación o dificultad para dar y recibir negativas” no tuvo resultados en las medidas pretest-posttest (ver tabla 7.41). Sin embargo, en las medidas pretest-seguimiento se observan diferencias significativas a través del tiempo y en la interacción tiempo por condición (ver tabla 7.42). Estos resultados se pueden interpretar a través de las medias representadas en la figura 7.17, en la cual se observa que los grupos experimentales los mejores resultados como producto de las intervenciones, disminuyendo la dificultad para dar y recibir negativas.

Tabla 7.41

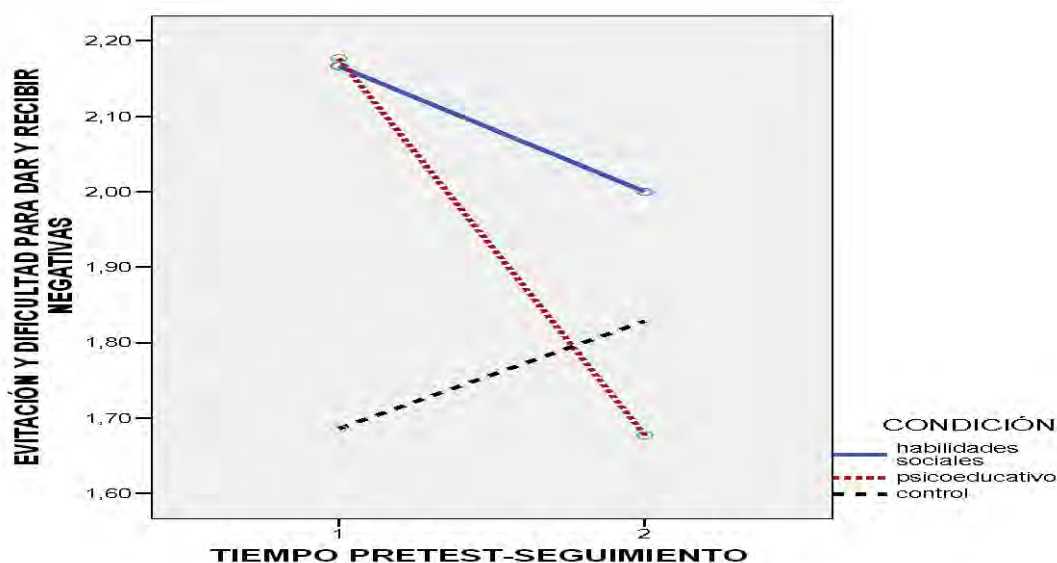
ANOVA MR (3 x 2) Evitación o dificultad para dar y recibir negativas. Pretest-posttest

EVITACIÓN O DIFICULTAD PARA DAR Y RECIBIR NEGATIVAS	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	1.986	1	2.901	0.092	0.033
Tiempo*condición	0.385	2	0.281	0.756	0.006
ENTRE SUJETOS					
Condición	2.816	2	1.244	0.293	0.028

Tabla 7.42

ANOVA MR (3 x 2) Evitación o dificultad para dar y recibir negativas. Pretest-seguimiento

EVITACIÓN O DIFICULTAD PARA DAR Y RECIBIR NEGATIVAS	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	1.758	1	13.248	0.001	0.178
Tiempo*condición	1.968	2	7.417	0.001	0.196
ENTRE SUJETOS					
Condición	1.922	2	1.609	0.208	0.050



CONDICIÓN	MEDIA PRETEST	MEDIA seguimiento
EHS	2.17	2.00
Psicoeducativa	2.18	1.68
Control	1.69	1.83

Figura 7.17 Medias de la variable evitación o dificultad para dar y recibir negativas antes-seguimiento. Tiempo por condición (3x2)

Habilidades sociales factor 4. Defensa de derechos como consumidor

En referencia a la variable Defensa de derechos como consumidor, no se detectaron resultados estadísticamente significativos en ninguno de los análisis complementarios ANOVA MR 3 x 2: pretest-postest (ver tabla 7.43), ni pretest-seguimiento (ver tabla 7.44).

Tabla 7.43

ANOVA MR (3 x 2) Defensa de derechos como consumidor. Pretest-postest

DEFENSA DE DERECHOS COMO CONSUMIDOR	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.543	1	1.559	0.215	0.017
Tiempo*condición	1.205	2	1.727	0.184	0.037
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.075	2	0.047	0.954	0.001

Tabla 7.44

ANOVA MR (3 x 2) Defensa de derechos como consumidor. Pretest-seguimiento

DEFENSA DE DERECHOS COMO CONSUMIDOR	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	F	SIG.	ETA ² PARCIAL
INTRASUJETOS					
Tiempo	0.029	1	0.135	0.714	0.002
Tiempo*condición	0.616	2	1.460	0.239	0.042
ENTRE SUJETOS					
Condición	0.323	2	0.193	0.825	0.003

7.3.5 Análisis de Significancia Clínica

El análisis de significancia clínica es una prueba complementaria para la evaluación del efecto de una intervención sobre las variables dependientes. Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) mencionan que un cambio clínicamente significativo en psicoterapia representa un movimiento de un rango disfuncional a uno funcional en un sujeto sometido a una intervención. En la presente investigación nos referimos a significancia clínica cuando una participante que estaba en riesgo antes de la intervención preventiva, se ubica en un punto fuera de riesgo como producto de la misma. Para obtener el punto de corte en cada una de las variables dependientes se aplicó la fórmula propuesta por estos mismos autores (Jacobson et al. 1984).

$$C = \frac{S0 (\bar{X}_1) + S1 (\bar{X}_0)}{S0 + S1}$$

Donde:

$\bar{X}_1$ = Promedio de los valores pre-test de los grupos experimentales y control.

$\bar{X}_0$ = Promedio de los valores de la población sin riesgo.

S0 = S1 = Desviación estándar del grupo control normal y grupo experimental (pre-test).

Puntos de corte

Los puntos de corte obtenidos en cada una de las variables se presentan en la tabla 7.45. Recuérdese que a excepción de la variable deseo de una silueta corporal delgada (puntajes 3 y 4 indican normalidad), el criterio para interpretación es “a mayor puntaje, mayor problema”. Los puntos de corte nos permiten identificar a las participantes en riesgo.

Tabla 7.45

Punto de corte significancia clínica en las variables de estudio

VARIABLE	PUNTO DE CORTE
Deseo de una silueta corporal delgada	2.07
Insatisfacción con la imagen corporal	1.00
Seguimiento de dieta restringida	1.50
Preocupación por el peso y la comida	1.90
Conducta alimentaria compulsiva	1.65
Habilidades sociales (puntuación global)	2.01

Deseo de una silueta corporal delgada

En la figura 7.18 se puede observar que de acuerdo con el punto de corte obtenido en la variable deseo de una silueta delgada (2.07) y al criterio de selección utilizado en el presente estudio (elección de siluetas 1 y 2), el 100% de las participantes se clasificó en riesgo antes de las intervenciones, independientemente de la condición a la que fueron asignadas. En las medidas pretest y seguimiento se observa una disminución en los porcentajes de chicas con riesgo en las tres condiciones. Sin embargo, fue en la intervención basada en el EHS en la que se obtuvieron los mejores resultados. Se observa una disminución de casi la mitad de participantes en riesgo (de 100% en pretest a 52% en seguimiento). Por otra parte, de acuerdo con lo esperado, fue en el grupo control en lista de espera en el que se observan en menor medida los cambios positivos (de 100 a 68%).

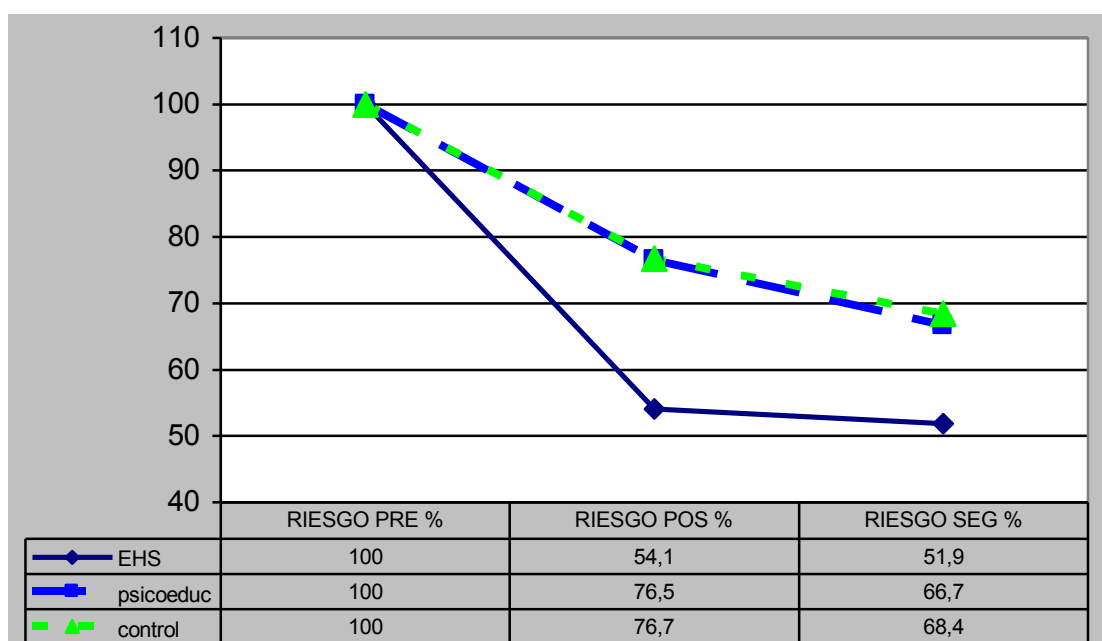


Figura 7.18 Distribución porcentual de la variable deseo de una silueta corporal delgada y resultados de la significancia clínica

Insatisfacción con la imagen corporal

Los porcentajes de riesgo de acuerdo con el punto de corte obtenido (significancia clínica=1) en la variable insatisfacción con la propia imagen muestran que fue el grupo psicoeducativo en el que se detectaron más participantes en riesgo (41%). La tendencia a reducir el riesgo se presentó de manera similar en las tres condiciones (ver figura 7.19).

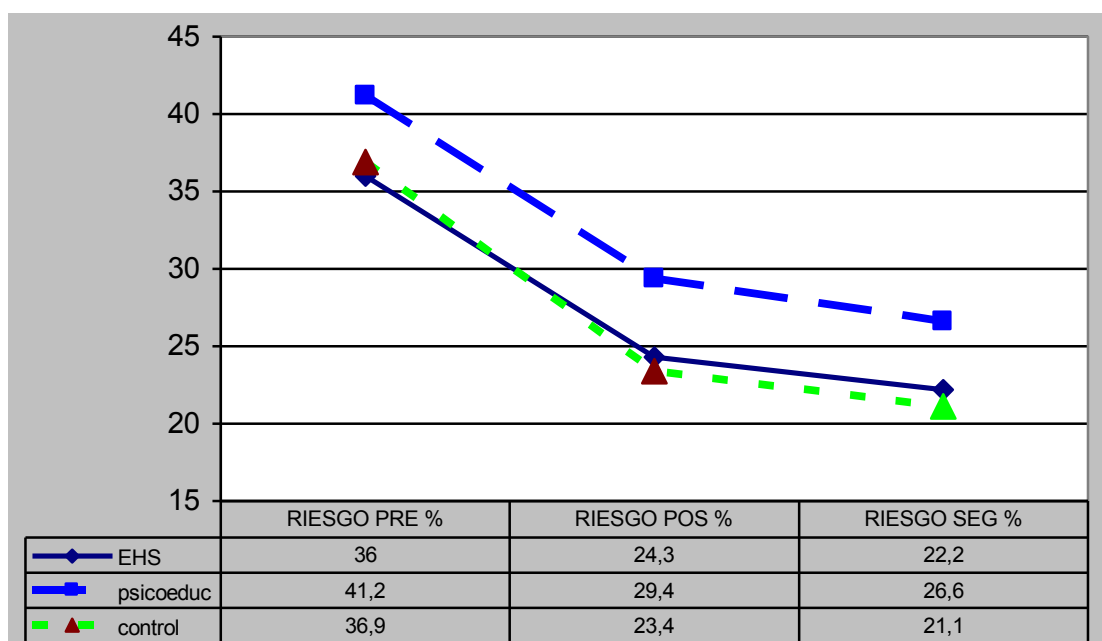


Figura 7.19 Distribución porcentual de la variable insatisfacción con imagen corporal y resultados de la significancia clínica

Seguimiento de dieta restringida

Con respecto a la variable seguimiento de dieta restringida, se puede observar que de acuerdo con el punto de corte de significancia clínica (1.5), antes de las intervenciones el grupo control agrupó a un mayor número de participantes en riesgo (47%) y el grupo psicoeducativo reunió al menor número de las mismas (41%). Tanto en la medida posttest como en el seguimiento, se puede observar que el grupo EHS fue el que tuvo mejores resultados de acuerdo con la significancia clínica (reducción 46% pretest a 26% en seguimiento), al compararse con los otros dos grupos (ver figura 7.20).

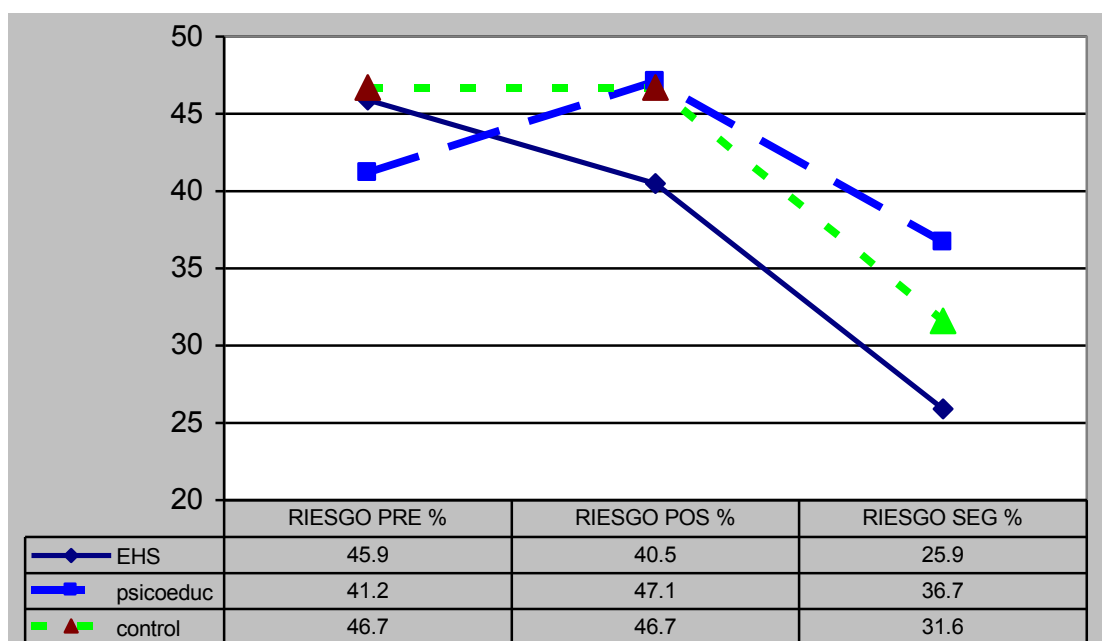


Figura 7.20

Distribución porcentual de la variable seguimiento de dieta restringida y resultados de la significancia clínica

Preocupación por el peso y la comida

La figura 7.21 muestra la distribución porcentual de las participantes en riesgo de acuerdo con la significancia clínica en la variable preocupación por el peso y la comida (punto de corte=1.9). Puede observarse que la mitad de las integrantes del grupo psicoeducativo puntuaban en riesgo al inicio de la intervención. Así también, se puede observar que fue en esta condición en la que se presentan los mejores resultados al compararla con las otras dos condiciones, pues disminuyeron los porcentajes de chicas en riesgo en un 20% del pretest al seguimiento (de 50 a 30%).

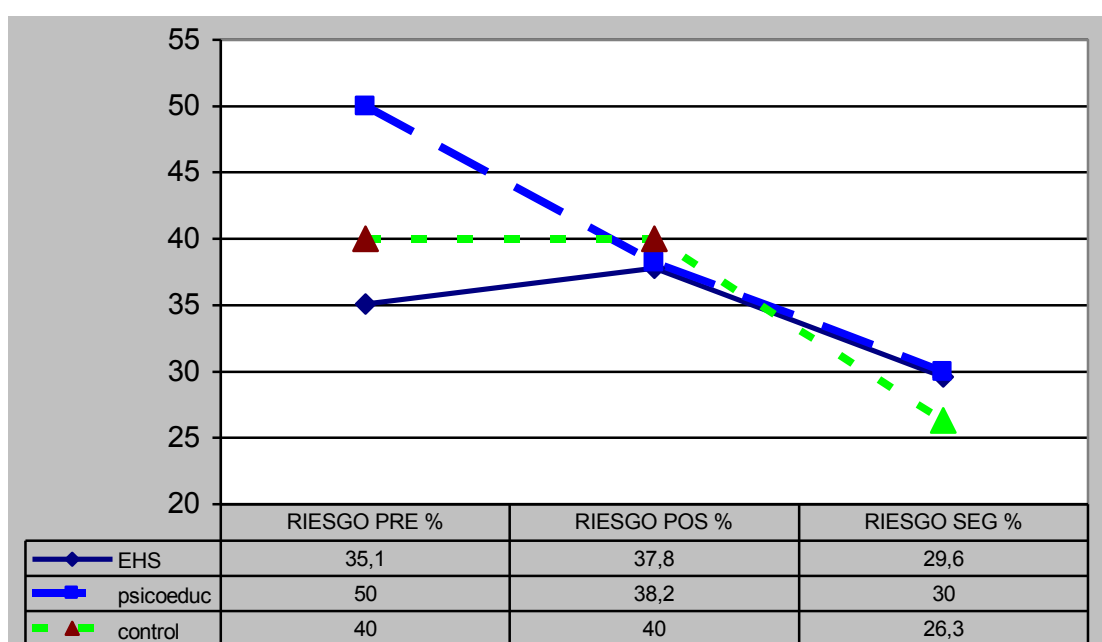


Figura 7.21 Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso y la comida y resultados de la significancia clínica

Conducta alimentaria compulsiva

El comportamiento de la variable conducta alimentaria compulsiva de acuerdo con el riesgo obtenido con la significancia clínica (punto de corte=1.65), presentó resultados no esperados (ver figura 7.22). Las dos condiciones experimentales presentaron un aumento en los porcentajes de las participantes en riesgo en las medidas postest y seguimiento. Por otra parte, fue en el grupo control en lista de espera, en el cual se observan resultados en dirección positiva (la conducta alimentaria compulsiva disminuye de 57% en el pretest a 42% en el seguimiento).

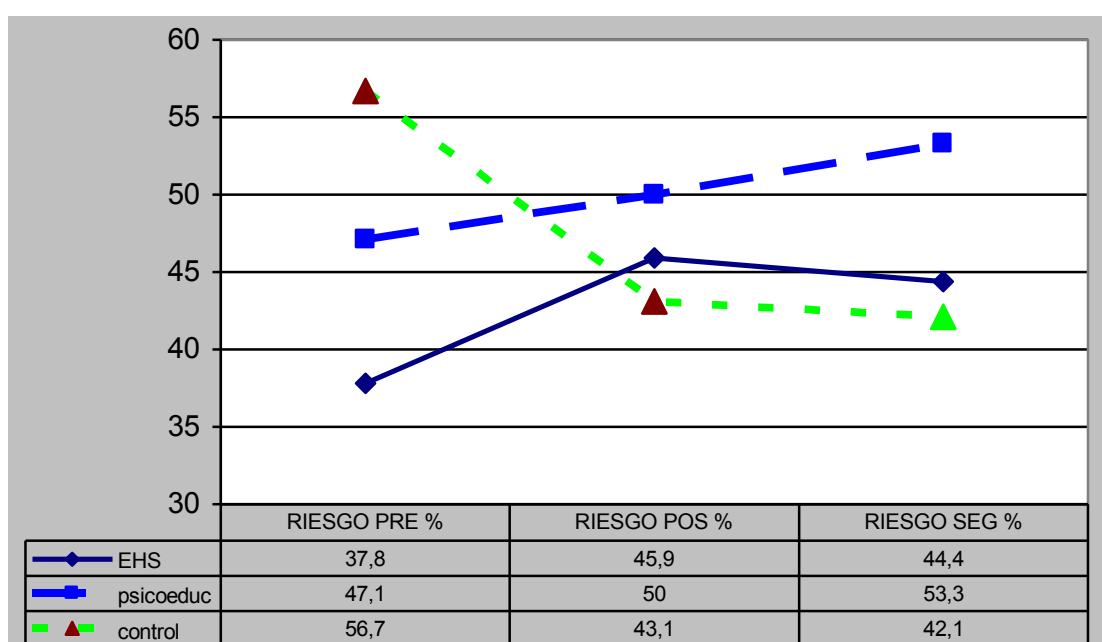


Figura 7.22 Distribución porcentual de la variable conducta alimentaria compulsiva y resultados de la significancia clínica

Nivel de habilidades sociales

Los porcentajes de riesgo en la variable nivel de habilidades sociales, muestran que se produjeron resultados en la dirección esperada (reducción de riesgo entre sus integrantes) como producto de las dos condiciones sometidas a intervención. Por otra parte, como era de esperarse, se observa que en el grupo control se incrementa el porcentaje de riesgo (ver figura 7.23).

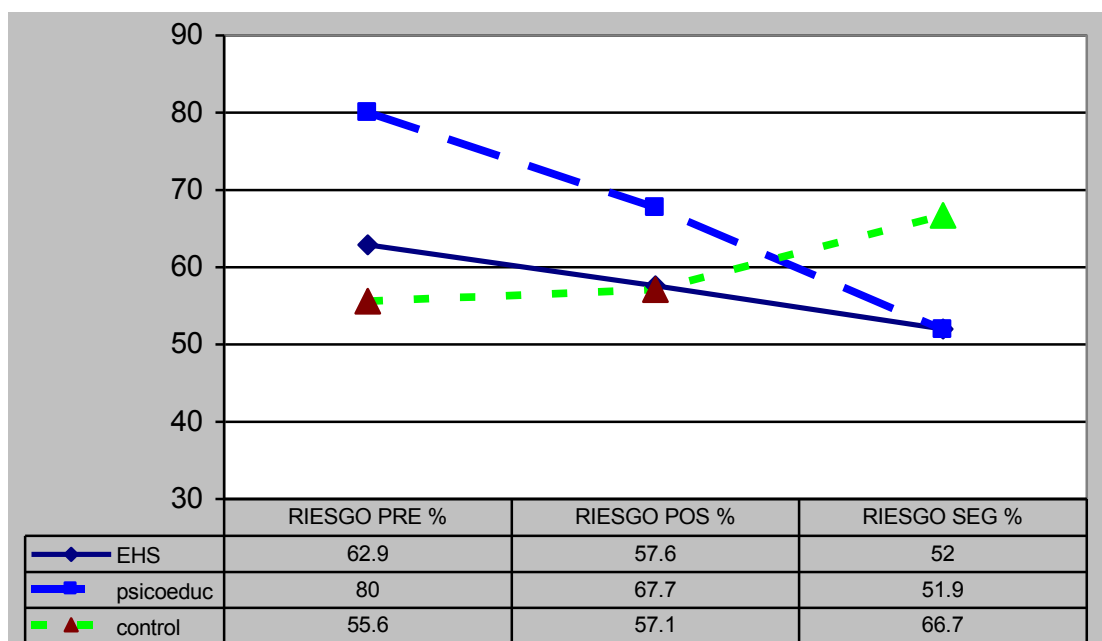


Figura 7.23 Distribución porcentual de la variable nivel de habilidades sociales y resultados en la significancia clínica

7.3.6 Análisis estadístico de pérdida al seguimiento

Cómo puede apreciarse en la figura 7.24, en el grupo expuesto al programa de habilidades sociales, fue en el que se presentó en mayor medida esta pérdida (39%), mientras que en el grupo psicoeducativo, se observó el menor porcentaje de abandono (19%). El alto porcentaje de pérdida al seguimiento de la condición EHS se incrementó al eliminar a aquellas participantes que no asistieron (14%) al menos al 70% de las sesiones.

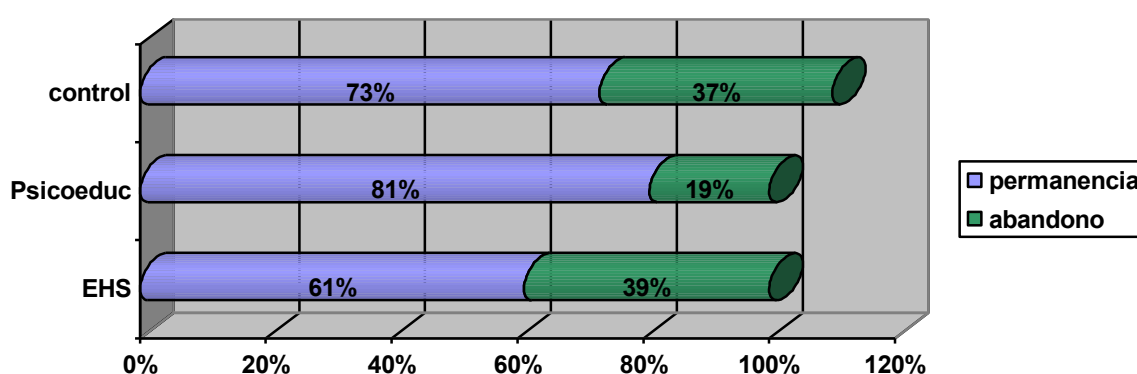


Figura 7.24 Distribución porcentual de pérdida al seguimiento por condición

Se aplicó, al igual que en el estudio piloto (estudio 2), el análisis de aleatoriedad sugerido por Hair et al. (1999), con el propósito de explorar si la pérdida al seguimiento se presentó al azar. En las tablas 7.46, 7.47 y 7.48, se presentan los resultados de la prueba de aleatoriedad para las tres distintas condiciones de estudio. En ellas se puede observar que sólo en la condición experimental psicoeducativa (ver tabla 8.55) se produjo un sesgo (no aleatoriedad) en las variables insatisfacción con la imagen corporal ($t(35)=2.426$, $p=0.021$) y preocupación con el peso y la comida ($t(35)=2.584$, $p=0.014$). Las medias de permanencia y abandono para ambas variables (insatisfacción permanencia $\bar{X}=1.43$ y abandono $\bar{X}=0.57$; preocupación por el peso y la comida permanencia $\bar{X}=2.19$ y abandono $\bar{X}=1.33$) indicaron que fueron las participantes de mayor riesgo las que permanecieron hasta el final de la investigación y las participantes con riesgo menor abandonaron la intervención psicoeducativa.

Tabla 7.46

“t de Student”. Factores de riesgo por pérdida al seguimiento (permanencia-abandono) en la condición experimental EHS

CONDICIÓN EHS	T	GL	SIG.
Deseo de una silueta corporal delgada	0.612	41	0.544
Insatisfacción con la imagen corporal	0.936	41	0.355
Dieta crónica y restringida	0.518	41	0.137
Preocupación por el peso y la comida	0.505	40	0.616
Conducta alimentaria compulsiva	2.194	41	0.075
Habilidades sociales (puntuación global)	0.206	41	0.838

Tabla 7.47

“t de Student”. Factores de riesgo por pérdida al seguimiento (permanencia-abandono) en la condición experimental psicoeducativa

condición psicoeducativa	T	GL	SIG.
Deseo de una silueta corporal delgada	-0.478	35	0.636
Insatisfacción con la imagen corporal	2.426	35	0.021
Dieta crónica y restringida	1.728	33	0.093
Preocupación por el peso y la comida	2.584	35	0.014
Conducta alimentaria compulsiva	1.227	35	0.228
Habilidades sociales (puntuación global)	0.535	35	0.597

Tabla 7.48

“t de Student”. Factores de riesgo por pérdida al seguimiento (permanencia-abandono) en el grupo control

condición psicoeducativa	T	GL	SIG.
Deseo de una silueta corporal delgada	1.099	28	0.434
Insatisfacción con la imagen corporal	0.322	28	0.750
Dieta crónica y restringida	0.162	28	0.873
Preocupación por el peso y la comida	0.336	28	0.739
Conducta alimentaria compulsiva	0.794	28	0.434
Habilidades sociales (puntuación global)	1.739	28	0.094

7.4 Discusión y conclusiones.

El objetivo del estudio final fue evaluar dos programas de prevención dirigidos a mujeres adolescentes estudiantes de secundaria y determinar cual presenta mayor eficacia en la eliminación o disminución de factores de riesgo asociados con TCA. Las técnicas utilizadas en los programas fueron: 1) entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y, 2) técnicas de información psicoeducativa.

El proceso de selección de la muestra se inició con una N= 430 mujeres adolescentes estudiantes de primero y segundo grados de educación secundaria provenientes de tres distintas escuelas del Distrito Federal, con una media de edad $\bar{X}=12.81$ y $DE=0.56$. Siguiendo las sugerencias de algunos autores que afirman que las acciones de prevención presentan mejores resultados cuando se dirigen a población con mayor riesgo (Stice & Shaw, 2004; Stice, Shaw & Marti, 2007), se seleccionó a las participantes que deseaban una silueta corporal muy delgada por un lado, y por el otro, que no fueran obesas ($IMC < 27$), de tal forma se redujo la muestra a N=110. Estas se asignaron al azar a tres diferentes condiciones.

El porcentaje de pérdida al seguimiento al concluir la ultima etapa de investigación (medida seguimiento a 6 meses), indicó que fue el grupo que recibió la intervención basada en la técnica psicoeducativa el que presentó mayor permanencia (19%) y el grupo con intervención EHS mayor pérdida al seguimiento (39%). Este resultado difiere del estudio piloto en el que se presentó mayor permanencia en el grupo EHS, suceso que se atribuyó a la técnica de intervención utilizada (activa o participativa). El hallazgo de la última etapa de investigación sugería que existió un factor que influenciaba en el fenómeno de pérdida al seguimiento. Atendiendo a ambos estudios (estudio piloto e investigación propiamente dicha), se encontraron algunos factores que pueden dar explicación a estos resultados (menor pérdida al seguimiento en el grupo psicoeducativo). El primero de ellos fue el factor tiempo; en el estudio piloto no se llevó a cabo una medida seguimiento, por tanto no se aseguró que el EHS mantuviera menor porcentaje de abandono a largo plazo. El segundo factor se refiere al nivel de riesgo de las participantes; aunque la comparación inicial (ANOVA One-Way en la medida pretest) no mostró diferencias entre las seis variables de estudio en la investigación propiamente dicha, en el análisis de significancia clínica se puede constatar que a pesar de haber realizado asignación al azar a la diferentes condiciones, el grupo psicoeducativo presentó el mayor porcentaje de participantes en riesgo en comparación con el grupo EHS: de las 6 variables de estudio, el grupo psicoeducativo

presentó mayor porcentaje de chicas en riesgo en 4 variables (Insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva y nivel de habilidades sociales). Estos hallazgos sugieren que el fenómeno de pérdida al seguimiento no está asociado al tipo de intervención, se explica mejor con el nivel de riesgo de las participantes. Esto es, “a menor riesgo, mayor pérdida al seguimiento”.

Apoyando lo anterior, se resalta el hecho de que se produjo pérdida no aleatoria con la misma dirección en el grupo psicoeducativo. Las participantes que abandonaron el proceso de investigación fueron aquellas que presentaban menor riesgo en las variables insatisfacción con la imagen corporal y preocupación por el peso y la comida. Estos resultados apoyan las afirmaciones referidas a la eficacia de las acciones preventivas en muestras de mayor riesgo (Stice et al. 2004; 2007; Taylor, 2005).

En el apartado de descripción de la muestra se encontró que casi tres cuartas partes del total de participantes (70%), independientemente de la condición a la que fueron asignadas, reportó haber realizado dieta. Estos resultados confirman el alto índice de adolescentes involucradas en estas prácticas, criterio de selección en el estudio piloto. Así también, concuerdan con lo documentado en estudios nacionales previos en los cuales se afirma que los patrones alimentarios restrictivos se han convertido en una conducta “normal” ampliamente aceptada y reforzada por el entorno social (Gómez Peresmitré, Pineda, L’esperance, Hernández, Platas & León 2002).

Con relación a esta misma variable, se encontró que la edad promedio en la cual empezaron a hacer dieta fue a los 12 años, con un rango entre los 7 y los 14 años. Este resultado coincide con un estudio nacional realizado por Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), en el cual se detectó un punto pico en la presencia de los factores de riesgo tales como el seguimiento de dieta restringida e insatisfacción con la imagen corporal a los 11 años. Así también, en el estudio antes citado se afirma que las mujeres se involucran en este tipo de prácticas nocivas a edades más tempranas, sin tener en cuenta que éstas las sitúan en riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Este fenómeno puede encontrar una explicación si se tiene en cuenta que las adolescentes están inmersas en una sociedad que promueve el culto a la delgadez, del tal forma la presión social constituye un riesgo inminente en el desarrollo de los TCA, ya que es al inicio de esta etapa del desarrollo donde las chicas se encuentran más vulnerables.

Otro de los resultados iniciales mostró que más del 80% del total de las participantes respondieron que “sí” les preocupaba su peso corporal, independientemente del grupo al que fueron asignadas. El punto pico en el que reportaron esta preocupación estuvo entre los 11 y 12 años, apareciendo desde edades muy tempranas (6 años). Estos resultados confirman el estudio antes citado (Gómez-Peresmitré, et. al., 2001), en el que se reporta que más de la mitad de los preadolescentes entre 6 y 9 años se preocupan por su peso, y esta preocupación se incrementa a “mucho” y “demasiado” entre púberes y adolescentes mexicanas.

Ahora bien, con respecto a la evaluación del efecto de las intervenciones en cada una de las variables de estudio se encontró que el deseo de una silueta delgada disminuyó significativamente únicamente para el efecto tiempo a largo plazo. Sin embargo, los resultados relevantes se detectaron a corto plazo (pretest-posttest) en los dos efectos principales (tiempo y condición) y para la interacción tiempo por condición. En este caso, la prueba Post-Hoc detectó una significancia marginal entre el grupo expuesto al entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y el grupo control en lista de espera. En la figura que ilustra las medias (figura 7.12), se muestra la interacción entre los efectos principales y se puede observar claramente que fue el grupo EHS el que presentó los mejores resultados a corto plazo, las participantes que pertenecían a este mismo grupo eligieron como figura ideal una silueta más gruesa como efecto de la intervención en comparación con los otros dos grupos.

Este resultado es de suma importancia ya que se ha documentado empíricamente que al reducir la interiorización de un ideal delgado se disminuye la insatisfacción corporal, el seguimiento de dieta, el afecto negativo y los síntomas de bulimia (Stice, Mazotti, Weibel & Agras, 2000). De acuerdo con algunos autores, la interiorización de un ideal delgado, que en el presente estudio se refiere al deseo de una silueta delgada, incrementa el riesgo de desarrollar una patología alimentaria (Stice & Agras, 1998; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999). Así también, el efecto de las intervenciones en el deseo de una silueta delgada resulta especialmente relevante para población adolescente mexicana si se considera el estudio realizado por Gómez-Peresmitré (1999), en el cual se encontró que el 94% de chicas entre 9 y 13 años, reporta como figura ideal una silueta muy delgada.

Con referencia a la variable insatisfacción con la imagen corporal, se detectaron diferencias significativas dentro de los grupos (efecto tiempo), entre las mediciones pretest-posttest y pretest-seguimiento, más no del posttest al seguimiento (resultado confirmado en el análisis Post Hoc Bonferroni). Los análisis posteriores (ANOVA MR 3x2) detectaron una significancia marginal a corto plazo entre las condiciones de estudio. Una vez más, fue el grupo que recibió el EHS el que resultó

más beneficiado y presenta menos insatisfacción con la imagen corporal al compararlo con los otros dos grupos.

Los análisis en la variable seguimiento de dieta restringida no reportaron diferencias significativas a corto, ni a largo plazo. Este resultado pudo estar influenciado por el efecto suelo, ya antes reportado por diversos autores (Stice & Shaw, 2004; Stice, Shaw & Marti, 2007), que en este caso se refiere al nivel de riesgo de las participantes que hicieron dieta (bajo), el que no permite detectar resultados significativos. En contraparte, el hecho de que no exista un incremento en dicha variable se considera un resultado positivo debido al riesgo que implica la práctica de dietas. Apoyando lo anterior, cabe señalar que aunque no se detectaron resultados significativos, en la figura que ilustra las medias (figura 7.20), se puede observar que se produjo una disminución de la conducta dietaria como producto de las intervenciones en la medida seguimiento. Así también, en el análisis de significancia clínica se detectó que el porcentaje de participantes en riesgo disminuyó, resultado que favoreció al grupo expuesto al EHS.

La importancia de los resultados en la variable dieta restringida se consideran de suma importancia ya que esta conducta representa uno de los factores de riesgo de mayor peso y precede el desarrollo de los TCA (Herman & Polivy 1980; Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986). De acuerdo con Hill (1993), el riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos, es ocho veces mayor que el de los no dietantes. Algunas razones que explican el incremento del fenómeno de las dietas se refieren al poder de los estereotipos sociales sobre la delgadez, asociado erróneamente con belleza, salud y autocontrol. Cabe destacar que son las mujeres quienes se ven más afectadas por la presión social y consecuentemente, se involucran en dietas para bajar de peso y desarrollan trastornos de la conducta alimentaria (Agras, 1988; Orbach, 1983). Con base en lo anterior, se puede inferir que las estrategias de prevención propuestas en el presente estudio, tienen impacto sobre el estereotipo de delgadez que caracteriza a las sociedades actuales, mostrando efectos positivos en el fenómeno de las dietas.

Por otra parte, atendiendo a los objetivos de la presente investigación se observó que la variable conducta alimentaria compulsiva (asociada a la conducta de atracón) presentó resultados no esperados. El primer análisis de comparación entre las medias (ANOVA MR 3x3) arrojó una significancia marginal en la interacción tiempo por condición, la figura que ilustra las medias (figura 7.6) muestra resultados favorables a largo plazo en la condición psicoeducativa. Estos resultados no se confirmaron al aplicar los ANOVAs 3x2, por tanto sólo se pueden interpretar como producto de la

interacción entre las 3 condiciones y las 3 medidas. Sin embargo, los resultados de la significancia clínica indican que el porcentaje de las chicas en riesgo de ambas condiciones experimentales (EHS y Psicoeducación) aumentó. En contraparte, se puede observar en la figura 7.22, que el porcentaje de participantes en riesgo que pertenecían al grupo control (en lista de espera) disminuyó.

¿Como se puede explicar el aumento de las participantes en riesgo en la variable conducta alimentaria compulsiva en los grupos que recibieron intervención? Existe evidencia que señala que las personas que se someten constantemente a dieta, bajo ciertas condiciones aumentan sus niveles de ingesta hasta llegar a la sobrealimentación (Heatherton, Herman & Polivy, 1992; Polivy & Herman, 1985; Sheppard-Sawyer, McNally & Fischer, 2000). Estas condiciones pueden estar en función de las emociones desagradables relacionadas a una autoimagen negativa (Heatherton & Baumeister, 1991; Polivy & Herman, 1999; Wallis & Hetherington, 2004). Al respecto Gibson (2006), sugiere que la relación entre emociones y alimentación no es simple; los estados emocionales y los estados de ánimo pueden influir la conducta alimentaria, de igual forma, la alimentación puede modificar las emociones y estados de ánimo.

En una interesante revisión realizada por Silva (2007), se ha documentado desinhibición alimentaria en dietantes crónicos expuestos a inducciones de ánimo negativo y positivo, estrés, tareas cognitivas demandantes de atención, consumo de alcohol, el pensar en comida, el aroma de comida, el consumo de alimentos calóricos y en la exposición a anuncios comerciales de dietas.

Constatando la amplia gama de condiciones que pueden llevar a la conducta de sobrealimentación en personas que se someten constantemente a dietas para bajar de peso, se considera que el argumento de mayor validez es el que sugieren Lowe y Timko (2004), según estos autores se debe distinguir entre personas restrictivas "en dieta" versus personas restrictivas que no realizan dieta en el momento del estudio. De lo anterior, sugieren que la desinhibición alimentaria observada en los diferentes estudios dependería del estatus dietético, siendo los restrictivos sin dieta en curso aquellos vulnerables a la sobrealimentación. Esto explicaría que la disminución de la conducta restrictiva en las participantes del presente estudio (en las dos condiciones experimentales) trae como resultado un incremento en la variable conducta alimentaria compulsiva.

Con respecto a la variable preocupación por el peso corporal, se detectaron resultados significativos en el efecto tiempo, a largo plazo (ANOVA MR 3x2), que favorecen al grupo psicoeducativo. Este indicador pudo estar influenciado por una pérdida no aleatoria; se detectó que fueron las participantes que

puntuaron con menor riesgo las que abandonaron esta intervención. Sin embargo, en el análisis de significancia clínica se puede observar que el grupo psicoeducativo presentó los mejores resultados, disminuyendo el porcentaje de participantes en riesgo del 50 al 30% como producto de la intervención, hecho que confirma la hipótesis derivada de la presente investigación que sugiere que el abandono de los programas se explica mejor con el nivel de riesgo y no con la técnica de intervención. Como consecuencia, se observan mejores resultados cuando existe permanencia de las participantes de mayor riesgo hasta el final de los programas.

Este resultado se considera importante en el sentido de que la preocupación por el peso y la comida es una variable de índole cognitivo-conductual, que hace referencia a los sentimientos de culpa que surgen por la forma de comer, la lucha que se sostiene por no comer, así como las conductas encaminadas a no subir de peso, y que a su vez, contribuyen a exacerbar la conducta dietaria (Gómez Peresmitré et al. 2002; Polivy & Herman, 1985).

Con referencia al análisis de significancia clínica, a través del cual se identifican las diferencias tomando en cuenta la variabilidad de los puntajes y no las medias entre los mismos, se lograron identificar algunos puntos importantes. El grupo EHS presentó mejores resultados (disminución en el nivel de riesgo de las participantes) en tres de las variables más importantes; deseo de una silueta delgada, insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restringida. Por su parte, el grupo psicoeducativo presentó los mejores resultados en la variable preocupación por el peso y la comida y en nivel de habilidades sociales. Los resultados que favorecen a la intervención basada en la técnica psicoeducativa se pueden explicar considerando la pérdida no aleatoria en la variable preocupación por el peso y el nivel de riesgo superior en el nivel de habilidades sociales.

Con respecto a la variable nivel de habilidades sociales, se realizaron análisis de la puntuación global y de los 4 factores que conforman la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva en su versión mexicana. El ANOVA MR 3x3 para la puntuación global de la escala arrojó una significancia marginal para el efecto tiempo. Posteriormente, la prueba de comparación entre las medias del pretest-seguimiento (ANOVA MR 3x2) mostró diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo y en la interacción tiempo por condición. En la figura de las medias (figura 7.15), se puede observar que los resultados favorecen a los dos grupos que recibieron intervención. De acuerdo con lo esperado, el grupo control aumentó su problemática en esta área por el hecho de no haber recibido ningún tipo de

intervención hasta el momento de la medición de seguimiento. Este resultado concuerda con el estudio piloto en el cual se observó un incremento en el nivel de habilidades el grupo EHS y en el Psicoeducativo. Además, encuentra sustento en los resultados de Levine y Piran (1999), quienes encontraron mayor eficacia en los programas de prevención que incluyen el EHS (85%) cuando se comparan con los programas que no incluyeron este componente (56%). Resultado que contribuye a afirmar que el entrenamiento en habilidades sociales representa un factor protector en el desarrollo de los TCA y funciona como estrategia para hacer frente a la presión social dirigida a la delgadez.

Entre los resultados más interesantes del análisis por factores de la EPCA, se detectó una diferencia significativa a corto plazo (pretest-posttest) para el efecto tiempo (ANOVA MR 3x2) en el factor 2 “Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales”. Con respecto a los factores 2 y 3 (Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto y Evitación o dificultad para dar y recibir negativas), los resultados más interesantes se encontraron a largo plazo (pretest-seguimiento), es decir el ANOVA MR arrojó diferencias significativas en las interacciones tiempo por condición. Las figuras 7.16 y 7.17 muestran que los resultados en dirección positiva se presentaron en las dos condiciones que recibieron alguno de los dos programas (EHS y Psicoeducativo). En los factores 1 y 4 no se encontraron resultados relevantes. En general, se puede afirmar que el entrenamiento en habilidades sociales muestra los mejores resultados a largo plazo.

De acuerdo con el modelo bioecológico propuesto por Bronfenbrenner y Ceci (1994), se adquieren conocimientos para desarrollar las habilidades específicas en determinadas intervenciones y también se contribuye en la investigación dirigida a identificar los factores de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. El desarrollo de algunas habilidades sirve para hacer frente a la presión social ejercida por distintos entornos, por ejemplo la familia, los pares, la comunidad y los medios de comunicación. Así también, se ha documentado que algunas habilidades sociales contribuyen a mejorar el desempeño personal en distintas áreas, no sólo en el ámbito de los TCA. Con base en el presente estudio se sugiere desarrollar habilidades relacionadas con expresar emociones y sentimientos, relacionarse con el sexo opuesto y a resistir la presión social, en el ámbito de prevención de estos trastornos.

Finalmente es importante analizar los cambios en dirección positiva que se dieron en el grupo control antes de que éste se sometiera a la intervención. Una primera explicación es que no se logró controlar el efecto de contaminación. Este efecto se explica a través de la transmisión de información entre las participantes de las distintas condiciones de investigación. Como se señaló en el estudio piloto, las

chicas que ya recibieron la intervención no respetan el contrato de confidencialidad, por tanto la información que reciben es transmitida a las participantes del grupo control en lista de espera, esta contaminación se refleja en los resultados de diversos estudios y se ha documentado con anterioridad en los programas de prevención de TCA (Neumark-Sztainer, Burlar & Palti, 1995).

Parte del efecto de contaminación puede atribuirse también al desafortunado Boom de los TCA, que se vivió a nivel internacional debido a la muerte de algunas “top models” brasileiras en los primeros meses del año 2007 y que despertó comentarios y entrevistas en los medios de comunicación social. Todas estas situaciones explicativas del efecto de contaminación deben tenerse en cuenta aunque difícilmente podrían controlarse pues como señala Gómez-Peresmitré (2002), forman parte del medio ecológico y sociocultural en el que se encuentran inmersas las jóvenes de nuestros tiempos.

Con base en los resultados expuestos con anterioridad se puede concluir que:

1. Un alto índice de adolescentes mexicanas se involucran, desde muy temprana edad (6 y 7 años) con factores de riesgo (preocupación por el peso y la comida y seguimiento de dieta restringida) que pueden conducirles a desarrollar un TCA. El punto crítico de riesgo en adolescentes mexicanas se ubica entre los 11 y los 12 años (Gómez-Peresmitré, 1999).
2. Los análisis a corto plazo permiten afirmar que la intervención basada en el EHS produce los mejores resultados en las variables asociadas con imagen corporal; se observa un Incremento en el deseo de una silueta corporal normopeso y por consecuencia se reduce la insatisfacción con la imagen corporal. Así también, esta intervención produce los mejores resultados en la reducción de participantes en riesgo (significancia clínica) que practican dietas restringidas.
3. Se detectaron efectos a largo plazo (efecto tiempo) en algunas variables de estudio. Sin embargo, no se pueden atribuir al efecto de las intervenciones ya que los análisis de comparación de medias no detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales y el grupo control, ni en las interacciones tiempo por condición. Este hecho se puede explicar por el efecto de contaminación.
4. Los efectos en las variables seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso y la comida fueron detectados a través del análisis de significancia clínica (se disminuyó el porcentaje de participantes que estaban en riesgo) en ambas intervenciones.
5. La variable conducta alimentaria compulsiva tuvo efectos negativos como producto de las intervenciones, efecto que tendrá que ser eliminado en futuras investigaciones.

6. Ambas intervenciones incrementaron el nivel de habilidades sociales. Hecho que permite afirmar que los programas resultan eficaces en el desarrollo de factores de protección en TCA.
7. En términos generales, la técnica participativa (EHS) produjo los mejores resultados. Evidencia que responde al objetivo de investigación 2 que se refiere a comparar ambos programas y determinar cual muestra mayor eficacia en la prevención de TCA. Estos resultados concuerdan con la literatura nacional e internacional que sustenta el hecho de que este tipo de técnicas (activa o participativa) produce mejores resultados en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (Pineda, 2006; Stice & Shaw, 2004; Stice, Shaw & Marti, 2007, Taylor, 2005).
8. El fenómeno de pérdida al seguimiento se puede explicar a través del nivel de riesgo de las participantes. Entre mayor riesgo, menor abandono a las intervenciones.

7.5 Aportaciones al Modelo Teórico-Práctico de Prevención de TCA basado en el EHS.

Como se describe en el capítulo cuatro, la necesidad de proponer un modelo etiológico que aportara las bases para llevar a cabo la presente investigación, fue uno de los elementos de mayor importancia para el éxito de la misma, de acuerdo con lo señalado por diversos autores (López-Guimerá, 2004; Raich, Sánchez-Carracedo, López. Guimerá, Portell & Fauquet, 2007). Cabe mencionar que la propuesta del Modelo de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales tiene como base fundamental la teoría del continuo (Garner, Olmsted, & Garfinkel, 1983; Nylander, 1971), la cual describe un proceso progresivo que va de un grado de salud hasta su contraparte la enfermedad, haciendo énfasis en los puntos intermedios que representan el nivel de riesgo que se transita durante el deterioro de la salud.

Se identificaron tres momentos haciendo uso de las variables de interés del presente estudio que representan los factores de riesgo comúnmente documentados en relación a los TCA. En el primero (el de menor riesgo) se ubican las variables asociadas con imagen corporal (deseo de una silueta delgada e insatisfacción corporal). En un segundo momento, que implica mayor riesgo, se ubicaron las variables relacionadas con conducta alimentaria anómala (dieta restringida y conductas alimentarias compulsivas). En el tercer y último momento se ubicaron los trastornos subclínicos y el trastorno de la conducta alimentaria. Esta ubicación tiene como propósito identificar el impacto de las intervenciones en diferentes momentos del proceso patológico.

Cabe señalar que en el modelo derivado de la presente investigación, la presión social funciona como factor precursor y mantenedor durante todo el proceso de enfermedad. Sin embargo, se infiere que únicamente las personas que no han desarrollado determinadas habilidades para hacer frente a dicha presión se encontrarán en riesgo de desarrollar un TCA. Estas afirmaciones coinciden con las investigaciones de Huon y su equipo de colaboradores (Huon & Stron, 1998; Huon, Hayne Gunewardene et al. 1999; Huon, Gunewardene, Hayne et al. 2002^a). En el modelo desarrollado por estos autores se confirma que entre más elevada sea la presión social (predictor inmediato de la decisión de hacer dieta) es más probable que se practiquen dietas. La vulnerabilidad individual potencializa la influencia social y por el contrario, el nivel de habilidades sociales disminuye el efecto negativo de dicha influencia. Con base en lo anterior y en los resultados de la presente investigación, se afirma que las habilidades sociales funcionan como un factor protector indudable de la presión social hacia la delgadez.

En referencia al primer momento esquematizado en el Modelo de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales, en el estudio piloto no se detectaron cambios estadísticamente significativos en insatisfacción con la imagen corporal. Atendiendo a estos resultados y con base en el modelo del camino doble (Stice, 1994; 2001) en el que se plantea que las presiones socioculturales contribuyen a la interiorización del ideal corporal delgado, que antecede a la insatisfacción con la imagen, se decidió incluir la variable “deseo de una silueta delgada” con el propósito de mejorar el impacto de las intervenciones sobre las variables asociadas con imagen corporal.

Los resultados del estudio final permiten afirmar que las estrategias de prevención producen un efecto positivo en el inicio del proceso de enfermedad (primer momento), al disminuir a corto y mediano plazo (6 meses), el deseo de una silueta delgada y la insatisfacción con la imagen corporal. Más aun, la intervención basada en el EHS muestra diferencias (estadísticamente significativas) con respecto al grupo control en la elección de la silueta ideal delgada. Este hallazgo proporciona las primeras bases teórico-prácticas que dan sustento al modelo producto de la presente investigación.

De acuerdo con el modelo del camino doble propuesto por Stice (1994; 2001), probado en población mexicana (Gómez-Peresmitré, Pineda & Oviedo, 2008), al disminuir el deseo de una silueta delgada entre las participantes, se produce un decremento en la insatisfacción corporal como se confirma en los resultados del presente estudio. Siguiendo la lógica del modelo del camino doble y del continuo, se esperaría entonces que el impacto de las intervenciones conduzca a una disminución de las conductas alimentarias de riesgo.

Con respecto a las variables asociadas con conductas alimentarias anómalas, las cuales se ubicaron en el segundo momento del modelo (seguimiento de dieta restringida, preocupación por el peso y conducta alimentaria compulsiva), se puede observar que el impacto positivo de las intervenciones fue en decremento: en el estudio piloto únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativa (a corto plazo) en la variable preocupación por el peso y la comida, como producto de ambas intervenciones, sin embargo el análisis de pérdida al seguimiento mostró que estos resultados estuvieron sesgados ya que la permanencia de las participantes dependía del nivel de riesgo en dicha variable. Este indicador sugirió la necesidad de trabajar con una muestra de mayor riesgo y aplicar un análisis estadístico más riguroso.

En el estudio final no se encontraron diferencias significativas a través de los ANOVAS-MR. Sin embargo, a través del análisis de significancia clínica (movimiento de un estado de riesgo a uno sin riesgo como producto de una intervención), se observó que hubo una disminución (en porcentaje) de las participantes que se ubicaban en riesgo alto por practicar dietas restringidas, resultado que favoreció al grupo expuesto al EHS. En el caso de la preocupación por el peso y la comida, el mejor resultado se observó en el grupo psicoeducativo (una vez más, tendenciado de acuerdo con el análisis de pérdida al seguimiento). Así también, es importante señalar que ambas intervenciones produjeron un efecto negativo en la variable conducta alimentaria compulsiva, de acuerdo con el análisis de significancia clínica.

Con base en estos resultados se afirma que las estrategias de prevención utilizadas en el presente estudio, no tienen el impacto suficiente en un nivel de riesgo próximo (segundo momento) a un trastorno subclínico o un trastorno de la conducta alimentaria (tercer momento del modelo). Este hallazgo encuentra explicación en el modelo del continuo (Levine & Smolak, 1990), en el cual se señala que entre más factores de riesgo se acumulen en un individuo, más riesgo tendrá de enfermar, por tanto, la prevención resultará más complicada debido a los efectos aditivos de estos factores. Atendiendo estos resultados, se plantea la posibilidad de mejorar el impacto de las intervenciones utilizando estrategias de prevención indicada en individuos que se ubiquen en el segundo momento de riesgo (caracterizado por la presencia de conductas de riesgo tales como la dieta restringida o la conducta alimentaria compulsiva) con base en el Modelo de Prevención de TCA basado en el EHS.

Con referencia a la variable habilidades sociales, que de acuerdo con Rutter (1987) puede ser clasificada como factor de riesgo o protector dependiendo del contexto en el que se ubique. Los resultados del estudio piloto mostraron un incremento de dichas habilidades a corto plazo (puntaje global de la EPCA) en las dos condiciones de estudio. Así también, en el estudio principal se observaron los mejores resultados de las intervenciones en el puntaje global y en los factores “Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto” y “Evitación o dificultad para dar y recibir negativas”, a largo plazo. De tal forma, se infiere que el desarrollo de estas habilidades funciona como factor protector ante la presión social dirigida a la delgadez. Tomado como referencia el modelo propuesto por Harre, (1977), el incremento de las habilidades antes mencionadas, reflejan sus efectos en los llamados scripts (roles, condiciones o secuencias de acción), asociados al estereotipo de delgadez, que representan un precursor de los TCA.

Así también, el efecto del entrenamiento en habilidades sociales se explica en base a lo señalado por Crago, Shisslak y Ruble, (2001) quienes mencionan que los factores de protección actúan sobre los factores de riesgo disminuyendo su efecto negativo, interrumpen la cadena mediadora a través de la cual opera el factor de riesgo o previenen la aparición del factor de riesgo en sí. En este caso se observa que el desarrollo de habilidades sociales contribuye a disminuir el efecto negativo de las variables asociadas a imagen corporal en el primer momento del modelo. Así también, se observa un efecto en la cadena mediadora que conduce de la insatisfacción corporal a las variables preocupación por el peso y la comida y al seguimiento de dieta restringida (segundo momento), sin embargo el efecto no es suficiente para interrumpir el proceso patológico de las adolescentes que se encuentran en un nivel de riesgo más alto.

En referencia al modelo de habilidades para la vida en el ámbito de los TCA, se observa un impacto de los programas utilizados en el presente proyecto, tanto en los factores de riesgo como en los factores de protección, al desarrollar habilidades individuales que contribuyen a mejorar la interacción con el ambiente y protegerse de los agentes nocivos. Cabe señalar que el grupo con la técnica activa (EHS) presenta los mejores resultados. De acuerdo con Crago, Shisslak y Ruble (2001), la presencia de resiliencia o patología ante una situación estresante depende del balance entre el riesgo individual y ambiental y los factores protectores presentes en ese momento de la vida.

Con base en los resultados hasta aquí expuestos, se proporcionan las primeras bases empíricas del Modelo de Prevención Basado en el EHS. La lógica del modelo tiene congruencia con su antecedente teórico de continuidad en el proceso salud-enfermedad, esquematizado en tres diferentes momentos en los cuales se van ubicando las variables de menor a mayor riesgo. Sin embargo el impacto de las intervenciones no tienen los alcances necesarios para mostrar la inversión de dicho proceso hasta alcanzar el estado de salud en su totalidad. Como se puede observar, las intervenciones disminuyen la insatisfacción con la imagen e inducen la elección de siluetas normopeso (eficacia probada en un nivel de riesgo bajo). Cuando las adolescentes se encuentran en un nivel de riesgo más alto (segundo momento) y han empezado a preocuparse por su peso, a realizar dietas y comer compulsivamente, la eficacia de las intervenciones disminuye. Sin embargo, por ser este un primer estudio de prevención selectiva que prueba la eficacia de técnicas basadas en el EHS, los resultados son indiscutiblemente alentadores y requieren de mayor investigación que aporte sustento a dicho modelo.

7.6 Propuesta de estrategias de prevención de TCA con base en el nivel de riesgo

Atendiendo a los resultados de la presente investigación y con base en el Modelo de Prevención de TCA basado en el EHS, se realizó una propuesta de prevención utilizando las categorías propuestas por Mrazek y Haggerty (1994). Siguiendo la lógica del continuo Salud-Enfermedad, se sugiere implementar:

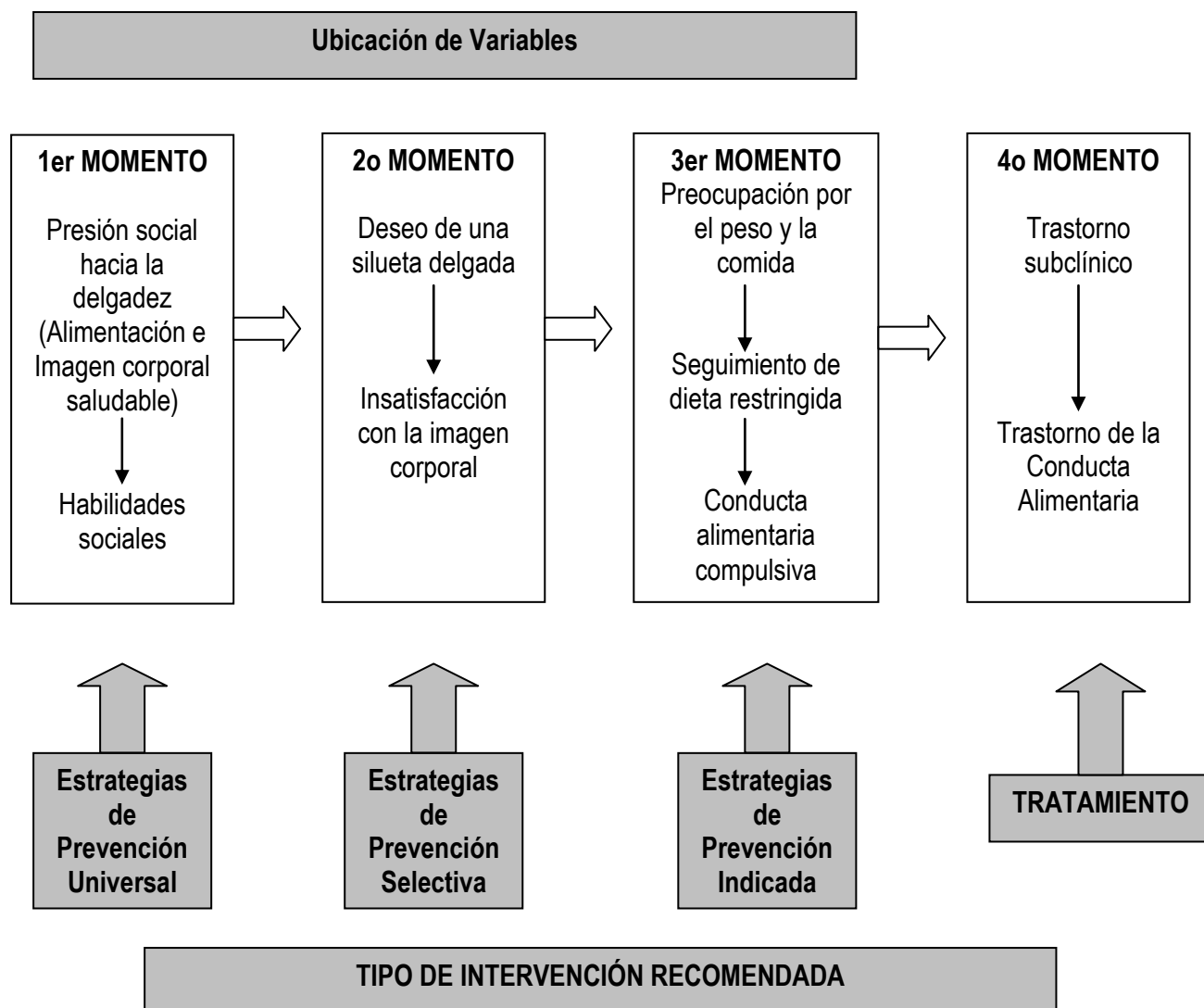
1. **Estrategias de prevención universal:** en un primer momento, plantear como objetivo hacer frente a la presión social que promueve la delgadez haciendo uso de habilidades sociales proactivas y fortaleciendo los factores de protección tales como, postura crítica ante los medios y el entorno social, alimentación e imagen corporal saludable .

2. **Estrategias de prevención selectiva:** en un segundo nivel de riesgo caracterizado por el deseo de una silueta delgada y la insatisfacción con la imagen corporal, cuyo objetivo este dirigido a disminuir el riesgo asociado a estas variables. Además de las estrategias proactivas, se sugiere implementar temas como aceptación y promoción de la diversidad corporal, autoestima, valía personal no centrada en el físico y promoción de peso saludable, acompañadas de habilidades sociales.

3. **Estrategias de prevención indicada:** en un nivel de riesgo más alto caracterizado por la presencia de los factores de riesgo asociados con la imagen corporal acompañados del efecto aditivo de los factores de riesgo asociados con conductas alimentarias anómalas tales como la preocupación por el peso y la comida, la dieta restringida y el comer compulsivo. En estas últimas estrategias se sugiere incluir, además de los temas antes mencionados, temas referentes al efecto nocivo de estas conductas y las habilidades necesarias para disminuirlas o eliminarlas (estrategias reactivas).

Como se puede inferir, entre más alto sea el nivel de riesgo, las estrategias de prevención recomendadas (prevención indicada) implicaran mayor tiempo (mayor número de sesiones), ya que el efecto acumulativo de los factores de riesgo es más difícil de revertir. Así también, se recomienda integrar formatos pasivos y activos en la prevención de TCA, ya que los resultados de la presente investigación mostraron la eficacia de ambas estrategias (EHS y Psicoeducación). Sin embargo, se sugiere utilizar técnicas participativas cuando el nivel de riesgo es mayor.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE TCA CON BASE EN EL NIVEL DE RIESGO



7.7 Sugerencias y limitaciones

Entre las limitaciones más importantes del presente estudio se destaca que los resultados de la presente investigación no se pueden generalizar a la población, ya que la muestra fue no probabilística.

Con base en el análisis de resultados se sugiere:

1. Trabajar con muestras de mayor riesgo con el propósito de incrementar el efecto y disminuir la pérdida al seguimiento.
2. Manejar la parte controlable del efecto de contaminación eligiendo grupos de investigación (experimentales y controles) en distintos planteles escolares.
3. Se sugiere incluir alguna temática relacionada con la variable conducta alimentaria compulsiva en las intervenciones con el propósito de probar su efecto y contrarrestar los resultados no esperados en la presente investigación.
4. Realizar un análisis de la eficiencia de los programas (costo-beneficio) con el propósito de seleccionar la conveniencia de aplicar una u otra estrategia (EHS o Psicoeducación) en investigaciones posteriores.
5. Realizar medidas de seguimiento con mayor extensión en el tiempo.
6. Realizar estudios de réplica para comprobar los resultados.
7. Aplicar el programa basado en el EHS en muestras de distintas edades (niñas, y adolescentes mayores) para evaluar la eficacia de dicho programa en diferentes etapas de desarrollo.
8. Extender la aplicación del programa a muestras del sexo masculino para probar su efecto en dicha población.
9. Implementar sesiones de reforzamiento cada seis meses con el propósito de reforzar los cambios actitudinales y practicar las habilidades sociales que mostraron eficacia en la reducción de los factores de riesgo incluidos en el presente estudio.
10. Probar la propuesta Estrategias de Prevención con Base en el Nivel de Riesgo.

7.8 Conclusiones generales

Desde hace algunos años, se han producido importantes avances en la investigación de los trastornos de la conducta alimentara. Estos estudios han permitido obtener información de su naturaleza “multifactorial” (Garner y Garfinkel, 1980), así como aspectos tales como la vulnerabilidad individual y el peso que las influencias socioculturales ejercen sobre ellos, aspectos de suma importancia para el desarrollo de las estrategias de prevención en este ámbito.

Cabe señalar que en distintas investigaciones se ha confirmado un punto pico de riesgo alrededor de los 11 años en adolescentes mexicanas (Gómez-Peresmitré, 1999; Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001), hallazgo que aporta las bases para implementar estrategias de prevención de TCA antes de los quince años, como señala Smolak, Levine y Schermer (1998).

Con base en los antecedentes documentales, se decidió probar dos estrategias que pertenecen a dos distintas generaciones. La técnica psicoeducativa, que consiste en brindar información a los participantes se encuadra en la segunda generación; mientras que el EHS reúne los elementos (técnicas interactivas dirigidas a la eliminación de los factores de riesgo) para ubicarse en los estudios de tercera generación según la clasificación de Stice y Shaw (2004). Hay que subrayar que la importancia de dicha comparación reside en el hecho de que se alcanza el estatuto de investigación innovadora por una parte, y por la otra se contribuye a corroborar los resultados de los estudios antecedentes que muestran resultados poco alentadores en las estrategias psicoeducativas en comparación con las técnicas interactivas, condición que se probó en el presente estudio.

Aun cuando los resultados favorecieron a la técnica activa (EHS), los efectos de la técnica psicoeducativa fueron muy similares. Tales hallazgos sugieren integrar ambas técnicas de acuerdo con la propuesta de estrategias de prevención de TCA con Base en el Nivel de Riesgo, en la que se señala la conveniencia de utilizar una u otra ubicando la estrategia de prevención a utilizar (universal, preventiva o indicada).

Otro aspecto de suma importancia fue el encuadre del presente proyecto en el ámbito de prevención selectiva de TCA. La literatura especializada en el tema sugiere que al dirigir las medidas de prevención a las participantes que se encuentran en riesgo, se obtienen los mejores resultados. Debe recordarse que entre los propósitos de esta investigación se encontraba el disminuir o eliminar los

factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados confirmaron lo reportado en la literatura internacional demostrando la eficacia de las intervenciones asociadas con el nivel de riesgo de las participantes, cuando el riesgo estuvo determinado por las variables asociadas con imagen corporal (deseo de una silueta delgada e insatisfacción con la propia imagen). Sin embargo, es importante mencionar que el efecto de las intervenciones disminuyó cuando el riesgo de las participantes fue muy elevado (presencia de conductas alimentarias anómalas tales como dieta restringida y conducta alimentaria compulsiva), hallazgo que aportó las bases para proponer el modelo teórico de estrategias de prevención de TCA con base en el nivel de riesgo, en el cual se determina el tipo de prevención de acuerdo con el nivel de riesgo de las variables asociadas con estos trastornos.

El modelo de prevención teórico-práctico de TCA basado en el EHS, representó una de las aportaciones más importantes de la presente investigación, de acuerdo con Raich, Sánchez-Carracedo, López, Portell y Fauquet (2007), contar con un modelo etiológico proporciona las bases teóricas necesarias para mejorar los programas de prevención. De tal forma y como producto de esta investigación, se realizó la propuesta de prevención de TCA con base en el nivel de riesgo. La importancia de dicha aportación radica en que puede ajustarse a diferentes edades, incluye cualquier técnica de intervención y funciona en relación con el nivel de riesgo de las participantes. Además, adquiere el estatuto de modelo teórico ya que explica las características de un fenómeno incluyendo sus componentes y las relaciones entre ellos de manera lógica (Álvarez, 2006). Es claro que se requiere más investigación en la que el modelo se someta a prueba bajo las más variadas condiciones y favorecer así la generalización de los resultados. Sin embargo, el modelo aquí propuesto contribuye al mejor conocimiento del campo de investigación de prevención de TCA, área que dio origen al presente proyecto.

Con respecto a las habilidades sociales, se confirmó que el EHS puede adquirir un carácter eminentemente preventivo (Roth, 1986). Esta afirmación se apoya en los resultados del estudio piloto y la investigación propiamente dicha, en los cuales se observó un incremento significativo en el nivel de habilidades sociales como producto de las intervenciones. Así también, el incremento de estas habilidades produce efectos que funcionan como factores de protección y reducen el riesgo asociado con los TCA. Esto se puede explicar con base en el modelo de prevención de TCA basado en el EHS, en el que se observa que la presión social hacia la delgadez es un factor sociocultural que interviene en todo momento en el proceso de enfermedad de los TCA. Contar con las habilidades que contribuyen a enfrentar esta presión disminuye la vulnerabilidad y el riesgo de desarrollar un TCA. Por tanto, potenciar ciertas habilidades tales como expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales,

relacionarse con el sexo opuesto, dar o recibir negativas y enfrentar la crítica de forma asertiva, representan un estilo de empoderamiento que se refleja en distintas áreas, tanto individuales como ambientales.

Asociado con lo anterior y de acuerdo con el objetivo del primer estudio, la adaptación de un instrumento válido y confiable para la medición de las habilidades sociales en muestras mexicanas fue un antecedente de suma importancia para el desarrollo de la presente investigación. Además de resultar un instrumento económico, breve, de fácil aplicación y calificación, representó una herramienta fundamental en el proceso de investigación ya que a través de la EPCA, se logró constatar la eficacia de las intervenciones en relación al desarrollo de los factores de protección y su impacto en la disminución de los factores de riesgo.

Por último, se puede concluir que el hallazgo derivado del análisis de pérdida de participantes en la evaluación en la etapa de seguimiento representa otra de las aportaciones de este trabajo en el sentido de que se confirma el hecho de que trabajar con muestras de mayor riesgo garantiza la eficacia de las intervenciones, además de contribuir con la adherencia terapéutica y con la disminución del índice de abandono.

REFERENCIAS

- Agras, W. S. (1987). *Eating Disorders. Management of obesity, bulimic and anorexic nervosa*. Nueva York: Pergamont Press.
- Aguilar, R. N. (1995). Estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Wood en una muestra mexicana de niños de 8 a 16 años. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Alberti, R. E. & Emmons, M. L. (1970). *Your Perfect Right*. San Luis Obispo C. A.: Impact Publisher.
- Álvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Álvarez, R. G. (2006). Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de doctorado no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Álvarez, R. G., Franco, P. K., Mancilla, D. J. M., & Vázquez, A. R. (2002). Factores cognitivo-conductuales asociados a sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes mexicanas. En L. E. Aragón & A. Silva. *Evaluación psicológica en el área clínica* (pp. 175-191). México: Pax México.
- Álvarez, R. G., Franco, P. K., Vázquez, A. R., Escarria, R. A. R., Haro, H. M. & Mancilla, D. J. M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 2, 245-255.
- Álvarez, R. G., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J. M. & Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 47-56.
- Álvarez, T. D., Franco, P. K., Mancilla, D. J. M., Álvarez, R. G. & López, A. X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Revista Psicología Contemporánea*, 7, 26-35.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-II. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington; American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders APAWED. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 157 (Suppl). 1-29
- Apple, R. F. (1999). Interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*. 55, 715-725

- Argyle, 1967. *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. Harmondsworth UK: Penguin Books,
- Argyle, N. (1969). *Social Interaction*. Londres: Methuen
- Argyle, M. (1981). The nature of social skill. En M. Argyle (Comp.), *Social skills and health* (pp.130.138). Londres: Methuen.
- Arriaga, C. G. (2006). *Una primera aproximación: realidad virtual y entrenamiento de las habilidades sociales como estrategias de prevención en trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México
- Austin, S. (2000). Prevention research in eating disorders; theory and new directions. *Psychological medicine*, 30, 1249-1262.
- Backett, E. M., Davies, A. M. & Petrós-Barvasian, A. (1985). El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria. *Cuadernos de Salud Pública*, 76. Ginebra: OMS.
- Blanchet, A. (1989). Entrevistas. En A. Blanchet. *Técnicas de investigación en ciencias sociales* (pp. 87-130), Madrid: Marova.
- Beck, D., Casper, R. & Andersen, A. (1996). Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *International Journal of Eating Disorders*. 20, 389-395.
- Behar, A. R., Manzo, R. R. & Casanova, Z. D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. *Revista Medica Chile*, 134, 312-319.
- Beresin, E. V. (1988). *Treatment of eating disorders*. Toronto: Massachusetts General Hospital
- Bloom, G. X. (1996). Health sector reform: lessons from China. *Social Science and Medicine*, 45, 351-360.
- Boice, R. (1982). An ethological perspective on social skills research. En J. P. Curran & P. M. Monti (Dir.) *Social skills training. A practical handbook for assessment and treatment* (114-118). Nueva York: Guilford Press.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature-nature reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Brownell, K. D. & Rodin, J. (1994). The dieting malestrom: Is it possible and advisable to lose weight?. *American Psychologist*, 49, 781-791.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. *Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Buela-Casals, G., Fernández-Ríos, L. & Carrasco, G. J. (1997). *Psicología preventiva*. España: Pirámide.
- Buckroyd, J. (1997). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Martínez roca.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., McIntosh, V. V. & Joyce, P. R. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 611,623
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. México: Siglo XXI.
- Calvo, S. R., Delgado, L. C., Rodríguez-Vega, P. V. & Santo-Domingo, C. J. (1987). Anorexia nerviosa: tratamiento y evolución a uno, tres y cinco años. *Actas luso-españolas de neurología psiquiatría y ciencias afines*, 15, 255-262.
- Cannel, CH. F. & Kahn, R. L. (1987). La reunión de datos mediante la entrevista. En L. Festiner & D. Katz. *Los métodos de investigación en las ciencias sociales* (pp. 310-352). México: Paidós.
- Caparrós N. (1997) *La anorexia, una locura del cuerpo*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Caplan G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carboles, J. A. I. (1988). "Prólogo" al libro de V. E. Caballo. *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Cash, T. F. & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Castro, F. J. (2000). Trastorno de la conducta alimentaria. *Endocrinología y nutrición*, 49, 165-170
- Chinchilla, M. A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid: Ergon.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Collings, S. & King, M. (1994). Te-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87.
- Cororve, F. M. (2004). Eating disorder prevention research: a meta-analysis. Tesis de doctorado en filosofía no publicada. Texas A & M University. E.U.
- Cowen, E. L. (1997). On the semantics and operations of primary preventions and wellness enhancement (or will the real primary prevention please stand up?). *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152
- Crago, M., Shisslak, M. C. & Ruble, A. (2001). Protective factors in the development of eating disorders. En R. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders. Innovate directions in research and practice* (75-89). Washington D. C.: American Psychological Association.
- Crisp, A. H. (1981). Nutritional disorders and psychiatric state. En: Van Praag, H. M., Lades, M. H., Rafaelsen, O. J. & Sachar, E. J. (Eds.), *Handbook of biological psychiatry. Part IV. Brain mechanism and abnormal behavior-chemistry* (653-683). New York: Marcel Dekker.

- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia, bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. España: Gedisa.
- Curran, J. P. (1977). Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety. *Psychological Bulletin*. 84, 140-157.
- Curran, J. P. (1985). *Social skills training: a practical handbook for assessment and treatment*: New York: Guilford P.
- Fairburn, C. G. (1997). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 278-294). New York: Guilford Press.
- Fallon, L., Katzman, M. & Wooley, H. (1994). *Feminist perspectives on eating disorders*. U.S.A: Guilford Press
- Flores, G. M. (1989). Asertividad, agresividad y soluciones problemáticas en una muestra mexicana. Tesis de Maestría en Psicología Social no publicada. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Flores, G. M. (1994). Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. & Rief, W. (1992). The German longitudinal bulimia nerviosa study. En W. Herzog, H. C. Deter, & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders*. (108-117). Berlín: Springer Verlag.
- Fingeret, M.C. (2002). Weighing in on the controversy: How effective are eating disorder prevention programs? Tesis de doctorado en Psicología no publicada. A&M University. College Station Texas. E.U.
- Galassi, J. P., Delo, J. S., Galassi, M. D. & Bastien, S. (1974). The college self-expression scale: a measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, 5, 161-171.
- Gambril, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- García-Camba, D. E. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En Saiz, R. J. & García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson.
- García, M., Angel, R. & Tovar, V. (2007). Realidad virtual: prevención de trastornos en adolescentes: formación de audiencias críticas. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- García, L., E. & Tellez, Q., K. (2004). Evaluación de programas de prevención de trastornos alimentarios en estudiantes de secundaria. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Speed, C., Goldbloom, D. S. & Kennedy, S. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Garner, D. M. & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factors in the development of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D.M, Garfinkel, P.E. & Olmsted, M. P. (1983). An overview of sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. En P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner & D. V. Coscina (Eds.). *Anorexia Nervosa: Recent developments* (pp. 65-82). New York: Alan R. Liss.
- Garner, D.M, Garfinkel, P.E., Rockert W. & Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disorders in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.
- Gibson, E. (2006). Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology and Behavior*, 89, 53-61.
- Gismero, G. E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J. L., Halfon, O., Bozouard, P., Loas, G., Jeammet, P. & Flament, M. F. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders*, 9, 249-257.
- Gómez Pérez-Mitré., G. (1998). Cuestionario de Alimentación y Salud
- Gómez Pérez-Mitré., G. (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 1, 153-166.
- Gómez Pérez-Mitré., G. (2000). Prevención Primaria: Autodiagnóstico de factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación y la Nutrición. Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT IN305599)
- Gómez Perez-Mitré., G. (2000). Prevención Primaria: Autodiagnóstico de factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación y la Nutrición. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT 34507-H)
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. 450 años de la universidad.
- Gómez-Peresmitré, G. (2002). Trastornos de la alimentación Anorexia, Bulimia y Obesidad. <http://www.tucomunidad.unam.mx/Files%20HTML/anorexia.htm>.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (2003). Realidad virtual. Modelo escolar de educación para la salud. Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN307403-2

- Gómez Peresmitré, G. (2005). Programa computarizado de Realidad Virtual. Modelo escolar en la prevención de trastornos alimentarios y obesidad. Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica. IN305006.
- Gómez Peresmitré, G., Acosta, G. M. V., Unikel, S. C. & Pineda, G. G. (2005). Puntos de corte para determinar riesgo en trastornos de la alimentación. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 43-51.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H.G., Moreno, E.L., Saloma, G. S. & 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, 313-324
- Gómez-Peresmitré, G. & Ávila, A. E. (1998). Conducta Alimentaria y Obesidad. *Revista Iberoamericana*, 6, 10-22.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Pineda, G. G., Platas, A. R. S., L'esperance, L. P., León, H. R. & Hernández, A. A. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 2, 125-132.
- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G. G. & Oviedo, C. L. (2008). Modelos estructurales. Conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres. *Revista Psicología y Salud*, 18.
- González, S. M. (2005). Piloteo de un programa de prevención en trastornos de conducta alimentaria basado en entrenamiento de habilidades sociales. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Grilo, C. M., Shiffman, S. & Carter-Campbell, J. T. (1994). Binge Eating antecedents in normal-weight nonpurging females: is there consistency?. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 239-249.
- Guerra, R. M. T. (1996). Estandarización del inventario de Gambriel y Richey para población de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hall, R. C. W., Hoffman, R. S. & Beresford, T. P. (1989). Physical illnesses encountered in patients with eating disorders. *Psychosomatics*. 30, 174-191.
- Harre, R. (1977). The ethogenic Approach: Theory and Practice. En L. Berkowitz (Dir.), *Advances in Experimental Social Psychology*. (284-314). New York: Academic Press.
- Hawkins, R. C. & Clement, P. F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5, 219-226.
- Hayaki, J., Friedman, A. M. & Brownell, D. K. (2002). Emotional Expression and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 57-62.
- Heatherton, T. & Baumeister, R. (1991). Binge-eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

- Heatherton, T., Herman, P. & Polivy, J. (1992). Effects of distress on eating: the importance of ego-involvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 801-803
- Herman, C. P & Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A. J. Stunkard (Ed). *Obesity*. (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Hernández, P. G., López, P. G. & Partida, P. K. (2004). Comparación de dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios en mujeres de secundaria pública. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Herzog, D. B., Keller, M. V. & Laviorie, P. W. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Hill, A. J. (1993). Preadolescent dieting: Implications for eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 87-100.
- Holleran, P. R., Pascale, J. & Fraley, J. (1988). Personality correlates of college age bulimics. *Journal of Counseling and Development*, 66, 378-381
- Hollín, C. R. & Trower, P. (1986). *Handbook of social skills training*. Oxford: Pergamon Press.
- Huon, G. F & 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.
- Huon, G. F., Hayne, A., Gunewardene, A., Strong, K., Lunn, N., Piira, T. & Lim, J. (1999). Accounting for differences in dieting status: steps in the refinement of a model. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 420-433.
- Huon, G. F., Gunewardene, A., Hayne, A., Sankey, M., Lim, J., Piira, T. & Walton, C. (2002a). Empirical support for a model of dieting: findings from structural equations modeling. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 210-219.
- INSALUD (2005). Trastornos del comportamiento alimentario. Boletín informativo. Documento recuperado el 13 diciembre de 2005 de www.Psiquitria.com.
- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. En S. Wonderlich, M. Zwaan & Steiger, H. *Eating disorders review. Part 1*. (pp. 59-85). Oxford: Redlife Publishing.
- Jacobi, C., Morris, L. & de Zwaan, M. (2004). An overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. En T. D. Brewerton (Ed.), *Clinical Handbook of eating disorders. An integrated approachment* (pp. 117-163). New York: Marcel Dekke.
- Jacobson, N., Follette, W. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.

- Johnson-Sabine, E., Wood, W. & Patton, G. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls –a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18, 615-622.
- Kanarek, R. & Marks-Kaufman, R (1991). *Nutrition and behavior*. New York: Avi Book.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D. & Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375–406.
- Keel, P., Mitchell, J., Miller, K., Davis T. & Crow, S. (2000). Social adjustment over 10 years following diagnosis with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 21-28.
- Kelly, J. A. (1982). *Social-skills training: a practical guide for interventions*. New York: Springer.
- Kelly, J. A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Descleé de Browsers
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, N., Kessler, R., Herat, A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 148, 1627-1637.
- Killen, J. D., Barr Taylor, C., Hammer, L. D., Litt, I., Wilson, D. M., Rich, T., Hayward, C., Simmonds, B., Kraemer, H. & Varady, A. (1993). An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 369-384.
- Kirszman, D. & Salgueiro, M. C. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337–343.
- Koff, E. & Sangani, P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 51-56.
- Labiano, L. M. (2004) Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida. En: L. Oblitas (Comp). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp 299- 336). México: Thompson.
- Lara, C. M. C. & Silva, T. A. Estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Wood en niños y adolescentes II. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1973). On assertive bahavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 687-699.
- León, H. R., Gómez-Peresmitré, G. & Platas, A . S. (En prensa). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista Salud Mental*.
- Lemberg, R. & May, M. (1991). What's Works in in-patient treatment of eating disorders: the patient's point of view. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 5, 29-38.

- Lemos G. S. (1996). Evaluación psicométrica de riesgos para la salud. En G. Buela Casal, V. E. Caballo & J.C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 1003-1044). Madrid: Siglo XX.
- Levine, M. P. & Piran, N. (1999). Approaches to health promotion in the prevention of eating disorders. Manuscrito no publicado. Kenyon College, Gambier O.H.
- Levine, M. P. & Piran, N. (2001). The prevention of eating disorders: toward a participatory ecology of knowledge, action, and advocacy. En R. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders. Innovative directions in research and practice* (pp. 233-253). Washington: American Psychological Association.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (1990). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: the example of early adolescence. En J. H. Crowter, D. L. Tennebaum, S. E. Hobfoll, M. P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa* (pp. 59-80). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Levine, M. P., Smolak, L. & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviours among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14, 472-491.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H. & Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292
- Linehan, M. M. (1984). Interpersonal Effectiveness in assertive situation. En E. A. Bleachman (Comp.), *Behavior modification with women* (pp. 143-169). New York: Guilford Press
- López, S & Frías, O. A. (2002). Concepto de Salud Pública. En O. A. Frías (Ed.) *Salud pública y educación para la salud* (pp. 3-14). España: Masson.
- López-Guimerá, (2004). Desarrollo y aplicación de una intervención preventiva de los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de licenciatura no publicada. UAB. Barcelona.
- Lowe, M. R. & Timko, C. A. (2004). What a difference a diet makes: Towards an understanding of differences between restrained dieters and restrained nondieters. *Eating Behaviors*, 5, 199-208
- Mancilla, D. J. M., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, A. X., Álvarez, R. G. & Téllez, G. M. T. (2007). A two stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in México. *European Eating Disorders Review*. 15, 463-470.
- Matus, L. F. & Monroy, V. P. (2003). Estudio piloto de una intervención basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología. UNAM: México
- Mazzeo, E. S., Slof-Op't Land, C.T. M., Furth, F. E. & Bulik, M.C. (2006). Genetics of eating disorders. En S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. Swaan & H. Steiger (Eds.). *Annual Review of Eating Disorders. Part 2*. (pp.17-33). Oxford: Radcliffe Publishing.

- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- McFall, R. M., Eason, J.B., Edmondson, B.C. & Treat, A.T. (1999). Social Competence and Eating Disorders: Development and Validation of the Anorexia and Bulimia Problem Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 365-394
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Mizes, J. S. (1989). Assertion deficits in bulimia nervosa: assessment via behavioral, self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy*, 20, 603-608.
- Morales, C. F. (1999). *Introducción a la Psicología de la salud*. Argentina: Paidós.
- Moré, A. M., Huidobro, A., Rodríguez, M. & Holgado, P. (2003). *Estudio de los abandonos de tratamiento*. Interpsiquis. Recuperado 23 julio 2005.
- Moreno, A. B. & Thelen, M. H. (1993). A primary prevention program for eating disorders in junior high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 109-124.
- Morey, L. C. & Kurtz, J. E. (1995). Assessment of general personality and psychopathology among persons with eating and weight related concerns. En D. B. Allison (Ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems. Measures, theory, and research* (1-22). London: Sage.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risk for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Mussell, M.P., Binford, R.B., & Fulkerson J.A. (2000). Eating disorders: Summary of risk factors, prevention programming, and prevention research. *The Counselling Psychologist*, 28, 764-796.
- Neumark-Sztainer, D., Burlar, R. & Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education*, 27, 109-124
- National Institute for Clinical Excellence NICE, (2004). *Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders..* Documento recuperado el 9 octubre del 2007 de <http://www.nice.org.uk/CG009NICEguideline>.
- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. *Acta Sociomedica Scandinavia*, 3, 17-26

- Olvera, R. & Mercado, G. (2007). Programa de realidad virtual y entrenamiento en habilidades sociales como prevención de factores de riesgo asociados con la imagen corporal. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Orbach, S. (1993). *Hunger strike: the anorectics struggle as a metaphor for our age*. Penguin: Harmonds worth.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad*. México: OMS
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (1996). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: OPS
- Ortiz, H. V. (2003). Un instrumento para la medición de la conducta alimentaria compulsiva. Tesis de Maestría en Psicología no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México
- Ortiz, F. G. (2007). Estrategias de prevención en trastornos de la conducta alimentaria: habilidades sociales y realidad virtual. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Paredes, S. E. & Sánchez, G. N. (2007). Evaluación de dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios enfocados en el análisis de publicidad televisiva en adolescentes mujeres. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Patton, G. C., Jonson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H. & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London school girls-a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.
- Patton, C. G., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B. & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders population based cohort study over 3 years. *Behavioral Medicine Journal*, 318, 765-778
- Paxton, S. J. (1993). A prevention programme for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A one year follow-up. *Health Education Research*, 8, 43-51
- Pelaez, F., Labrador, E. & Raich, E. (2005). Prevalencia de los Trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Theraphy*, 5, 135-148.
- Pelaez, F., Labrador, E. & Raich, E. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En D. Mancilla & Gómez Pérez-Mitré G (Eds.), *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 89-122). México: Manual Moderno
- Petit, P. M. J., De la Corte, N. J. & Astrav, M. J. (2002). Programa de detección precoz y prevención de trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) con adolescentes 12-14 años escolarizados en IES públicos de Getafe (Madrid). *Psiquiatría Noticias*, (4), 3. Recuperado 16 febrero 2003

- Pineda, G. G. (2006). Factores de riesgo en trastornos de la alimentación. Estrategias de prevención. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México
- Pineda, G. G. & Gómez-Peresmitré, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 87-95.
- Pinet, B. L. (2007). Estudio preliminar de un programa de prevención universal en trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una escuela secundaria pública de D. F. Tesis de Licenciatura en Dietética y Nutrición no publicada. Escuela de dietética y Nutrición ISSSTE. México.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: why do dieters ove-reat. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 153-164.
- Potthar, M. (1993). Confirmatory factor and análisis of ordered categorical variables with large models. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 46, 273-286.
- Pratt, B.M., & Woolfenden, S.R.. Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Presnell, K., Bearman, S.K. & Stice. E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389-401
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López, G. G., Portell, M. & Fauquet, J. (2007). Prevención de trastornos del comportamiento alimentario con un programa multimedia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 81, 47-71
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406
- Resik Habib, P. (1986). Evolución histórica de la interpretación causal de las enfermedades. *Revista Cubana de Administración de Salud*, 12, 50-66.
- Rich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López, G. G., Portell, M. & Fauquet, J. (2007). Prevención de trastornos del comportamiento alimentario con un programa multimedia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 81, 47-71.
- Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1980). *Terapia de la Conducta*. México: Trillas
- Rios, S. M. & Osorio, G. M. Influencia del modelo estético corporal y déficit de habilidades sociales: Un riesgo para la salud en adolescentes mexicanos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de las Salud*. 9, 391-403.

- Rodríguez. M. A. (2006). Estudio piloto de dos programas de prevención en trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología, UNAM: México.
- Rodríguez, E. R. & Gómez-Peresmitré, G. (2007). Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17, 269-276
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J. G. & Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *International journal of Eating Disorders*, 26, 1-12.
- Roth, U. E. (1986). *Competencia Social*. México: Trillas.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2000). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 18-31.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2001). Actitudes alimentarias alteradas en profesionales modelo para niños y adolescentes. *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 6-9.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 85-94.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2004). Metodología en la prevención de los trastornos alimentarios. Fuente: Interpsiquis. Recuperado 16 febrero 2006.
- Ruiz-Lázaro, P. M. & Comet, P. (2003). Trastornos alimentarios, cuerpo y alimentación. Intervención comunitaria en la adolescencia. *Red de Salud*, 6, 32-34.
- Ruiz-Lázaro, P. M. & Comet, P. (2003). Seguimiento a los 36 meses del programa escolar controlado de prevención de trastornos alimentarios Zarima prevención. Interpsiquis. Recuperado 5 octubre 2004.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors in resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative age press.
- San Martín, H. (1992). Ecología humana y Salud. *El hombre y su ambiente*. México: La Prensa Médica Mexicana
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Ferrara, S., Olivotto, M. C., Magnavita, N. & Favaro, A. (1999). A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychotherapy Psychosomatic*, 68, 46-50.

- Saucedo Molina, T. & Gómez Peresmitré, G. (1997). Validez diagnóstica del IMC (Índice de masa corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*, 18, 19-27.
- Saucedo-Molina, T. & Gómez Pérez-Mitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barcelona*, 31, 69-74.
- Sheppard-Sawyer, C., McNally, R. & Fischer, J. H. (2000). Film-induced sadness as a trigger for disinhibited eating. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 215-220.
- Shisslak, C. M., & Crago, M. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 660-667.
- Signorini, A., De Filippo, E., Panico, S., De Caprio, C., Pasanisi, F. & Contaldo, F. (2007). Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 119-22.
- Silva, R. J. (2007). Sobrealimentación inducida por ansiedad parte I: Evidencia conductual, afectiva, metabólica y endócrina. *Terapia Psicológica*, 25, 141-153.
- Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Smolak, L. & Levine, M. P. (1994). Critical issues in the developmental psychopathology of eating disorders. En L. Alexander & D. B. Lumsden (Eds.), *Understanding Eating Disorders* (pp.37-60). Washington: Taylor y Francis.
- Smolak, L., Levine, P. M. & Schermer, F. (1998). Lo que nos enseñó la enseñanza: evaluación de un programa preventivo para las escuelas primarias. En W. Vandereycken & G. Noordenbos, (Comps). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario* (pp.173-214). España: Garnica.
- Stein, S., Chalhoub, N. & Hodes, M. (1998). Very early-onset bulimia nervosa: report of two cases. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 323-327.
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 36, 931-944.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviours during adolescence: a longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.

- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. & Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating-disorders prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 247-262.
- Stice, E., Mazotti, I., Weibel, D. & Agras, S.W. (2000). Dissonance prevention program decrease thin-ideal internalization body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 206-217.
- Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention program: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 130, 206-227.
- Stice, E., Shaw, H. & Marti (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231
- Striegel-Moore, H. R., Franco, L. D. & Ach, L. E. (2006). Epidemiology of eating disorders: an update. En S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. Swaan & H. Steiger (Eds.), *Annual Review of Eating Disorders. Part 2*. (pp.65-80). Oxford: Radcliffe Publishing
- Striegel-Moore, H. R., Silverstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychology*, 41, 246-263.
- Striegel-Moore, R.H. & Steiner-Adair, C. Primary Prevention of Eating Disorders: Further Considerations from a Feminist Perspective. En G. Noordenbos & W. Vandereycken (Eds.), *The Prevention of Eating Disorders*. London: Athone.1997
- Strong, K. G. & Huon, G. F. (1998). Controlled motivation and the persistence of weight-loss dieting. *European Eating Disorders Review*, 7, 136,146.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York; Norton
- Sullivan, P. E. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 152, 1073-1074.
- Taylor (2005). Update on the prevention of eating disorders. En S. Wonderlich. M. Zwaan & Steiger, H. *Eating disorders review. Part 1*. (pp. 1-14). Oxford: Redlife Publishing
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). Future directions: integrative theories, multidimensional assessment, and multicomponent interventions. En *Examining beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance* (pp. 311-326). Washington: American Psychological Association.
- Toro J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. & Villardel, E. (1987). *Anorexia Nervosa*. España: Martínez Roca.
- Treasure, J. (1997). *Anorexia nervosa: A survival guide for families, friends, and sufferers*. United Kingdom: Psychology Press.
- Treasure, J. & Holland, A. J. (1995). Genetic factors in eating disorders. En G. Szukler, C. Dare, J. L. Treasure (Eds.) *Handbook of eating disorders* (pp.165-181). London: Wiley.& Sons

- Trower, P. (1982). Toward a generative model of social skills: a critique and synthesis. En J. P. Curran & P. M. Monti (Eds.), *Social skills training. A practical handbook for assessment and treatment* (pp.48-62). Nueva York: Guilford Press.
- Tripp-Reimer, T. 1984. Reconceptualizing the construct of health: Integrating emic and etic perspectives. *Research in Nursing & Health*, 7, 101-109
- Turón, V. (1997). Epidemiología de la anorexia nerviosa. *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Unikel, S. C. (2003). Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de doctorado en Psicología, no publicada, UNAM. México.
- Unikel, S. C. & Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en muestras mexicanas. *Revista Salud Mental*. 27, 38-49.
- Vázquez, A. R., López, A. X., Álvarez, R, G. L., Franco, P. K. & Mancilla, D. J. M. (2004). Presencia de trastorno de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos. *Psicología Conductual*. 12, 415-427.
- Wallis, D. & Hetherington, M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43, 39-46.
- Wilkinson, J. & Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. Chichester: Wiley
- Williams, G. J., Chamove, A. S. & Millar, H. R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 329-335.
- Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellow-Less, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F. & Jackson, M. A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 27-32.
- Williams, P & MacDonald, A. (1986). The effect of non response bias on the results of two-stage screening surveys. *Society of Psychiatry*, 21, 1982-1986.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy technique*. New York: Pergamon Press.
- Woodside, D. B. & Garfinkel, P. E. (1992). Age of onset in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 31-36.
- Zerbe, K. J. (1993). *The body betrayed: women, eating disorders, and treatment*. Washington: American Psychiatric Press.

- Zigler, E. & Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorders. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 264-271.
- Zigler, E. & Phillips, L. (1961). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 215-222.

APÉNDICES

APENDICE 1

ESCALA PLURIDIMENSIONAL DE CONDUCTA ASERTIVA

INSTRUCCIONES: 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.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

Nombre: _____ Edad _____

EJEMPLO:

Me cuesta trabajo expresar mi cariño a personas que quiero mucho:

Siempre

Casi Siempre

|

Casi nunca

Nunca

Retomando el ejemplo anterior, si en verdad te cuesta mucho trabajo expresar tu cariño, selecciona la opción "**Siempre**", si te cuesta trabajo pero algunas veces logras expresarlo selecciona la opción "**Casi siempre**" (como en el caso anterior), si la mayoría de las veces expresas tu cariño a las personas que quieres mucho selecciona la opción "**Casi nunca**" y si no se te dificulta para nada expresar tu cariño, selecciona la opción "**Nunca**".

Ahora lee con atención las siguientes afirmaciones y contesta sin pensar mucho tiempo tu respuesta.

1. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo.

Siempre

Casi siempre

Casi nunca

Nunca

2. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.

Siempre

Casi siempre

Casi nunca

Nunca

3. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.

Siempre

Casi siempre

Casi nunca

Nunca

4. Si en una papelería no me entregan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo hagan bien.

Siempre

Casi siempre

Casi nunca

Nunca

5. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

6. Si conozco en la escuela a un chavo atractivo, tomo la iniciativa y me acerco a platicar con el.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

7. Se me dificulta telefonear a sitios oficiales, tiendas, etc., para solicitar información o un servicio

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

8. Me guardo mis opiniones para mí misma.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

9. No me resulta fácil hacer un halago a alguien que me gusta.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

10. Soy incapaz de invitar a un chico a salir.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

11. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

12. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

13. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

14. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

15. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

16. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

17. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, me pone nerviosa.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

18. Se me hace difícil expresar mi opinión en grupos donde hay demasiada gente (clase, etc.,).

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

19. Hay veces que no puedo negarme a salir con alguien con quien no quiero salir pero que me llama varias veces.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

20. Prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	------------	-------

APENDICE 2

**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.
- () Si.

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
()	()	()	()	()

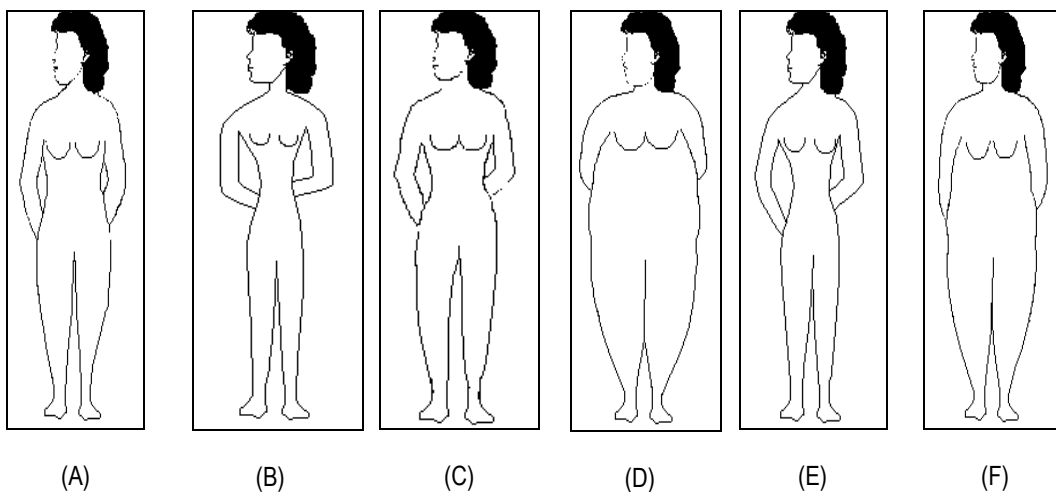
17.-Admiro a las personas delgadas:

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:



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. Procuro 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. Procuro 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. Tengo temporadas en las que materialmente me mato de hambre	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
21. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
22. Procuro 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

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

- 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

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

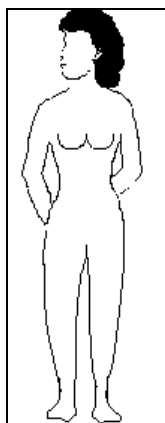
19. ¿Miras actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?

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

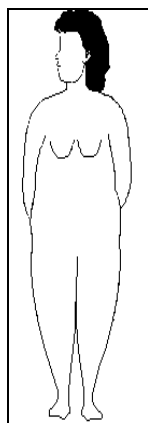
SECCION F

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

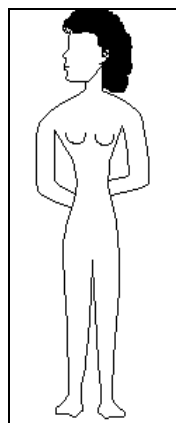
Mi cuerpo se parece más a:



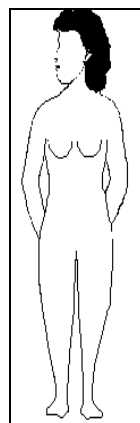
(A)



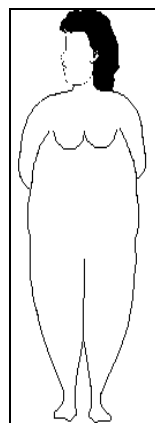
(B)



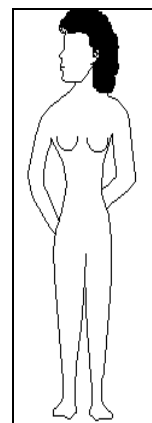
(C)



(D)



(E)



(F)

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

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

APENDICE 3

México D. F. A 8 de marzo de 2006

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr (a) _____

Por este medio, solicitamos su consentimiento para que su hija, la alumna _____ participe activamente en un programa de prevención que intenta eliminar o disminuir factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios. Este proyecto esta a cargo del Lic. Rodrigo León Hernández estudiante de doctorado de la Facultad de Psicología de la UNAM, en coordinación con los directivos de la Escuela Secundaria Num. ____ . En este programa se abordan temas como autoestima, imagen corporal, alimentación sana y habilidades sociales entre otros. Es importante subrayar que contamos con el apoyo de los profesores de esta institución y de acuerdo a los criterios éticos que rigen nuestra disciplina, es nuestro deber darle a conocer, a usted y a su hija, las siguientes consideraciones:.

- a) Las intervenciones se aplican dentro de las instalaciones de la escuela secundaria.
- b) Se solicitará la participación voluntaria a las participantes (sus hijas).
- c) Se mantendrá el anonimato de las mismas.
- d) Los datos obtenidos serán confidenciales y con fines de investigación.
- e) Las participantes podrán abandonar la intervención si así lo deciden, sin que ésto implique ningún riesgo para su salud mental.
- f) No se utilizaría ningún procedimiento invasivo que afecte la integridad de su hija.
- g) Los resultados de la investigación serán entregados a las autoridades de la escuela, y si ustedes lo deciden, se llevara a cabo una exposición de los mismos

Si usted considera que su hija puede beneficiarse participando en dichos programas, le solicitamos su consentimiento firmado. Si desea más información al respecto nos ponemos a su disposición los días _____ a las _____, en las instalaciones de la Escuela o bien al número telefónico _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NOTA: El consentimiento se solicita al finalizar la sesión informativa donde se exponen los objetivos de la investigación y los contenidos de las intervenciones.

APENDICE 4

ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DE MANUALES ESTUDIO PILOTO

Sesión 1		
Objetivos: 1. Inducción al taller y romper el hielo 2. Conocer las características de personas con autoestima alta y baja		
<i>Bienvenida y Presentación (facilitadoras)</i>	Objetivo: Inducción al taller Establecer reglas: respeto (dejar de lado las críticas) y confidencialidad	Duración: 5 min
<i>Actividad 1. Dinámica de presentación por parejas</i>	Objetivo: Romper el hielo e identificar la voz negativa	Duración: 15min
<i>Actividad 2. Lluvia de ideas a cerca de Autoestima.</i>	Objetivo: Conocimiento de la autoestima	Duración: 15 min
<i>Actividad 3. Características de las personas con alta y baja autoestima</i>	Objetivo: Identificar las características de las personas con autoestima alta y baja	Duración: 20 min
Tarea: Cualidades y defectos		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Habilidad para hablar frente a un grupo Lluvia de ideas		Expositiva Lluvia de ideas
Material: cuadritos de cartulina, plumones, pegamento y pliegos de papel bond		Material: cuadritos de cartulina, plumones, pegamento y pliegos de papel bond.

Sesión 2		
Objetivo: Dotar de estrategias para mejorar la autoestima.		
<i>Actividad 1. La sesión anterior aprendí....</i>	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 1	Duración: 5 min
<i>Actividad 2. Escuchando nuestra la voz crítica.</i>	Objetivo: Que las participantes aprendan a identificar la voz crítica	Duración: 15 min
<i>Actividad 3. Los mantras</i>	Objetivo: Que las aprendan una técnica de detención del pensamiento	Duración: 15 min
<i>Actividad 3. Cuestionar defectos</i>	Objetivo: Convertir las autoevaluaciones negativas en positivas	Duración: 20 min
Tarea. Evalúa el precio de tu crítica.		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Rol playing Grupo de discusión		Expositiva Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones

Sesión 3		
Objetivo: Identificar y analizar las habilidades sociales.		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 2	Duración: 5 min
Actividad 2. Lo que me llevo de viaje	Objetivo: Valorar las cualidades	Duración: 10 min
Actividad 2. Collage corporal.	Objetivo: Valorar las características personales no asociadas al cuerpo.	Duración: 10 min
Actividad 3. ¿Que son las habilidades sociales?	Objetivo: Conocer las principales habilidades sociales	Duración: 10 min
Actividad 4. Como mejorar nuestras habilidades sociales	Objetivo: Identificar problemáticas en el desarrollo de las habilidades	Duración: 15 min
Actividad 5. Representación de situaciones problemáticas (únicamente en grupo EHS)	Objetivo: Ensayar y mejorar algunas situaciones problemáticas a las que se enfrentan	Duración: 10 min
Tareas: Hacer una lista de las habilidades sociales que generan ansiedad.		
TÉCNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Didáctica Rol playing Modelado Grupo de discusión		Expositiva Didáctica Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, papel bond y revistas		Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, papel bond y revistas

Sesión 4		
Objetivo: Identificar pensamientos y sentimientos asociados a Imagen Corporal.		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 3	Duración: 5 min
Actividad 2. El espejo	Objetivo: Identificar pensamientos y sentimientos asociados a la imagen corporal	Duración: 20 min
Actividad 3. ¿De donde vienen esos pensamientos?	Objetivo: Identificar el origen de los pensamientos irracionales asociados con la figura corporal.	Duración: 10 min
Actividad 4. Cuestionamiento	Objetivo: Aplicar la técnica de cuestionamiento para identificar ideas irracionales.	Duración: 20 min
Tarea: 1. Redactar su vivencia y hacer el análisis de los pensamientos irracionales identificados durante la actividad del espejo.		
TÉCNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Imaginería Grupo de discusión		Expositiva Didáctica Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones

Sesión 5		
Objetivo: Identificar prejuicios y actitud negativa hacia la obesidad		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 4	Duración: 5 min
Actividad 2. Lluvia de ideas	Objetivo: Detectar los prejuicios ante la obesidad	Duración: 10 min
Actividad 3. El ABC como herramienta para cambiar el sistema de creencias	Objetivo: Modificar ideas irracionales.	Duración: 15 min
Actividad 4. Concretización de ideas irracionales	Objetivo: Identificar la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo y en el comportamiento	Duración: 15 min
Actividad 5. Como reaccionar ante la crítica	Objetivo: Brindar elementos para enfrentar las críticas.	Duración: 15 min
Tarea: Párense frente a un espejo de cuerpo entero y pongan atención sobre lo que piensan al mirarse. Luego háganlo mirándose cada parte del cuerpo y anoten cual de sus partes les disgusta o les genera algún pensamiento o sentimiento que les desagrada. Intenten hacerlo durante toda la semana cada vez que se vean en el espejo y trabájelo con la técnica ABC.		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Grupo de discusión Rol playing		Expositiva Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones

Sesión 6		
Objetivo: Conocer que es una dieta restrictiva, sus causas y consecuencias		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 5	Duración: 5 min
Actividad 2. Análisis de los comerciales de T.V.	Objetivo: Promover el análisis desde una postura crítica ante los anuncios publicitarios.	Duración: 20 min
Actividad 3. Nos toca explicar que son las dietas	Objetivo: Conocer las ideas erróneas a cerca de las dietas, causas y consecuencias.	Duración: 20 min
Actividad 4. Silueta corporal real	Objetivo: Conocer las dimensiones reales de la silueta corporal	Duración: 10 min
Tarea. Traer por escrito el análisis de algún anuncio publicitario de revista en el cual nos inciten a tener una silueta delgada		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Habilidad de hablar ante el grupo Grupos de discusión Didáctica		Expositiva Grupo de discusión Didáctica
Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, papel bond de 1.60 x 1.80, videocasetera y televisión		Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, papel bond de 1.60 x 1.80, videocasetera y televisión

Sesión 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 adquiridos en la sesión 6	Duración: 5 min
Actividad 2. ¿Nos preocupa lo que comemos y si afecta el peso corporal?	Objetivo: Cuestionar creencias erróneas a cerca de los hábitos alimentarios	Duración: 15 min
Actividad 3. Mejorar habilidades sociales	Objetivo: conocer los derechos asertivos.	Duración: 25 min
Actividad 4. Los metabolismos	Objetivo: Conocer la función del metabolismo y sus particularidades	Duración: 15 min
Tarea. Poner en práctica alguna de las habilidades en el contexto real.		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÈCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Habilidad para iniciar y mantener conversaciones. Rol playing Modelado Grupos de discusión		Expositiva Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones.		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones.

Sesión 8		
Objetivo: Aprender a alimentarnos sanamente		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 7	Duración: 5 min
Actividad 2. El 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	Duración: 15 min
Actividad 4. ¿Cómo resolver conflictos?	Objetivo: enseñar estrategias para resolver conflictos y toma de decisiones	Duración: 25 min
Tarea. Intentar solucionar algún problema que se presenta muy a menudo en la vida cotidiana		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÈCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Habilidad para iniciar y mantener conversaciones. Rol playing Modelado Grupos de discusión		Expositiva Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones y esquema del plato del bien comer		Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones y esquema del plato del bien comer

Sesión 9		
Objetivo: Identificar las características físicas, psicológicas y sociales de la adolescencia.		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 8	Duración: 5 min
Actividad 2. Desarrollo en la adolescencia.	Objetivo: A través de un video, mostrar las principales características del desarrollo adolescente	Duración: 15 min
Actividad 3. ¿A que nos enfrentamos las adolescentes?	Objetivo: Identificar y brindar herramientas para un sano desarrollo durante la adolescencia	Duración: 15 min
Actividad 4. Imagen corporal y adolescencia	Objetivo: Identificar problemáticas relacionadas con el reajuste de la imagen corporal durante la adolescencia	Duración: 25 min
Tarea: No		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Rol playing Modelado Grupos de discusión		Expositiva Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, videocasetera, Tv y esquema del plato del bien comer		Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, videocasetera y Tv.

Sesión 10		
Objetivo: Cierre del programa.		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 9	Duración: 5 min
Actividad 2. Aplicación de postest	Objetivo: Recolectar datos para evaluar la eficacia de los programas	Duración: 30 min
Actividad 3. ¿Que nos gustó y que no nos gustó del programa?	Objetivo: Identificar las bondades y las debilidades de los programas	Duración: 10 min
Actividad 4. Despedida	Objetivo: Cierre del programa	Duración: 10 min
Actividad 5. Aprender a relajarnos	Objetivo: Inducir al estado de relajación	Duración: 5 min
Tarea: Poner en practica todo lo aprendido durante el programa		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Relajación		Expositiva Relajación
Material: Copias de ejercicios, instrumentos de evaluación		Material: Copias de ejercicios, instrumentos de evaluación

APENDICE 5

ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DE MANUALES ESTUDIO FINAL

Sesión 1		
Objetivos: 1. Inducción al taller y romper el hielo 2. Conocer las características de personas con autoestima alta y baja		
Bienvenida y Presentación (facilitadoras)	Objetivo: Inducción al taller Establecer reglas: respeto (dejar de lado las críticas) y confidencialidad	Duración: 5 min
Actividad 1. Dinámica de presentación por parejas	Objetivo: Romper el hielo e identificar la voz negativa	Duración: 15min
Actividad 2. Lluvia de ideas a cerca de Autoestima.	Objetivo: Conocimiento de la autoestima	Duración: 15 min
Actividad 3. Características de las personas con alta y baja autoestima	Objetivo: Identificar las características de las personas con autoestima alta y baja	Duración: 20 min
Tarea: Cualidades y defectos		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÈCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Habilidad para hablar frente a un grupo Lluvia de ideas		Expositiva Lluvia de ideas
Material: cuadritos de cartulina, plumones, pegamento y pliegos de papel bond		Material: cuadritos de cartulina, plumones, pegamento y pliegos de papel bond.

Sesión 2		
Objetivo: Dotar de estrategias para mejorar la autoestima.		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 1	Duración: 5 min
Actividad 2. Escuchando nuestra la voz crítica.	Objetivo: Que las participantes aprendan a identificar la voz crítica	Duración: 15 min
Actividad 3. Los mantras	Objetivo: Que las aprendan una técnica de detención del pensamiento	Duración: 15 min
Actividad 3. Cuestionar defectos	Objetivo: Convertir las autoevaluaciones negativas en positivas	Duración: 20 min
Tarea. Evalúa el precio de tu crítica.		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÈCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Rol playing Grupo de discusión		Expositiva Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones

Sesión 3		
<i>Objetivo: Identificar y analizar las habilidades sociales.</i>		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 2	Duración: 5 min
Actividad 2. Lo que me llevo de viaje	Objetivo: Valorar las cualidades	Duración: 10 min
Actividad 3. ¿Que son las habilidades sociales?	Objetivo: Conocer las principales habilidades sociales	Duración: 10 min
Actividad 4. Como mejorar nuestras habilidades sociales	Objetivo: Identificar las problemáticas en el desarrollo de las habilidades	Duración: 15 min
Actividad 5. Representación de situaciones problemáticas (únicamente en grupo EHS)	Objetivo: ensayar y mejorar algunas situaciones problemáticas a las que se enfrentan	Duración: 15 min
<i>Tareas: Hacer una lista de las habilidades sociales que se les dificultan.</i>		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Rol playing Modelado Grupo de discusión		Expositiva Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones.		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones.

Sesión 4		
<i>Objetivo: Identificar pensamientos y sentimientos asociados a Imagen Corporal.</i>		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 3	Duración: 5 min
Actividad 2. El espejo	Objetivo: Identificar pensamientos y sentimientos asociados a imagen corporal	Duración: 15 min
Actividad 3. Cuestionamiento	Objetivo: Aplicar la técnica de cuestionamiento para identificar pensamientos irracionales asociados a imagen corporal.	Duración: 20 min
Actividad 4. ¿De donde vienen esos pensamientos?	Objetivo: Identificar el origen de los pensamientos irracionales asociados con la figura corporal.	Duración: 10 min
Actividad 3. Una imagen corporal saludable	Objetivo: promover elementos que constituyen una imagen corporal saludable	Duración: 5 min
Tarea: Ejercicio Tarea 4. Alguien importante		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Imaginería Grupo de discusión		Expositiva Didáctica Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones

Sesión 5		
Objetivo: 1. valorar las características personales no centradas exclusivamente en el cuerpo. 2. Identificar los estilos de respuesta ante la presión social y dotar de estrategias asertivas		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 4	Duración: 5 min
Actividad 2. Collage corporal.	Objetivo: Valorar las características personales asociadas al cuerpo. Identificar los mensajes de la presión social.	Duración: 25 min
Actividad 5. Como reaccionamos ante la crítica	Objetivo: Brindar elementos para identificar un estilo de respuesta y estilos asertivos para enfrentar las críticas.	Duración: 20 min
Tarea: Resolver ejercicios de enfrentamiento a la crítica		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÈCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Didáctica Rol playing Retroalimentación Grupos de discusión		Expositiva Didáctica Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, papel bond de 1.60 x 1.80.		Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, papel bond de 1.60 x 1.80.

Sesión 6		
Objetivo: Conocer que es una dieta restrictiva, sus causas y consecuencias		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 5	Duración: 5 min
Actividad 2. Creencias a cerca de las dietas reductivas	Objetivo: Conocer las ideas erróneas a cerca de las dietas, causas y consecuencias.	Duración: 20 min
Actividad 3. El ABC como herramienta para cambiar el sistema de creencias	Objetivo: Modificar ideas irracionales a través de la reestructuración cognoscitiva.	Duración: 15 min
Actividad 4. Practicando las estrategias para enfrentar la crítica	Objetivo: Ensayar las técnicas asertivas para enfrentar las críticas.	Duración: 15 min
Tarea. No		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÈCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Didáctica Rol playing Retroalimentación Modelado Grupos de discusión		Expositiva Didáctica Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones.

Sesión 7		
Objetivo: Aprender a alimentarnos sanamente		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 6	Duración: 5 min
Actividad 2. El plato del buen comer.	Objetivo: Aprender a alimentarnos sanamente	
Actividad 3. ¿Cómo hacer un menú balanceado?	Objetivo: Aprender cómo hacer una comida balanceada	Duración: 25 min
Actividad 4. Los metabolismos	Objetivo: Conocer la función del metabolismo y sus particularidades	Duración: 15 min
Actividad 5. Jugando a dirigir una escena	Objetivo: dotar de estrategias para dar negativas y decir NO	
Tarea: sopa de letras		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÈCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Didáctica Rol playing Retroalimentación Modelado Grupos de discusión		Expositiva Didáctica Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, esquema del plato del bien comer		Material: Copias de ejercicios, rotafolios, plumones, esquema del plato del bien comer

Sesión 8		
Objetivo: Identificar las características físicas, psicológicas y sociales de la adolescencia.		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 7. Revisar tarea	Duración: 5 min
Actividad 2. Desarrollo en la adolescencia.	Objetivo: Identificar las características del desarrollo de los adolescentes	Duración: 15 min
Actividad 3. ¿A que nos enfrentamos las adolescentes?	Objetivo: Identificar y brindar herramientas para un sano desarrollo durante la adolescencia	Duración: 15 min
Actividad 4. Deberes vs. derechos	Objetivo: Identificar deberes insanos y promover los derechos asertivos.	Duración: 25 min
Tarea. Poner en práctica alguna de las habilidades en el contexto real.		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÈCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Rol playing Modelado Grupos de discusión		Expositiva Grupo de discusión
Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones.		Material: Copias de ejercicios, rotafolios y plumones.

Sesión 9		
Objetivo: Cierre del programa.		
Actividad 1. La sesión anterior aprendí....	Objetivo: Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión 9	Duración: 5 min
Actividad 2. Aplicación de pos-test	Objetivo: recolectar la información para evaluar la eficacia de los programas	Duración: 40 min
Actividad 3. ¿Que nos gustó y que no nos gustó del programa?	Objetivo: Identificar las bondades y las debilidades de los programas	Duración: 10 min
Actividad 4. Despedida y convivio	Objetivo: cierre del programa	Duración: 50 min
Tarea: Poner en practica todo lo aprendido durante el programa		
TECNICAS PROGRAMA EHS		TÉCNICAS PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Expositiva Grupos de discusión		Expositiva Grupos de discusión
Material: Copias de ejercicios, instrumentos de evaluación Alimentos para formar un menú saludable en convivio		Material: Copias de ejercicios, instrumentos de evaluación Alimentos para formar un menú saludable en convivio