



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ESTUDIO PILOTO DE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA  
MUESTRA DE MUJERES ADOLESCENTES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

A D R I A N A R O D R Í G U E Z M A R T Í N E Z

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE

REVISORA DE TESIS: DRA. CORINA CUEVAS RENAULD

MÉXICO D. F. 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *Agradecimientos:*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por permitirme formar parte de ella, a todos sus recursos, instalaciones y acervos.*

*Con admiración, a mi directora de tesis Dra. Gilda L. Gómez Pérez-Mitré por brindarme parte de su valioso tiempo en las asesorías y revisiones de este trabajo.*

*A mi revisora de tesis, Dra. Corina Cuevas Renaud, por su amabilidad, tiempo dedicado y disposición incondicional a este proyecto.*

*A mis sinodales: Mtra. Olga L. Bustos Romero, Mtra. María de la Luz Javiedes Romero, Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, por coadyuvar en la culminación de esta etapa en mi formación académica.*

*A todos mis profesores por contribuir, día con día, en mi formación, tanto profesional, como personal.*

*A las personas que forman parte del equipo de investigación de los trastornos alimentarios, por compartir agradables momentos, por su compañía, apoyo y ayuda proporcionada para realización del presente trabajo: Lic. Silvia Platas, Lic. Gisela Pineda, Lic. Rosalía Rodríguez, Lic. Ma. de Lourdes Rodríguez, Lic. Mónica V. González, Psic. Camelia Sánchez y a Laurita, Chayito, Casandra y Jocelín. De manera muy especial, a Lic. Rodrigo C. León, por su asesoría, su tiempo y su paciencia durante la realización de este trabajo.*

*A mi amigo Lic. J. Sergio Burgoa, por sus atenciones durante toda la carrera y mientras la realización de este trabajo.*

*Fundamentalmente, a las chicas que aceptaron participar en la realización de este proyecto, por su entusiasta colaboración, sin la cual hubiese sido imposible la realización de este proyecto.*

## *Dedicatorias:*

*A todas las personas, amigos y familiares, que en algún momento, de alguna u otra forma, me han motivado a seguir avante y culminar este proyecto.*

*Con amor y de manera muy especial, a mis padres, Antonio Rodríguez y Adriana Martínez. Y a mis hermanos, Edgar y Araceli, por su cariño, impulso, apoyo, paciencia y esfuerzos brindados, durante mi formación profesional y personal.*

*Con gran aprecio, a toda mi familia, por su motivación y apoyo ofrecido en todas mis decisiones y aspiraciones. Especialmente a mi “Abuelito Chucho”, poseedor de todo mi respeto, admiración y amor.*

*Afectuosamente, a mis amigas Cristina Guerrero, Cristina Núñez, Ma.Luisa Martínez y Esther Vicente, por el invaluable tesoro de su amistad, por compartir tantas aventuras inolvidables, por su compañía y apoyo proporcionado a lo largo de la licenciatura.*

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN.</b> .....	2
<b>CAPÍTULO I. SALUD Y PREVENCIÓN.</b> .....	6
1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. ....	6
2. PROMOCIÓN DE LA SALUD. ....	9
2.1. Estilos de vida. ....	11
3. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. ....	13
4. FACTORES DE RIESGO. ....	17
5. CONDUCTAS DE RIESGO. ....	20
<b>CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA.</b> .....	21
1. DEFINICIONES. ....	21
2. DESARROLLO FÍSICO Y SU IMPORTANCIA CON LA IMAGEN CORPORAL. ....	22
3. DESARROLLO INTELECTUAL. ....	26
4. CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y DESARROLLO SOCIAL. ....	28
5. NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA. ....	30
<b>CAPÍTULO III. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).</b> .....	35
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS. ....	35
2. DEFINICIÓN, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CONSECUENCIAS. ....	38
2.1. ANOREXIA NERVOSA. ....	39
2.2. BULIMIA NERVOSA. ....	42
2.3. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICO (TANE). ....	45
3. EPIDEMIOLOGÍA. ....	46
4. ETIOLOGÍA: FACTORES PREDISPONENTES, DESENCADENANTES Y PERPETUANTES. ....	48
5. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA). ....	49
5.1. Factores de riesgo asociados con imagen corporal. ....	52
5.2. Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria. ....	57
5.3. Factores de protección en Trastornos de la Conducta Alimentaria. ....	60
6. PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ....	61
6.1. Importancia de la prevención en los TCA. ....	60
6.2. Prevención en TCA. ....	62
6.3. Antecedentes de prevención en TCA. ....	65
6.4. Antecedentes de prevención de TCA en México. ....	68
<b>CAP IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: HABILIDADES SOCIALES / ASERTIVIDAD Y PSICOEDUCACIÓN.</b> .....	72
A) HABILIDADES SOCIALES / ASERTIVIDAD. ....	72
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS. ....	72
2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES. ....	76
3. DEFINICIÓN DE ASERTIVIDAD / HABILIDADES SOCIALES. ....	77

4. MODELOS TEÓRICOS. -----	80
4.1. Modelos vinculados a los enfoques psicosocial y cognoscitivo. -----	81
4.2. Modelos vinculados al enfoque conductual. -----	86
4.3. Modelos interactivos o interaccionistas de las habilidades sociales. -----	87
5. MODELOS EXPLICATIVOS DEL DÉFICIT DE HABILIDADES SOCIALES. -----	90
6. ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE LAS HABILIDADES SOCIALES. -----	91
7. COMPONENTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES. -----	91
7.1. Componentes conductuales.-----	92
7.2. Componentes cognoscitivos.-----	94
7.3. Componentes fisiológicos. -----	98
8. EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES. -----	98
8.1 Evaluación psicométrica (autoinforme). -----	99
8.2 Entrevista. -----	100
8.3 Informes de otras personas. -----	101
8.4 Autorregistros (autoobservación). -----	102
8.5 Observación conductual. -----	103
8.6 Registros fisiológicos. -----	105
8.7 Batería multimodal (Estrategias de evaluación global). -----	106
9. ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES (EHS). -----	106
10. IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. -----	107
11. PROCESOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. -----	110
12. ETAPAS PRÁCTICAS EN EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES. -	110
12.1. Desarrollo de un sistema de creencias que mantenga un gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. -----	111
12.2. La distinción entre conductas pasivas, agresivas, pasivo-assertivas y assertivas. -----	113
12.3. La reestructuración cognoscitiva de la forma de pensar en situaciones concretas. -----	114
12.4. El ensayo conductual de respuestas assertivas en situaciones determinadas. -----	117
13. PROCEDIMIENTO PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. -----	118
14. TÉCNICAS PARA EL EHS. -----	118
14.1. Modelamiento. -----	119
14.2. Moldeamiento. -----	119
14.3 Retroalimentación y reforzamiento. -----	119
14.4. Instrucciones. -----	120
14.5. Técnicas de imaginación. -----	120
14.6. Tareas. -----	121
14.7. Relajación. -----	121
15. TÉCNICAS DEFENSIVAS. -----	121
15.1 Disco rayado. -----	121
15.2. Aserción negativa o reconocimiento. -----	121
15.3. El recorte. -----	122
15.4. Ignorar selectivamente. -----	122
15.5. Separar los temas. -----	122

15.6. Interrogación negativa. -----	123
15.7. Banco de niebla. -----	123
15.8. Cambio del contenido del proceso / desarmar la ira. -----	123
16. PROCEDIMIENTOS DE ATAQUE. -----	124
16.1. La inversión. -----	124
16.2 La repetición. -----	124
16.3. Reforzamiento en forma de sándwich. -----	124
17. SUGERENCIAS PARA LOS INSTRUCTORES QUE IMPARTEN EHS. -----	125
18. VENTAJAS Y CONSIDERACIONES DEL ENTRENAMIENTO GRUPAL. -----	125
19. AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y HABILIDADES SOCIALES. -----	127
20. RELACIÓN ENTRE LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS TCA. -----	128
21. EHS COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN TCA. -----	132
22. PREVENCIÓN EN TCA Y COMPETENCIA SOCIAL / HABILIDADES SOCIALES. -----	134
B) PSICOEDUCACIÓN. -----	135
1. CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE PSICOEDUCATIVO EN TCA. -----	135
2. ANTECEDENTES DEL ABORDAJE PSICOEDUCATIVO EN TCA. -----	136
<b>CAPÍTULO V. PLAN DE INVESTIGACIÓN</b> -----	142
MÉTODO -----	148
<b>CAPÍTULO VI. RESULTADOS.</b> -----	155
1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA. -----	155
2. NIVELES DE RIESGO.-----	165
3. PRUEBAS DE HIPÓTESIS.-----	169
<b>CAPÍTULO VII.</b>	
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.</b> -----	174
<b>SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.</b> -----	180
<b>REFERENCIAS.</b> -----	182
<b>ANEXOS</b> -----	200
ANEXO 1: ENTREVISTA ENDEFA-----	201
ANEXO 2: ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD. -----	203
ANEXO 3: FACTORES DEL EFRATA PARA MUJERES -----	212
ANEXO 4: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES -----	214

# ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

## Capítulo I. Salud y Prevención

TABLA 1.1	
Diferencias entre promoción y prevención de la salud _____	14

TABLA 1.2	
Estrategias de prevención primaria de la salud _____	16

## Capítulo II. Adolescencia

TABLA 2.1	
Características sexuales primarias. Órganos sexuales _____	22

TABLA 2.2	
Características sexuales secundarias _____	23

FIGURA 2.1	
Plato del Bien Comer _____	33

## Capítulo III. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

FIGURA 3.1	
Modelo satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal _____	55

## Capítulo IV. Estrategias de intervención: Habilidades Sociales / Asertividad y psicoeducación

TABLA 4.1	
Cuadro de derechos humanos básicos _____	112

## Capítulo V. Plan de investigación

TABLA 5.1	
Temática de las sesiones _____	144

TABLA 5.2	
Valores y puntos de corte de IMC validados en muestras mexicanas _____	149

## Capítulo VI. Resultados

FIGURA 6.1	
Distribución porcentual de la edad, en la muestra total (n=19) _____	155

FIGURA 6.2	
Distribución porcentual de la variable edad, por grupos _____	156

FIGURA 6.3	
Distribución porcentual de la variable lugar entre hermanos, en la muestra total (n=19) _____	156

FIGURA 6.4	
Distribución porcentual de la variable lugar entre hermanos, por grupos _____	157

FIGURA 6.5	
Distribución porcentual de la variable edad de la menarca, en la muestra total (n=19) _____	158

FIGURA 6.6	
Distribución porcentual de la variable edad de la menarca, por grupos _____	158

FIGURA 6.7	
------------	--



Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso corporal, en la muestra total (n=19)	159
FIGURA 6.8	
Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso corporal, por grupos	159
FIGURA 6.9	
Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso, en la muestra total (n=19)	160
FIGURA 6.10	
Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso, por grupos	160
FIGURA 6.11	
Distribución porcentual de la variable edad de inicio de la preocupación por el peso corporal, en la muestra total (n=19)	161
FIGURA 6.12	
Distribución porcentual de la variable edad de inicio de la preocupación por el peso corporal, por grupos	161
FIGURA 6.13	
Distribución porcentual de la variable peso deseado, en la muestra total (n=19)	162
FIGURA 6.14	
Distribución porcentual de la variable peso deseado, por grupos	162
FIGURA 6.11	
Distribución porcentual de la variable percepción de los otros, en la muestra total (n=19)	163
FIGURA 6.16	
Distribución porcentual de la variable percepción de los otros, por grupos	163
FIGURA 6.17	
Distribución porcentual de la variable satisfacción corporal, en la muestra total (n=19)	164
FIGURA 6.18	
Distribución porcentual de la variable satisfacción corporal, por grupos	164
FIGURA 6.19	
Participantes en la categoría de "riesgo", en la muestra total (n=19)	166
FIGURA 6.20	
Participantes en la categoría de "riesgo", antes de la intervención. Comparación entre grupos	167
FIGURA 6.21	
Participantes en la categoría de "riesgo", antes y después del EHS	168
FIGURA 6.22	
Participantes en la categoría de "riesgo", antes y después de la intervención basada en técnicas psicoeducativas	169
FIGURA 6.23	
Valor de las medias antes y después de la intervención con EHS	172
FIGURA 6.24	
Valor de las medias antes y después de la intervención Psicoeducativa	173

TABLA 6.1		
	Fórmula de significancia clínica _____	165
TABLA 6.2		
	Puntos de corte para las variables de estudio _____	165
TABLA 6.3		
	Resultados de la comparación entre los grupos antes de la intervención _____	170
TABLA 6.4		
	Resultados de la comparación entre los grupos después de la intervención _____	170
TABLA 6.5		
	$\bar{x}$ y Ds. de la variable nivel de habilidades sociales antes y después del tratamiento _____	170
TABLA 6.6		
	Fórmula del estadístico d _____	171
TABLA 6.7		
	Efecto del programa de EHS en función de las variables de estudio _____	172
TABLA 6.8		
	Efecto del programa Psicoeducativo en función de las variables de estudio _____	173

## **RESUMEN**

El **objetivo** de la presente investigación que forma parte de una investigación mayor\* fue comparar la eficacia entre un programa basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) y un programa basado en la implementación de técnicas de información psicoeducativa dirigidos a prevenir factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). **Participantes:** La muestra final quedó formada por 19 mujeres adolescentes que reportaron haber realizado dieta restringida con un Índice de Masa Corporal (IMC) menor a 27. La muestra se subdividió como sigue: n=10 tratadas con EHS y n= 9 tratadas con técnicas psicoeducativas. **Diseño de investigación:** El tipo de investigación fue de campo con un diseño cuasiexperimental, pretest-postest con dos grupos. **Instrumentos:** La recolección de datos se hizo a través del Cuestionario de Alimentación y Salud versión adolescentes y Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva adaptada a población mexicana. **Procedimiento:** Con el consentimiento informado de los padres o tutores, se realizaron las intervenciones y se tomaron medidas pretest y postest. **Resultados:** Entre los principales resultados se encontró que las adolescentes que recibieron el EHS mejoraron significativamente su preocupación por el peso y la comida y su nivel de habilidades sociales, además obtuvieron un efecto (grande) positivo en la variable seguimiento de dieta restringida. Las adolescentes que recibieron la intervención con técnicas psicoeducativas, mejoraron significativamente su preocupación por el peso y la comida y su nivel de habilidades sociales, además obtuvieron un efecto (grande) positivo en las variables seguimiento de dieta restringida y actitud negativa hacia la obesidad. Finalmente, el programa basado en el EHS no mostró mayor eficacia en comparación con el programa basado en técnicas psicoeducativas.

\* Programa computarizado de realidad virtual. Modelo escolar en la prevención de trastornos alimentarios. Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica. (PAPIIT IN305006) bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), en especial la anorexia y la bulimia nervosas, son multicausales, en su etiología se acepta la influencia de factores tanto biológicos, como familiares y sociales. Estos trastornos son de grave impacto para la salud física y psicológica de los individuos que los padecen. Y cada vez alcanzan una prevalencia e incidencia más preocupante. Es primordial prestar atención a la población de mujeres adolescentes, ya que sobre ellas recae la mayor incidencia, son ellas las más vulnerables a las “modas” y exigencias culturales que impone una sociedad de consumo que sobrevalora la delgadez y estigmatiza la obesidad. Además, la búsqueda de identidad característica de esta etapa hace que sean más sensibles a las presiones sociales que ejercen los medios de comunicación y a las críticas de amigos y familiares acerca de la figura corporal. Ahora bien, si las adolescentes constituyen un grupo de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, es primordial tomar consciencia acerca de la importancia de implementar programas preventivos en esta población. Además, es relevante tomar en cuenta que el tratamiento de la enfermedad es bastante costoso y que según Saracci (citado en Rodríguez-Salgado, 1999), la prevención es el único modo de enfrentar simultáneamente el monto del gasto y la desigualdad de la tutela en materia de salud. Por otro lado, Videla (1991) plantea la necesidad de desarrollar programas de prevención principalmente con abordajes grupales y comunitarios.

En los estudios internacionales que se han dirigido a impactar los factores de riesgo de los TCA se ha utilizado, principalmente, técnicas educativas. Sin embargo, pese al aumento de los conocimientos, no se han producido efectos contundentes en las conductas o actitudes alimentarias (García-Camba, 2001).

En México, la prevención de los trastornos alimentarios está aún en su primera generación, y con base en estos antecedentes, se han llevado a cabo los primeros acercamientos. Pineda (2006) llevó a cabo una investigación en la cual se evaluaron dos estrategias preventivas (una basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva y otra con técnicas psicoeducativas)

de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en población de mujeres adolescentes. En este estudio se encontró que la teoría de la disonancia cognoscitiva aplicada a la prevención de TCA resulta eficaz en la reducción o eliminación de factores de riesgo relacionados con imagen corporal, especialmente en figura ideal, a mediano plazo (seguimiento tres meses), logrando sus mayores efectos en el seguimiento de un año. En la reducción de factores de riesgo relacionados con conducta alimentaria, a corto plazo (postest) y mediano (seguimiento tres meses). Mientras que el programa psicoeducativo resultó efectivo en la disminución de factores de riesgo de TCA a corto y mediano plazo.

Por su parte, Rodríguez (2005), aborda la prevención de factores de riesgo en TCA a través de un programa basado en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva. En un primer estudio, participaron 11 mujeres adolescentes en 10 sesiones semanales con duración de una hora por sesión. Se emplearon técnicas de análisis de contenido en anuncios y role-playing, entre otras. Al término de la intervención se encontró una tendencia en la disminución de la insatisfacción con la imagen corporal, así como diferencias estadísticamente significativas en preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva.

León (2005) realiza una aportación al estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, al abordarlos desde la prevención de factores de riesgo, a través del Entrenamiento de Habilidades Sociales. Su investigación doctoral titulada “Diseño y evaluación de modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: Técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas” tiene por objetivo desarrollar y evaluar dos programas de intervención (uno basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales y otro con técnicas psicoeducativas) y comparar su eficacia en la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (TCA). Esta aproximación en la prevención de los TCA, a través del EHS, se apoya en las descripciones que distintos autores (Bruch, 1973; Crisp, 1981; Garner y Bemis, 1982; Slade, 1982) hacen de las mujeres con anorexia nervosa, tales como: problemas de autonomía, independencia, de relación social, introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades en relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación,

tendencias perfeccionistas, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas. Se apoya también, en las descripciones que arroja el MMPI sobre pacientes con anorexia nervosa (Morey y Kurtz, 1995). En la relación entre los trastornos alimentarios y los problemas en las relaciones interpersonales estudiando diferentes muestras (O'Mahony y Hollwey, 1995). En pruebas experimentales (Gismero, 1996, 2001 y Williams, Power, Millar, Freeman, Yellow-Less, Dowds, Walker, Campsie, MacPherson & Jackson, 1993) que demuestran que un pobre autoconcepto y falta de Habilidades Sociales son típicos de pacientes con anorexia y bulimia nervosas. Estas investigaciones sugieren que el déficit de habilidades sociales puede ser considerado como un factor predictivo en el desarrollo de un desorden alimentario. Ahora bien, McFall, Eason, Edmondson y Treat (1999) proponen integrar al tratamiento de los trastornos alimentarios la resolución de problemas y componentes de Entrenamiento de Habilidades Sociales.

La presente investigación deriva de un proyecto de doctorado\* en su fase de piloteo y está compuesta por 7 Capítulos. El Capítulo 1 conceptualiza la salud a través del proceso salud-enfermedad y la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud o enfermedad, la importancia de la prevención de la enfermedad y su distinción con el concepto promoción de la salud, se describen algunos modelos que clasifican los tipos prevención y se describe qué son los factores de riesgo y su diferencias con las conductas de riesgo.

El capítulo 2 está dedicado a describir la etapa de la adolescencia, se expone el vínculo entre el desarrollo físico y la importancia que este tiene sobre la imagen corporal, se hace una revisión del desarrollo intelectual del adolescente, sus cambios psicológicos, su desarrollo social y la nutrición en la adolescencia.

\* Proyecto de Doctorado. León (2005). Diseño y evaluación de modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: Técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas.

El capítulo 3 trata de los trastornos alimentarios. Se revisan los antecedentes históricos, definición, criterios diagnósticos, epidemiología y etiología. En éste se retoma el tema de factores de riesgo en el contexto de los trastornos alimentarios. Se revisan con un detalle los factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria. Continúa con la revisión de algunos factores de protección. Se aborda la prevención en los trastornos alimentarios, su importancia, características y antecedentes.

El capítulo 4 está dedicado a la revisión de las dos estrategias de prevención que se abordan en el presente trabajo -Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) y técnicas psicoeducativas- y se divide en dos apartados, "A" y "B". En el apartado "A" se desarrolla el tema de Habilidades Sociales, incluye la revisión acerca de los antecedentes históricos y conceptuales, las definiciones, los principales modelos teóricos y explicativos del déficit de habilidades sociales, cómo se adquieren y se desarrollan. Se explican los componentes de las habilidades sociales. Se revisa la importancia del EHS, los procedimientos recomendados para su aplicación y las técnicas utilizadas. Se enuncian algunas sugerencias para los instructores que imparten EHS y algunas ventajas y consideraciones del entrenamiento grupal. Se revisa la relación existente entre la autoestima y el autoconcepto con las habilidades sociales, para posteriormente revisar la relación entre las habilidades sociales y la sintomatología de los TCA que incluye el pobre autoconcepto y baja autoestima. Finalmente, se describe el EHS como estrategia de intervención en los TCA y como medio para la prevención de los mismos. En el apartado B de este capítulo se define el concepto de psicoeducación y se presentan los antecedentes del abordaje psicoeducativo en TCA.

En el capítulo 5 se expone la metodología empleada, en el 6 los resultados de la investigación, y en el 7 la discusión de los mismos, las conclusiones y las limitaciones de esta investigación, así como las sugerencias para el desarrollo de nuevas investigaciones.

## CAPÍTULO I. SALUD Y PREVENCIÓN.

### 1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

El vocablo “salud” (del latín *salus-salutis*) significa un estado del organismo que no está enfermo y el vocablo “enfermedad” (del latín *infirmitas-atris*) se relaciona con alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal. Esta definición enciclopédica de salud y enfermedad por exclusión (es decir salud es la ausencia de la enfermedad; y enfermedad la ausencia de salud), constituye la perspectiva que hoy en día debería contar con pocos adeptos, pero que en la práctica de salud cotidiana es la que más sustenta sus acciones (En [Http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/\\_dxsaludmental/concepciónsalud.htm](http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/_dxsaludmental/concepciónsalud.htm)).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998, p. 10) define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”. Esta definición, que es utilizada con frecuencia, supone un estado de “completo bienestar” utópico y describe la salud como un valor muy general de difícil operacionalización para su reconocimiento y promoción. En el caso del concepto de enfermedad, ni siquiera se dispone de una definición comúnmente aceptada; es entendida como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre, es un desequilibrio biológico, ecológico y social o una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción de los estímulos exteriores a los que se está expuesto; una perturbación de la fisiología y de la anatomía del individuo (Morales, 1999).

Tripp-Reimer (1984, citado en Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997, p. 28) agrupa las definiciones de salud en tres grandes categorías:

- a) El primer grupo de definiciones considera la salud como “algo discontinuo”, es decir, afirma que un determinado individuo se halla o bien sano, o bien enfermo y ambas alternativas son mutuamente exclusivas.



- 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; es decir, la ausencia de patología constituye un extremo y el estar sano el otro.
- c) Un tercer grupo considera la salud como un estado “utópico” de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible de alcanzar. En este apartado se incluye la definición de la OMS

En algunos intentos por conceptualizar la salud en función de diferentes dimensiones, Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997) exponen las siguientes definiciones con sus respectivas críticas:

ψ Offer y Sabshin (1974; 1984; 1991), conceptualizan salud como *normalidad*, hacen referencia a un funcionamiento razonable, más que óptimo. Pero a ello se argumenta que la normalidad varía con el tiempo y según el lugar, es difícil de establecer el límite de la normalidad, una baja frecuencia no indica necesariamente una patología.

ψ Un parámetro relevante en la definición de salud es la *adaptación*, considerada desde las perspectivas ontogénica (congruencia persona-ambiente) y biológico-evolutiva o filogenética (el individuo bien adaptado tiene una alta probabilidad de transmitir sus genes a las generaciones futuras). En el primer caso se cuestiona el significado real de la adaptación a una dinámica social calificada por algunos autores como “patológica” o “enferma”, y en el caso de la adaptación filogenética, su escaso valor práctico inmediato.

ψ Se puede definir la salud, desde la perspectiva de las *funciones* como: “el estado de capacidad óptima de un individuo para la ejecución efectiva de las funciones y tareas para las que él ha sido socializado” (Parsons, 1981 p. 69). Sin embargo, esta orientación puede implicar el desempeño de “papeles” sociales calificados como enfermos (p.29)

Ware, Davies-Avery y Brook (1980) distinguen entre *salud física* conceptualizada en términos de estado funcional, en donde éste se refiere a una variedad de actividades que son “normales” para el individuo sano, como andar, trabajar, ocio, etc., y *salud mental* que hace referencia no solo a la ausencia de estrés psicológico, sino también a un estado de bienestar psicológico y salud social que se refiere a las interacciones interpersonales efectivas, participación social

adecuada, etc. Minsel, Becker y Korchin (1991) reconocen que las características generales de la salud mental positivas son: actitudes positivas hacia los otros, optimismo, habilidades sociales para solucionar los problemas de una forma correcta, autonomía y responsabilidad (citados en Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco 1997).

Jahoda (1958), Maslow (1979), Taylor (1991) y Warr (1987), citados en Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997), desde una perspectiva más inclinada hacia la salud mental, incluyen en el concepto de salud: a) logro o aspiración, es decir, la capacidad de establecer metas realistas y efectuar esfuerzos para conseguirlos; b) funciones cognoscitivas, que se refiere a la percepción realista del mundo; c) balance emocional o bienestar afectivo; ajuste social, o sea, competencia y autonomía adecuada al contexto sociocultural; e) autoestima, que implica percibirse saludable, atractivo, inteligente, etc.; y f) ilusiones que se refiere a una visión positiva del yo.

Hablar de salud mental, nos remite a considerar la existencia de un término denominado *psicología de la salud*. Morales (1999), la define como una rama aplicada a la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de salud. Destaca que la psicología de la salud no es una nueva psicología, es una rama aplicada de una psicología más general que le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas. Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997) señalan que la salud mental tiene dos dimensiones: individual y comunitaria, y ambas no son necesariamente concordantes, ya que un individuo puede tener una salud mental adecuada en una comunidad con nivel de salud bajo, y viceversa.

La OMS (1986) en la Carta de Ottawa, considera que la salud se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas, de esta manera la salud se prescribe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Resulta difícil llegar a un concepto unánime de salud y enfermedad. A nivel individual podemos hablar de “representación mental” de la salud y la enfermedad, y a nivel comunitario estos conceptos son una construcción social. Por lo tanto, el concepto de salud es relativo, cada técnico de la salud tiene un concepto de salud. En tanto que el individuo se encuentra inmerso en una

sociedad con una cultura y/o sistema socioeconómico específico, estos sistemas influyen positiva o negativamente la salud de las personas y la promoción de ésta, así como la prevención de la enfermedad (Buela-Casal, Fernández-Ríos & Carrasco 1997)

## **2. PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

En los últimos veinte años ha aumentado el interés por la promoción de la salud, en el mundo occidental desarrollado tomó auge a partir del documento “A New Perspective on the Health of Canadians” conocido también por el apellido del ministro de salud que lo auspició “Informe Lalonde”, producido en 1974 por el gobierno de Canadá. Este documento definía la promoción de la salud como “el proceso para capacitar a las personas para aumentar el control y mejorar su salud” (Morales, 1999, p.143).

En la carta de Ottawa (1986), documento final de una reunión realizada en Canadá en el mismo año, la OMS acepta que el concepto promoción de la salud se defina como: proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual; permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud (OMS, 1998).

En la carta de Ottawa, la OMS (1986) identifica tres categorías para la promoción de la salud: 1) la abogacía por la salud para crear las condiciones sanitarias esenciales; 2) facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y 3) mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

En el mismo documento, la OMS declara que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario y promueve la participación activa en la promoción de la salud implicando las siguientes estrategias:

- a) La elaboración de una política pública sana: la salud debe formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y en todos los niveles. Sus decisiones pueden tener consecuencias para la salud.
- b) La creación de ambientes favorables: la protección y conservación de los ambientes naturales deben formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud. El cambio de las formas de vida, de trabajo, y de ocio afectan muy significativamente a la salud y éstos deben ser una fuente de salud para la población. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.
- c) Reforzamiento de la acción comunitaria: las comunidades son la fuerza motriz para la participación activa de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración de estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud. Esto requiere una ayuda financiera y un total acceso a la información y a la instrucción sanitaria.
- d) El desarrollo de las aptitudes personales: la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente.
- e) La reorientación de los servicios sanitarios: el sector sanitario debe ser sensible a las necesidades culturales de los individuos, favorecer la necesidad de una vida más sana, prestar mayor atención a la investigación sanitaria, a los cambios en la educación y a la formación profesional, así como, crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos; de esta manera, la responsabilidad de la promoción de la salud no es exclusiva de los servicios sanitarios, es multisectorial; y la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios y los profesionales de la salud, es multidisciplinaria.

Diversos escenarios ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales. Entre ellos cabe citar megametrópolis, islas, ciudades, municipios y comunidades locales, junto con sus mercados, escuelas, lugares de trabajo y establecimientos asistenciales (OMS, 1997).

La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona, de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud. Sin embargo, para consolidar la infraestructura necesaria es preciso buscar nuevos mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial. (OMS, 1997).

La promoción de la salud debe identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para alcanzar bienestar. Tres son los grandes objetos sobre los cuales la promoción de la salud debe fijar ineludiblemente su atención: El impulso y aliento de estilos de vida saludables, el fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad, y la creación de ambientes saludables. Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos, definidos social y culturalmente, que ponen en riesgo la salud (OPS, 1994).

## **2.1 Estilos de vida.**

Morales (1999) explica que *estilo de vida* es un concepto frecuente en la literatura sociomédica y epidemiológica, así como en la literatura de la psicología de la salud y lo describe como el conjunto de comportamientos que un individuo pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de la salud o, por el contrario, lo puede colocar en una situación de riesgo para la enfermedad.

Al reconocer la interconexión y no la identificación entre salud/enfermedad y comportamiento, en los últimos años se ha hecho hincapié en que los estilos de vida o estilos de comportamiento contribuyen a promover la salud y prevenir la enfermedad (Buela-Casal, Fernández-Ríos & Carrasco 1997). La OMS (1997) considera que las estrategias de promoción de la salud pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. Por su parte Rodríguez (1999) sostiene que el campo de la prevención

se vincula estrechamente con la calidad de vida y la lucha por la prevención es la lucha por la *calidad de vida*, a partir del *estilo de vida*. Modificar estilos de vida significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y en tradiciones culturales. La complejidad de situaciones que animan modos particulares de vida y comportamientos que ponen en riesgo la salud, invita a pensar en estrategias integrales de prevención y promoción con incidencia potencial sobre su amplia variedad de determinantes, así como también en maniobras que anticipen el surgimiento de conductas nocivas, al reforzar características individuales y sociales que contribuyan a evitarlas. En ese proceso caben todas aquellas actividades orientadas a educar y concientizar en los espacios escolares, los debates y discusiones públicas, la transmisión de mensajes a través de los medios de comunicación, y mostrar mecanismos que permitan armonizar los impulsos vitales con valores positivos y comportamientos saludables (OPS, 1994).

En el glosario de promoción de la salud, la OMS (1998, p.27) conceptualiza *estilo de vida* como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las *condiciones de vida* socioeconómicas y ambientales”. Si la salud mejora en tanto que los individuos cambien sus estilos de vida, los programas de promoción de la salud a través del cambio en el estilo de vida deben ir dirigidos no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento (OMS, 1998). Las acciones que consideran los comportamientos como elemento aislados de su contexto, pueden marchar hacia el fracaso, se debe tomar en cuenta el nivel del sistema macro-socio-cultural que sostiene y les da sentido a esos patrones de conducta (Morales, 1999). Hay que actuar tanto sobre la persona como sobre los factores del entorno global que influyen en ellos, es decir en la colectividad, en la cual se encuentra inmerso el individuo (OPS, 1996). Sin embargo, es importante tener en cuenta que, así como no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida “óptimos” para todo el mundo; la cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente en el hogar y el trabajo hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados (OMS, 1998).

Al hablar de *estilos de vida* continuamente se hace referencia a los términos *calidad de vida* y *condiciones de vida*. La OMS (1998) define *calidad de vida* como la percepción del individuo (se refiere a una evaluación subjetiva) sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones; este concepto engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de dependencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas.

Las *condiciones de vida* son el entorno cotidiano de las personas, dónde viven, actúan y trabajan. Son el producto de las circunstancias sociales, económicas y del entorno físico, que pueden ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo OMS (1998).

### **3. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.**

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad - tales como la reducción de los factores de riesgo - sino también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención de la enfermedad se utiliza como término complementario de la promoción de la salud (OMS, 1986). La distinción entre la promoción de la salud y la prevención es difícil de precisar, en la práctica las medidas en uno y otro sentido se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta (Morales, 1999). Sin embargo, la OMS distingue que la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, que considera a los individuos y las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables que pueden estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

En la descripción de la actividad educativa sobre prevención de la enfermedad, cuarta unidad modular: “gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención”, impartido por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Caja Costarricense de Seguro Social y el Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector

Salud (2004, en <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>) presentan los aspectos relevantes que diferencian la prevención de la enfermedad, de la promoción de la salud (ver tabla 1.1):

Tabla 1.1. Diferencias entre promoción y prevención de la salud.

CUADRO RESUMEN DE DIFERENCIAS ENTRE PROMOCION Y PREVENCION	
PREVENCIÓN	PROMOCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción que emana del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones como expuestos a factores de riesgo.</li> <li>• Enfoque de riesgo.</li> <li>• Medidas directas dirigidas al bloqueo de la enfermedad.</li> <li>• Medidas específicas para el control de determinadas enfermedades</li> <li>• Identificación de causas modificables de la enfermedad.</li> <li>• Más efectivo cuanto más temprano se frene el curso.</li> <li>• Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.</li> <li>• Alta motivación del tratante y el tratado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud.</li> <li>• Enfoque poblacional.</li> <li>• Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades.</li> <li>• Requiere de buenas estructuras sociales de base.</li> <li>• Gran potencial de mejorar indicadores de salud.</li> <li>• Más efectivo entre más temprano se inicie.</li> <li>• Medidas destinadas modificar actitudes, conductas y comportamientos.</li> <li>• La percepción individual del beneficio es poca.</li> </ul>

Fuente: CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social y Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud (2004).

En psicología, hablar de prevención significa lo mismo que en la actualidad hablar de atención primaria de la salud dentro del campo de la medicina. Atención primaria y prevención es empezar primero por cuidar la salud de las poblaciones y de los individuos, pero ambas son tareas poco aceptadas y reconocidas, por la razón de que no son rentables ni dan brillo académico. Es necesario que estas acciones se encuentren al alcance de todos, con abordajes principalmente grupales y comunitarios. En materia de salud y libertad, la prevención es el instrumento de lucha por la salud y no por el lucro respecto de la enfermedad. El trabajo social, tanto en las instituciones como en la comunidad, contribuye a facilitar la toma de consciencia de una población, en relación a los recursos propios en salud y su forma de cuidarla. El trabajo grupal y comunitario en prevención, consiste en intentar el reconocimiento del problema y su significación en la comunidad, de donde surgen de inmediato los recursos propios que deben



movilizarse, para convertir al problema en un problema de todos; el psicólogo es solo un agente facilitador de organizaciones naturales contribuyente a la consciencia y organización de recursos propios en el plano de la prevención y promoción de la salud (Videla, 1991). Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997) consideran la importancia de las características socioculturales y antropológicas de la sociedad a la hora de prevenir las enfermedades y promocionar la salud, y señalan que no es posible establecer unos criterios universales de prevención en salud mental, esto sólo sería posible en el marco de un sistema cultural determinado.

Gerald Caplan (1964, citado en Videla, 1991) es uno de los autores que constituyeron el punto de partida para el abordaje de la prevención en el campo de la psicología en los países de habla hispana, que se tomaba prestado del campo de la salud pública. Propuso el “modelo de prevención por niveles”, este modelo cuestiona a la concepción psiquiátrica tradicional, asistencialista.

- ψ Prevención primaria: destinada a disminuir la incidencia (nuevos casos de trastornos mentales en una determinada etapa). Aquí introduce el concepto de *agentes de salud* para la detección y neutralización de las condiciones enfermantes.
- ψ La prevención secundaria: Destinada al grupo poblacional que a pesar de las acciones anteriores, padecerá trastornos mentales. Está destinada a reducir la prevalencia (la duración de los casos probados de la enfermedad). Se utilizan estrategias de *diagnóstico precoz* y *tratamiento efectivo*. Sólo se llama prevención porque tiende a evitar la cronicidad y las secuelas.
- ψ La prevención terciaria: Apunta a reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso por secuelas, tratando de recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de reintegración (p.58).

Para Caplan (1964, citado en Videla, 1991) prevención es una acción integral, con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos y exige ser formulada como una política en los más altos niveles de decisión, lo cual implica planificación presupuestaria y adiestramiento de los recursos.

Catalano & Dooley (1980, Citados en Austin, 2000) propone que la prevención primaria debe subdividirse en estrategias de tipo reactivo y estrategias de tipo proactivo. Ver tabla 1.2.

Tabla 1.2. Estrategias de prevención primaria de la salud.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA	
LA PREVENCIÓN PRIMARIA REACTIVA	LA PREVENCIÓN PRIMARIA PROACTIVA
Sus estrategias se dirigen a aumentar la resistencia del individuo a estresores potencialmente dañinos.	Sus estrategias se encaminan a eliminar agentes causales.
En el campo de la medicina se encuentra como ejemplo la vacunación de la polio.	Catalano & Dooley ofrecen el ejemplo de eliminar aguas estancadas de la cría de mosquitos que llevan malaria.
La prevención puede ocurrir antes o después del estresor.	Intenta evitar el estresor.
Un ejemplo en la promoción de la salud conductual son los programas diseñado para animar a los niños de educación elemental a resistir las presiones de la industria del tabaco para probar cigarros	Un ejemplo en la promoción de la salud conductual es prohibir la venta de cigarros en lugares donde los niños tienen acceso
Austin propone la utilización de este tipo de estrategias en la prevención de los trastornos alimentarios.	Este tipo de estrategia que anima a resistir las presiones, es frecuentemente usada en las intervenciones preventivas de los trastornos alimentarios.

Fuente: Austin, 2000. pp. 250-251.

Cuijpers, (2003) utiliza otra clasificación de prevención, según la población a la que esté designada:

- ψ La prevención universal: destinada a la población general independientemente de la condición de riesgo;
- ψ La prevención selectiva: destinada a grupos con alto riesgo; y
- ψ La prevención indicada: destinada a individuos que presentan algunos síntomas de un trastorno pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos (p.1387)

La prevención de la enfermedad juega un papel muy importante, en tanto que, los tratamientos resultan más costosos que la prevención, tanto en términos monetarios como en función de los esfuerzos encaminados hacia la remisión. Saracci dice que el único modo de enfrentar

simultáneamente el monto del gasto y la desigualdad de la tutela de la salud es la prevención. Mientras que Norman Sartorius, funcionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en materia de salud mental existen tres razones para potenciar los programas que a esta área incumben; 1) que la mayoría de los padecimientos psíquicos son prevenibles; 2) que el área de la salud mental puede mejorar la calidad de vida y 3) que los profesionales y técnicos de la salud mental tienen capacidad-saber para hacerlo (citados en Rodríguez, 1999).

#### **4. FACTORES DE RIESGO.**

La OMS (1998) define factor de riesgo como las condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con, o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. En OPS (1996) se dice que, en prevención de la enfermedad, el factor de riesgo incluye el nivel económico, social o biológico, la conducta y otros estados asociados o causantes de la susceptibilidad a una enfermedad específica, a un estado de salud, o a un accidente. Así mismo, se afirma que cuando ya se ha identificado un factor de riesgo, entonces éste se puede modificar mediante el curso de una acción del tipo de un programa de intervención.

De acuerdo con Backett, Davies y Petros-Bervasian (1985) se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad a toda característica o circunstancia determinada de una persona o un grupo de personas que asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente. Existen riesgos físicos, químicos, biológicos, y otros, pero a los psicólogos nos interesan especialmente los riesgos que se asocian al comportamiento y a las circunstancias del ambiente social que los favorecen.

Hein y Blanco (en <http://www.pazciudadana.cl/documentos/factoresderiesgo.PDF>) conceptualizan los factores de riesgo como variables que pueden afectar negativamente el desarrollo de las personas. Cuando hablan de factores de riesgo hacen referencia a la presencia de situaciones contextuales o personales que incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. Indican que el desarrollo de los individuos no se da en

forma aislada, ya que viven y se relacionan con una compleja red de sistemas interconectados, como la escuela, la familia, los grupos de pares y otras instituciones o situaciones que influyen en forma directa o indirecta en el desarrollo de las personas, y cuyas características pueden convertirse tanto en factores protectores como de riesgo.

Gómez Peresmitré (2001) menciona que los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto, en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma. Oportunamente indica que los trastornos clínicos están relacionados, no con uno, sino con diferentes factores de riesgo, así el riesgo de desarrollar un trastorno es el resultado de la interacción entre las disposiciones personales y los factores de riesgo. Además, la exposición a diversos factores de riesgo tiene efectos acumulativos, ya que parecen tener efectos aditivos sobre la vulnerabilidad: la probabilidad de enfermar es proporcional al número y severidad (duración y toxicidad) de los factores de riesgo (Andersen, 1995, citado en Gómez Peresmitré 2001). También, añade que diversos trastornos comparten ciertos factores de riesgo que son antecedentes comunes.

Kraemer y Kazdin, (1997, citados en Karwautz, 2003) sugieren que para que una variable pueda ser un factor de riesgo debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Es necesario clarificar en qué momento aparece el trastorno para así investigar qué variables estaban presentes antes de la aparición del trastorno.
2. La mayoría de los factores investigados retrospectivamente son correlatos o, si han precedido a la aparición del resultado que se está estudiando, correlatos retrospectivos (factores de riesgo variables). Los estudios transversales que pretenden identificar las variables que se asocian y correlacionan con el trastorno proporcionan información sobre los correlatos y no sobre los factores de riesgo. Los estudios retrospectivos pueden dar resultados sobre los correlatos y sobre los factores de riesgo al mismo tiempo, sin embargo, hay que tomar en cuenta que los estados de ánimo influyen sobre los recuerdos.

3. La relación entre las variables y el resultado es cuantitativa. Tener un mayor número de factores de riesgo aumenta la probabilidad de sufrir el trastorno.
4. Los factores de riesgo putativos se dan en varios campos: extrínsecos (por ejemplo, los acontecimientos adversos) e intrínsecos (por ejemplo, la vulnerabilidad genética). Estos factores pueden actuar como factores predisponentes, desencadenantes o de mantenimiento.
5. Los factores que tienen relevancia causal se pueden manipular, de modo que el resultado final quedaría modificado. Sin embargo, la mayoría de los factores no pueden alterarse (por ejemplo, la raza, el género, el año de nacimiento, el genotipo, etc.) y son, por lo tanto, definidos como marcadores fijos.

Kraemer, Kazdín, Offord, Kessler, Jensen y Kupfer (1997) consideran que factor de riesgo es toda influencia o variable que antecede al trastorno respectivo y aumenta la probabilidad de que se desarrolle una conducta problemática. Además, distinguen los *factores causales* de las *señales fijas*. El primero puede variar, mientras que la segunda no puede hacerlo, aunque siga siendo un factor de riesgo, por ejemplo, no puede variarse el sexo, aunque constituya un agente determinante para la anorexia nervosa y la bulimia nervosa; así, el sexo es una señal fija. La manipulación de los factores causales de riesgo (como la insatisfacción con el propio cuerpo) generan un cambio en la frecuencia de la conducta problemática (la anorexia y la bulimia nervosas) (citados en Smolak, Levine & Shermer, 2000).

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en 6 ámbitos de procedencia, de acuerdo a un continuo que va desde el nivel individual hasta el nivel sociocultural. A continuación se enumeran estos ámbitos, proporcionando algunos ejemplos. (Hein y Blanco, en <http://www.pazciudadana.cl/documentos/factoresderiesgo.PDF>).

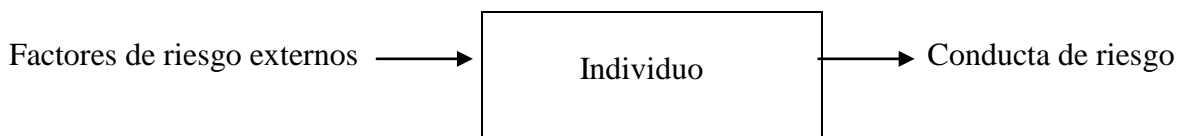
- A) Factores individuales (p.ej., bajo coeficiente intelectual, pobre capacidad de resolución de conflictos, actitudes y valores favorables hacia conductas de riesgo);
- B) Factores familiares (p.ej., baja cohesión familiar, tener padres con enfermedad mental, estilos parentales coercitivos, ambivalentes o permisivos);
- C) Factores ligados al grupo de pares (p.ej., pertenencia a grupos de pares involucrados en actividades riesgosas);

- D) Factores escolares (p.ej., bajo apoyo del profesor, alienación escolar, violencia escolar);
- E) Factores sociales o comunitarios (bajo apoyo comunitario, estigmatización y exclusión de actividades comunitarias) y
- F) Factores socioeconómicos y culturales (p.ej., vivir en condición de pobreza).

## 5. CONDUCTAS DE RIESGO

Se ha hablado de factores de riesgo, actitudes y valores que favorecen conductas de riesgo, pero ¿Cuál es la diferencia entre factor de riesgo y conductas de riesgo? La OMS (1998) señala que *conducta de riesgo* es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. Las conductas de riesgo suelen definirse como “arriesgadas” en base a datos epidemiológicos y sociales. Los cambios de las conductas de riesgo constituyen las metas primordiales de la *prevención de la enfermedad*, habiendo sido utilizada tradicionalmente la *educación para la salud* -definida por Cabildo (2002) como la parte de la educación que se ocupa de los procesos de transmisión de conocimientos y actividades tendientes a crear en los individuos conductas favorables a su salud- para alcanzar estas metas. Dentro del marco más amplio de *promoción de la salud*, la conducta de riesgo puede ser considerada como una respuesta o mecanismo, para hacer frente a *condiciones de vida adversas*. Las estrategias de respuesta incluyen el desarrollo de *habilidades de vida* y la creación de *entornos que apoyan la salud*.

Hein y Blanco (en <http://www.pazciudadana.cl/documentos/factoresderiesgo.PDF>) dicen que los factores de riesgo son situaciones o características que disminuyen la probabilidad de lograr un desarrollo pleno, mientras que el término “conducta de riesgo” se refiere al resultado sobre el comportamiento que tienen dichos factores. Entendido de esta forma se podría esquematizar de la siguiente manera:



## CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA.

### 1. DEFINICIONES.

La palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer” o “llegar a la madurez” (Rice, 2000, p. 5). Papalia (1998) define la adolescencia como un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta que implica cambios significativos en lo social y lo emocional. Es importante distinguir la diferencia entre adolescencia y pubertad, Casillas y Vargas (1985) mencionan que la adolescencia es un cambio biológico, psicológico y sociocultural, y la pubertad se refiere exclusivamente a las transformaciones del cuerpo para adquirir la madurez genital. Aunque pubertad y adolescencia no se refieran al mismo concepto ambos se encuentran en relación, uno sucede al otro, la adolescencia es significada por el inicio de la pubertad.

La pubescencia es el periodo de aproximadamente dos años que antecede a la pubertad, se caracteriza por la aceleración del crecimiento físico y por el término de la latencia del crecimiento, se producen cambios en las proporciones faciales y corporales, y maduran los caracteres sexuales primarios y secundarios. A algunos llaman “preadolescencia” al periodo de la pubescencia (Stone y Church, 1983).

Izquierdo (2003) menciona que según la OMS, adolescentes son todos los individuos comprendidos entre los 10 y 19 años, definiendo como primera adolescencia (adolescencia temprana) de los 10 a los 14 años y como segunda adolescencia (adolescencia tardía) de los 15 a los 19, pero es evidente que desde el punto de vista biológico, los adolescentes alcanzan un desarrollo sexual y una capacidad reproductiva con mayor antelación que los de antes y en lo concerniente al área social, su participación en la vida adulta y su participación económica cada vez se retrasan más debido a que los periodos de formación escolar son cada vez más prolongados.

Desde el punto de vista fisiológico la adolescencia se asemeja al periodo fetal y a los dos primeros años de vida, debido a la gran rapidez del cambio biológico, pero a diferencia de los

lactantes, los adolescentes sienten el dolor y el placer de observar el proceso entero; se ven a sí mismos con sentimientos de fascinación, atracción y horror a medida que se producen los cambios biológicos. Sorprendidos, avergonzados e inseguros, constantemente se comparan con otros y revisan su autoimagen. Ambos sexos observan con ansiedad su desarrollo o la falta de éste, con un buen conocimiento y con ideas falsas, con orgullo y terror, con esperanza y ansiedad (Craig, 1998).

## 2. DESARROLLO FÍSICO Y SU IMPORTANCIA EN LA IMAGEN CORPORAL.

El desarrollo en los adolescentes incluye tanto los cambios físicos (altura, desarrollo de la musculatura, cambios en la cantidad y distribución de la grasa, etc.), como los cambios biológicos que determinan los físicos y que tienen que ver con la reproducción.

Los cambios biológicos del principio de la adolescencia incluyen la maduración de los órganos sexuales primarios y el desarrollo de las características sexuales secundarias. Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Las características sexuales primarias se refieren al crecimiento y la maduración de los órganos necesarios para la reproducción (Papalia, 1998). Ver tabla 2.1 y 2.2.

Tabla 2.1. Características sexuales primarias. Órganos sexuales.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS. ÓRGANOS SEXUALES	
MUJERES	HOMBRES
Ovarios	Testículos
Trompas de Falopio	Pene
Útero	Escroto
Vagina	Vesículas seminales
	Próstata

Fuente: Papalia, 1998, p.536



Tabla 2.2. Características sexuales secundarias.

CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS	
MUJERES	HOMBRES
Senos	Vello púbico
Vello púbico	Vello axilar
Vello axilar	Vello facial
Cambios en la voz	Cambios en la voz
Cambios en la piel (aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas)	Cambios en la piel (aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas)
Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis.	Ensanchamiento de los hombros
Incremento de senos	Desarrollo muscular

Fuente: Papalia, 1998, p. 537.

El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menarquia, la primera menstruación, o expulsión mensual de tejido uterino. En los muchachos, la primera señal de pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto, y el principal signo de la madurez sexual es la presencia de semen en la orina, en la pubertad los muchachos experimentan su primera emisión nocturna o eyaculación involuntaria de semen que por lo regular se conoce como sueño húmedo. Como la menstruación el momento de la aparición del semen es altamente variable y resulta difícil determinar cuando se presenta (Papalia, 1998).

Durante la adolescencia los cambios físicos tienen un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y del tamaño del cuerpo, estas pautas fisiológicas están gobernadas por el aumento de la actividad de la glándula pituitaria, “la glándula maestra”, órgano endócrino situado en la base del cerebro y que produce diversas hormonas. Las secreciones de la pituitaria regulan otras glándulas que afectan el crecimiento, entre ellas la tiroides, las suprarrenales y las gónadas (testículos y ovarios). Las glándulas sexuales (testículos y ovarios) cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides y óvulos) y segregar andrógenos y estrógenos. En el varón los testículos producen la hormona androgénica testosterona que es responsable del desarrollo de los órganos sexuales masculinos y del desarrollo de las características sexuales secundarias; los ovarios de la mujer secretan estrógenos que estimula el desarrollo de los propios órganos sexuales y de las características secundarias (Rice, 1997).

Algunos de los principales cambios físicos en la adolescencia que tienen que ver con la apariencia e influyen en la percepción de sí mismos y de sus propios cuerpos son: el aumento en la velocidad del crecimiento, la desproporción en el crecimiento de diferentes partes del cuerpo, y los cambios en el peso y en la composición corporal (Stone, 1970).

La velocidad de crecimiento se produce durante unos seis años en las mujeres (12 a 18 años) y nueve años en los muchachos (12 a 21 años). En comparación con las adolescentes, los muchachos tienen un periodo de crecimiento antes del estirón de la pubertad con una mayor velocidad del pico de crecimiento, lo que da origen a una diferencia final término medio de la altura entre los hombres y las mujeres de 12,5 cm. o más. El crecimiento cesa en las mujeres a una edad media de 15,5 años, y en los hombres de 21,2 años (Sarría y Moreno, 2003).

Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones. La cabeza casi ha dejado de crecer, habiendo realizado la mayor parte de su desarrollo en los 10 años de vida. Las manos y los pies casi alcanzan su talla adulta; luego hay un aumento en el largo de las piernas y brazos. El estiramiento físico que a menudo se da en esta época puede hacer que el adolescente se sienta torpe. Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, terminando con el completo desarrollo de los hombros (Craig, 1998).

El ritmo de ganancia de peso durante la adolescencia es paralelo al del estirón de la altura. En los muchachos el pico de la velocidad de la altura coincide con el del peso; en la chicas el pico de velocidad del peso tiene lugar 6-9 meses antes que el cambio de velocidad en la altura. Las hormonas del sexo femenino, estrógeno y progesterona, facilitan la acumulación de, proporcionalmente, más grasa que tejido muscular en las mujeres. En los muchachos, por la influencia de la testosterona, ganan proporcionalmente más músculo que grasa y producen un esqueleto más pesado (Sarría y Moreno, 2003). En las adolescentes, el aumento considerable del tejido adiposo y el querer evitar el aumento de peso, se convierte en uno de los principales factores de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios (Shisslak, Crago, Gray, Estes, Mc.Knight, Parnaby, Sharpe, Bryson, Killen & Taylor, 2000).

La etapa de la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos y se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal. En la adolescencia aumenta la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, a la creciente introspección, a la importancia que se le da al grupo de pares, a los rasgos físicos, y a la creciente tendencia a compararse con las normas de origen cultural (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002).

Estos cambios físicos de la adolescencia que ocasionan un cambio en la propia imagen corporal, hacen que las chicas adolescentes sean muy sensibles y receptivas respecto a su aspecto físico y al de sus amigos; las discrepancias entre su autoimagen imperfecta y el hermoso ideal que deben imitar pueden constituir una fuente de ansiedad. En general las mujeres se preocupan por su peso, les inquieta ser demasiado gruesas por lo que se someten a intensas dietas, mientras que otras se someten a rigurosos regímenes para lograr una buena condición física. Para las mujeres es importante tener un cuerpo hermoso y delgado, ser atractivas y no gordas. Además, otra cosa que les preocupa a las chicas es tener barros, espinillas y acné (Craig, 1998).

La preferencia actual por la delgadez y por un físico pre-pubescente propicia que las mujeres se muestren muy insatisfechas con sus cuerpos en el proceso de su desarrollo adolescente. En general, las niñas que maduran más tarde que sus compañeras (en las que se presenta la menarca después de los 14 años) tienen una imagen corporal más positiva que aquellas a las que les llega más temprano (antes de los 11 años) o a tiempo (entre los 11 y los 14 años). Contrariamente, se ha observado que los varones prefieren una figura más gruesa durante el crecimiento, hecho que les produce mayor satisfacción. A diferencia de las mujeres, el desarrollo temprano de los varones se asocia con una mejor aceptación de sus compañeros, más equilibrio, tranquilidad, tendencia a ser líderes y a mostrar menos impulsividad. A todas las edades, las mujeres están menos satisfechas con su propio peso y con su figura corporal, siendo éste el factor en el que hay más discrepancia entre ambos sexos (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002).

Como en la cultura occidental se pone demasiado énfasis en la importancia de ser demasiado delgada, muchas chicas normales y aún delgadas se consideran obesas y tratan de perder kilos. Llevada al extremo, esta preocupación por el peso conduce a la anorexia nervosa o a la bulimia

nervosa. Si una chica no tiene una figura delgada es menos probable que tenga citas, y para ella es difícil vivir con el rechazo social; esto significa que la autosatisfacción y la autoestima están muy relacionadas con la aceptación del propio físico (Craig, 1998; Rice, 1997).

### **3. DESARROLLO INTELECTUAL.**

La explicación dominante para los cambios en la forma de pensar en los adolescentes ha sido la de Jean Piaget (1972, citado en Papalia, 1997), quien observó que entraban al más alto nivel de desarrollo cognoscitivo del que la gente es capaz. Piaget llamó a este nivel caracterizado por la capacidad para el pensamiento abstracto, *operaciones formales*. El logro de las operaciones formales le permite al adolescente una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones, que enriquecen y complican su vida. En esta etapa, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la metacognición, ya no están limitados a pensar acerca del aquí y del ahora, como en la etapa cognoscitiva anterior de las *operaciones concretas*. Durante la adolescencia, se pueden manejar abstracciones, probar hipótesis y ver sus posibilidades infinitas (Papalia, 1997).

De acuerdo con Piaget (1972, citado en Barajas, 1998) no todos los individuos llegan a este estadio, pues la experiencia juega un papel muy importante y si el individuo se ha desarrollado en un ambiente muy pobre impedirá que alcance este estadio.

El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo siguiente:

1. Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información, como la memoria, la retención y la transferencia de información.
2. Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas.
3. Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en formas simbólicas.

4. Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones (Temberg, 1988, citado en Craig, 1998).

La mayoría de las personas, pueden alcanzar el estadio de las operaciones formales en la adolescencia, la habilidad para pensar en abstracto les abre muchas puertas y los capacita para alcanzar las teorías políticas y filosóficas de otros y construir las suyas propias, en consecuencia, la capacidad de pensar en forma abstracta también tiene ramificaciones emocionales. El razonamiento moral es una función del desarrollo cognoscitivo. Los adolescentes aplican el razonamiento moral a muchas clases de problemas, desde problemas sociales hasta las decisiones de su vida (Papalia, 1997).

Kohlberg (1971), propone que las personas se pueden ubicar en alguno de los tres niveles que desarrolla: Primero es el nivel *preconvencional* en el cual el adolescente piensa en términos de temor al castigo, o de la magnitud de un acto, o en términos del propio interés; los adolescentes de nivel preconvencional pueden copiar las respuestas de alguien en una prueba diciendo que había hecho sólo un poquito de trampa, o que necesitaba una buena nota, o que habían evitado hacer trampa por temor a ser descubiertos. El segundo nivel es el *convencional* en el que se ajustan a la vida social, están motivados para sostener el statu quo y piensan en términos de hacer lo correcto para agradar a los otros; una persona que piensa a este nivel puede estar tentada a compartir respuestas en una prueba para ayudar a su amigo, mientras otros adolescentes del mismo nivel podrían rechazarlo porque va contra las reglas. El tercer nivel es el *postconvencional* durante el cual desarrollan sus propios principios morales. Antes de que la gente pueda alcanzar este nivel de pensamiento moral autónomo deben reconocer la naturaleza relativa de las normas morales, es decir, que deben llegar a entender que cada sociedad desarrolla su propia definición de correcto e incorrecto (citado en Papalia, 1997).

Este desarrollo cognoscitivo que experimentan los adolescentes les permite tener mayor capacidad de análisis y juicio en sus relaciones personales y en los problemas cotidianos, lo cual

implica una serie de cambios psicológicos. La adolescencia ofrece oportunidades de crecimiento no sólo en lo físico sino también en las competencias sociales, cognoscitivas y la autoestima.

## **5. CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y DESARROLLO SOCIAL.**

Aberastury (1978) refiere que la modificación corporal, el desarrollo de los órganos sexuales y la capacidad de reproducción es vivido por los adolescentes como irrupción de un nuevo rol que modifica su posición frente al mundo y que además les compromete también en todos los planos de la convivencia. Ante la inminencia de los primeros cambios corporales y la ansiedad que éstos les provocan, los adolescentes hacen una huida progresiva del mundo exterior y buscan un refugio temporal en su mundo interno. Las características de este mundo interno habrán de determinar en su mayor parte la calidad de sus crisis. El mundo exterior aceptando o rechazando su riqueza creciente, les permitirá o impedirá desarrollarse.

En esta etapa de la vida los jóvenes se dan cuenta que el mundo no es armónico y que en ocasiones no hay coherencia entre los ideales aprendidos y la realidad. Valores como la justicia, igualdad, honradez y otros aprendidos en los primeros años, no funcionan ahora como reglas absolutas; por el contrario, suelen ignorarse constantemente; padres, maestros y adultos cercanos, enseñan una conducta y practican otra, así que dejan de considerarlos como modelos a imitar. En consecuencia el adolescente tiende hacia el escepticismo, que se agrupe con personas de su misma edad y se identifique con héroes reales o imaginarios, como los que le ofrece los medios de difusión. Ahora se siente juzgado y utilizado por la sociedad, empieza a buscar su identidad y su individualidad. Empieza a relacionarse con el sexo opuesto y aún cuando hay una clara necesidad de amar y ser amado existe un temor a relacionarse y a ser criticado (Casillas y Vargas, 1985).

Keniston (1995, citado en Craig, 1998) considera que los problemas de la mayor parte de los adolescentes provienen de la tensión entre el yo y la sociedad, de un desajuste entre lo que creen que son y lo que creen que la sociedad quiere de ellos. Los adolescentes tienen sentimientos ambiguos no sólo hacia la sociedad, sino también hacia ellos mismos. Tal vez piensan que la

sociedad es demasiado rígida y restrictiva, y tratan de escabullirse asumiendo papeles e identidades temporales.

El periodo de la adolescencia implica un periodo de transformación en las relaciones sociales y según Engels, Dekovic y Meeus (2002), la relación con los pares adquiere mayor relevancia durante la adolescencia, el adolescente incrementa el tiempo de actividades con sus pares fuera de la supervisión de los adultos. Durante este periodo es importante que el adolescente desarrolle diversas Habilidades Sociales y entre las más importantes está la habilidad de establecer y mantener amistades. Estos autores indican que la relación con los padres afecta el desarrollo de Habilidades Sociales y a su vez, la manera en que los adolescentes se desenvuelven con sus pares. Añaden que las Habilidades Sociales en los adolescentes median algunas prácticas tales como la responsabilidad, la autonomía, la cohesión, la adhesión en las actividades con sus pares, así como el soporte social percibido.

Kaplan, Sosin, y Rickert (2004) señalan que la adolescencia es un periodo en que las chicas son particularmente más vulnerables a la presión externa a cerca de la delgadez y pueden responder ejerciendo control sobre su dieta o usando la comida como una vía para hacer frente al estrés. Stewart (2000) hace una revisión al respecto:

Allgood-Merten, Lewinsohn, y Hops (1990) indican que las niñas manifiestan mayor ansiedad social que los varones, para ellas, el sentido de identidad tiene una estrecha conexión con el éxito interpersonal y es más probable que atribuyan un fracaso en sus relaciones a una carencia propia; las percepciones respecto de la atracción física desempeñan un papel fundamental para alcanzar un sentido adecuado de sí mismas y el éxito en sus vínculos afectivos. Peterson y Hamburg (1986), refieren que la adaptación al grupo de pares es importante en particular para las niñas. Windle (1992) considera que las familias son muy importantes durante la adolescencia, pero es también una etapa en que las niñas comienzan a independizarse y, comparadas con los varones, sufren más tensiones interpersonales con sus progenitores (citados en Stewart, 2000). Por su parte, Thompson y Coovert (1995) indican que las burlas que dirigen los compañeros a las muchachas que ganan peso durante la adolescencia generan sentimientos negativos respecto a sus cuerpos y, en consecuencia, aumentan la posibilidad de que desarrollen trastornos alimentarios.

## 5. NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

Aunque los adolescentes (sobre todo las chicas) son más sensibles a cerca del peso corporal y la apariencia, su nutrición y la elección de comidas son importantes para su crecimiento, desarrollo y salud (Kapla, Sosin & Rickert, 2004). Durante este periodo de rápido crecimiento, los adolescentes necesitan mayores cantidades de comida para atender a los requerimientos corporales. Como consecuencia de ello, desarrollan un apetito voraz y el estómago incrementa su capacidad para ser capaz de digerir las mayores cantidades de alimento. El requerimiento calórico para las chicas puede incrementarse 25% en promedio de los 10 a los 15 años, mientras que para los muchachos el requerimiento calórico puede aumentar en un promedio de 90% de los 10 a los 19 años (Rice, 1997).

La anorexia y la bulimia nervosas son un obstáculo potencial en la buena nutrición de los adolescentes (Kaplan, Sosin & Rickert, 2004). La buena nutrición es importante en el desarrollo de la adolescencia, y el mantenimiento de la salud depende en parte de los hábitos alimenticios apropiados. De la buena nutrición depende que pueda alcanzarse la estatura, fuerza y bienestar físico máximos. Los nervios, huesos, músculos y otros tejidos en crecimiento requieren de alimentos que les ayuden a constituir el cuerpo (Carruth & Goldberg, 1990; citados en Rice, 1997).

Casillas y Vargas (1985) advierten que en el ser humano no se pueden calcular exactamente sus necesidades de energía y por este motivo considera que sólo es posible hacer recomendaciones generales para grandes grupos humanos. Lo adecuado o inadecuado de una dieta se refleja en el estado de salud y en indicadores clínicos del estado nutricional. Sin embargo, recomienda que un adolescente debe consumir aproximadamente 0.80gr. de proteína por kilogramo de peso a los 10 años y descender la cantidad paulatinamente hasta llegar a 0.57 gr. por kilogramo de peso a los 17 años.

Papalia (1998) coincide con Sarría y Moreno (2000) cuando refieren que la adolescente promedio necesita cerca de 2, 200 calorías por día, mientras que el varón requiere cerca de 2, 800. También



explica que las proteínas son importantes para permitir el crecimiento y recomienda que los jóvenes, como cualquier otra persona deben evitar el consumo de “comida chatarra”.

En la adolescencia aumentan las necesidades de diversas vitaminas como la vitamina D, la vitamina C, y el ácido fólico. La vitamina D se requiere para la absorción de calcio y fósforo, indirectamente interviene en la mineralización de los huesos, la vitamina D3 se produce en la piel por exposición al sol y la vitamina D2 su fuente principal es sólo la dieta y en muy escasa cantidad se encuentra en la yema de huevo y el pescado, la deficiencia de vitamina D puede causar raquitismo en los niños y osteomalacia en adultos. La vitamina C (ácido ascórbico) actúa como un antioxidante, en la síntesis de la colágena y en la absorción de hierro; sus fuentes principales son algunas frutas y verduras frescas; la deficiencia de vitamina C incluye escorbuto, hemorragias, mala cicatrización y hasta la muerte. En cuanto al ácido fólico, éste es un fosfato cuya principal función es la síntesis de los ácidos nucleicos y de la hemoglobina; sus fuentes principales son las verduras de hojas verdes y el hígado; sus deficiencias pueden causar anemia (Papalia, 1998; Casillas y Vargas, 1985).

Las deficiencias minerales más comunes de los adolescentes son el hierro, calcio y zinc. La anemia por deficiencia de hierro es común entre los adolescentes y los jóvenes necesitan una fuente continua de pan enriquecido con hierro, frutas secas y vegetales de hoja verde; en este periodo las necesidades de hierro se incrementan a causa del aumento de la masa corporal y a cambios en el funcionamiento de los aparatos circulatorio y respiratorio. La cantidad de calcio que requieren los jóvenes es indispensable para el crecimiento de los huesos y se obtiene consumiendo cantidades suficientes de leche, sin embargo, quienes sufren intolerancia a la lactosa pueden obtener el calcio de otros alimentos como el salmón y el brócoli. Muchas jóvenes evitan tomar leche por temor a aumentar de peso pero en realidad la leche descremada contiene más calcio que la leche entera. En la dieta diaria debe incluirse alimentos con zinc; como carnes, huevos, comida del mar y cereales de grano entero, ya que una deficiencia leve de esta sustancia puede ocasionar un retraso en la madurez sexual (Papalia, 1998; Casillas y Vargas, 1985).

Sarría y Moreno (2003, p.210) definen que los hábitos alimentarios de los adolescentes se caracterizan por:

- a) Una tendencia aumentada a saltarse comidas, especialmente el desayuno y con menos frecuencia la comida de mediodía;
- b) Realizar comidas fuera de casa;
- c) Consumir Snacks, especialmente dulces;
- d) Comer en restaurantes de comidas rápidas; y
- e) Practicar gran variedad de dietas.

Y explican estos patrones conductuales por la nueva independencia de la que disfrutaban, dificultad para aceptar los valores existentes, búsqueda de la propia identidad, deseo de aceptación y necesidad de conformarse al estilo de vida de sus compañeros y amigos.

Sarría y Moreno (2003) presentan algunos consejos para la nutrición adecuada de los adolescentes:

- a) Comer la mayor variedad posible de alimentos;
- b) Guardar un balance entre lo que se come y la actividad física;
- c) Elegir una dieta abundante en cereales, verduras y frutas;
- d) Elegir una dieta pobre en grasa, grasa saturada y sal; y
- e) Elegir una dieta que proporcione suficiente calcio y hierro para satisfacer los requerimientos de un organismo en crecimiento (p. 214).

El ISSSTE (2004), publica un boletín con un texto titulado: "La EDN del ISSSTE colabora en el diseño del *Plato del Bien Comer*, guía alimentaria que reemplazará a la pirámide nutricional, de origen extranjero" en el cuál la nutrióloga Angélica Díaz Aranda, jefa de la Unidad de Divulgación de la Escuela de Dietética y Nutrición, indica que para reorientar la conducta alimentaria de los mexicanos, expertos del ISSSTE colaboran con las demás instituciones del Sector Salud en el diseño del denominado *Plato del Bien Comer*, que es una guía para seleccionar y combinar los alimentos diarios, a fin de lograr una dieta sana y reducir así la posibilidad de desarrollar obesidad y otros trastornos nutricionales ([http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2004/octubre/b288\\_2004.html](http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2004/octubre/b288_2004.html)).

Figura 2.1. Plato del Bien Comer



Fuente: [chef.mty.itesm.mx/BnetSuite/Comesano/cs\\_plato.htm](http://chef.mty.itesm.mx/BnetSuite/Comesano/cs_plato.htm)

La figura 2.1 muestra la representación gráfica del Plato del Bien Comer, este incluye 5 tipos de alimentos clasificados en 3 grupos (En <http://www.nutreymuevetuvida.uady.mx.g> y <http://www.grupobimbo.com.mx/nutricion/faq.php>):

GRUPO 1. Incluir una gran cantidad, todas las clases y en diferentes preparaciones.

- ψ Frutas (guayaba, papaya, melón, toronja, lima, naranja, mandarina, plátano, zapote, ciruela, pera, manzana, fresa, chicozapote, mango, mamey, chabacano, uvas, entre otras): son fuente importante de hidratos de carbono, agua, vitaminas, fibra vegetal, carotenos, vitamina A y C y de ácido fólico.
- ψ Verduras (acelgas, verdolagas, quelites, espinacas, flor de calabaza, huauzontles, nopales, brócoli, coliflor, calabaza, chayote, chícharo, tomate, jitomate, hongos, betabel, chile poblano, zanahoria, aguacate, pepino, lechuga, entre otras): son fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra.

GRUPO 2. Consumir suficientes, ya que nos dan energía.

ψ Cereales (productos de maíz como la tortilla y otros productos de nixtamal, productos de trigo como pan, galletas y pasta, arroz, avena, cebada y amaranto) y tubérculos (papa, camote y yuca): aportan principalmente energía a la dieta, por su alto contenido en hidratos de carbono, además de proteínas, minerales, vitaminas, en particular tiamina, y ácidos grasos esenciales.

GRUPO 3. Es importante combinar el consumo de cereales con leguminosas en una misma comida para obtener proteínas de buena calidad.

ψ Leguminosas (frijol, haba, lenteja, garbanzo, arveja, alubia y soya): son fuente importante de proteínas, hidratos de carbono, fibra y vitaminas.

ψ Alimentos de origen animal (leche, queso, yogurt, huevo, pescado, pollo, carnes rojas y vísceras). La leche y sus derivados son fuente fundamental para el aporte de calcio y también de proteínas y agua. La carne, el pescado y el huevo, son fuente de proteínas de alto valor biológico, minerales (hierro, zinc) y vitaminas, sobre todo del complejo B.

El Plato del Bien Comer contempla 4 puntos principales:

- Incluir al menos un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas del día.
- Comer la mayor variedad posible de alimentos.
- Comer de acuerdo con sus necesidades y condiciones: ni de más, ni de menos.
- Consumir lo menos posible de grasas, aceites, azúcar y sal.

(<http://www.nutreymuevetuvida.uady.mx>).

## CAPÍTULO III. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).

### 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En épocas del Imperio Romano la anorexia empezaba a hacer estragos en la población femenina, aunque todavía no se le conocía con este nombre. Metrodora (citada en Gómez, 1996), una médica griega que ejerció en Roma en el siglo I, escribió un tratado sobre las enfermedades de la mujer. En el capítulo dedicado a las jóvenes habló de la sirtegia que significaba “rechazo al alimento”. Las mujeres anoréxicas de ésta época, de forma inconsciente, provocaban una amenorrea para liberarse de la función de la fertilidad aún sabiendo que esto las colocaba en una situación social marginal. Muchas de ellas se obstinaron en elegir el riesgo de la enfermedad, del estigma e incluso de la muerte en plena juventud. La razón era liberarse de su destino marcado por su biología femenina, este destino al que ellas renunciaban estaba decidido por sus padres que las casaban a la fuerza con hombres que no amaban.

Durante la Edad Media, especialmente entre 1200 y 1500, coincidiendo con la aparición de las ordenes mendicantes, un número creciente de mujeres religiosas se entregaron a practicas ascéticas de todo tipo, siendo el ayuno una de las más difundidas. La privación de alimentos garantizaba una cierta pureza. Purificación y penitencia han sido asociadas al ayuno en la mayor parte de las religiones (Toro, 1996; Caparrós, 1997).

Durante la época medieval, la mayoría de las Santas eran también anoréxicas, por lo que Rudolph Bell (1985) denominó a este fenómeno “Anorexia Santa”. La mayor hazaña de una santa consistía en la defensa de su virginidad y en vencer su cuerpo mediante el hambre, la salud y los azotes. El ayuno formaba parte de la práctica religiosa en general. A partir de los siglos XIV y XV la anorexia comienza a extenderse como una epidemia entre las mujeres, fuera ya de las abadías y conventos (Gómez, 1996).

Con la llegada de la Reforma protestante, se dejó de considerar a las mujeres ayunadoras como puras o santificadas, para ser perseguidas por el supuesto de que eran motivadas por Satán. Estas mujeres que restringieron dramáticamente su alimentación fueron objeto de una gran atención pública y con frecuencia obtenían recompensas materiales (Bell, 1985). Los panfletos y periódicos de la época consideraban estos ayunos como milagrosos, un signo de la presencia de dios en la tierra, y más tarde como un sorprendente fenómeno natural. Con frecuencia el ayuno se acompañaba de otras “señales de satanidad”, desde practicas ascéticas también autolesivas hasta visiones y estigmatizaciones. Bell (1985) sugiere que una gran parte de esas mujeres eran auténticas anoréxicas nervosas. No obstante, Toro (1996) señala que el ayuno religioso debería ser considerado en su contexto histórico y no a partir de los prejuicios de hoy, indica que el ayuno religioso sería considerado patológico en nuestros tiempos, sin embargo en la Edad Media su justificación e interpretación religiosas fueron evidentes.

Según las revisiones de Toro (1996), Caparrós (1997), Chinchilla (1995) y Kirszman y Salgueiro (2002), la primera aproximación propiamente médica al trastorno anoréxico se produjo en el siglo XVII cuando Richard Morton, doctor en medicina en la Universidad de Oxford y médico británico, llevó a cabo la primera descripción del cuadro. La plasmó en su obra *Phthysiología, seu exercitationes de phthisi*, publicada en el año de 1689 y traducida al inglés como *Phthiologia or a treatise of consumptions*, en donde Richard Morton describe la anorexia como consunción nerviosa.

En 1874, Gull empleó por primera vez el término anorexia nervosa, estado mental, producido por trastornos centrales y hereditarios. Lasségue describió la anorexia definiéndola como inanición histérica, anomalía intelectual, trastorno cerebral y hereditario, con represión de un deseo más o menos consciente (citados en Chinchilla, 1995).

El psiquiatra francés Pierre Janet dio un nuevo impulso al análisis y descripción de la anorexia. Janet estudió varios pacientes anoréxicos durante mucho tiempo describiendo dos formas de la anorexia: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre, la paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo y temería engordar, desarrollarse y hacerse

mujer. La forma histérica implicaría una pérdida real del apetito, la incapacidad para comer se acompañaría de una notable frecuencia de vómitos. Para Janet la anorexia tenía un origen emocional, los pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo y estaban obsesionados con la idea de su volumen corporal, además, interpretó todas estas manifestaciones en relación con la sexualidad (Janet, 1903, citado en Toro, 1996).

A finales del siglo XIX Freud (citado en Toro, 1996; Kirszman & Salgueiro, 2002) describe un caso de anorexia tratado con hipnosis. Poco después describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o una neurosis de la alimentación con melancolía en la que la sexualidad no había alcanzado un adecuado desarrollo, calificándola como “neurosis nutricional”. Para Freud todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulso sexual.

Tras la Segunda Guerra Mundial, se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario, las observaciones y métodos exploratorios se van haciendo más rigurosos, y las explicaciones etiopatogénicas más complejas, menos simplistas y reduccionistas. Bruch (1973) planteó que la anorexia nervosa debía entenderse en términos del desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. Selvini Palazzoli (1974) con una visión cultural atribuyó el desarrollo de la anorexia nervosa a la emergencia de una sociedad opulenta orientada hacia el consumo; plantea la trascendencia de la dinámica familiar por ser ésta el principal agente transmisor de los valores y prácticas sociales; sugiere que la anorexia nervosa es más frecuente en las muchachas que en los varones, porque ellas continúan sujetas a mucho más control familiar que los chicos, el alimento y las comidas constituyen alimentos susceptibles de simbolizar esas luchas y conflictos concretados en el medio familiar (Toro, 1996).

En cuanto a la bulimia hay menos información histórica, ya 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. En un banquete se 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, donde señaló que el bulímico tiene el alimento como su principal obsesión y preocupación. Cuando la bulimia se acompañaba de vómito hablaba de *Cinorexia*. Russell en 1979, describe la bulimia como tal (citados en Toro, 1996). Kirszman y Salgueiro (2002) afirman que la bulimia nervosa y los cambios en la presentación de la anorexia nervosa emergieron en los años 80 como resultado de modos culturales: el deseo de la delgadez tan obsesivamente perseguido por las culturas occidentales.

## 2. DEFINICIÓN, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CONSECUENCIAS

Chinchilla (2003) define a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), tanto a la anorexia como a la bulimia nervosas, como patologías complejas con múltiples factores en la etiopatogenia, la influencia de factores biológicos, conductuales, ambientales y socioculturales. Por esta razón es la necesidad de realizar un abordaje multifactorial que ponga en marcha diversas unidades especializadas en su tratamiento.

Cabe señalar que dentro del marco de este estudio al hacer referencia al calificativo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (bulimia y anorexia *nervosas*), se utiliza el término “*nervosa*”, en lugar de “*nerviosa*”, debido a que el primero hace alusión a la naturaleza psicológica, mental o emocional del trastorno y lo distingue de otro tipo de anorexias que puede tener otros orígenes, por ejemplo: a) rechazo del alimento por razones fisiológicas, como malformaciones congénitas de la laringe, o b) por razones comórbidas, como los efectos secundarios de medicamentos o de otras enfermedades que afectan al apetito como la diabetes o el cáncer (Gómez-Peresmitré, 2001).

En la clasificación propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR, 2000), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) incluyen la anorexia nervosa y la bulimia nervosa que son los más conocidos y son clasificados en el rubro de los trastornos específicos. Aunque también existen otros tipos de TCA que no cumple con todos y cada uno de los requisitos para ser diagnosticada como anorexia o bulimia nervosas, estos son los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos (TANE). A pesar de que la obesidad es un problema serio y común en nuestra sociedad, en el DSM-IV no aparece, ya que desde su punto de vista no



se ha establecido una asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales, existiendo una controversia en cuanto a su etiología: biológica vs. mental. Sin embargo, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) aparece como una enfermedad médica (García-Camba, 2001).

## 2.1 ANOREXIA NERVOSA.

### Definición.

La palabra anorexia nervosa está compuesta por el prefijo negativo *an* y el verbo *orexiu*, el prefijo que significa ausencia, carencia y el verbo que significa tocar, tender, ofrecer algo, desear a alguien, entonces las personas anoréxicas al menos etimológicamente son personas que no desean, que no tienden (Baravalle, 1993, citado en Caparrós, 1997).

La Anorexia Nervosa puede entenderse como un trastorno bio-psico-socio-cultural severo caracterizado por el rechazo voluntario de la ingestión de alimentos y por una importante pérdida de peso corporal. La época moderna en el estudio de la Anorexia Nervosa (AN) se inicia en 1950 con los trabajos de la psicoanalista Hilda Bruch y es hasta la década de los 80s' que aparece clasificado en el DSM-III (Gómez Peresmitré, 2001).

### Criterios diagnósticos

En la última revisión de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR, 2000) se presentan los siguientes criterios diagnósticos.

- A. 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 inferior al 85% del esperado).

- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exagerando su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, sin otro motivo que lo justifique (p.659).

### Subtipos

- Tipo restrictivo: La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo.
- Tipo compulsivo/purgativo: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Algunos casos no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de haber ingerido pequeñas cantidades de comida (DSM-IV-TR 2000. p. 655).

La CIE-10 (OMS, 1992) para diagnosticar el trastorno de anorexia nervosa requiere la presencia de las siguientes alteraciones:

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal menor a 17,5). Los prepúberes no experimentan la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- B. La pérdida de peso esta originada por el propio enfermo a través de: evitación de consumo de “alimentos que engordan”, vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anoréxigenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal (sobreevaluación), pavor ante la gordura o la flacidez. Se imponen un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que provoca en la mujer amenorrea y en el varón una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones

altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad e incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía (pp.220-221).

Además, la CIE-10 incluye:

- La anorexia atípica: son los casos en que faltan una o más de las características principales de la anorexia nervosa (como amenorrea o pérdida significativa de peso) pero presentan un cuadro clínico bastante característico. También se incluyen los casos en que se presenta todos los síntomas importantes de la anorexia nervosa, pero en grado leve (OMS, 1992 pp. 220-221).

## **Consecuencias**

Crispo, Figueroa y Guelar (1998) consideran que, en la anorexia nervosa, como consecuencia directa de la dieta y de la pérdida de peso o un bajo peso en relación con la edad, talla, sexo y complexión, aparecen varias complicaciones físicas.

Se produce disminución del gasto energético y como consecuencia, disminución de la temperatura corporal, de las pulsaciones cardíacas (bradicardia) y la presión arterial (hipotensión). El déficit de calcio, potasio y magnesio pueden producir arritmias cardíacas que pueden llevar a la muerte por paro cardíaco. La piel se vuelve áspera, seca y quebradiza. Las extremidades (manos y pies) suelen estar frías y de color violáceo, debido a las alteraciones circulatorias. Puede hallarse un color amarillento en las palmas de las manos (hipercarotinemias). Aparece un vello fino tipo pelusa en áreas del cuerpo que normalmente no tienen vello (lanugo). Se disminuye la movilidad intestinal como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio. Esto, junto con la baja ingestión de alimentos, favorece la aparición de constipación pertinaz, que en ocasiones puede requerir la utilización de enemas evacuantes. Se suspende la menstruación y puede ocurrir una disminución de la fertilidad, La disminución de calcio puede

producir osteoporosis. Es frecuente la aparición de anemias por déficit de hierro (Crispo, Figueroa & Guelar, 1998).

## **2.2. BULIMIA NERVOSA.**

### **Definición.**

Bulimia viene del griego antiguo, *limos* significa hambre y el prefijo *bou* significa cantidad, o *boul* que significa buey, el término resultante puede traducirse por “hambre de buey” (Toro, 1996). 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-ingestión, con modificación ponderal (del peso corporal) del individuo o sin ella. La bulimia es un trastorno que, al igual que la anorexia, se presenta preferentemente en mujeres y además ambos trastornos suelen aparecer juntos. Sin embargo una de las diferencias entre ambos trastornos es que en la bulimia no es frecuente la aparición de amenorrea y durante ella son habituales los síntomas de depresión y labilidad emocional, siendo mayor el riesgo de suicidio (Gómez Peresmitré, 2001).

### **Criterios diagnósticos.**

La Asociación Americana de Psiquiatría publicó los criterios diagnósticos del cuadro de bulimia nervosa en el DSM-IV en el año de 1994, los criterios actuales se exponen a continuación (DSM-IV-TR, 2000):

- A. Episodios de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
1. Comer en un periodo de tiempo una importante cantidad de comida, más que la que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de las 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, abuso de laxantes, diuréticos, enemas, u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa (p.665).

### Subtipos

- Tipo purgativo: el enfermo se provoca el vómito y hace un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- Tipo no purgativo: el enfermo emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas como ayuno, ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni hace un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (DSM-IV-TR 2000. p. 662).

Para el diagnóstico de bulimia nervosa, la CIE-10 (OMS, 1992) presenta los siguientes criterios:

- A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, consumo de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido durante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.
- C. Miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad o al de su peso óptimo o sano. Puede existir antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastorno de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida, o por el contrario

adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

- D. Distorsión de la imagen corporal (sobreevaluación), pavor ante la gordura o la flacidez, se impone a sí mismo a permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal
- E. Trastorno endocrino generalizado que provoca en la mujer amenorrea y en el varón una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- F. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad e incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía (pp.220-221)

La CIE-10 considera:

- La bulimia atípica: Incluye los casos en que faltan una o más de las características principales de la bulimia nervosa pero presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal, pero presentan episodios de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas (OMS, 1992. pp. 220-221).

## **Consecuencias**

Crispo, Figueroa y Guelar (1998) consideran que, en la bulimia nervosa, se produce una serie de graves alteraciones que abarcan varios órganos y sistemas. En la boca, como consecuencia de la acción de vomitar, el ácido clorhídrico, afecta de forma irreversible el esmalte dentario y provoca inflamación de encías, paladar y garganta; las parótidas (glándulas salivales) aumentan de tamaño generando un aspecto regordete. Como consecuencia de los vómitos y el uso de diuréticos, se producen alteraciones electrolíticas, como la reducción de potasio, calcio y magnesio en la sangre que afecta el funcionamiento del corazón, ocasionando arritmias cardiacas que pueden llevar a la muerte por paro cardiaco. La disminución de sodio ocasiona hipotensión y taquicardias, la pérdida de magnesio ocasiona debilidad muscular, hormigueos y calambres, la pérdida de agua y electrolitos genera deshidratación. En el aparato digestivo, se puede presentar

ruptura esofágica debido al esfuerzo realizado al vomitar. En el estómago, es bastante frecuente la aparición de gastritis y lentitud del vaciamiento gástrico; con menos frecuencia ocurre la dilatación gástrica aguda y la ruptura gástrica. A nivel intestinal, como efecto inmediato del uso de laxantes, pueden aparecer diarreas y cólicos, pero lo más frecuente es la constipación grave, ya que los intestinos se acostumbran a trabajar bajo el estímulo de los laxantes y ya no responden a los estímulos normales. Aunque es poco frecuente, puede dañarse el aparato respiratorio, si llegan contenidos gástricos a las vías aéreas se puede provocar cuadros de bronquitis o neumonías aspirativas. En el aparato genital es frecuente la aparición de irregularidades menstruales como consecuencia del caos alimenticio que altera el funcionamiento del sistema endocrino. En las manos pueden aparecer callosidades, erosiones y lastimaduras por efecto del roce con los dietes cuando se introduce la mano a la boca para inducir el vómito (Crispo, Figueroa & Guelar, 1998).

## **2.2 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICO (TANE).**

En el DSM-IV-TR (2000), dentro de los criterios diagnósticos para la conducta alimentaria, se incluye el criterio para “Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado” (TANE). En este criterio están incluidas las personas que tienen episodios recurrentes de atracones y que no cumplen con los criterios para anorexia o bulimia nervosa. A continuación se enlistan los criterios diagnósticos del TANE:

- 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 peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 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.
- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa (vómito autoinducido) (p. 665).

En el DSM-IV se define “atracción” como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo (inferior a dos horas) una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. El atracón no tiene porque producirse en un sólo lugar: por ejemplo, un individuo puede empezarlo en un restaurante y continuarlo después en su casa. El tipo de alimentos que se consumen en un atracón puede ser variado, aunque generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico, se realizan por lo regular a escondidas o con disimulo y el episodio puede durar hasta que el individuo ya no pueda más e incluso hasta sentir dolor por la plenitud. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad. No se trata de un atracón el ansia de comer un determinado tipo de alimento (carbohidratos) o el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

### **3. EPIDEMIOLOGÍA.**

La prevalencia y la incidencia son las medidas básicas en la frecuencia de la enfermedad. La prevalencia se refiere al número total de casos en la población. La incidencia es el número de nuevos casos en la población en un periodo específico de tiempo (usualmente un año) y es expresado sobre 100,000 de la población por año, representa la situación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el momento de la detección (Wijbrand & Hoeken, 2003).

La anorexia nervosa se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres adolescentes (13-19 años), alcanzando un pico de prevalencia entre los 17 y 19 años, sin descartar su presencia entre las preadolescentes (11 y 12 años) y mujeres mayores de 20 años (Gómez Peresmitré, 2001).



En México, González, Unikel, Cruz y Caballero (2003) mencionan que la prevalencia de la anorexia nervosa entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que en la bulimia nervosa alcanza 3%; la distribución por sexo es de 10:1, donde las mujeres adolescentes son la población más vulnerable.

De acuerdo con Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel (2001) la prevalencia de la anorexia nervosa no varía en función de la clase social o de la raza, los supuestos originales planteaban que estos trastornos eran característicos de las sociedades altamente desarrolladas, así como de las clases sociales altas y de la raza blanca, no obstante actualmente se sabe que son problemas que se extienden rápidamente y se producen en menor o mayor medida en toda sociedad moderna, sin importar el nivel de desarrollo. Así mismo estas autoras señalan que los resultados que se han obtenido en muestras de poblaciones adolescentes y preadolescentes muestran que no se presentan los trastornos alimentarios como tales (por ejemplo, anorexia nervosa o bulimia nervosa, como se definían en el DSM-III y DSM-IV) lo que sus datos mostraban era lo que denominan factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria. La frecuencia con la que se presentaban era menor que la reportada para las preadolescentes y adolescentes estadounidenses (Ledoux, Choquet & Flament, 1991; Ledoux, Choquet & Manfredi, 1993). De igual forma la prevalencia reportada en los estudios Europeos es menor que la encontrada entre las muestras de los Estados Unidos (Healty, Conroy & Walsh, 1985; Ferrero, Archinard, Jeanneret, Luka & Reverdin, 1987; Lavik, 1989, citados en Ledoux, Choquet & Flament, 1991; Ledoux, Choquet & Manfredi, 1993).

De acuerdo con Chinchilla (2003), existen numerosos estudios epidemiológicos que dan cifras no concordantes de prevalencia debido a la falta de uniformidad de las condiciones de los estudios y los criterios para la inclusión de casos en las muestras. De esta forma, señala que la prevalencia de la anorexia nervosa entre mujeres sería de 0,5 al 3,7% y de la bulimia del 1,1 al 4,2% dependiendo de si los criterios son estrictos o no. Sin embargo indica que los casos de bulimia son cuatro veces más frecuentes que los de anorexia y que es claro que la prevalencia ha aumentado desde los años 70.

## 4 ETIOLOGÍA: FACTORES PREDISPONENTES, DESENCADENANTES Y PERPETUANTES.

La etiología de estos trastornos es compleja y no está totalmente resuelta. Diversos autores (Turón, 2003; Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000 y Chinchilla, 2003) sugieren que la etiología de los TCA es multifactorial, es decir, los caracteriza la inespecificidad de los factores predisponentes, aceptándose la influencia de factores biológicos (genéticos y neuroquímicos), psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima); familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos) y sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética) (Marin, 2002).

En la etiología de los TCA se considera que existen factores *predisponentes*: socioculturales, familiares e individuales, que cuando están presentes obligan al equipo de salud a estar muy atentos para prevenir un TCA; más aun si a los anteriores se suman factores *precipitantes*, que determinan que la paciente inicie una dieta sin estar con sobrepeso u obesidad, y procesos *perpetuantes*, que hacen que mientras más se demore en iniciar el tratamiento más costará revertirlos (Marin, 2002).

Los factores predisponentes son aquellos que favorecen la disposición del individuo a presentar el trastorno. Garner y Garfinkler (1980) mencionan que existen factores predisponentes socioculturales, familiares e individuales. Un ejemplo de los factores socioculturales predisponentes son los patrones estéticos corporales promovidos por los medios de comunicación (Toro y Villardel, 1987). Entre estos factores predisponentes se cuenta la existencia de anomalías familiares inespecíficas (Toro y Villardel, 1987). Desde una perspectiva individual son factores predisponentes los factores genéticos, las complicaciones perinatales, los acontecimientos estresantes tempranos, la edad, el sexo, anomalías relacionadas con los primeros años de vida, la presencia de trastornos afectivos y la obesidad previa (Toro y Villardel, 1987; Marin, 2002).

Los factores precipitantes son los desencadenantes para que se presente el trastorno. Entre estos se encuentran los acontecimientos estresantes como separaciones, o pérdidas familiares, modificaciones biológicas propias de la pubertad, fracasos en experiencias emocionales y/o sexuales, fracaso personal, incremento rápido de peso, incremento de la actividad física, enfermedad somática y accidentes (Chinchilla, 1995; Toro y Villardel, 1987).

Los factores perpetuantes son aquellos que favorecen el mantenimiento de la enfermedad, actúan manteniendo el cuadro y lo hacen evolucionar. Los factores perpetuantes de los trastornos alimentarios pueden darse a nivel fisiológico, con alteraciones hipotalámicas con base en la disminución de la regulación de la temperatura, de la hormona pituitaria y de los centros de hambre-saciedad. Así mismo, las actitudes y la preocupación hacia la comida, la conducta de atracones y purgas y la hiperactividad son factores que favorecen que esas conductas se mantengan (Chinchilla, 1995; Toro y Villardel, 1987).

## **5. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).**

Los factores de riesgo que influyen en los TCA son aquellos que favorecen el desarrollo de dichos trastornos, afectando seriamente la salud y aumentando las probabilidades de dicha enfermedad. Estos factores pueden ser de naturaleza bio-psico-socio-cultural (Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

Si se toma en cuenta que entre los factores de riesgo de los TCA se encuentra la influencia de los valores sociales y transculturales reforzados y difundidos por los medios globalizados de comunicación social, entonces puede decirse que los TCA, independientemente del desarrollo del país, de la raza y del nivel socioeconómico son primero que nada, característicos (producto y reflejo) de nuestros tiempos (Gómez Peresmitré, 2001).

Los factores de riesgo en el campo de los TCA se han clasificado desde diferentes perspectivas, Striegel-Moore, Silberstein y Rodin (1986) y Garfinker, Garner y Goldbloom (1987) han

especificado tres categorías de factores de riesgo presentes al inicio y/o en la cronicidad de los desórdenes del comer: factores socioculturales, factores individuales (factores psicopatológicos, desórdenes de la personalidad, obesidad, diabetes) y factores familiares (estructura familiar estricta, sobreprotección, psicopatología familiar) (citados en Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001). En esta categorización de factores de riesgo, Fernández (2003) puntualiza los tres tipos de la siguiente forma:

#### FACTORES DE RIESGO SOCIOCULTURALES:

- Culturales occidentalizadas
- Valoración de ideales delgados de belleza
- Determinadas situaciones laborales

#### FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES:

- Valoración excesiva del rendimiento escolar
- Timidez y retraimiento social
- Personalidad obsesivo-compulsiva
- Realización de dietas
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de ansiedad y/o fobia social
- Experiencias traumáticas en la infancia/adolescencia
- Críticas respecto al físico

#### FACTORES DE RIESGO FAMILIARES:

- Problemas de alcoholismo en padres
- Trastorno obsesivo-compulsivo y/o afectivo en madre
- Obesidad en madres
- Trastorno alimentario atípico en madres (p. 2)

Gómez Peresmitré (2001) clasifica los factores de riesgo en cuatro categorías tomando en cuenta la naturaleza de las variables arrojadas en sus investigaciones antecedentes:

1. Asociados con la imagen corporal. Los factores de riesgo incluidos en esta categoría son: satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal; alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación); preocupación por el peso corporal y por la comida; actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa; figura real, ideal e imaginaria; peso deseado y atraktividad ligada a delgadez.
2. Asociados con conducta alimentaria. El más importante es el seguimiento de dieta restringida; atracones (binge eating); conducta alimentaria compulsiva; hábitos alimentarios inadecuados; ayunos; saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena); disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico “engordadores”; y consumo de productos “light”.
3. Aquellos relacionados con el cuerpo biológico. Peso corporal; talla o estatura; madurez sexual precoz/tardía y/o amenorrea.
4. Conductas compensatorias. En donde se encuentran 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).

De acuerdo con la clasificación anterior, la mayoría de los factores de riesgo que se consideraron en este estudio como variables dependientes, pertenecen al rubro de los factores de riesgo asociados con la imagen corporal (“insatisfacción con la imagen corporal”, “preocupación por el peso y la comida” y “actitud negativa hacia la obesidad”), a excepción de “seguimiento de dieta restringida” que pertenece al rubro de los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria. A continuación se expondrán los factores de riesgo asociados con la imagen corporal y con la conducta alimentaria.

## **Factores de riesgo asociados con imagen corporal.**

Head (1920) definió la imagen corporal, desde un punto de vista neurológico, como esquema corporal: “la percepción diagramática del propio cuerpo en la consciencia”. A principios de los sesenta, la definición adquirió un cariz psicológico, Fisher y Cleveland (1958) denominan imagen corporal a los “sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo” (citados en Kirszman & Salgueiro, 2002).

Cash y Pruzinsky (1990) definen imagen corporal como una actitud hacia el propio cuerpo y de manera particular, hacia la propia apariencia. La imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre las cuales se encuentra la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos como los que se sufren en la pubertad (citados en Gómez Peresmitré, 2001).

La imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa, en tanto que tiene como referente los estereotipos de belleza y de rol. La imagen corporal negativa se relaciona con los Trastornos de la Conducta Alimentaria y con las dificultades psicosociales (Gómez Peresmitré, 2001).

El nivel o grado de *satisfacción-insatisfacción* y *distorsión* son las dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

La insatisfacción con la imagen corporal tiene dos orígenes: uno de carácter psicológico-social y otro de naturaleza cognoscitiva, en tanto que interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento; además de

conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez Peresmitré, 1993).

El nivel de *satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal* se refiere al grado en que al individuo *le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de su cuerpo con respecto a la forma corporal ideal percibida* por el individuo. Para medir o valorar la insatisfacción con la imagen corporal se ha hecho uso de figuras que fluctúan desde muy delgadas hasta muy gruesas, donde la tarea del participante consiste en seleccionar su figura actual y su figura ideal y una diferencia igual a cero entre ambas representa la satisfacción de la persona con su imagen corporal (Gómez Peresmitré, 2001). En un estudio realizado por Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, (2001) en una muestra de adolescentes estudiantes de primaria y secundaria (N= 960) con una edad promedio de 11 años, se encontró que el 56% de las niñas presentaban satisfacción y 44 % insatisfacción, de las cuales 15% mostró insatisfacción negativa (la figura actual más delgada que la ideal) y 29% insatisfacción positiva (figura actual más gruesa que la ideal).

En una muestra conformada por 5,187 adolescentes, 2,270 hombres y 2,917 mujeres, Gómez Pérez-Mitré (2001) encontró la presencia de insatisfacción con la imagen corporal en el 72% de los varones y el 80% de las mujeres, alteración de la imagen corporal en el 50% de los hombres y el 49% de las mujeres, presencia de dieta restringida en el 23% de hombres y en el 44% de las mujeres. La prevalencia de la conducta de atracón (binge eating) fue del 30% y 7% para hombres y mujeres, respectivamente. El 13% del grupo de hombres y el 30% del grupo de mujeres se sentían preocupadas por su peso. Aquí se puede observar que el factor de riesgo que estuvo presente con mayor porcentaje, tanto en hombres como en mujeres, fue la insatisfacción con la imagen corporal.

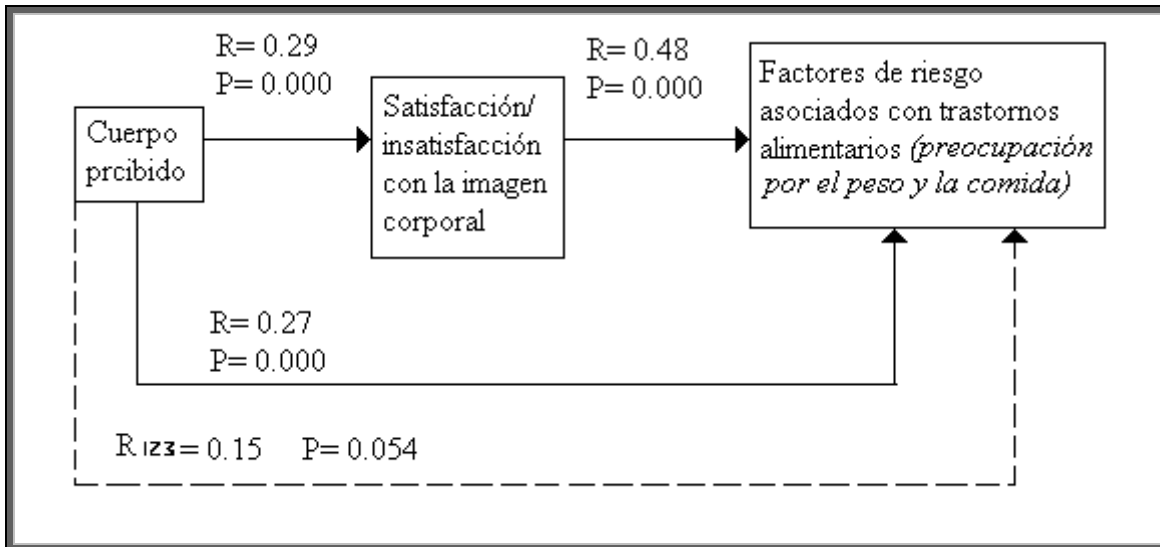
Algunos autores consideran que la insatisfacción con la imagen corporal es uno de los aspectos centrales en el origen de los TCA. En México, se ha demostrado que la variable insatisfacción con la imagen corporal es uno de los factores de riesgo con mayor recurrencia en el desarrollo de los trastornos de la alimentación. En una investigación con 524 mujeres universitarias con una media de edad de 19.3 años, Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Roman (1999),

evaluaron las diferencias entre un grupo con trastornos alimentarios y un grupo control sin trastornos alimentarios con respecto a los factores de riesgo. Fueron asignados al grupo con trastornos alimentarios las jóvenes que rebasaron el punto de corte del Test de Actitudes hacia la Alimentación (E.A.T.-40) validado en España y del Test original de Bulimia (B.U.L.I.T.), ambos adaptados para población mexicana. Los factores de riesgo medidos en esta investigación fueron retomados de los instrumentos: Inventario de Desordenes Alimentarios (E.D.I.), el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (C.I.M.E.C.) y el Cuestionario de Imagen Corporal (B.S.Q.). En los resultados reportan que en el grupo con trastornos, de los factores del BSQ (que incluye imagen corporal, miedo a engordar y baja autoestima) la insatisfacción corporal obtuvo la media más alta ( $X=11.42$ ) seguido por baja autoestima ( $X=11.16$ ) y miedo a engordar tuvo la media más baja ( $X=05.93$ ). En el grupo control se observó que la imagen corporal también obtuvo una media mayor que los otros dos factores ( $X=2.79$ ), siendo  $X=1.66$  y  $X=1.33$  para baja autoestima y miedo a engordar, respectivamente. Sin embargo, los factores de riesgo del (C.I.M.E.C.) se presentaron en el siguiente orden: presión social, con  $X=21.83$  para el grupo con trastorno y  $X=12.83$  para el grupo sin trastorno, seguido de insatisfacción corporal con  $X=16.02$  y  $X=09.44$  para los grupos con y sin trastorno alimentario, respectivamente. Estos resultados muestran la relevancia del factor “satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal”, en ambas muestras la insatisfacción con la imagen corporal es uno de los factores con las medias más altas en comparación con los otros factores considerados en la investigación. De esta manera se concluye que la insatisfacción con la imagen corporal es un factor de riesgo que mantiene una relación muy estrecha con los trastornos alimentarios. Los resultados muestran que todos los factores de riesgo obtuvieron una media más alta en el grupo con trastornos que el grupo control, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Gómez Peresmitré (2001) probó que la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal es una variable mediadora entre el cuerpo percibido y los factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios, específicamente la preocupación por el peso y la comida. Esto lo explica a través de un modelo cuyas correlaciones son significativas con magnitudes bajas, sin que ello afecte la importancia teórico-práctica de su modelo. Ver figura 3.1.



Fig. 3.1. Modelo satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal.



Fuente: Gómez Peresmitré (2001, p.287).

De las variables que aparecen en el modelo, la primera es la independiente, la segunda la interviniente y “preocupación por el peso y la comida” es la variable dependiente, ésta corresponde al factor 3 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) para mujeres. El análisis mostró que:

1. Los puntajes satisfacción-insatisfacción regresionan significativamente por separado: con la variable “cuerpo percibido” y con el puntaje del factor de riesgo.
2. El cuerpo percibido no se correlaciona con el factor de riesgo (línea punteada) y sí con la satisfacción-insatisfacción.
3. Cuerpo percibido y el factor de riesgo no se correlacionan si no es a través de la Insatisfacción Corporal. (línea no punteada que une el cuerpo percibido y el Factor de Riesgo).

La implicación teórica es que en la intervención terapéutica de los Trastornos Alimentarios, es central la imagen corporal. De modo que, independientemente de la técnica empleada, se tendrá mayor probabilidad de éxito si primero se trabaja con la percepción corporal de la paciente, ya que es más importante la percepción subjetiva (sentirse atractiva) que la realidad objetiva (ser atractiva) (Gómez Peresmitré, 2001).

La *alteración de la imagen corporal* es un factor que hace referencia a un efecto de *distorsión* en que las personas se *auto perciben* más delgadas (sub-estimación) o más gruesas (sobre-estimación) de lo que realmente son. Una persona con diagnóstico de anorexia nervosa puede estar sumamente delgada y no obstante *percibirse* “gorda”. La diferencia entre *distorsión* y *alteración de la imagen corporal*, consiste en que ésta última no implica una ruptura con la realidad sino un efecto de sobreestimación o subestimación del tamaño corporal que aparece en población normal. En el caso de la anorexia nervosa, la respuesta patológica se expresa “como una verdadera *distorsión* de la imagen corporal” que implica una ruptura con la realidad en la que el paciente encontrándose ya en estado de delgadez extrema o emaciación, se percibe con sobrepeso (Gómez Peresmitré, 2001). En la medición de la distorsión o alteración de la imagen corporal, la diferencia que se interpreta es la que se produce entre la variable autopercepción del peso corporal (“cómo percibo el tamaño de mi cuerpo”) menos el IMC real (calculados  $IMC = \text{Peso} / \text{estatura}^2$ ). Si la diferencia es nula entre la medición subjetiva y el IMC se puede hablar de no distorsión, si la diferencia es positiva corresponde al efecto de sobreestimación y si resulta negativa corresponde al de subestimación (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001). Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) han encontrado, en muestras de adolescentes, que los obesos tienden a subestimar su peso y en un análisis por género, que el 47% de los hombres subestiman, mientras que el 3% sobre-estiman y en el caso de las mujeres 41% sobre-estiman y 9% subestiman.

Otro factor de riesgo asociado con la imagen corporal es la *preocupación por el peso y la comida*. En un estudio realizado por Gómez-Peresmitré, Pineda, Esperance, Hernández, Platas y León (2002) en una muestra de 305 adolescentes mexicanos (154 mujeres y 151 hombres), cuya media de edad fue de  $X=16.09$  años y  $S=0.90$  para los hombres, para las mujeres  $X=16.16$  años y  $S=1.07$ , se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la variable “dieta restringida” y la “preocupación por el peso y la comida” ( $r=0.567$ ,  $p=0.000$ ): a mayor preocupación por el peso y la comida, mayor seguimiento de dieta restringida; entre “conducta alimentaria normal” y “seguimiento de dieta restringida” encontraron una correlación negativa de baja magnitud aunque estadísticamente significativa, que implica que a mayor conducta alimentaria normal, menor seguimiento de dieta restringida. En esta investigación se concluye

que la variable “preocupación por el peso y la comida” requiere de mayor investigación reafirmando a Polivy y Herman (1985) quienes señalan esta variable como un factor cognoscitivo potenciador del problema de sobreingesta.

Shisslak, et al. (2000) sostienen que las preocupaciones excesivas por el peso y la silueta desempeñan un papel fundamental como causantes del desarrollo de los trastornos alimentarios.

La *actitud negativa hacia la obesidad* es también un factor de riesgo asociado con imagen corporal y Raich (2000) considera que es uno de los factores más influyentes en el desarrollo de TCA. La presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad tienen un fuerte impacto en nuestra cultura ya que frecuentemente a las personas obesas se les considera descuidadas y poco saludables, mientras que la delgadez se conceptualiza como sinónimo de belleza, éxito, salud y perfección, entre otros atributos. Gómez Pérez-Mitré (2001) menciona que la actitud negativa hacia la obesidad en niños prepúberes representa un pronóstico negativo en tanto que aumenta la probabilidad de que se sumen otros factores de riesgo, como el seguimiento de dieta restringida que puede conducir a un trastorno de la conducta alimentaria.

### **Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria.**

La conducta social alimentaria es una conducta psicosocial, ya que en la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción madre-hijo. La conducta alimentaria puede ser influida también por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores, y pueden volverse conductas de riesgo y estar directamente relacionadas con el estado de salud/enfermedad del sujeto individual o colectivo (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

El seguimiento de *dieta restringida* es un factor de riesgo asociado con conducta alimentaria, es un programa alimentario de ingesta intencional específico que tiene la finalidad de controlar el peso corporal (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998). Este factor es uno de los más frecuentemente documentados y ocupa un primer lugar en recurrencia y por sus consecuencias en la salud

(Gómez Pérez-Mitré, 2001). De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (1998), hacer dieta es la forma más común de controlar el peso entre las personas con desordenes alimentarios y es el principal factor de mantenimiento de estos trastornos. Polivi y Herman (1986) señalan que la dieta restringida es el factor pre-currente que más directamente puede conducir a trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia nervosas.

Gómez Peresmitré, Alvarado, Saloma y Pineda (2001), en un estudio sobre factores de riesgo realizado en tres grupos de edad (pre-púberes, púberes y adolescentes), encontraron que el seguimiento de dieta restringida se presentó por igual en la mitad de las niñas de cada grupo de edad, con lo que se concluyó que el seguimiento de dieta restringida es uno de los factores de mayor riesgo y que constituye por sí mismo un problema de salud.

Gómez-Peresmitré, Pineda, Esperance, Hernández, Platas y León (2002), en una muestra de  $N=305$  adolescentes (154 mujeres y 151 hombres), subdividida en  $n_1=278$  adolescentes que en un periodo de 15 días nunca había hecho dieta restringida y  $n_2=27$  adolescentes que habían realizado frecuentemente y siempre dieta restringida en ese mismo periodo; se aplicaron los factores 1) conducta alimentaria compulsiva, 2) preocupación por el peso y la comida, y 3) conducta alimentaria normal, de una Escala que explora Factores de Riesgo asociado con Trastornos Alimentarios (EFRATA). Los resultados del ANOVA mostraron relación entre los factores “seguimiento de dieta restringida” y “conducta alimentaria compulsiva”, los adolescentes que respondían que “frecuentemente” y “siempre” hacían dieta restringida eran quienes presentaban problemas con conducta alimentaria compulsiva. También encontraron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la variable “seguimiento de dieta restringida” y “preocupación por el peso y la comida”, a mayor preocupación por el peso y la comida, mayor seguimiento de dieta. Por otro lado, se pudo observar que a mayor conducta alimentaria normal, menor seguimiento de dieta restringida.

Mellin, Scully y Irving (1986) reportaron que antes de los 13 años, el 80% de las niñas ya ha seguido dieta restringida. Un estudio de 61 niñas londinenses demostró que al cabo de 12 meses el 41% había abandonado su dieta y el 38% la seguía, y alrededor del 20% de las que hacían

dieta desarrollaron un trastorno alimentario al cabo de ese periodo, mientras que el 3% de quienes abandonaron la dieta se les diagnosticó un trastorno alimentario después de dicho lapso (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990, citados en Shisslak, et al., 2000).

La conducta de dieta restringida juega un papel muy importante en la evolución de los trastornos alimentarios y conduce a problemas de nutrición y metabólicos. La teoría de la restricción (Restraint Theory) propone que la conducta alimentaria de los dietantes puede desinhibirse por diferentes condiciones que van desde las emocionales, consumo de alcohol, hasta la misma violación de la dieta, es una conducta reactiva que se dispara por la restricción de la ingesta alimentaria (Polivy & Herman, 1983 y Wardle & Beales, 1998, citados en Gómez Peresmitré, 1993). La restricción de alimentos y los problemas nutricionales y metabólicos asociados a esta práctica, conducen a que el organismo, en un intento por recuperar su homeostasis, se torne vulnerable a presentar episodios de *atracción, conducta alimentaria compulsiva y hábitos alimentarios inadecuados*.

El DSM-IV-TR 2000, sugiere que *el atracón* es el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo una gran cantidad de comida, la cual se considera superior a la que la mayoría de las personas comerían; es una consecuencia natural de la privación calórica (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). *La conducta alimentaria compulsiva*, esta caracterizada por la presencia de conductas de pérdida de control sobre su ingesta alimentaria, que induce a recurrir a episodios frecuentes de voracidad y no muestran conductas compensatorias para bajar de peso. Entre los *hábitos alimentarios inadecuados* se puede considerar los ayunos, saltarse alguno de los alimentos considerados de alto contenido calórico (“engordadores”) y el consumo de productos light (Gómez-Perezmitré, 2001).

Unikel, Bojórquez y Carreño (2004) diseñaron y estudiaron un instrumento de 11 reactivos para la detección de conductas alimentarias de riesgo. Dicho instrumento establece preguntas principalmente por conductas, y la frecuencia con la que éstas se manifiestan, las opciones de respuesta fueron nunca o casi nunca, a veces, con frecuencia (dos veces en una semana) y con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana). El cuestionario fue elaborado con base en

los criterios diagnósticos del DSM-IV. y Consta de 11 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), en los tres meses previos a la aplicación del instrumento. En este estudio se observó que las conductas alimentarias patológicas se presentan a lo largo de un continuo, en el cual lo principal no es la presencia-ausencia del diagnóstico clínico, sino la intensidad con la cual se presentan. La práctica de dietas, ejercicio para bajar de peso y la preocupación por tener una figura delgada, son normativas en la población y se presentan en una amplia gama dentro de la cual es difícil establecer un punto de corte entre lo normal y lo patológico.

La conducta alimentaria se convierte en problemática cuando asume un papel central y obsesivo en la vida de una persona. En las pacientes con TCA la relación con la comida se distorsiona:

- ψ La comida es usada como una estrategia de afrontamiento al estrés;
- ψ La pelea por el control y el perfeccionismo están en la base de su conducta alimentaria;
- ψ Aparecen conductas rígidas y ritualistas en la relación con la comida: eliminar determinadas comidas o cortar la comida en trozos muy pequeños;
- ψ Aparecen conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida: tiran, esconden, seleccionan, trocean, pesan cada ración, etc.;
- ψ La categoría de bueno/malo como modo dicotómico de pensar también es a menudo trasladada a los alimentos.

(Kirszman & Salgueiro, 2002. p.70).

### **5.3 Factores de protección en Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

Los factores de protección pueden reducir directamente la disfunción, interactuar con los factores de riesgo e irrumpir sus efectos, pueden romper la cadena a través de la cual los factores de riesgo actúan e incluso pueden impedir que existan tales factores de riesgo (Crago & Shisslak, 2001, citados en Karwautz, 2003).

Los factores de protección en los TCA han recibido mucho menos atención que los factores de riesgo (Smolak, Levine & Schermer, 2000) y aunque se han identificado la existencia de un amplio número de factores de protección generales e inespecíficos para los trastornos mentales, es necesario identificar factores de protección más específicos, que servirán para desarrollar estrategias de prevención. Se sabe que hacer deporte evita la aparición de trastornos de la alimentación (Smolak & Murnen, 2000, citado en Karwautz, 2003) y que es, en consecuencia, un factor de protección, así como tener una autoestima alta y una alta sensación de eficacia personal (Button, Sonuga, Barker, Davies & Tompson, 1996). También actúa como un factor de protección la habilidad personal para la resolución de problemas (Troop & Treasure, 1997, citados en Karwautz, 2003).

## **6. PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

### **6.1 Importancia de la prevención en los TCA**

Dentro de la prevención de los trastornos mentales un lugar especial lo ocupan los TCA. Su incidencia, las características de la patología, las dificultades de tratamiento, la pobreza de recursos y la alarma social han propiciado una gran polémica. A pesar de ser un trastorno de aparición relativamente reciente, desde un principio se planteó la necesidad de prevenirlo, al tiempo que se formó una importante discusión sobre la importancia y eficacia de los programas de prevención (Turón, 2003).

De acuerdo con Conde, Ballesteros, Blanco, Medina e Imaz (2001), cuatro son los factores que hacen necesario pensar en términos de programas de prevención en TCA:

1. Los datos de prevalencia e incidencia. Señalan hacia un posible incremento sostenido en las últimas dos décadas de prevalencia, hasta afectar una parte significativa de la población femenina en un continuo que va desde la normalidad a la población de riesgo y de ella a quienes padecen síndromes parciales que en porcentaje importante termina en cuadros completos.

2. La gravedad de las patologías y su impacto sobre las familias. Los TCA cursan con severa comorbilidad médica y psiquiátrica. En la AN la mortalidad es cercana al 5% y una tendencia a la cronicidad que en algunas series supera el 20-30%. El impacto sobre todos los miembros del grupo familiar es intenso y prolongado, favoreciendo el desarrollo de nueva patología alimentaria en las hermanas.

3. El mejor conocimiento de la población de riesgo. La mayor prevalencia se concentra entre las adolescentes (quienes presentan, según García-Camba (2001), la principal conducta de riesgo: realización de dieta, otras actividades de riesgo y elementos desencadenantes que condicionan un estado emocional negativo) y por ello la importancia de las escuelas como un ámbito para detectar a quienes corren más riesgo de desarrollar un trastorno alimentario

4. Patologías contagiosas. La enfermedad parece transmitirse entre las niñas, actuando algunas de ellas como vectores y pone a prueba la capacidad de la familia para cortar el circuito de propagación adolescente. La enorme presión social para adelgazar y huir de la obesidad actúa como factor patogénico permanente (<http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/42/>).

## **6.2. Prevención en TCA.**

La prevención en TCA puede llevarse a cabo en diferentes niveles:

- ψ Nivel individual: proteger a un individuo de la exposición de un estímulo perjudicial o brindarle estrategias que reduzcan al mínimo la acción potencial de dicho factor. Hasta el presente, la mayoría de las intervenciones escolares en trastornos alimentarios involucran el fortalecimiento del individuo.
- ψ Nivel social: eliminar cierto factor causal en toda la sociedad, o inocular a toda la población con el fin de inmunizarla contra el estímulo pernicioso (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000, p.17).



Conde, Ballesteros, Blanco, Medina e Imaz (2001, p1) sugieren que los lugares oportunos para desarrollar la prevención primaria son:

- ψ Medio escolar.
- ψ Medios de Comunicación.
- ψ Asociaciones de Familias.
- ψ Poblaciones de riesgo.
- ψ Centros de Salud.

La prevención primaria en TCA es el conjunto de esfuerzos para disminuir la incidencia de los trastornos de la alimentación, hacer que se reduzca el número de sujetos en los que no se han desarrollado síntomas “significativos” de TCA, potencialmente susceptibles de enfermar y que no lo hagan gracias a estos programas específicos, ésta se apoya en un exhaustivo conocimiento del proceso, la información y divulgación de estos trastornos entre la población y la intervención sobre la población de riesgo mediante diferentes programas: nutricionales, hábitos sanos, conocimientos de la fisiología, mejora de la autoestima, del conocimiento y de la valoración de sí mismos, etc. (Turón, 2003).

Los esfuerzos de prevención primaria en TCA pretenden fortalecer las defensas naturales del individuo contra lo que se asumen agentes etiológicos medioambientales primarios como las representaciones de los medios de comunicación acerca de formas del cuerpo poco realistas o de las conductas alimentarias socialmente sancionadas (Ben-Tovim, 2003). Estos esfuerzos involucran intervenir sobre los factores de riesgo (autoestima, tolerancia a la diversidad, que estén en forma, y la conducta alimentaría). Los objetivos comunes de la intervención incluyen la reducción de la preocupación por el peso y la imagen corporal y el modelo típico de la aplicación de estas intervenciones ha sido psicoeducativo (Pearson, Goldklang & Striegel-Moore, 2002).

La prevención primaria se basa en el supuesto de que es posible identificar los factores predisponentes y desencadenantes que actúan en el desarrollo de los trastornos alimentarios y que estos factores pueden eliminarse (Striegel-Moore & Catherine-Adair, 2000). Sin embargo,

aunque se conozcan muchos de estos factores, se está muy lejos de poder influir directamente sobre ellos para poder reducirlos, ya que los TCA son trastornos multifactoriales y por lo tanto las teorías etiológicas de los trastornos alimentarios son demasiado inespecíficas para generar programas eficaces de prevención (Ben-Tovim, 2003). La experiencia demuestra que son más fáciles las intervenciones preventivas cuando el factor que las causa está muy bien individualizado y es único (Turón, 2003). Pero el no conocer la etiología de forma total no es excusa para la inactividad, para no tratar de intervenir sobre los factores de riesgo (Ruíz-Lázaro, 2004).

Ruíz-Lázaro (2004) sugiere que los programas de prevención presentan una serie de problemas y ofrece algunas recomendaciones para los programas de prevención en TCA, entre ellas figuran las siguientes:

- ψ La información de los síntomas puede ser contraproducente, existe el riesgo de la sugestión, la inducción mimética de conductas de riesgo.
- ψ El enfoque debe ser positivo sin mucho énfasis en los aspectos negativos y de enfermedad.
- ψ Hay que atender la relación con los pares, los medios de comunicación, las actitudes de los profesores y sociosanitarios, las instalaciones y servicios de salud.
- ψ Los programas parecen proteger un corto periodo de tiempo, de ahí la importancia de su continuidad en el tiempo.
- ψ Los programas de prevención son más eficaces cuando son aplicados a jóvenes y en edades infantiles.
- ψ Es necesario involucrar a los padres y docentes en los programas de prevención
- ψ Los programas se deben adaptar al contexto, al entorno urbano o rural, a la realidad sociocultural
- ψ Los programas se enriquecen mediante la aportación multidisciplinar
- ψ El grupo es en sí mismo un factor protector. De ahí la conveniencia de educar para la salud en pequeños grupos.
- ψ A los niños y adolescentes se les deben reducir riesgos y promover su competencia; enseñar a aceptar un amplio rango de siluetas corporales, guiar el desarrollo de intereses y

habilidades; dotar de competencias; clarificar valores; educar en una alimentación saludable; enseñar herramientas de asertividad para resistir a las bromas y a la presión social; educar sobre el desarrollo corporal y la afectividad-sexualidad; trabajar su autoestima y su autoconcepto; entrenarles en habilidades sociales, de comunicación y de manejo de estrés (pp.2-4).

Un programa de prevención de los TCA deberá valorar aspectos de la educación de la población de riesgo, los elementos más jóvenes de nuestra sociedad están en un contexto cultural diferente al de generaciones anteriores, su educación se basa en el principio de que el conocimiento se apoya en la información y no tanto en el aconsejamiento, si únicamente se da información no se pueden modificar las actitudes y las conductas, sólo los conocimientos (Turón, 2003). Puesto que el objetivo es modificar los conocimientos, actitudes y conductas; es preciso emplear técnicas de implicación, una metodología pedagógica activa, participativa y experiencial (Ruíz-Lázaro, 2004). Las principales estrategias han sido de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos: a) la información a la población general y a la población en riesgo comenzando desde la educación escolar; b) la identificación de grupos de riesgo para intensificar las medidas; c) las actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta, y d) las intervenciones sobre los estereotipos culturales y el negocio del adelgazamiento y la belleza, muchas veces en manos de personas desinformadas (García-Camba, 2001 p. 24).

### **6.3 Antecedentes de prevención en TCA.**

La revisión de Pearson, Goldklang y Striegel-Moore (2002) puso de manifiesto que pocos trabajos referían un cambio notable de actitudes a corto plazo. En el reporte sobre TCA del Instituto Nacional de Salud Mental, en abril del 2000, se menciona que muchos programas de prevención dan como resultado el incremento de conocimientos o producen un cambio de actitud significativo a largo plazo y otro número de programas produce cambios significativos del pre-test al post-test pero el efecto desaparece durante el seguimiento (o el grupo control alcanza al grupo experimental por cambios inexplicables en el grupo control). Por ejemplo, Ghaderi (2005)

evalúa la eficacia y efectividad de un programa de prevención primaria enfocado a reconocer y aceptar las diferencias individuales; se trabajó con 87 niñas y 77 niños de quinto grado, realizando mediciones pre test- pos test en los factores: imagen corporal, armonía con el peso, emociones asociadas a la comida, actitudes y conducta asociadas a los TCA, autoestima y depresión. El estudio no obtuvo resultados significativos, sin embargo sugieren futuras revisiones para el desarrollo de programas de prevención primaria.

En otro estudio que tuvo por objetivo evaluar un programa de prevención en TCA. con N=173 niñas de noveno grado, asignadas al grupo con intervención (n=114) y al grupo control (n=59) que no recibió tratamiento, las niñas con alto riesgo reportaron en el pos-test mejoramiento significativo en la insatisfacción corporal, actitud hacia la delgadez, e introyección del conocimiento. Estos cambios no fueron mantenidos a los tres meses del seguimiento. Sin embargo, la tendencia no significativa apareció para las niñas con alto riesgo. El análisis de las sesiones individuales indicaron que el programa no produce resultados del todo positivos y es discutible la importancia de los efectos evaluando los diferentes tipos de receptores de los programas (Weiss & Wertheim, 2005).

En el periodo comprendido entre los años 1980-2000, Austin (2000) realizó una revisión de 20 intervenciones encaminadas hacia la prevención, realizadas en ocho diferentes países (Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Australia, Gran Bretaña, Israel, Italia, Suecia y Noruega); los resultados de estas 20 intervenciones fueron desalentadoras, sólo cuatro estudios mostraron algún cambio conductual positivo (Neumark-Sztainer; Butler & Palti, 1995; Chally, 1998; Martz & Bazzini, 1999; Piran, 1999), cuatro obtuvieron algún empeoramiento en la medida postest (Paxton, 1993; Carter, Stewart, Duna & Fairburn, 1997; Mann, Nolen-Hoeksema, Huang, Burgard, Wright, & Hanson, 1997; Martz & Bazzini, 1999), cinco mejoras informadas sólo en conocimiento (Rosen, 1989; Moriarty, Shore & Maxim, 1990; Shisslak, Crago, & Neal, 1990; Killen, Taylor, Hammer, Litt, Wilson, Rich, Hayward, Simmonds, Kraemer & Varady, 1993; Carter, et. al. 1997) y en algunos más se encontró algunas mejoras en las actitudes y preocupaciones sobre el peso y forma (Porter, Morell & Moriarty, 1986; Moreno & Thelen, 1993; Huon, Roncolato, Ritchie & Braganza, 1997; Franko, 1998; Smolak & Levine, 1998;

Piran, 1999; Santonastaso, Zanetti, Ferrara, Olivotto, Magnavita, & Favaro, 1999). Todas las intervenciones fueron de corto plazo, de una sola sesión a sesiones con duración de unos meses, sólo se institucionalizaron dos programas que continuaron durante dos años.

Estos resultados poco alentadores sugieren que una aproximación más intensa o substancial puede ser necesaria para que afecte a los resultados conductuales (Pearson, Goldklang & Striegel-Moore, 2002). Bryni (2000) considera que los resultados en el área de la investigación empírica en programas preventivos son debidos a limitaciones metodológicas, ya que estos están aún en su primera generación. Sin embargo son importantes las investigaciones en esta área con la finalidad de que se sigan mejorando y descubriendo hallazgos interesantes.

Como dato positivo podemos decir que la gran mayoría de los autores, a pesar de los resultados y dificultades, apuestan por la prevención como una tarea básica para luchar contra los TCA. Para que los futuros estudios produzcan mejores resultados, es importante evaluar el proceso y los resultados de manera rigurosa, realizando programas de mayor duración, seguimientos a mayor plazo y diseños experimentales o cuasi-experimentales (Ruíz-Lázaro, 2004).

Se han publicado programas de prevención para desafiar la glorificación de la delgadez y promover la aceptación de sí mismo, así como la alimentación saludable y una razonable actividad física (Killen, 1996; Smolak, Levine & Striegel-Moore, 1996). Sin embargo unos cuantos de estos programas son evaluados sistemáticamente. De acuerdo a las revisiones de Levine (1998) la evaluación de todos estos revelan un incremento significativo en los conocimientos, mejoran las creencias, intenciones y actitudes en un grado moderado y previenen conductas no saludables. Algunos programas indican claramente que es difícil cambiar las actitudes de los adolescentes acerca del peso y la figura, y es extremadamente difícil cambiar su imagen corporal, sus esfuerzos en la regulación del peso y sus patrones alimentarios (Killen, 1996). Sin embargo, los hallazgos recientes sugieren que las intervenciones de prevención en población selectiva pueden reducir factores de riesgo potenciales en adolescentes y universitarias (citados en Taylor, 2005).

A pesar de que algunos autores demuestran que las evaluaciones posteriores a la aplicación de programas ponen de manifiesto una cierta ineficacia de estos programas, otros apuntan resultados opuestos (Gresko & Karlsen, 1994, citados en Turón, 2003). Por ejemplo, Kater, Rohwer y Levine (2000) describen los resultados de un corto periodo de tiempo de un programa para el desarrollo de la salud de la imagen corporal y prevención en trastornos alimentarios con 222 niñas y niños de cuarto y sexto grado. Se utilizó un instrumento con 30 ítems que se aplicó antes y después de la intervención concerniente a las actitudes y las intenciones conductuales acerca de la imagen corporal y las dietas; las preguntas del instrumento coincidieron con los objetivos del programa, por ejemplo: identificar creencias, actitudes y sentimientos acerca del desarrollo corporal y la apariencia, del conocimiento acerca de las diversas formas corporales, comprender los efectos de las dietas y el desarrollo de un pensamiento crítico hacia los mensajes de los medios. Los resultados preliminares indicaron que el programa logró un incremento en los conocimientos, actitudes positivas hacia la imagen corporal, influyó positivamente en el control de las medidas del cuerpo y la figura, en la realización de dietas para controlar el peso y la percepción de la imagen corporal.

#### **6.4. Antecedentes de prevención de TCA en México.**

La prevención en los TCA, como la bulimia y la anorexia nervosas, actualmente ha cobrado particular importancia en las investigaciones realizadas en México. Después de un periodo de investigación dedicado a la detección de factores de riesgo en TCA y a partir de los resultados arrojados, se ha iniciado esta etapa de intervención tomando en cuenta que lo más importante es prevenir, ya que estas patologías generan un alto costo a nivel individual y social. El costo individual se refiere al obstáculo que estas enfermedades ponen al proceso de maduración, “es una inadaptación social que obstaculiza el crecimiento, limita los intereses y rompe la capacidad de relación”. El costo social consiste en la ruptura del proceso precursor de la productividad (Gómez-Perezmitré, 2001).

Pineda (2006) llevó a cabo una investigación que tuvo como objetivo desarrollar y comparar la eficacia de dos programas preventivos de factores de riesgo de trastornos de la conducta

alimentaria, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) y otro con formato psicoeducativo. Esta investigación estuvo dividida en tres fases.

La primera fase corresponde al primer estudio piloto cuyo objetivo fue desarrollar, someter a estudio piloto y comparar la eficacia de la primera versión de dos programas de prevención de factores de riesgo en TCA asociados con conducta alimentaria e imagen corporal, dirigidos a población de mujeres adolescentes con alto riesgo (presencia de insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restringida). La investigación fue de carácter cuasiexperimental, de campo, con un diseño de grupo control. Un programa de intervención pretende el cambio de actitudes por medio de la información psicoeducativa, el otro programa por medio de la teoría de la disonancia cognoscitiva; ambos programas constaron de 3 sesiones con duración de 1 hora y media. La muestra estuvo conformada por  $N=20$  mujeres adolescentes, estudiantes de secundarias públicas y que además presentaban alto riesgo de desarrollar un TCA (seguimiento de dieta restringida y alguno de los factores de riesgo relacionados con imagen corporal). Estas fueron asignadas al azar a dos diferentes grupos:  $n_1=11$  adolescentes con una edad  $X=14.64$  y una  $S=0.67$  expuestas al programa de intervención psicoeducativo, y  $n_2=9$  adolescentes con una edad de  $X=14.75$  y una  $S=0.72$  expuestas a la intervención de disonancia cognoscitiva. El instrumento "Cuestionario de Alimentación y Salud" (Gómez Pérez-Mitre, 2000) detectó factores de riesgo. En los resultados del primer piloteo no hubo diferencias estadísticamente significativas por tipo de intervención (antes-después) en las variables de estudio. Sin embargo, las participantes del programa de disonancia cognoscitiva redujeron significativamente el seguimiento de dieta restringida y conducta alimentaria compulsiva después de la intervención. En el seguimiento (3 meses después) las adolescentes del programa disonante tienden a mantener niveles favorables sin riesgo en las variables predisponentes.

En la segunda fase de la investigación, se desarrolló, sometió a estudio piloto y comparó la eficacia la segunda versión (modificada) de los programas preventivos en una muestra de mujeres de secundaria pública con bajo riesgo (presencia de insatisfacción con la imagen corporal, pero no de dieta restringida) Ambos programas (uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva y otro con formato psicoeducativo) quedaron conformados por 8

sesiones de 1 hora y media. En este segundo piloteo se trabajó con N=25 adolescentes que presentaban bajo riesgo, las cuales fueron asignadas al azar en n1=13 grupo de intervención psicoeducativa cuya media de edad fue de 12.42 (S=0.59) y n2=12 grupo de disonancia cognoscitiva con una media de edad de 12.65 (S=0.55). En éste piloteo, según los resultados de la prueba t para muestras independientes, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tipo de intervención (antes-después) en las variables de estudio. La prueba t para muestras relacionadas indicó que no se produjeron diferencias antes-después de la intervención en ninguna de las condiciones experimentales. Sin embargo, las participantes de ambos grupos mantuvieron sus niveles de dieta y conducta alimentaria compulsiva en un grado sin riesgo.

En la tercera fase de la investigación se comparó la eficacia de los programas preventivos en la reducción de factores de riesgo en TCA. Se comparó la eficacia de los programas en escuelas privadas y públicas. Se llevó a cabo un seguimiento de tres meses y otro de un año, para investigar los efectos de los programas preventivos a largo plazo. Se trabajó con una muestra total de N= 105 mujeres adolescentes de secundaria que se encontraban insatisfechas con su imagen corporal y/o estaban haciendo dieta restringida. La muestra se subdividió en n1= 43 adolescentes de la condición de disonancia (grupo experimental 1), n2= 42 estudiantes de la condición psicoeducativa (grupo experimental 2), y n3= 20 adolescentes del grupo control 1 (grupo control en lista de espera). Se presentó una muerte experimental de 11 participantes para el primer grupo, 14 para el psicoeducativo y 12 para el grupo control 2. El instrumento “Cuestionario de Alimentación y Salud” (Gómez Pérez-Mitre, 2000) detectó factores de riesgo y se midieron los efectos al finalizar la intervención, tres meses después (seguimiento 1) y un año después (seguimiento 2). Los resultados de la prueba t para muestras relacionadas indicaron que se produjeron cambios estadísticamente significativos en los factores de riesgo, en ambas condiciones experimentales. Sin embargo, es la condición de disonancia cognoscitiva en la que la variable figura ideal se mantuvo con mejorías (tres meses después). En la variable insatisfacción con la imagen corporal, se produjeron cambios en ambos tipos de intervención; no obstante, en el seguimiento 1 las chicas de la condición de disonancia tienden a mantener e incluso a manifestar niveles más bajos en este factor de riesgo. En el seguimiento 2, las chicas



de disonancia fueron las únicas que redujeron significativamente, desde el pretest, sus niveles de figura ideal delgada e insatisfacción con la imagen corporal, de un nivel de riesgo a uno sin riesgo.

Finalmente, Pineda (2006) realiza las siguientes conclusiones generales:

- ψ La teoría de la disonancia cognoscitiva aplicada a la prevención de TCA resulta eficaz en la reducción o eliminación de factores de riesgo relacionados con imagen corporal, especialmente en figura ideal, a mediano plazo, logrando sus mayores efectos en el seguimiento de un año.
- ψ La intervención disonante resulta eficaz en la reducción de factores de riesgo relacionados con conducta alimentaria, a corto (postest) y mediano (seguimiento tres meses) plazo.
- ψ El programa psicoeducativo resulta efectivo en la disminución de factores de riesgo de TCA a corto y mediano plazo.
- ψ La no-presentación de información sobre los trastornos, sus características, etiología y patología, representa un factor protector para las participantes en los programas preventivos.
- ψ Los mayores efectos de ambas intervenciones se logran a los tres meses y la intervención disonante, produce los mejores efectos (producidos al término del estudio) en las variables relacionadas con imagen corporal, especialmente en las mujeres adolescentes (p. 137).

## **CAP IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: HABILIDADES SOCIALES / ASERTIVIDAD Y PSICOEDUCACIÓN.**

### ***A) HABILIDADES SOCIALES / ASERTIVIDAD.***

#### **1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Desde hace varios siglos el hombre ha tratado de establecer una serie de normas para la determinación de patrones conductuales que orienten a la humanidad hacia su preservación y hacia un desarrollo social armónico, un ejemplo de ello son el Li Ki que hace 2 500 años compendia los pensamientos de Confucio sobre las costumbres sociales, en el año 200 a. c. en la India el Tratado de Mahabharata, y el Antiguo y Nuevo Testamento. Otros ejemplos son los movimientos de “formación de carácter”, “educación de la personalidad”, “desarrollo afectivo”, etc. que siguen presentes en Estados Unidos con alrededor de 2000 escuelas donde se imparten cursos de “formación de la personalidad” a alumnos y a adultos interesados en recibirlos. Si bien estos esfuerzos se dirigían al desarrollo de la Competencia Social, son actividades poco sistemáticas (Roth, 1986).

En la literatura existe acuerdo en que el estudio de las Habilidades Sociales (HS) surge con la obra de Andrew Salter titulada *Conditioned Reflex Therapy* y publicada en 1964. En su obra, Salter (1949) contribuye al desarrollo de la terapia de la conducta con su teoría sobre reflejo condicional fundamentada en las investigaciones de Pavlov y propone seis modos de conducta de empleo general para ser utilizados por quienes requieran de un entrenamiento asertivo (Salter lo llama *excitación*).

1. Externar los sentimientos
2. El empleo de la expresión facial que acompañan a diferentes emociones
3. Expresar una opinión contraria cuando se está en desacuerdo

4. Práctica en el uso del pronombre “yo”
5. Concordar cuando se recibe un halago
6. Práctica en improvisar (dar respuestas espontáneas ante estímulos inmediatos) (Salter, 1949, pp. 97-101).

El sudafricano Joseph Wolpe (1958) retomó las ideas de Salter y utilizó por primera vez el término “Conducta Asertiva” que luego fue sinónimo de Habilidad Social. Wolpe (1958) sustituyó el término “excitatorio” por el término “asertivo”, prefirió este último por considerarlo más específico, ya que la conducta ansiosa también es excitatoria. Este autor describe la asertividad como un método de inhibición recíproca, una respuesta antagónica a la ansiedad y un método de desensibilización sistemática de los hábitos de respuesta de ansiedad que se presentan como respuesta ante la gente con la que se interactúa. Definió la conducta asertiva como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad. Este mismo consideró que la ansiedad puede ser inhibida si se aparea sistemática y rápidamente el estímulo que la provoca a respuestas incompatibles con la ansiedad tales como la relajación muscular o la aserción. Para el Entrenamiento Asertivo conformó una técnica basada en el aprendizaje conductual con dos procesos que ocurren en forma simultánea. El primero se trata de un *contracondicionamiento de la respuesta de ansiedad*, los esfuerzos se dirigen a aumentar todos los impulsos que llevan a la provocación de las respuestas inhibidas, en espera de que con cada provocación exista una inhibición de la respuesta de ansiedad. El segundo hace referencia al *condicionamiento operante de la conducta motora*, es decir, la conducta motora es reforzada por sus consecuencias sociales, la consecuencia de la reducción de la respuesta de ansiedad y la aprobación del terapeuta (p. 96).

Tanto Wolpe como Salter insistieron en la importancia de comportarse en forma asertiva y ambos incluyeron el Entrenamiento Asertivo como una técnica de terapia conductual en la clínica. No obstante, existen importantes diferencias entre sus enfoques:

- ψ Wolpe no supuso que todos los pacientes necesitaran del Entrenamiento Asertivo, aunque lo empleó con frecuencia, junto con la relajación y la desensibilización (Rimm & Masters, 1993).
- ψ Mientras Salter consideraba la Asertividad como un rasgo generalizado, Wolpe defiende el carácter situacional de la no Asertividad (De Prette & De Prette, 2002). Este último aseguraba que el hecho de que un paciente no tenga dificultades para ser asertivo en un contexto, no asegura que podrá ser asertivo en todos los contextos. Por ejemplo, puede expresar sin dificultad su resentimiento a un empleado, pero no así con su esposa (Rimm & Masters, 1993).
- ψ Wolpe estaba mucho más interesado en las consecuencias interpersonales (especialmente las negativas) de los actos asertivos (Rimm & Masters, 1993, p.104).

Alberti y Emmons (1970) escribieron el primer libro dedicado exclusivamente al tema de la Asertividad, titulado *Your perfect right*, este libro brinda información exacta sobre la asertividad y cómo fortalecerla, ilustra los conceptos con ejemplos prácticos y pone particular énfasis en que las actitudes, creencias y pensamientos influyen sobre el tipo de respuesta.

Los primeros trabajos sistemáticos en Habilidades Sociales (HS) son los de Jack (1934), Murphy, Murphy y Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) y Williams (1935) realizados con niños y su conducta social, aunque estos inicios se han ignorado durante mucho tiempo. Otro antecedente de las Habilidades Sociales (HS) está constituido por los trabajos de Zigler y Rhilips (1960, 1961) sobre “Competencia Social” con adultos institucionalizados, estos autores mostraron que entre más elevada sea la Competencia Social previa de los pacientes que son internados en el hospital, menor es la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaída (citados en Caballo, 1991).

Casi simultáneamente al nacimiento del Entrenamiento Asertivo en EUA., se inició un nuevo movimiento en Inglaterra con Argyle, Trower y Bryant quienes difundieron el término “Habilidades Sociales” (De Prette & De Prette, 2002). En Inglaterra, las raíces históricas de las Habilidades Sociales (HS) se basan en el concepto de “habilidad” aplicado a la interacción

hombre-máquina, en donde la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. Así, Argyle y Kendor (1967, citados en Caballo, 1991, p.405) definen habilidad como “una actividad organizada, coordinada, en relación con un objeto o una situación, que implica una cadena de mecanismos sensoriales, centrales y motores”. Según Hargie, Saunders y Dickson (1994, citados en De Prette & De Prette, 2002), el término Habilidades Sociales (HS) y el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), aparecen y fueron adoptados antes de que el concepto de Asertividad estuviera definido con precisión; de esta manera, históricamente, a medida que decrecía la cantidad de publicaciones sobre Entrenamiento Asertivo, ocurría lo contrario con el enfoque del EHS, observándose a partir del decenio de 1980-89 un aumento constante de trabajos publicados sobre esta denominación.

Otro autor que conformó el panorama inicial de los tratamientos para la Asertividad es el mexicano Moreno, conocido como el creador del psicodrama, quien empezó a trabajar con dicha técnica desde 1950. Esta técnica se basa en la dramatización de los conflictos como recurso para solucionar conflictos intrapsíquicos. Rimm y Masters (1993) aluden a la similitud existente entre el psicodrama de Moreno y la técnica del ensayo de la conducta de Wolpe. Sin embargo, Delgado (1983) discierne que mientras el primero posee una estructura psicoanalítica y metas terapéuticas, el segundo está enmarcado en el contexto conductual. A respecto, cabe señalar que el ensayo de la conducta fue llamado originalmente *psicodrama conductual* por Wolpe en 1958.

Kelly (1955) propuso una técnica de psicoterapia que mezcla recursos de la psicología cognoscitiva y conductual, la terapia del rol fijo, esta terapia consiste en que el individuo dramatice una experiencia tomando el rol de un individuo sin problemas de ansiedad e insuficiencias, la teoría propone que conforme se avance en la terapia, el paciente internalizará y asumirá la identidad del rol que estuvo representando dando como resultado un cambio cognoscitivo-conductual, que incluye que el paciente establezca nuevas formas de conceptualizar y enfrentar las situaciones. Delgado (1983) añade que, métodos terapéuticos que combinan componentes similares han recibido distintos nombres, menciona: el Entrenamiento Conductual, de Mc Fall y Twentyman; Efectividad personal, de Liberman; Terapia Estructurada de

Aprendizaje, de Goldstein; Técnicas de Replicación Conductual, de Kanfer y Philips; Psicodrama Behaviorístico, de Wolpe; y Ensayo de Roles, de Lazarus.

## **2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES**

El término "Habilidades Sociales" ha recibido diferentes nombres en su proceso de evolución. En un primer momento, Salter (1949) empleo el término "expresión excitatoria", que más tarde Wolpe (1958) sustituyó por el de "conducta asertiva". Posteriormente algunos autores propusieron cambiar este término por otros nuevos como "libertad emocional", "efectividad personal", "competencia personal", etc. Aunque ninguno de ellos prosperó, a mediados de los años setenta el término de "Habilidades Sociales" empezó a tomar fuerza como un sustituto de "conducta asertiva" y durante bastante tiempo se utilizaron de forma intercambiable ambos términos (Caballo, 1993a).

De Prette y De Prette (2002) señalan que las Habilidades Sociales (HS) poseen un campo teórico más complejo, ya que incorpora nuevos conceptos y alcanza un objetivo más amplio. Caballo (1993a) aunque ha preferido adoptar la terminología "Entrenamiento en Habilidades Sociales", defiende su equivalencia con relación al Entrenamiento Asertivo; mientras que otros autores (Galssi, Galassi & Vedder, 1981, citado en Caballo, 1993a) piensan que no hay razón para utilizar el concepto de Asertividad; y hay quienes (Hidalgo y Abarca, 1999) clasifican el comportamiento asertivo como una subárea de las HS. Por su parte, Monjas y Paz (2000, p.20) definen la asertividad como un aspecto de las HS, es "el estilo con que interactuamos", ya sea pasivo, agresivo, pasivo-agresivo o asertivo.

Con respecto al término "Competencia Social" también ha sido un concepto recurrente en el área de estudio del comportamiento social. Los conceptos "Habilidades Sociales" y "Competencia Social" con frecuencia han sido utilizados de forma indistinta. El concepto de Competencia Social tiene diversos orígenes y definiciones en la literatura psicológica; por ejemplo, para Foster y Ritchley (1979), Gresham (1981) y Caballo (1993a) "Competencia Social" tiene un significado más amplio que incluye el de Habilidades Sociales (HS) y el de comportamiento adaptativo. Sin

embargo, algunos autores (McFall 1982, citado en Pade, 2003 y Monjas, 1997) distinguen Habilidades Sociales de Competencia Social destacando el sentido evaluativo de éste último, señalan que “Competencia Social” refleja el juicio de alguien con base en un criterio, de que el desempeño de una persona en una tarea es el adecuado.

En la presente investigación se utilizan los términos “Habilidades Sociales” y “Asertividad” como equivalentes y/o sinónimos, es decir, al hacer referencia al termino Habilidades Sociales se engloban ambos (Habilidades Sociales y Asertividad) y viceversa. Lo mismo sucede con los términos “Entrenamiento en Habilidades Sociales” y “Entrenamiento Asertivo” que se refiere a la adecuación de dicha técnica en la estructuración de un programa de intervención. Es primordial mencionar que lo anterior se considera debido a la evolución que han tenido las anteriores definiciones y con la finalidad de respetar los términos utilizados por cada uno de los autores que se revisaron.

### **3. DEFINICIÓN DE ASERTIVIDAD / HABILIDADES SOCIALES**

Joseph Wolpe, introduce por primera vez el concepto de conducta asertiva en 1958, definiéndolo como “la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad” (p. 96).

Alberti y Emmons (1970) plantean que la asertividad es la conducta que permite al individuo actuar de acuerdo a sus intereses, promueve la igualdad en las relaciones humanas, permite defender sus opiniones sin sentirse culpable, expresar sentimientos con honestidad y con 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.

Rimm y Masters (1980), mencionan 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 los propios sentimientos y

preferencias, sin incomodar a otros, es la habilidad para ejercer los propios derechos sin violar los derechos de los demás.

Michelson, Sugai, Wood y Kazdin (1987), señalan que la habilidad para iniciar y mantener una interacción social positiva con los demás, es considerada como una consecuencia esencial del desarrollo y que las interacciones sociales proporcionan la oportunidad de aprender y efectuar Habilidades Sociales (HS) que pueden influir de forma crítica, en su posterior adaptación social, emocional y académica.

Riso (1988, citado en Hidalgo y Abarca, 1999) define la conducta asertiva como: “Aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin mediar distorsiones cognoscitivas o ansiedad), y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible: oposición y afecto de acuerdo con los intereses y objetivos, respetando los derechos de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta” (p.25).

Por su parte, Kelly (1987) confiere a las HS la propiedad de ser adquiridas a través del aprendizaje y las explica en función de la obtención o mantenimiento del reforzamiento ambiental.

Una de las definiciones más clásicas de asertividad es la proporcionada por Castanyer (1997), quien propone que es “la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás.” (p. 21).

Luca, Rodríguez y Sureda (2001) consideran que hasta el momento se carece de una definición única y universal, lo cual atribuyen a que la conducta socialmente competente no constituye un rasgo unitario ni generalizado, viene determinado por características personales y de las del contexto. Estos autores, definen la Asertividad como comportamientos o pensamientos que son instrumentales para resolver conflictos, situaciones o tareas sociales que influyen (a través del refuerzo social) en el desarrollo social a largo plazo. Estos autores coinciden con la posición de



Monjas (1997) cuando dicen que el término habilidad indica que no se trata de un rasgo de personalidad innato, sino de un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos.

Algunos autores como Wilkinson y Canter (1982); Hidalgo y Abarca (1999); Kelly, (1987); Fernández-Ballesteros (1994) y Luca, Rodríguez y Sureda (2001) consideran las dimensiones contextuales y situacionales de las HS, se refieren a la habilidad social dentro de un marco cultural ya que la interacción social varía según las normas y valores del grupo sociocultural, esta interacción difiere dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además consideran que el grado de efectividad de una persona dependerá de lo que se desee lograr en una situación en particular. Menciona Caballo (1991, p. 406): “no existe una manera correcta de comportarse que sea universal, sino una serie de planteamientos diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo”. En su publicación de 1993, señala que el valor de los objetivos varía con el tiempo, las situaciones y los actores, razón por la que la conducta considerada apropiada en una situación puede ser inapropiada en otra. Por su parte, Wilkinson y Canter (1982) añaden que el individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognoscitivas y un estilo único de interacción.

Caballo (1993a) en su definición de Habilidades Sociales (HS) toma en cuenta tanto la tipología de la conducta (el contenido) como las consecuencias. Describe la conducta socialmente habilidosa como un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Además, indica que una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognoscitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental).

Luca, Rodríguez y Sureda (2001, pp.28-30) señalan que las principales características de las HS son:

- ψ Representan tres sistemas de respuesta: a nivel motor o conductual, cognoscitivo y fisiológico.
- ψ Están dirigidas a la consecución del reforzamiento social.
- ψ Las HS tienen un carácter cultural.
- ψ Son respuestas específicas a situaciones específicas.
- ψ Son independientes, flexibles, modulables y ajustadas a las respuestas emitidas por el interlocutor en un contexto determinado. La retroalimentación proporcionada por los interlocutores determina el rendimiento de las respuestas.
- ψ Están condicionadas por variables como el locus de control (medida que una persona percibe que las contingencias están controladas por ella misma o por los demás), indefensión (expectativas negativas hacia el futuro, la expectativa de que los sucesos son incontrolados) e irracionalidad (creencias arraigadas que pueden o no estar basadas racionalmente).

Las definiciones enunciadas anteriormente varían en la forma en que se entiende y se concibe a las Habilidades Sociales (HS) dependiendo de la formulación teórica en que se inscriba. A continuación se revisarán los principales modelos teóricos de las HS.

#### **4. MODELOS TEÓRICOS**

En la actualidad, existen diversos modelos teóricos que han tratado de explicar las HS. Los principales modelos han sido de carácter psicosocial o cognoscitivos, entre ellos se encuentran: el modelo psicosocial de Argyle (1978), la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), el modelo cognoscitivo de Ladd y Mize (1983) y el modelo del aprendizaje cognoscitivo de Mahoney (1983). Existe otros modelos vinculados al enfoque conductual como: el modelo etológico de rasgos y el modelo molecular descritos por Roth (1986). Sin embargo, estos modelos han sido sustituidos por los denominados modelos interactivos o interaccionistas: aquí se incluyen el modelo del aprendizaje social de Mischel (1973), el modelo del análisis de la tarea de Mc. Fall (1982, citado en Roth, 1986 y Pade, 2003), el de Trower (1982, citado en Pade, 2003) y el modelo de Hollín y Trower (1986, citado en Hidalgo y abarca, 1999).

## **4.1. Modelos vinculados a los enfoques psicosocial y cognoscitivo.**

### **El modelo psicosocial de Argyle (1978).**

A raíz de la aplicación en el ámbito industrial del enfoque del procesamiento de información, se empezó a tomar la analogía hombre-máquina aplicada a la relación hombre-hombre bajo la etiqueta de habilidad social. El modelo de Argyle incorpora esta analogía al modelo psicosocial que intenta explicar el funcionamiento de las HS. En este modelo, Argyle destaca los procesos de selectividad de la información que cada persona realiza en la interacción social y la posterior interpretación que hace de dicha información (percepción social). Así, las habilidades necesarias para que una persona utilice adecuadamente una herramienta o equipamiento (relación hombre-máquina) se extiende al empleo de habilidades que permitan a las personas establecer una eficiente relación con los demás (analogía hombre-máquina). La habilidad social implica una analogía con varios tipos de habilidades motoras, de modo que se pueden adquirir las HS de igual forma que se adquiere una habilidad motora.

Las semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices se representan como un circuito cerrado que incluye los siguientes procesos:

- a) Fines de actuación hábil: tratamos de alcanzar objetivos bien definidos.
- b) Percepción selectiva de las señales sociales de los demás: observamos las señales sociales de nuestro interlocutor
- c) Procesos centrales de traducción: asignamos una significación concreta a la información que recibimos del otro.
- d) Planificación: buscamos y valoramos alternativas de actuación que se consideran eficientes en una situación determinada.
- e) Respuestas motrices o de actuación: ejecutamos la alternativa que consideremos más adecuada a la situación.

- f) Feedback y acción correctiva: nuestra actuación es una señal social para otro sujeto, quien pondría en marcha todos los procesos anteriormente señalados o daría por cerrado el circuito de la interacción
- g) El *timing* de las respuestas: durante la interacción, los interlocutores deben sincronizar sus respuestas y para ello es necesario que los interlocutores asuman el papel del otro (Argyle, 1978, pp. 61-69).

El déficit en habilidades sociales se puede explicar como un error producido en algún punto del proceso, por ejemplo, desajuste en los objetivos (ya sea porque sean incompatibles, inapropiados o inalcanzables), por errores de percepción, de traducción de las señales sociales, de planificación o en la actuación (García Saíz y Gil, 2000, citados en Pade, 2003).

### **Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977).**

Bandura intenta explicar el comportamiento humano haciendo referencia a principios extraídos del estudio experimental del aprendizaje; muestra la conjugación de los enfoques provenientes de la Psicología Social con las teorías del Aprendizaje (Hidalgo y Abarca, 1999). Aunque no intenta explicar un modelo de las habilidades sociales, su teoría es de gran utilidad y relevante a la hora de comprender el comportamiento social (Pade, 2003).

Esta teoría plantea que la conducta social se aprende mediante la observación e imitación del comportamiento de los otros. De modo que, los modelos juegan un papel fundamental en la conformación de la conducta y la modificación de las normas sociales. Los modelos ejemplares suelen reflejar normas sociales y sirven para describir o mostrar, la conducta apropiada ante determinadas situaciones de estimulación. Proporcionar modelos reales o simbólicos es un procedimiento muy eficaz para transmitir y controlar la conducta (Bandura, 1969, 1977).

El refuerzo social tiene un valor informativo y de incentivo en las subsecuentes conductas sociales, va generando las expectativas de autoeficacia en el ámbito interpersonal (se refieren a la creencia de respecto si uno va a ser capaz de enfrentar una determinada situación). Estas

expectativas permiten a la persona decidir si se involucra o no en una situación social (correr o no el riesgo social), si se mantiene en ella o no (si escapa, evita o enfrenta) y, si se produce algún problema, cuánto perdurará en su esfuerzo (tolerancia a la frustración) (Hidalgo y Abarca, 1999).

Las nociones básicas sobre aprendizaje a través de la observación de modelos fueron ampliamente incorporados a los objetivos de las intervenciones en HS (adquisición de observación del comportamiento del otro y de sí mismo, imitación, desarrollo de procesos cognitivos facilitadores) y a los procedimientos utilizados en esos programas (reproducción de modelos, análisis y autoevaluación del propio desempeño y provisión de consecuencias probables para diferentes comportamientos) (De Prette & De Prette, 2002).

En este enfoque se incluye el Modelo de Aprendizaje Social-Cognitivo, que ha demostrado cómo la conducta social esta mediada por diversos factores cognitivos, tales como expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de procesamiento de la información y métodos de resolución de problemas que mediatizan los procesos de interacción social (Hidalgo y Abarca, 1999). Este modelo permite integrar las técnicas de condicionamiento clásico, operante y vicario con las técnicas cognoscitivas para la modificación de la conducta (Cruzado, 1995). Esta teoría ha servido de apoyo a Mischel (1973) para formular un modelo de aprendizaje social dentro de la teoría cognoscitiva de interacción social. Este modelo se considera parte de los modelos interactivos o interaccionistas, por lo que se describirá en dicho rubro.

### **Modelo cognoscitivo de Ladd y Mize (1983).**

De acuerdo con este modelo, la competencia social esta mediada por habilidades socio-cognoscitivas aprendidas en la interacción social. Ladd y Mize (1983), definen las Habilidades Sociales (HS) como “la habilidad para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia objetivos sociales o interpersonales culturalmente aceptados, evaluando y modificando continuamente la conducta dirigida al objetivo, de modo que se pueda maximizar la probabilidad de alcanzarlo” (p.127). Se indica que para responder a las demandas interpersonales, el individuo debe ser capaz de conocer la meta apropiada para la interacción

social, debe disponer de estrategias adecuadas para alcanzar el objetivo, y debe ser capaz de evaluar dichas estrategias con base en los valores culturales del contexto. De tal manera que no basta conocer las conductas, sino poder implementarlas, razón por la cual, se enfatiza la importancia de los factores comunicacionales y su relación con los valores, mitos y normas culturales que determinan que el individuo lleve a cabo o no una determinada conducta.

### **Modelo del aprendizaje cognoscitivo de Mahoney (1983).**

Este modelo de aprendizaje cognoscitivo, integra tanto la teoría del procesamiento de información como diferentes teorías del aprendizaje. Este modelo considera al hombre como un organismo complejo capaz de una gran adaptación que se encuentra en permanente reciprocidad con su medio, una relación análoga a un sistema cibernético de retroalimentación. Plantea que los cambios de la conducta se encuentran bajo la influencia del estado fisiológico actual del organismo, su historia pasada de aprendizaje, la situación ambiental existente y una variedad de procesos cognoscitivos interdependientes.

Pone particular énfasis en los procesos mediacionales, por ejemplo, los procesos simbólicos de representación, la capacidad para almacenar información y los procesos de pensamiento (mediar intervalos temporales, imponer regularidades a la experiencia, anticipar las consecuencias y economizar esfuerzos en la solución de problemas) por medio de los cuales, el organismo puede conectar adaptativamente las experiencias separadas. No obstante, en ocasiones las representaciones simbólicas de la realidad son imprecisas. Esta mediación disfuncional tiene cuatro tipos de varianza conductual (Mahoney, 1983):

1 FACTORES ATENCIONALES: el “organismo” responde ante un mundo significativamente filtrado, atendemos a eventos y sensaciones que tienen una importancia innata o adquirida en nuestra adaptación. Los procesos de atención pueden ser disfuncionales cuando existe:

A) Inatención selectiva: se ignoran los estímulos de ejecución relevantes.

- B) Percepción errónea: ocurre cuando se presenta atención a los estímulos que nos llegan, pero se clasifican inadecuadamente, por ejemplo, la percepción errónea de la imagen corporal que tienen las anoréxicas.
- C) Focalización maladaptativa: ocurre cuando se atiende ante estímulos exteriores irrelevantes o nocivos y es frecuente que se presente junto con la inatención selectiva.
- D) Autoactivación maladaptativa: implica la generación de cogniciones que son irrelevantes o producen detrimento en la ejecución, esto es análogo a la focalización maladaptativa, excepto que las señales atendidas son internas en vez de externas.

2. PROCESOS RELACIONALES: cuando se ha codificado un estímulo, éste se debe procesar. Algunos de los procesos mediacionales complejos que pueden contribuir a los patrones maladaptativos de conducta son:

- A) Los errores de clasificación: que obedecen a un pensamiento dicotómico y disfuncional.
- B) Los procesos de comparación: que constituyen un elemento permanente del pensamiento humano y que cuando son evaluativos únicamente satisfacen cuando son superlativos.
- C) Las deficiencias retencionales: si el organismo puede evocar errores y éxitos anteriores, se aumenta sus posibilidades de adaptación, sin embargo, las deficiencias en la retención pueden implicar un almacenamiento inadecuado de los estímulos, de los elementos de respuesta, de los rasgos consecuentes y/o de las variadas relaciones entre los anteriores.
- D) Errores inferenciales: a veces nos vemos forzados a ir más allá de la información disponible realizando inferencias inductivas o deductivas, sin embargo, en ocasiones inferimos conclusiones pobremente apoyados en nuestros datos personales o derivadas de elementos imprecisos.

3. RASGOS Y REPERTORIOS DE RESPUESTAS: la adecuación de los procesos relacionales y de atención, no asegura un comportamiento adaptativo. El individuo debe ser capaz de presentar las respuestas requeridas a una situación dada. Esta teoría utiliza la analogía de los

procesos de recuperación de la memoria humana y especula que las opciones de respuesta en una situación dada se encuentran bajo la influencia de las operaciones de búsqueda, almacenamiento y recuperación. De modo que las respuestas pueden ser el resultado de limitaciones fisiológicas, aprendizaje insuficiente, retención pobre o utilización inapropiada de la respuesta.

4. RETROALIMENTACIÓN EXPERIENCIAL: constituye un factor motivacional en la modificación de la conducta y es una fuente de información sobre las consecuencias probables de diversas acciones en situaciones específicas (pp. 161-181).

#### **4.2. Modelos vinculados al enfoque conductual.**

Estos modelos destacan los componentes conductuales del episodio interactivo y pasan por alto aquellas variables intermedias (cognoscitivas) a las que se atribuye un carácter casual, o por lo menos encausador del comportamiento hábil. En estos modelos las habilidades son vistas como un conjunto de respuestas objetivas integradas por una variable contextual o situacional (Roth, 1986).

##### **El modelo etológico.**

Este modelo, propuesto por Boice (1982, citado en Roth, 1986), destaca el hecho de que la llamada “psicología causativa” ha descuidado alarmantemente la observación directa. Este modelo, interesado por los modelos conductuales de la interacción, reconoce 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.

##### **El modelo molecular.**

Este modelo se interesa en unidades conductuales observables, específicas y muy concretas, cuya totalidad estructurada integra una destreza particular. Estas unidades se conocen con el nombre de componentes y pueden variar dependiendo de las situaciones y el contexto social. Son



ejemplos de componentes el contacto visual, el tono de voz, la tasa de conversación, etc. Según este modelo, las HS constituyen un atributo conductual de la situación específica de una persona y no de la persona en sí misma (Roth, 1986).

### **4.3. Modelos interactivos o interaccionistas de las Habilidades Sociales (HS).**

Los modelos interactivos o interaccionistas son más complejos, puesto que contemplan la competencia social como el resultado final de una cadena de procesos cognitivos y de conducta, que se iniciaría con una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para producir y evaluar posibles alternativas de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y finalizaría con la expresión de la acción elegida (León y Medina, 2002, citados en Pade, 2003). Además, estos modelos enfatizan la importancia de los factores personales y ambientales o situacionales en el desarrollo de las HS.

#### **El modelo del aprendizaje social de Mischel (1973).**

El pionero de estos modelos llamados interactivos es Mischel (1973), quien apoyado en las formulaciones del aprendizaje social, destaca la importancia de las variables ambientales, características personales y la interacción entre ellas, sobre la emisión de la conducta motora. Considera que una habilidad es un estereotipo que se aprende a través de observación y se organiza conforme reglas, convencionalismos sociales, expectativas y valores subjetivos en un esquema cognoscitivo.

#### **Modelo del análisis de la tarea de Mc.Fall (1982, citado en Roth, 1986 y Pade, 2003).**

McFall (1982, citado en Roth, 1986) criticó las limitaciones del modelo molecular y entendió las HS desde un enfoque interaccionista, donde son fundamentales los aspectos de la persona, de la situación social y de la interacción entre ambos. Se considera al individuo como un agente activo que busca y procesa la información, genera observaciones y controla sus acciones con el fin de lograr sus objetivos (Pade, 2003).

McFall (1982, citado en Roth, 1986) realizó distinciones concretas entre competencia, habilidad y tarea. Al término competencia le confiere un sentido evaluativo, mientras que la habilidad se refiere a la destreza necesaria para ejecutar competentemente una tarea, y tarea es la condición necesaria para juzgar la competencia de la ejecución. Este modelo utiliza la metáfora de la computadora y considera que una tarea puede ser caracterizada como un programa conductual y el programa conductual se resume con un “haciendo”. De modo que para entender y predecir la conducta de una persona, es necesario saber qué tarea se encuentra realizando y entender la lógica con la que la tarea organiza y dirige la conducta. Establece una jerarquía de tareas, desde las más generales (como encontrar esposa) hasta las más particulares (como establecer citas con esposas potenciales) y tareas más específicas (lograr citas requiere a su vez de tareas más concretas como iniciar una conversación). Este modelo plantea que la competencia de una persona debe ser estudiada con referencia a una tarea concreta. La especificación cuidadosa de las características de la tarea constituye el *análisis de la tarea*. Este modelo intenta analizar la ejecución con base en la acción unitaria e integrada de los sistemas fisiológico, cognoscitivo y conductual.

Este modelo hace hincapié en la importancia de la cadena de sucesos cognitivos que precede a las respuestas habilidosas; el modelo representa la conducta socialmente habilidosa como resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de los estímulos interpersonales, seguida de un procesamiento de estos para generar y evaluar las posibles respuestas, terminando con la selección de la mejor y la emisión apropiada de ella (Pade 2003).

### **Modelo de Trower (1982, citado en Pade, 2003).**

Este modelo critica los programas de EHS que solamente se centran en la enseñanza de los componentes conductuales, considera la necesidad de sustituirlos por otros que incluyan los componentes de percepción y cogniciones sociales. Cree necesario el uso de entrenamiento

cognitivo que regula las inferencias e interpretaciones erróneas que influyen en la adquisición y generación de las HS

Este modelo considera a la persona como un agente activo y racional que busca, procesa y controla su acción hacia unas metas determinadas. Plantea la necesidad de tener en cuenta la capacidad de autocontrol de eventos internos y externos, la capacidad de ejecución, la meta de dicha ejecución y las representaciones cognitivas y funcionales lógicas.

En este modelo juega un papel importante el proceso cognitivo, que incluye inferencias relativamente válidas acerca de uno mismo, de los demás, y de las señales sociales, así como de los auto-estándares relativamente realistas. Si esto no ocurre, la persona genera expectativas de fracaso, y dirige sus percepciones e interpretaciones en base a sus negativas autoevaluaciones. La competencia social será evaluada por la persona en base a éxitos y fracasos previos, y hará predicciones en relación a los éxitos y fracasos futuros.

**Modelo de Hollín y Trower (1986, citado en Hidalgo y Abarca, 1999).**

Este modelo integra los diversos factores intervinientes de las Habilidades Sociales (HS) tomando como base los planteamientos de Argyle. Este modelo comprende tres etapas: en la primera se determina una meta u objetivo interpersonal. La segunda etapa comienza con la percepción de señales del ambiente. Siguiendo con la percepción de señales interpersonales, debe traducir su percepción en planes de acción y realizar decisiones a un nivel cognoscitivo. Posteriormente la persona puede realizar una conducta motora. La conducta inicia la tercera etapa de este modelo; la consecuencia externa del comportamiento causa un cambio en el ambiente. Por último, el individuo percibe el resultado de sus acciones, completando así la retroalimentación del sistema. La retroalimentación puede ser beneficiosa para el objetivo inicialmente puesto y, por lo tanto, la conducta es reforzada. Contrariamente, la conducta puede ser no beneficiosa, siendo castigada y, por tanto, poco probable que se repita.

## **5. MODELOS EXPLICATIVOS DEL DÉFICIT DE HABILIDADES SOCIALES (HS)**

En la literatura fundamentalmente se presentan tres modelos explicativos de la falta de HS y la asertividad: el modelo de déficit de habilidades sociales, el modelo de inhibición por ansiedad y el modelo de inhibición mediatizada o "hipótesis de interferencia".

### **El Modelo de déficit de habilidades sociales.**

Los problemas de competencia social se explican porque la persona no aprendió las habilidades necesarias o no tiene el conocimiento del comportamiento deseable en un contexto determinado para actuar en una determinada situación interpersonal. Existen varias explicaciones por las que la persona no dispone de las habilidades interpersonales, por ejemplo, inadecuada historia de reforzamiento, ausencia de modelos apropiados o carencia de estimulación y oportunidades de aprendizaje (Monjas, 1997). El entrenamiento dirigido a la adquisición de conducta social es el enfoque terapéutico que corresponde a este modelo, está orientado a enseñar las habilidades sociales conductuales requeridas mediante los procedimientos de ensayo conductual, modelaje, instrucciones, retroalimentación y refuerzo social (Hidalgo y Abarca, 1999).

### **El 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. El tipo de intervención que responde a este modelo son las técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad (Hidalgo y Abarca, 1999).

### **El modelo de inhibición mediatizada o "hipótesis de interferencia".**

Este modelo afirma que la persona tiene en su repertorio determinadas habilidades, pero no las pone en juego por factores emocionales, cognoscitivos o motores que interfieren con su ejecución. Entre las variables interferentes se señalan: pensamientos depresivos, pobre habilidad

de solución problemas, inadecuadas habilidades para ponerse en el lugar del otro, bajas expectativas de autoeficacia, ansiedad, miedo, comportamiento agresivo, creencias irracionales (por ejemplo, exageraciones), déficits en percepción y discriminación social, expectativas negativas, pensamientos de autoderrota y frustración (Monjas 1997). La intervención que responde a este modelo incluye la reestructuración cognoscitiva a través de técnicas como la discusión socrática de ideas irracionales, entrenamiento en solución de problemas, modelaje conductual y cognoscitivo.

## **6. ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE LAS HABILIDADES SOCIALES (HS).**

Monjas y Paz (2000, pp.26-28) explican que las HS se aprenden y desarrollan a través de procesos de socialización y se posibilitan por medio de los siguientes mecanismos:

- ψ Aprendizaje por experiencia directa: las conductas interpersonales están en función de las consecuencias ya sea reforzantes o aversivas.
- ψ Aprendizaje por observación: se aprenden conductas de relación a través de la exposición ante modelos significativos.
- ψ Aprendizaje verbal o instruccional: la persona aprende a través de lo que se le dice, es una forma no directa de aprendizaje; en el ámbito familiar la instrucción es informal, pero en el ámbito escolar suele ser sistemática y directa.
- ψ Aprendizaje por *feedback* interpersonal: es la explicación por parte de los interactores o de los observadores de cómo ha sido el comportamiento de la persona; el observador comunica su reacción ante su conducta y esto ayuda a la corrección de la conducta sin la necesidad de ensayos.

## **7. COMPONENTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES (HS)**

Caballo (1993a) se refiere a los componentes de las HS en tres rubros:

1. Los componentes conductuales
2. Los componentes cognoscitivos

### 3. Los componentes fisiológicos (pp. 19-94).

#### **7.1. Componentes conductuales**

Dentro de los componentes conductuales Fernández Ballesteros (1994, p.367) enfatiza dos niveles de análisis propuestos desde 1982 por McFall:

- ψ La categoría molar: son tipos de habilidad general, constituyen un nivel superior de organización con un sentido y funcionalidad concretos. Estas categorías más amplias de conducta son las que nos sirven para organizar la práctica de las HS, así como la comunicación científica sobre ellas. Ejemplos de conductas pertenecientes a esta categoría son la Asertividad, la habilidad heterosocial o la capacidad para actuar con efectividad en las entrevistas laborales. Cada una de estas habilidades generales depende del nivel y de la forma de una variedad de componentes moleculares de respuesta.
- ψ Los componentes moleculares: permite analizar la conducta social en sus componentes. Este rubro puede describirse con conductas verbales o no verbales que integran una habilidad y que pueden ser contabilizados para su evaluación, como por ejemplo, el volumen de la voz, la mirada, la postura, el movimiento de extremidades, sonrisas, etc. El análisis molecular daría como resultados los bloques con los que se edificarían estas habilidades más complejas.

Los elementos moleculares que se tienen en cuenta para clasificar una conducta como socialmente habilidosa son:

- ψ Componentes no verbales: mirada, latencia de la respuesta, sonrisas, gestos, expresión facial, postura, distancia/proximidad, expresión corporal, automanipulaciones, asentimientos con la cabeza, orientación, movimientos de las piernas, movimientos nerviosos de las manos y apariencia personal.
- ψ Componentes paralingüísticos: voz (volumen, tono, claridad, velocidad, timbre e inflexión), tiempo del habla, perturbaciones del habla y fluidez del habla.

- ψ Componentes verbales: contenido general, iniciar la conversación y retroalimentación.
- ψ Componentes mixtos más generales: afecto, conducta positiva espontánea, escoger el momento apropiado, tomar la palabra, ceder la palabra, conversación en general y saber escuchar (Caballo, 1993a, pp. 20-21).

Según este autor, los elementos moleculares que más se toman en cuenta en las investigaciones y que no se han basado en la intuición del investigador, sino en la validez empírica de los elementos como método de selección en estudios para clasificar una conducta como socialmente habilidosa son:

- ψ Mirada/contacto ocular.
- ψ La conversación
- ψ El contenido y la fluidez
- ψ La duración
- ψ La calidad de la voz
- ψ Expresiones con las manos (p. 22).

Se han establecido distintas clases de dimensiones conductuales, uno de los primeros en establecer, desde una perspectiva clínica, las clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarcan las HS fue Lazarus (1973, p. 697) quien propone las siguientes cuatro dimensiones:

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.

Las clases de respuesta que se han propuesto posteriormente han girado alrededor de estos cuatro tipos de respuesta y las dimensiones conductuales más generalmente aceptadas en la actualidad son las propuestas por Caballo (1993a, pp.8-9):

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.

## **7.2. Componentes cognoscitivos**

Se considera de gran importancia la manera en que los individuos seleccionan las situaciones, los estímulos y acontecimientos; cómo perciben, constituyen y evalúan los procesos cognoscitivos, estas percepciones están conformadas por abstracciones y percepciones del mundo. Mischel (1973, pp. 264-275) dice que los procesos cognoscitivos deberían discutirse en términos de competencias cognoscitivas, estrategias de codificación y constructos personales, expectativas, valores subjetivos de los estímulos, y sistemas y planes de autorregulación.

ψ Competencias cognoscitivas: el individuo en el curso de su desarrollo cognoscitivo desarrolla repertorios para organizar su conducta. Existen grandes diferencias entre los individuos en la calidad de sus patrones cognoscitivos, los patrones cognoscitivos que contempla este autor son el conocimiento de la conducta habilidosa, el conocimiento de las costumbres sociales, de los diferentes tipos de respuesta, saber ponerse en el lugar de otra persona y la capacidad de solución de problemas.



- ψ Estrategias de codificación y constructos personales: diferentes personas pueden codificar los mismos acontecimientos y conductas de manera diferente y atender selectivamente las distintas clases de información. El individuo socialmente habilidoso tiene una adecuada percepción personal o interpersonal, tiene una atención y memoria selectiva de la información positiva vs. negativa, tiene un patrón cognoscitivo positivo, maneja estereotipos adecuados y tiene cuidado de identificar y eliminar creencias irracionales.
  
- ψ Expectativas: la conducta que genera un individuo depende de sus expectativas. 1) Una variedad de expectativas se refiere a las relaciones conducta-resultados. Es decir, se genera el patrón de respuestas que tenga más posibilidades de conducir a los resultados esperados. Sin embargo, en caso que se desconozca las expectativas conducta-resultados en una determinada situación, la actuación dependerá de las expectativas conductuales previas en situaciones similares. No obstante, el establecimiento profundo de expectativas conducta-resultados puede obstaculizar la capacidad del individuo para adaptarse a los cambios o contingencias. 2) Otro tipo de expectativas se refiere a las relaciones estímulo-resultados. Los significados atribuidos a los estímulos dependen de las asociaciones aprendidas entre las señales y los resultados conductuales. Algunas asociaciones esperadas estímulo-resultados podrían reflejar la historia de aprendizaje y las reglas personales del perceptor y es probable que muchas de estas asociaciones sean ampliamente compartidas por los miembros de la misma cultura. 3) También existen las expectativas de autoeficacia, 4) las expectativas sobre las posibles consecuencias de la conducta, así como, 5) los sentimientos de indefensión o desamparo. Hidalgo y Abarca (1999) señalan que las personas con déficits sociales, muchas veces realizan autoevaluaciones pobres y distorsionadas y suelen tener niveles de exigencia muy elevados y ser perfeccionistas respecto a la conducta social efectiva
  
- ψ Valores subjetivos de los estímulos: los individuos asignan valores distintos a los acontecimientos y comparten valores determinados en diferente grado. Se refiere a las preferencias y aversiones, gustos y desagradados, y valores positivos y negativos por parte de cada individuo. Por ejemplo, una persona puede valorar, más que otras personas, las aprobaciones que espera de los demás.

ψ Planes y sistemas de autorregulación: las personas regulan su conducta por objetivos y patrones de actuación, su autorecompensa o autocrítica por alcanzar o no los objetivos y patrones autoimpuestos. La autoregulación es la adopción por parte de la persona de planes y reglas de contingencia que guían sus conductas en ausencia de presiones situacionales externas inmediatas. Una persona socialmente habilidosa posee autoinstrucciones adecuadas, su grado de autoconsciencia y autoobservación es adecuada, y tiene una alta autoestima.

Determinadas situaciones de interacción social provocan en las personas poco asertivas distorsiones cognoscitivas, que son hábitos de pensamiento que se utilizan para interpretar la realidad de forma irreal, son formas de pensar distorsionadas, valorizantes, inexactas, imprecisas y automáticamente aplican etiquetas a las personas y cosas (Luca, Rodríguez y Sureda, 2001).

Las distorsiones cognoscitivas que más afectan a la autoestima son:

ψ Focalización en lo negativo (filtrado o visión de túnel): la persona únicamente centra su atención en los aspectos negativos y desagradables de alguna situación. La persona filtra la realidad, sólo puede ver y oír ciertos estímulos negativos que se convierten en el motivo central de su vida.

ψ Descalificación de experiencias positivas: la persona ignora las experiencias positivas, parte de una idea de perfeccionismo extremo que la extiende a todas las áreas de su vida, lo que la conduce a la desilusión cotidiana, a la decepción y en caso extremo, a un estado depresivo crónico

ψ Personalización: la persona piensa que todos los acontecimientos tienen que ver con ella, tiende a verse a sí misma como la única culpable de algunos sucesos externos desagradables de los que no es responsable y por los que se autocondena. Experimenta la sensación de tener poco control sobre los acontecimientos y se compara continuamente con los demás.

ψ Pensamiento *todo o nada* (pensamiento polarizado): la persona divide todas las experiencias o actos en dicotomías. Su pensamiento es de tipo “todo o nada”, tiende a evaluar las

situaciones o las actuaciones en forma extremista, en términos de buenas o malas, blancas o negras, verdaderas o falsas. Estos pensamientos utilizan términos como nunca, siempre, todo, cada, ningún, nadie, ni uno, todos, todo el mundo; son rígidos e inflexibles y conducen a la frustración.

- ψ Generalización: la persona saca una regla general de algún acontecimiento y nunca prueba la regla. Tiende a sacar conclusiones absolutas a partir de un suceso negativo, estableciendo modelos de derrota, bloqueando su acceso al cambio y al crecimiento.
- ψ Adivinación y lectura de la mente: la persona tiende a interpretar los acontecimientos como negativos sin tener datos reales que así los califiquen pero que han sido calificados por el propio individuo como negativos tras “leer” la mente de sus interlocutores (cree que los demás están pensando mal de él sin tener ninguna evidencia) o tras adivinar el futuro (espera que las cosas salgan mal).
- ψ Uso frecuente de “Debería...”: la persona se marca las pautas que considera imprescindibles para tener valor en la vida y triunfar; compara su forma de ser con su modelo ideal y se comporta de acuerdo con sus reglas inflexibles, correctas e indiscutibles. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son debería, habría de, o tendría.
- ψ Poner etiquetas o designación global: la persona utiliza con frecuencia adjetivos calificativos negativos para explicarse cualquier error que cometa (por ejemplo, soy un desastre o no sirvo para nada), con el calificativo se coloca una etiqueta que se desvincula de la vida real.
- ψ Magnificación y/o minimización: la persona exagera sus errores y le quita importancia a sus éxitos. Sin embargo, se muestra más indulgente ante los errores de los demás.
- ψ Razonamiento emocional: la persona asume que sus sentimientos son el mejor indicador para saber si la situación real que esta viviendo es mala o buena. Considera que las reacciones emocionales que experimenta le aporta un conocimiento fidedigno de la realidad. Por ejemplo, si a un adolescente una profesora le llama la atención por sus continuas faltas a

clase y él siente vergüenza, calificará esa situación como negativa, su reacción emocional le impedirá analizar la llamada de atención de forma racional y concluirá que la maestra está en su contra (Bermúdez (2000, pp. 34-40).

### **7.3. Componentes fisiológicos**

Los componentes fisiológicos son variables poco utilizadas en los estudios acerca de las Habilidades Sociales (HS). Caballo (1993a) indica que los componentes más investigados son la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales, la respuesta electromiográfica y la tasa respiratoria. Aunque los datos disponibles muestran que la ausencia de esas señales no siempre implica mayor Competencia Social, algunos autores (Alberti & Emmons, 1970; Rimm & Masters, 1993; Wolpe, 1958, 1973) indican que personas ansiosas con frecuencia presentan dificultades interpersonales.

## **8. EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES (HS).**

La evaluación de las HS se ha realizado en los mismos rubros en que se ha venido explicando sus componentes: conductuales, cognitivos y fisiológicos. De forma que las personas socialmente habilidosas y no habilidosas tienen necesariamente que diferir en una serie de estos elementos (Caballo, 1993a).

Sanz, Gil y García-Vera (1998), consideran que son dos las funciones esenciales de la evaluación de las HS:

1. La indicación y diseño de la intervención: incluye la evaluación pretratamiento, la selección de quienes formarán parte del entrenamiento, el diseño y ajuste del entrenamiento a las demandas específicas y una evaluación continua durante el entrenamiento.
2. El control de los resultados de dicha intervención: se refiere a las medidas pretest, postest y de seguimiento (pp. 28-29).

Existen diversas técnicas de evaluación de las HS y varios autores han explicado las que han considerado más relevantes. Sin embargo, se consideró conveniente abordar las siguientes técnicas propuestas por Caballo (1993a) presentando sus ventajas y desventajas.

### **8.1 Evaluación psicométrica (autoinforme).**

La evaluación psicométrica constituye una medida de autoinforme y consiste en la obtención de respuestas de un evaluado ante una variedad de situaciones sociales presentadas en un test de lápiz y papel (Michelson, Sugai, Word & Kazdin, 1987). Olivares y Méndez (1998) precisan que mediante el autoinforme se pueden obtener medidas de habilidad social, medidas de la ansiedad social y de las cogniciones. Por su parte, Sanz, Gil y García-Vera (1998) consideran que la evaluación psicométrica es la técnica más ampliamente utilizada tanto en la práctica profesional como en la investigación y las puntuaciones obtenidas proporcionan una información general (nivel de competencia en un área determinada) que requiere una mayor especificación a través de otras estrategias. De acuerdo con este autor, la evaluación psicométrica presenta las siguientes ventajas y desventajas:

#### Ventajas:

- Permite abordar un amplio rango de habilidades.
- Pueden resolverse con facilidad.
- Pueden evaluarse una gran cantidad de personas en un tiempo breve.
- Resultan prácticos para conocer de forma general las autopercepciones de los evaluados, la intensidad de sus problemas y los cambios que se van produciendo (pp. 37-47).

#### Desventajas:

- Las incongruencias que pueden darse entre las respuestas del evaluado y su conducta real debidas a :
  - Factores de percepción errónea acerca de su propia conducta.
  - Factores de deseabilidad social.
- La variación en la interpretación de los ítems por parte de los diferentes evaluados.

- La necesidad de que los evaluados empleen ciertas habilidades de percepción y razonamiento social. Por ejemplo, cuando la persona nunca ha experimentado la situación planteada y debe contestar como reaccionaría.
- Que los evaluados no sean capaces de mantener una concentración sostenida.
- Las dificultades de reflejar de forma adecuada en cada ítem las distintas situaciones.
- La imposibilidad de evaluar los componentes moleculares de la conducta (pp. 37-47).

## **8.2 Entrevista.**

Es un instrumento indispensable en la práctica clínica y constituye un método imprescindible en el ámbito de las HS. Sanz, Gil y García-Vera (1998), sugieren que la entrevista resulta útil para:

- Obtener información respecto a la historia de sus relaciones interpersonales.
- Conocer las situaciones de interacción social que más problemas le causan.
- Conocer su propia valoración de su conducta social.
- Conocer su motivación para mejorar su nivel de HS.
- Conocer sus expectativas sobre el entrenamiento y los objetivos que le gustaría alcanzar.
- Determinar los factores antecedentes y consecuentes que controlan el comportamiento no hábil y hasta que punto la persona posee un repertorio conductual elevado.
- Es útil como estrategia inicial y complementaria en el proceso de evaluación (pp.48-49).

### Ventajas:

- La entrevista es por sí misma un encuentro social, por lo que puede servir como contexto de evaluación del comportamiento.
- Durante la entrevista se pueden evaluar tanto los elementos molares como moleculares.
- La flexibilidad y escasa estructuración de la entrevista, permiten que se adapte a todo tipo de clientes, problemas y contextos.
- Permite recabar del propio evaluado información de primera mano.
- La información que proporciona el evaluado constituyen datos confidenciales y de amplio contenido, que no podrían obtenerse mediante otros procedimientos.

- Permite recabar información sobre el comportamiento en situaciones no accesibles a la observación (p 48-50).

#### Desventajas:

- Existen dificultades para suponer que el comportamiento que manifiesta la persona durante la entrevista sea representativo de su comportamiento real en su medio ambiente social.
- Presenta problemas de validez, ya que los datos obtenidos se ven afectados por sesgos relacionados con:
  - Las características del entrevistador.
  - La relación que se establece con la propia entrevista.
  - Sesgos de percepción y recuerdo deficiente por parte del entrevistado.
- Existen limitaciones inherentes al propio instrumento:
  - Es un procedimiento indirecto de obtención de información.
  - El carácter testimonial de la entrevista.
- La carencia de procedimientos de estructuración en muchos tipos de entrevista (p 48-50).

### **8.3 Informes de otras personas.**

Consiste en la evaluación de una persona por parte de sus allegados (amigos, familiares, maestros, compañeros, padres, etc.). Según Michelson, Sugai, Word y Kazdin (1987) estos informes pueden recaudarse por medio de entrevistas realizadas a sus allegados o por medio de la aplicación de informes de evaluación escritos que se entregan a diversas personas del contexto del evaluado. El tipo de registro puede realizarse a nivel molar o molecular, según la información que interese a los fines de la evaluación.

#### Ventajas:

- La principal ventaja de este tipo de evaluación es que se puede considerar como una forma de observación directa en el ambiente real. Esto incorpora una ventaja con respecto a la validez social o ecológica. Un recurso de evaluación necesita identificar los

comportamientos objetivos que destacan clínicamente y que son considerados importantes por la comunidad reforzadora (Michelson, Sugai, Word & Kazdin, 1987, p.42).

- Se obtiene exactitud en la información atendiendo a aspectos de la conducta muy delimitados y observables (Fernández-Ballesteros, 1994, p.375).

#### Desventajas:

- Pueden presentarse sesgos en la objetividad de la información que otras personas subministren (Fernández-Ballesteros, 1994, p 375).

### **8.4 Autorregistros (autoobservación).**

El autorregistro es un método para observar y registrar la conducta tanto manifiesta (pública) como encubierta (cogniciones). Se pide a la persona que registre los antecedentes y/o consecuentes (manifiestos y/o encubiertos) que acompañan a la conducta de interés. Se puede hacer también que las personas estimen su nivel de ansiedad, así como su habilidad y la satisfacción de sus conductas (Caballo, 1993a). Este mismo autor manifiesta las siguientes ventajas y desventajas de los autorregistros:

#### Ventajas:

- Permite el acceso a datos difícilmente disponibles.
- Proporciona datos conductuales relativamente específicos del ambiente natural.
- Puede ser la mejor fuente de información disponible sobre el cambio de la conducta en vivo.
- La(s) hoja(s) de autorregistro pueden emplearse también como medio de control de las tareas para casa que se le asignan a la persona.
- Puede actuar, en ocasiones, como un autorrefuerzo de la conducta que se está registrando (pp. 153-157).



### Desventajas:

Sus desventajas se relacionan con la fiabilidad y la reactividad.

- La fiabilidad: se refiere a la inexactitud o inconsistencia de la observación o mantenimiento del registro, por ejemplo, con el tiempo las personas pueden reducir sus registros por cansancio o aumentarlo al adquirir mayor experiencia.
- La reactividad que provocan los autorregistros en el propio comportamiento: se refiere a un cambio en la conducta objetivo como función de la autoobservación. Es probable que la percepción alterada por parte del paciente de las interacciones sociales, o de su propia conducta en esas interacciones, acompañe al EHS, y pueda sesgar la precisión objetiva de los registros de la conducta (pp. 153-157).

## **8.5 Observación conductual.**

La observación conductual permite conocer las respuestas manifiestas a través de las cuales se muestran las HS. Según Sanz, Gil y García-Vera (1998), existen distintas modalidades de observación que pueden diferenciarse en función del contexto en que tiene lugar la interacción (ambiente real frente a contexto artificial), la naturaleza del comportamiento (natural frente a simulado), la fuente de información (el propio evaluado, personas significativas y observadores o colaboradores), la duración (breve, semiextensa y extensa), la estructuración de la interacción (estructurada y semiestructurada), y el tipo de medida (registros conductuales frente a valoraciones globales). Por otro lado, explica que la información que se obtiene por medio de la observación permite realizar análisis a distintos niveles de concreción: molar, molecular o intermedio.

Con respecto a este tipo de evaluación, Caballo (1993a), Michelson, Sugai, Word y Kazdin (1987) y Sanz, Gil y García-Vera (1998), ponen especial atención a la observación natural y a la observación en situaciones artificiales.

- **Observación natural:**

La observación natural es el método ideal para evaluar correctamente las HS. Generalmente, esta técnica se lleva a cabo con uno o más observadores que registran la frecuencia, duración y/o calidad de los comportamientos especificados. La especificidad situacional y las características idiosincrásicas del comportamiento social, hacen que los investigadores tengan que crear códigos y formatos de observación con arreglo a las conductas de interés (Michelson, Sugai, Word & Kazdin, 1987).

Ventajas:

- Es el procedimiento de evaluación más deseable porque posee un elevado grado de validez social.
- Es muy útil con poblaciones “cautivas”, como pacientes psiquiátricos internos o niños en edad escolar, y con conductas públicas como el juego y las conversaciones causales (Michelson, Sugai, Word & Kazdin, 1987, pp.32-34)

Desventajas:

- El procedimiento requiere de observadores preparados a fin de alcanzar un nivel aceptable de fiabilidad interobservadores, es decir, acuerdo entre observadores. (Michelson, Sugai, Word & Kazdin, 1987, p.34).
- Es difícil de emplear y resulta un factor limitante el costo de enviar observadores a la comunidad (Caballo, 1993a, p164).

- **Observación en situaciones artificiales**

Atendiendo a la duración y grado de estructuración, Sanz, Gil y García-Vera (1998) y Caballo (1993a), distinguen tres tipos de interacciones artificiales: *pruebas estructuradas de interacción breve*, que requieren una única respuesta por parte de la persona evaluada; *pruebas estructuradas de interacción semiextensa*, que precisan una sucesión de respuestas a dos o más frases prefijadas del interlocutor; y *pruebas semiestructuradas de interacción extensa*, que

incluyen una secuencia de interacciones entre sujeto e interlocutor, son encuentros simulados que se diseñan como situaciones similares a interacciones que ocurren normalmente en la vida real. Estas últimas, también han sido denominadas “interacciones reales planificadas” o “interacciones naturalistas”. Sanz, Gil y García-Vera (1998) exponen las siguientes ventajas y desventajas:

#### Ventajas:

- Son de fácil elaboración, adaptables a cada caso en particular.
- Su aplicación es sencilla.
- Pueden presentar situaciones difíciles de reproducir en la vida real.
- Tienen la posibilidad de presentar diferentes situaciones en la misma prueba.
- Tienen el control sobre los contextos, personas y situaciones presentadas.
- Tienen precisión en la medición de los componentes de las HS (p.57).

#### Desventajas:

- La dificultad de las personas para introducirse en el papel que se les pide
- La confusión y la ansiedad que puede generar en las personas verse expuestas a interacciones con un desconocido.
- La falta de realismo sacrificado en aras de la estandarización suscita problemas de validez, debido a la discrepancia entre el comportamiento real y la conducta de la situación artificial (p.57).

### **8.6 Registros fisiológicos.**

Los registros fisiológicos han sido muy poco empleados en la evaluación de las HS. Aunque la disfunción conductual puede aparecer en los sistemas de respuesta fisiológico, motor o cognitivo y a pesar del énfasis de la literatura conductual sobre la importancia de la “triple vía de evaluación”, pocas investigaciones sobre habilidades sociales han empleado medidas fisiológicas. Los elementos filológicos empleados han comprendido la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales, la respuesta electromiográfica y la respiración (Caballo, 1993a, pp.177-178).

### **8.7 Batería multimodal (Estrategias de evaluación global).**

Michelson, Sugai, Word y Kazdin (1987), Sanz, Gil y García-Vera (1998) y Caballo (1993a), sugieren la utilización de baterías multimodales. Estas baterías se caracterizan por combinar eficazmente varias técnicas de evaluación para medir las HS, teniendo en cuenta las ventajas y las limitaciones de cada técnica de evaluación, de modo que los procedimientos se complementen unos a otros y proporcionen una información de selección inicial, definan los recursos y déficits sociales específicos, y evalúen la marcha y el éxito de los resultados del entrenamiento.

## **9. ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES (EHS)**

El EHS (procedimiento que Wolpe y Salter incluyeron como una técnica de terapia conductual en la clínica) es definido por Roth (1986) como un vehículo para la rehabilitación de pacientes con trastornos de conducta debidos al déficit o inexistencia de habilidades y un procedimiento que ha sido apreciado como una opción para la prevención primaria o secundaria de los problemas asociados con la carencia o impracticabilidad de alguna habilidad.

Con respecto a la expresión “Entrenamiento de Habilidades Sociales“, Kelly (1987) refiere que es un método de tratamiento de una serie de déficits interpersonales y específicos, que incluyen la falta de oposición y aceptación asertivas, de habilidades heterosociales o de petición de citas y de habilidades conversacionales en general. Esta autora complementa su definición mencionando que la importancia o funcionalidad de determinado tipo de habilidad depende de la frecuencia con que la persona se encuentre en situaciones en las que sea necesaria dicha habilidad, así como de la importancia o el valor del objetivo a alcanzar mediante el empleo de la misma.

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es conceptualizado por Caballo (1993a) como 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 comprende al EHS entre las técnicas más eficaces y más frecuentemente utilizadas dentro del marco de los servicios de salud mental, ya sea, para el tratamiento de problemas psicológicos, para la mejora de la efectividad interpersonal y, en general, para la mejora de la calidad de vida.

## **10. IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (EHS)**

El ser humano es un agente social que se ve envuelto en complejos procesos de interacción y su conducta social es un proceso de aprendizaje permanente a través de la vida. Su adecuación y competencia, están determinadas por la interacción permanente del sistema interpersonal (Hidalgo y Abarca, 1999). Es por esto que resulta tan importante la necesidad de trabajar las HS y las investigaciones que se realizan acerca de ellas.

Curran (1985, citado en Caballo, 1993a, p. 181) ofrece las siguientes premisas que justifican la importancia del trabajo con las HS:

1. Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y el funcionamiento psicológico. Su importancia viene avalada por la relación entre el dominio de Habilidades Sociales en la infancia y la adaptación psicológica, escolar y social en la infancia y etapa adulta.
2. La falta de armonía interpersonal puede contribuir o conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas. Aquéllos que carecen de dichas habilidades pueden desarrollar problemas personales (baja autoestima, locus de control externo), escolares (rendimiento bajo, absentismo, expulsiones de la escuela, fracaso escolar) y de salud mental (alcoholismo, suicidio o toxicomanías).
3. Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros para clases específicas de encuentros sociales y estos pueden ensañarse para mejorar la competencia en situaciones específicas.

4. La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.
5. La importancia de la relación con los iguales viene determinada por las funciones que desempeña en el desarrollo del individuo: conocimiento de sí mismo y de los demás; desarrollo de determinados aspectos del conocimiento social y determinadas conductas, habilidades y estrategias para relacionarse con los demás; autocontrol y autorregulación de la propia conducta en función de la retroalimentación que se recibe en los otros; apoyo emocional y fuente de disfrute; aprendizaje del rol sexual y el desarrollo moral y aprendizaje de valores.

La importancia que puede tener el desarrollo de investigaciones que arrojen luz sobre la Competencia Social, se advierte a través de tres aspectos generales (Roth, 1986, pp. 29-30).

1. Del esclarecimiento de las relaciones existentes entre la deficiencia de destrezas sociales particulares y trastornos conductuales como el consumo excesivo de alcohol y drogas, el comportamiento agresivo, los problemas maritales y familiares, la ansiedad, etc.
2. Del desarrollo de tecnologías instruccionales aplicables en ambientes no convencionales como el hogar, la escuela y la comunidad, por el hecho de que son el marco natural en el que se produce la mayor parte de la conducta social de los individuos y porque dicha conducta es mantenida por las contingencias que tienen lugar en tales ambientes.
3. Del 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.

En el ámbito de la psicología clínica, la posibilidad de modificar el comportamiento ha logrado la aceptación del EHS como un recurso para la rehabilitación de pacientes con trastornos de conducta debidos al déficit o inexistencia de habilidades, y ha sido apreciado como una opción

para la prevención primaria o secundaria de los problemas asociados con la carencia o impracticidad de alguna habilidad (Fernández-Ballesteros, 1994). La adquisición de competencias sociales es un aspecto básico para el mantenimiento de la salud y del bienestar, y es muy positivo para la recuperación de la salud en los enfermos y la adaptación y el mantenimiento de la calidad de vida en trastornos crónicos (Crespo y Cruzado, 2000).

Crespo y Cruzado (2000) identifican cuatro beneficios que puede ofrecer el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) en el ámbito clínico:

1. Va a permitir contar con una buena red de apoyo social (amigos, pareja, adecuadas relaciones con los vecinos y compañeros de trabajo, etc.) que es un importante predictor de mantenimiento de hábitos saludables (tales como el ejercicio físico, dietas equilibradas, control del abuso de sustancias o higiene bucodental), de revisiones periódicas, de adherencia a los tratamientos médicos y del bienestar y calidad de vida ante enfermedades crónicas.
2. Frente a una enfermedad, el paciente debe mantener comportamientos asertivos y de relación social que le permitan establecer adecuadas relaciones con el personal de atención, informarse del diagnóstico, pronóstico, calidad del tratamiento y asegurar sus derechos de forma adecuada.
3. Tanto el paciente como sus familiares deben aprender a manejar el estrés, comunicar sus sentimientos y necesidades de forma adecuada y controlar problemas de interacción personal asociados a la enfermedad.
4. En el caso de los trastornos crónicos pueden presentarse problemas relacionados con la autoestima, dificultades de comunicación y aislamiento social. El EHS es un aspecto necesario para el mantenimiento de la calidad de vida y para abordar problemas de comunicación específicos que afectan negativamente a las relaciones sociales (pp. 72-73).

## 11. PROCESOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (EHS)

Caballo (1991) indica que el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) implica cuatro procesos:

1. *Entrenamiento en habilidades*: se enseñan conductas específicas; se emplean procedimientos tales como las instrucciones, la retroalimentación, reforzamiento y otras técnicas que se revisarán más adelante.
2. *Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas*: se consigue en forma indirecta, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que es incompatible con la respuesta de ansiedad, o se puede emplear directamente una técnica de relajación.
3. *Reestructuración cognoscitiva*: se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes.
4. *Entrenamiento en solución de problemas*: se enseña a percibir correctamente los “valores” de todos los parámetros situacionales relevantes para generar respuestas potenciales, de manera que se maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo de la comunicación interpersonal (pp. 409-410).

## 12. ETAPAS PRÁCTICAS EN EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES (EHS)

Caballo (1991) cita a Lange (1981), Lange, Rimm y Loxley (1978) cuando enuncia cuatro etapas prácticas del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS). Aclara que estas etapas no son necesariamente sucesivas, a veces se entremezclan en el tiempo y se pueden readaptar y modificar de diversas formas para adecuarlas mejor a las necesidades de la persona. Esas cuatro etapas se enuncian a continuación y más adelante se explican con detalle:

1. Desarrollo de un sistema de creencias que mantenga un gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.



2. La distinción entre conductas pasivas, agresivas, pasivo-asertivas y asertivas.
3. La reestructuración cognoscitiva de la forma de pensar en situaciones concretas.
4. El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas (p.410).

### **12.1. Desarrollo de un sistema de creencias que mantenga un gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.**

En las definiciones de asertividad / habilidades sociales que se han ofrecido anteriormente, la mayoría de ellas incluye la defensa de los propios derechos. Por otro lado, Caballo (1993a) incluye que no conocer los propios derechos es una de las causas que impide a una persona tener un nivel adecuado de HS. Consecuentemente, es primordial, en el EHS, enseñar cuáles son esos derechos y la forma correcta de defenderlos. Aunque también es tarea imprescindible enseñar a respetar los derechos de los demás.

Bermúdez (2000), reconoce que todas las personas son creadas iguales y por lo tanto el trato entre ellas debe ser como iguales, por lo que define los derechos como aquéllos que tenemos por el hecho de ser humanos y que nada tienen que ver con los derechos “constitucionales/legales que todos tenemos garantizados” (p. 111). Concede gran importancia al hecho que los niños y adolescentes conozcan y comprendan sus derechos, puesto que así podrán saber si esos derechos están siendo respetados o si están siendo violados en una situación determinada, también les ayudará a fomentar la autoestima, a tomar decisiones y a defenderse de las manipulaciones y humillaciones de otras personas. Este autor enuncia una serie de derechos que se presentan en la tabla 4.1.

**Tabla 4.1. Cuadro de derechos humanos básicos.**

CUADRO DE DERECHOS HUMANOS BÁSICOS
Tienes derecho a...
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Considerar que tus necesidades son tan prioritarias como las de los demás.</li><li>2. Equivocarte alguna vez y no sentirte mal por ello.</li><li>3. Tener y expresar tus propios sentimientos y opiniones aunque los demás no las compartan o acepten.</li><li>4. No tener siempre una explicación para los demás sobre lo que sientes o haces.</li><li>5. Cambiar tu forma de pensar o actuar sobre algún tema o cuestión concreta.</li><li>6. Reclamar por haber sido tratado de forma injusta.</li><li>7. Pedir información cuando así lo necesites.</li><li>8. Pedir un deseo, un favor, un cambio de comportamiento, ayuda o apoyo emocional recordando, siempre, que la otra persona tiene derecho a negártelo y no a no sentirte mal ante la negación.</li><li>9. Sentir y manifestar emociones negativas como ira, dolor, rabia...</li><li>10. Decidir si te comportas según los consejos de los demás o bien si lo haces según tus propios intereses.</li><li>11. Negarte ante cualquier petición que te hagan sin tener que sentirte mal por ello.</li><li>12. Decidir estar solo, aunque los demás demanden tu compañía.</li><li>13. No tener que adivinar qué necesitan, piensan y desean los demás, si éstos no lo comunican.</li><li>14. Ser independiente.</li><li>15. Ser escuchado y tomado en serio.</li><li>16. Adquirir aquello por lo que pague.</li><li>17. No sentirte responsable de los problemas de otras personas.</li><li>18. A triunfar.</li><li>19. A ser feliz.</li><li>20. Ser respetado y tratado con honradez.</li><li>21. Progresar aunque aventajes a los demás.</li><li>22. Reflexionar antes de tomar una decisión.</li><li>23. Defender tus derechos.</li><li>24. Quererte a ti mismo.</li><li>25. A no ser utilizado por los demás.</li><li>26. A aprender.</li><li>27. A no hacer siempre las cosas perfectamente.</li></ol>

Fuente: Bermúdez, 2000, p. 113.

## **12.2. La distinción entre conductas pasivas, agresivas, pasivo-asertivas y asertivas.**

No sólo es importante que las personas conozcan y comprendan cuales son sus derechos, sino que también es necesario que aprendan el modo más adecuado de defenderlos. Para denunciar que los propios derechos humanos básicos han sido violados y, en general, para expresar sentimientos, necesidades u opiniones se pueden adoptar cuatro estilos de respuestas diferentes: pasiva, agresiva, pasivo-agresiva o asertiva. En el EHS se contempla dar a conocer y enseñar estos estilos de respuesta con el propósito de que la persona reconozca el estilo asertivo como la mejor opción para una comunicación efectiva.

**Estilo pasivo:** La conducta pasiva es un estilo de huida y también de sumisión, implica la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones (Monjas, 2000). La persona que utiliza este estilo de respuesta permite al otro elegir por él y en situaciones de gana-pierde, siempre pierde (Neidhardt, Weinsstein & Conry, 1992). El tipo de respuestas pasivas puede crear, en relación a sí, sentimientos de ansiedad, pena, irritación y desprecio, produce una imagen negativa de sí mismo (De prette & De prette, 2002).

**Estilo Agresivo:** La conducta agresiva implica la defensa de los derechos personales y la expresión de pensamientos, sentimientos y opiniones de manera deshonesto e inapropiada (Monjas, 2000). La persona con estilo de respuesta agresiva suele ser no cooperativa, y viola o ignora los derechos de los demás. Su conducta puede incluir actos de violencia verbal, física o psicológica, que incluye burlas, provocaciones, peleas, discusión con conflictos ya resueltos, destructividad, irritabilidad, belicosidad, desafío a la autoridad, irresponsabilidad, necesidad de llamar la atención, bajos niveles de sentimiento de culpabilidad, etc. (Luca, Rodríguez y Sureda, 2001). Sin embargo, la conducta agresiva y desafiante es, la mayoría de las veces, una defensa por sentirse excesivamente vulnerables ante los “ataques” de los demás, o bien, es una falta de habilidad para afrontar situaciones tensas; en muy pocas veces la conducta agresiva responde a un patrón de pensamiento rígido o unas convicciones muy radicales (Castanyer, 1996). La

persona con estilo de conducta agresiva generalmente alcanza sus objetivos, la mayoría de las veces perjudicando la relación humana y crea, en la mayoría de los casos, más problemas de los que intenta resolver, por lo que se aleja de la meta de mantener una comunicación sana y satisfactoria con los demás (De prette & De prette, 2002).

Estilo Pasivo-Agresivo: En este estilo se encuentran aquéllas personas calladas y pasivas en su comportamiento externo, pero con grandes dosis de resentimiento en sus pensamientos y creencias. Al no dominar una forma asertiva o agresiva para expresar estos pensamientos, las personas pasivo-agresivas responden con una agresión encubierta, utilizan métodos sutiles e indirectos, como ironías, sarcasmos e indirectas, o bien, responden pasivamente para más tarde responder con una agresión encubierta. Es decir, intentan que la otra persona se sienta mal, sin haber sido ellos, aparentemente, los culpables. Este estilo se debe a una falta de habilidad para afrontar las situaciones de otra forma (Castanyer, 1996).

La opción asertiva: implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar sus derechos. La persona asertiva elige por sí misma, protege sus propios derechos y respeta los derechos de los otros, consigue sus objetivos sin herir a los demás, es expresiva socialmente y emocionalmente, se siente bien con ella misma y tiene confianza en sí misma. El objetivo de la conducta asertiva no es conseguir lo que se quiere, sino comunicarlo de forma clara y directa. (Monjas, 2000).

### **12.3. La reestructuración cognoscitiva de la forma de pensar en situaciones concretas.**

Hidalgo y Abarca (1999) mencionan que la reestructuración cognoscitiva consiste en un conjunto de técnicas dirigidas a modificar los desajustes cognoscitivos que interfieren e inhiben el buen desempeño social. Por su parte, Caballo (1981) considera que el objetivo de utilizar técnicas cognoscitivas en el EHS consiste en ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen a sí mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta. Mas aún, Hidalgo y Abarca (1999) incluyen entre los propósitos de la reestructuración cognoscitiva, desarrollar un

sistema de creencias que valoren tanto los derechos personales como los de los demás, reconocer y reemplazar cogniciones inadecuadas y desarrollar habilidades cognoscitivas que faciliten el desenvolverse más asertivamente.

Para que estos objetivos puedan ser cumplidos es necesario efectuar los siguientes pasos:

- a) Identificar las situaciones en las que existe dificultad para expresividad.
- b) Identificar los pensamientos presentes en las situaciones interpersonales.
- c) Descubrir los sistemas de creencias asociadas a aquéllas situaciones interpersonales.
- d) Detectar el proceso cognoscitivo que está en la base del pensamiento (procesamiento de la información).
- e) Utilizar técnicas conductuales y cognoscitivas (modelado, ensayo conductual, exposición, autoinstrucciones, distanciamiento, contrastación empírica, confrontación socrática, persuasión, procedimientos de reatribución, automonitoreo, etc.) para modificar ya sea los pensamientos, los esquemas y supuestos más profundos, y los mecanismos de procesamiento de la información (Hidalgo y Abarca, 1999, p. 42).

Una técnica de modificación cognoscitiva frecuentemente utilizada (y recurrida para la intervención efectuada en el presente estudio) es la llamada terapia racional-emotiva-conductual, denominada en sus orígenes Terapia-Racional-Emotiva (TRE). Ellis creó la TRE a principios de 1955 esencialmente con propósitos de eficiencia, porque los métodos psicoanalíticos utilizados hasta entonces habían sido “prolijos, tortuosos y sólo en parte eficaces” (Ellis & Abrahams, 1980, p.11). Posteriormente, incluyó la parte conductual partiendo de la suposición de que tanto las emociones como la conducta son producto de las creencias de un individuo, en su interpretación de la realidad. Ellis y Abrahams (1980), explican la TRE en función de 5 puntos (A, B, C, D y E): El punto “A” denominado experiencia activante; “B” se refiere a la creencia ya sea racional o irracional; el punto “C” representa la consecuencia emocional; seguida por la (D) discusión de las ideas irracionales y se obtiene (E) un efecto filosófico o cognoscitivo. Esta hipótesis plantea que el punto “A” o acontecimiento activante no produce de forma automática la “C” o consecuencias emocionales o conductuales, la “C” es producida por la interpretación que se le da a la “A”, es decir por las creencias (B) que generamos sobre dicha situación, si B es

funcional, lógica y empírica, se le considera “racional”. El método principal para remplazar una creencia irracional por una racional se llama refutación o debate (D) que finalmente conduce a (E) un efecto cognoscitivo o nueva filosofía.

Una de las mayores contribuciones de la TRE al campo de la terapia cognoscitivo-conductual es la distinción entre creencia racionales e irracionales. Las creencias racionales son cogniciones evaluativas con un sentido de tipo preferencial (no absoluto) del tipo “me gustaría”, “quisiera”, “no me gustaría”. Son consideradas racionales cuando son relativas y no interfieren en la persecución de nuevas metas. Son el fundamento de comportamientos funcionales. Por otro lado, las creencia irracionales son absolutas (o dogmáticas) y se expresan en términos de “tengo que”, “debo”, “debería” “estoy obligado a”, etc. y provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas, estas creencias están en la base de conductas disfuncionales (Ellis y Dryden, 1989).

Otra técnica de modificación cognoscitiva también utilizada para la intervención del presente estudio, es la “*técnica de detección del pensamiento*”. Esta técnica fue desarrollada por Wolpe (1958, 1973) quien atribuye la creación de esta técnica a J. G. Taylor (1955) de la Universidad de la Ciudad del Cabo. Aunque apunta que, sin que él lo supiese, ya había sido propuesta en 1928 por Alexander Bain.

Wolpe (1958, 1973) propone que el objetivo de este método es liberar a los pacientes de pensamientos inútiles. Considera que en ciertos pacientes una buena parte de ansiedad se debe a la insistente sucesión de ideas irrealistas, improductivas e inadaptativas que irrumpen en el pensamiento, algunas son episódicas, pero si son crónicas se les llaman obsesiones. De modo que, la detección del pensamiento es un modo efectivo de tratar las ideas episódicas y a veces también tiene éxito con algunas obsesiones

Este autor opina que la base probable de este procedimiento es el establecimiento de un hábito inhibitorio mediante el reforzamiento positivo. Es decir, el hábito de inhibición del pensamiento es reforzado por la consecuencia de reducir la respuesta de ansiedad que trae cada intento satisfactorio de inhibición de pensamiento. Ampliamente, describe la forma en que el terapeuta debe aplicar este procedimiento:

- ψ Se le pide al paciente que cierre sus ojos y diga en palabras una secuencia de pensamientos típicamente anormales.
- ψ Durante la verbalización, el terapeuta grita de pronto “¡Alto!” o “¡Pare!”, y luego se llama la atención del paciente hacia el hecho de que los pensamientos realmente se detienen.
- ψ Esto se repite varias veces y luego se invita al paciente a irrumpir sus pensamientos inadaptables diciendo “¡Alto!” subvocalmente.
- ψ Se le previene diciéndole que los pensamientos van a regresar, pero cada vez que suceda debe interrumpirlos otra vez. Al cabo de unas paradas repetidas, tardarán más en volver y paulatinamente se hacen más fáciles de detener.
- ψ Con una práctica asidua, al cabo de una semana y aún en menos tiempo, algunos pacientes quedan libres parcial o totalmente de los pensamientos no agradables (Wolpe, 1973, pp. 242-244).

Alberti y Emmons (1970) confían en el uso de esta técnica como un medio que permite a las personas ser más asertivas en sus relaciones interpersonales y propone que los pensamientos positivos pueden usarse para reemplazar otros negativos, en conjunto con la técnica de detección del pensamiento. No obstante, recomiendan asegurarse que el pensamiento indeseable no contenga ningún mensaje constructivo que se este pasando por alto y considerar que algunas veces es necesario escuchar algunos pensamientos desagradables y actuar al respecto. A propósito de esto, indica que es con la práctica como se aprende a distinguir los pensamientos *buenos* y los *no tan buenos*.

#### **12.4. El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas**

Hidalgo y Abarca (1999), proponen que combinar el ensayo conductual con alguna técnica de reestructuración cognoscitiva suele ser muy efectivo en el EHS. Para Delgado (1983) el ensayo conductual implica la practica de nuevos patrones de respuesta para incorporarlos a un repertorio conductual limitado o intenta intensificar la ocurrencia de una determinada conducta ya existente. Señala que a esta técnica también se le conoce con el nombre de “juego de roles” y consiste en que un participante actúe una situación personal o que un miembro del grupo o el mismo terapeuta represente el rol de otro de los participantes mientras este último actúa como un

receptor de la situación. Propone que para obtener resultados evidentes, se puede combinar esta técnica con otras técnicas conductuales (tales como el modelamiento y el reforzamiento) que más adelante se abordarán con detalle.

### **13. PROCEDIMIENTO PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (EHS).**

El procedimiento básico que recomienda Caballo (1993a) en EHS incluye:

1. *Identificar* con ayuda del paciente, *las áreas específicas en las que éste tiene dificultades*, esto es importante porque el tratamiento específico que se utilice puede depender, hasta cierto punto, de la clase de conducta problema.
2. *Analizar por qué el individuo no se comporta de forma socialmente adecuada* (p. ej., déficits en habilidades, ansiedad condicionada, cogniciones desadaptativas, etc.), la especificación de los factores implicados en la conducta desadaptativa facilitará el camino para el empleo de los distintos procedimientos del EHS.
3. Antes de empezar con el entrenamiento en sí, es importante *informar al paciente sobre la naturaleza del EHS*, sobre *los objetivos* a alcanzar en la intervención y sobre *lo que se espera* que haga dicho paciente, además es importante *fomentar la motivación* del mismo hacia el entrenamiento que va a tener lugar.
4. A veces puede ser necesario *enseñar al individuo a relajarse* antes de que aborde determinadas situaciones problemáticas, la reducción de la ansiedad en esas situaciones favorecerá, con toda probabilidad, la actuación socialmente adecuada del paciente y la adquisición de nuevas habilidades.
5. El contenido del EHS vería dependiendo de una serie de factores que incluyen los objetivos del programa, las clases de tareas consideradas para el tratamiento, la categoría de los diagnósticos de los sujetos implicados, las necesidades de los individuos y los déficits de los mismos (pp. 412-413).

### **14. TÉCNICAS PARA EL EHS**



Para el ensayo satisfactorio de las conductas problemas, los diversos diseños de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), combinan algunas de las siguientes técnicas:

### **14.1. Modelamiento.**

El modelaje deriva del trabajo de Bandura (1969) sobre aprendizaje observacional. Consiste en que el participante observe modelos, ya sea en forma directa, filmada o imaginada. Los modelos pueden representar una conducta apropiada a la situación (modelaje positivo) o muestra las conducta indeseables que deben evitarse (modelaje negativo). De acuerdo con McFall y Twentyman (1973), esta técnica ha mostrado ser muy útil cuando se le combina con procedimientos de ensayo conductual.

### **14.2. Moldeamiento.**

Esta técnica se utiliza descomponiendo determinadas conductas sociales en unidades menores, entrenando por separado cada una de ellas y después integrándolas. Es decir, consiste en el uso de reforzamiento diferencial para progresivos desempeños más semejantes a la ejecución finalmente pretendida. El reforzamiento y los recursos del participante son los elementos principales que están presentes en el uso de esta técnica (De Prette & De Prette, 2002).

### **14.3. Retroalimentación y reforzamiento.**

La retroalimentación y el reforzamiento, aún cuando no se refieren a la misma cosa, ambos implican que el paciente sea informado sobre su ejecución. La diferencia, consiste, según Bouchard, Granger y Ladouceur (1987), en que la retroalimentación (también llamada feedback) es sólo una información descriptiva sobre la misma ejecución y en el reforzamiento se añade una connotación positiva o negativa a la descripción de la conducta, que de acuerdo con Riso (1988, citado en Hidalgo y Abarca, 1999), debe tener en cuenta las características de personalidad del individuo. Es recomendable y altamente efectivo el reforzamiento social positivo (o reforzantes sociales) para mejorar la ejecución del paciente.

#### **14.4. Instrucciones.**

Gil y García (1995a) señalan que las instrucciones son explicaciones claras y concisas, acerca de las conductas que van a ser objeto de entrenamiento. Las instrucciones pueden ser verbales o no verbales y por lo general se transmiten verbalmente cuando están referidas a conductas muy concretas, sencillas y fáciles de explicar; cuando se trata de comportamientos más complejos, es recomendable que vayan acompañadas de la observación de las conductas que pretenden reflejar. Para facilitar la comprensión y el recuerdo de las instrucciones, este autor recomienda utilizar frases cortas, que incluyan información breve y con un lenguaje claro (libre de tecnicismos innecesarios) en el que se empleen categorías explicativas claras y usuales. Por su parte, Riso (1988, citado en Hidalgo y Abarca, 1999) precisa que generalmente las instrucciones son entregadas antes de que la persona realice cualquier intento.

Para una mayor eficiencia, las instrucciones deben incluir 1) información específica sobre los comportamientos adecuados, 2) explicaciones claras de los mismos empleando, si es preciso, ejemplos, y 3) razones que justifiquen la importancia de dichas conductas, así como la necesidad de ejecutarlas. Con respecto a este último punto, es importante implicar al propio paciente en este proceso, de forma que sea él mismo quien sugiera ejemplos o dé razones que justifiquen el nuevo comportamiento (Gil y García 1995a.p.51).

#### **14.5. Técnicas de imaginiería.**

Algunos EHS incluyen este tipo de técnicas debido a que mediante el trabajo con las imágenes, la persona puede integrar sus sentimientos, emociones o experiencias del pasado, de tal manera que se acerque a la resolución de conflictos (Cornejo y Baranda, 1983). Ellis (1974), plantea que el trabajo con imágenes permite conocer las ideas irracionales que están en la base de los sentimientos evocados; permite conocer cómo la persona se percibe a sí misma y a los otros; se han usado como medio para inducir relajación, ya sea sólo mediante imágenes o acompañado de técnicas tradicionales de relajación progresiva; y es utilizada junto con técnicas de reestructuración cognoscitiva y ensayo conductual (Citados en Hidalgo y Abarca, 1999).

## **14.6. Tareas.**

Los ejercicios para ser realizados en periodos entre las sesiones, quizá constituyan el elemento terapéutico más importante para asegurar la “transferencia” de la mejoría del ambiente terapéutico al ambiente natural del paciente (Delgado, 1983). Para Kanfer y Phillips (1980) el uso de tareas estimula en la persona la autoobservación y clarificación de su comportamiento, otorga a ella misma la responsabilidad del cambio de su conducta y reduce la creencia de que el cambio es imposible.

## **14.7. Relajación.**

Es bien sabido que muchas personas experimentan un nivel elevado de ansiedad frente a situaciones sociales, es por eso que se incorporan en el EHS diversas técnicas de relajación. Estas se utilizan en el proceso de la desensibilización sistemática de la ansiedad en algunas circunstancias sociales que la producen. Existen diversas modalidades de relajación, una de las más famosas y continuamente utilizada es la relajación progresiva de Jacobson (1938), su objetivo es reducir la tensión a través de la contracción y relajación progresiva de la musculatura.

# **15. TÉCNICAS DEFENSIVAS.**

## **15.1. Disco rayado.**

Este procedimiento se puede emplear para realizar peticiones y/o rechazar una petición poco razonable. Consiste en hablar, como su nombre lo indica, como si fuéramos un disco rayado, repitiendo una y otra vez la negativa hasta conseguir que la otra persona se convenza de que no va a lograr que hagamos aquello que no queremos (Carrasco y Luna, 2001). La persona sólo escucha pero no responde a algo que se salga fuera de la cuestión que se desea tratar. Smith (1977) lo describe como el procedimiento que “mediante la repetición serena de las palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez, enseña la virtud de la persistencia” (p. 397).

## **15.2. Aserción negativa o reconocimiento.**

Es “la técnica que nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas, hostiles o constructivas, que se formulan a propósito de nuestras cualidades negativas” (Smith, 2004. p. 397). Caballo (1991) advierte que la utilización de esta técnica requiere una amplia práctica, puesto que existe una tendencia natural de la gente a defenderse cuando se le ataca verbalmente.

### **15.3. El recorte.**

Esta técnica es apropiada tanto si la persona esta siendo atacada y no está segura de haber cometido un error, como si piensa que está siendo atacada por medio de señales no verbales, pero el contenido que se expresa no es claramente de enfrentamiento. Cuando recorta, la persona contesta si o no con mínima “libre información”, esperando que la otra persona aclare su asunto, por ejemplo, si la persona prepara el desayuno todos los días, pero esa mañana no lo ha hecho y alguien le dice “el desayuno no está preparado”, la persona contesta “Si, es cierto” y espera. El recorte es una forma de que la persona clarifique una cuestión antes de responder. Pero no es una manera de remplazar una comunicación más natural (Caballo, 1991).

### **15.4. Ignorar selectivamente.**

Se utiliza cuando la persona recibe una crítica no constructiva ni justificada. Esta técnica consiste en atender, o no atender, selectivamente aspectos específicos del contenido del habla de la otra persona; no se contesta a las manifestaciones injustas u ofensiva, sino que se contesta solamente a las expresiones que no son destructivas, productoras de culpa o injustas. Por ejemplo, si la otra persona dice “no se puede confiar en ti, olvidaste recoger a los niños, te dejaste amontonar las facturas hasta que llegan al techo y nunca puedo contar contigo cuando te necesito”, utilizando esta técnica la respuesta sería “Tienes razón en que olvidé pasar por los niños la semana pasada después de la clase de natación”, de este modo, la respuesta elige solamente una de las acusaciones (Caballo, 1993b).

### **15.5. Separar los temas.**

En ocasiones, en el transcurso de una interacción, más de un tema o mensaje se ofrecen unidos. A menos que estos temas o mensajes sean tratados de forma distinta, se puede empezar a sentir confusión, ansiedad y/o culpa. Por ejemplo, la otra persona puede asociar el que le prestemos el coche con ser o no su amigo, o que hagamos lo que la otra persona quiera porque le amamos. De acuerdo con esta técnica, la respuesta apropiada a estas situaciones es “siento no poder complacer tu petición, tengo un compromiso importante y no tiene nada que ver con el hecho de que te amo” (Caballo, 1993b).

### **15.6. Interrogación negativa.**

Puede ser eficaz cuando la persona esta siendo criticada injustamente. Lo esencial de esta técnica es solicitar más críticas siendo capaces de escuchar sin adquirir temores o internalizar los comentarios con el fin de sacar provecho de la información (si son útiles) o agotarlas (si son manipulativas), inclinando al interlocutor a ser más asertivo (Smith, 2004). Una respuesta típica es: “¿Hay algo más que no te gusta?”.

### **15.7. Banco de niebla.**

Esta técnica es muy controvertida, debido a que es una técnica pasivo-agresiva, en la que el individuo toma un papel excesivamente pasivo en la interacción. Puede ser útil para interrumpir regañinas crónicas. En este procedimiento, se parafrasea lo que acaba de decir la otra persona, añadiendo luego: “...pero lo siento, no puedo hacer eso”. El individuo que utiliza el “banco de niebla” parece estar de acuerdo con que el otro individuo “*puede* tener razón” o que “probablemente esté en lo cierto”. Pero permanece inamovible en su posición (Caballo, 1993b).

### **15.8. Cambio en el contenido del proceso / desarmar la ira.**

Esta técnica consiste en cambiar el centro de la conversación del contenido del mensaje airado a el hecho de que la persona está enfadada, más específicamente a algún proceso observado en la otra persona, como una emoción o una conducta que está manifestando, por ejemplo, el volumen de voz. Se expresa abiertamente el retomar el contenido tan pronto como la otra persona se

calme, pero se rechaza cortésmente el continuar con el contenido hasta que la otra persona se haya calmado, se intenta mantener contacto visual y emplear un tono de voz moderado. Un ejemplo de la utilización de esta técnica es “veo que estas enojado(a) y quisiera hablar sobre ello. Sentémonos, tomemos un café y hablemos” (Caballo, 1993b).

## **16. PROCEDIMIENTOS DE ATAQUE**

### **16.1. La inversión.**

Esta técnica se emplea cuando el sujeto pide algo y parece obvio que la petición será rechazada; sin embargo, la otra persona no ha dicho todavía “no”, sino que está dando toda una serie de razones por las que la petición será probablemente rechazada. La persona pide simplemente que se le diga “sí” o “no”. De esta forma es más probable que la próxima vez obtenga un “sí”, ya que la gente parece recordar mejor sus contestaciones negativas directas que las indirectas y en sus intentos de ser justos con los demás, equilibrará las contestaciones “sí” y “no” (Blooraem & Flowers, 1978, citados en Caballo, 1991).

### **16.2. La repetición.**

Este procedimiento se emplea cuando el sujeto piensa que la otra persona no está escuchando o entendiendo lo que él está diciendo. La utilización de este procedimiento implica que el individuo pida a la otra persona que repita lo que él estaba diciendo. Esto requiere tacto, por lo que se emplean frases como: “¿qué piensas de lo que estoy diciendo?”, “¿entiendes mi posición?”, etc. (Blooraem & Flowers, 1978, citados en Caballo, 1991).

### **16.3. Reforzamiento en forma de sándwich.**

Este procedimiento implica presentar una expresión positiva antes y/o después de una expresión negativa. Esto se hace para suavizar la expresión negativa y para aumentar la probabilidad de que el receptor escuche claramente el mensaje negativo con una mínima molestia. Esta técnica frecuentemente es muy útil y se suele enseñar con cierta frecuencia (Caballo, 1991).

## **17. SUGERENCIAS PARA LOS INSTRUCTORES QUE IMPARTEN EHS**

Carrasco y Luna (2001) realizan una serie de sugerencias generales para los instructores que imparten el EHS en prepúberes, entre ellas figuran:

1. Evitar tonos de voz bajos y apocados,
2. Hablar despacio y con buena entonación,
3. Procurar dotar la expresión de vivacidad,
4. Transmitir la sensación de estar relajados y seguros de lo que se dice,
5. Diferenciar cada parte de la sesión introduciendo dos o tres segundos de silencio e indicando explícitamente que se va a hablar de otra cosa.
6. Esforzarse para dotar de “teatralidad” a los role-play.
7. Recordar que no se trata de impartir una clase “magistral” sino que los chicos(as) vayan deduciendo con ayuda del monitor cada punto.
8. Después de cada role-play explicar a cada chico(a) su participación y facilitarle retroalimentación acerca de cómo lo han hecho. Comenzar señalando lo que ha hecho bien, continuar formulando las sugerencias de cambio y terminar con un elogio o una expresión de ánimo.
9. Animar al resto de la clase a que refuerce la participación y actuación de sus compañeros(as).
10. Poner gran atención en que se lleven a cabo las tareas. Reforzar a los(as) chicos(as) que las hayan hecho con un nombramiento y una felicitación.
11. Cuando falten pocos minutos para la finalización de la clase, interrumpir la representación del role-play para dictar las tareas para casa, continuando después con las participaciones (pp. 8-10).

## **18. VENTAJAS Y CONSIDERACIONES DEL ENTRENAMIENTO GRUPAL**

El EHS inicialmente estuvo vinculado con la terapia de la conducta a nivel individual, no obstante es importante considerar las ventajas que ofrece su aplicación en contextos grupales. Kelly, 1987 menciona las siguientes:

- ψ Efectividad en costo y tiempo. Las intervenciones en grupos no suelen llevar mucho más tiempo que las individuales.
- ψ Los integrantes del grupo pueden ser los interlocutores de los ensayos de conducta. Muchos de los principios pueden funcionar mejor en un contexto de grupo, ellos constituyen un modelo vivo para los demás, pueden proporcionarse feedback, reforzamiento y sugerencias entre sí.
- ψ La propia sesión se convierte en una interacción social, constituye una situación similar a muchos encuentros interpersonales (pp. 100-101).

Las ventajas del entrenamiento grupal que contempla Hidalgo y Abarca (1999) son:

- ψ Ofrece la posibilidad de decidir entre diferentes tipos de respuestas, sin tener que recurrir únicamente a la que propone el terapeuta.
- ψ Proporciona un medio protegido, el cual actúa como puente entre el aprendizaje de la habilidad y su ejecución en el exterior.
- ψ La validación consensual que entrega el grupo facilita el rol del terapeuta frente a miembros resistentes al tratamiento y/o que descalifican el mismo (pp.40-41).

Con respecto a la composición del grupo, Kelly (1987) recomienda que todos los participantes presenten déficits similares y que el nivel inicial de cada participante con respecto a la habilidad que se va entrenar sea relativamente homogéneo, de forma que todos puedan beneficiarse del mismo tipo de intervención. Si no se cumple con estas recomendaciones, advierte que podría hacerse evidente una de las principales limitaciones del EHS grupal: el participante con déficits peculiares o aquél que responde más lentamente al tratamiento no se beneficia tanto de una intervención en grupo como de una individual que responda a sus necesidades específicas.

En lo que se refiere al tamaño del grupo, esta misma autora indica que hay muy pocos trabajos empíricos acerca el tamaño ideal del grupo y acerca del tipo de clientes que los componen. Sin embargo, precisa que uno de los factores que limitan el número máximo de participantes es el tiempo necesario para los ensayos de conducta dentro de la sesión, aunque sugiere la posibilidad de descomponer el grupo en parejas durante la parte de la sesión dedicada a práctica conductual.



Considera que debe haber tiempo suficiente para que cada participante verbalice ejemplos personales del componente conductual, y para que externé sus opiniones sobre la conducta del modelo y sobre la importancia y fundamento del componente en cuestión. A la vista de tales consideraciones, concluye que el tamaño óptimo del grupo oscila entre cuatro y ocho personas.

En relación a la duración y el intervalo de las sesiones, Gil y García (1995b) indican que la duración no debe ser excesivamente larga (dando lugar al cansancio o el aburrimiento) ni demasiado corta, ya que debe permitir que se aplique el formato completo y que todos los miembros del grupo realicen al menos un ensayo. En consecuencia, estos autores recomiendan una duración de 45 a 90 minutos de la sesión. Respecto al intervalo de las sesiones, consideran que la aplicación de determinadas estrategias de generalización (como tareas para casa) requiere un mínimo de intervalos entre sesiones que permita a los participantes poner en práctica lo que han aprendido a su vida real, por lo que recomiendan que el intervalo oscile entre uno y cuatro días.

## **19. AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y HABILIDADES SOCIALES (HS).**

Las relaciones sociales positivas son una de las mayores fuentes de autoestima y bienestar personal. Los constructos teóricos autoestima y autoconcepto aparecen asociados a las HS. El autoconcepto es “el conjunto de percepciones o referencias que el sujeto tiene de sí mismo: el conjunto de características, atributos, cualidades y deficiencias, capacidades y límites, valores y relaciones que el sujeto conoce como descriptivos de sí y que perciben como datos de su identidad” (Monjas y Paz, 2000, p.25). La autoestima es “la valoración positiva o negativa, que uno hace de sí mismo, es la valoración del autoconcepto. Es el aspecto afectivo, evaluativo y enjuiciador del conocimiento de sí mismo. Es el resultado de la discrepancia entre la percepción de que cada uno tiene de sí mismo y el ideal, una gran discrepancia produce una baja autoestima” (Monjas y Paz, 2000, p.25).

Garaigordobil, Cruz y Pérez (2003), analizan las relaciones del autoconcepto con una serie de factores de la personalidad en una muestra formada por 174 sujetos adolescentes de 12 a 14 años. En los análisis correlacionales se encontró que los adolescentes con alto autoconcepto global, muestran muchas conductas de autocontrol, de liderazgo, prosociales, asertivas, pocas conductas

sociales de ansiedad-timidez, de retraimiento, buen nivel de adaptación social, pocos problemas (escolares, de retraimiento, psicopatológicos, psicosomáticos, de ansiedad), pocas creencias irracionales, bajo nivel de ansiedad estado-rasgo y de impulsividad, alta elección y poco rechazo como amigos y compañeros prosociales.

Castanyer (1997) sitúa la asertividad muy cerca de la autoestima, como una habilidad que está estrechamente ligada al respeto y cariño por uno mismo y a los demás. Este autor considera que el grado en que una relación resulte satisfactoria depende de que la persona se sienta valorada y respetada, y esto no depende tanto del otro, sino de que la persona misma posea una serie de habilidades para responder correctamente y una serie de convicciones o esquemas mentales que le hagan sentirse bien.

Por su parte, Caballo (1993a) halla una clara relación entre la habilidad social y la autoestima. Los individuos socialmente no habilidosos manifiestan autoevaluaciones negativas de la actuación social, muestran fracaso para discriminar las acciones apropiadas y efectivas de las no efectivas, tienen patrones patológicos de atribución y fracaso social, autoverbalizaciones negativas, patrones de actuación excesivamente elevados y baja autoestima.

Spence (2003) indica que el déficit en HS juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de algunas emociones y de trastornos conductuales. Por su parte, Paz (1997) utilizó un programa de entrenamiento en Asertividad como estrategia para aumentar o prevenir un déficit de autoestima y subrayó que las relaciones interpersonales son una importante fuente para la adquisición del reforzamiento social, cultural, económico; la persona con déficit en HS experimenta aislamiento social, rechazo y una baja autoestima a consecuencia de percibirse a sí misma como incompetente social. Al contrario, cuando las HS son apropiadas, el resultado es un mayor sentido de autoeficacia y un mayor reforzamiento social positivo, tanto a corto como a largo plazo.

## **20. RELACIÓN ENTRE LAS HABILIDADES SOCIALES (HS) Y LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS TCA.**

Además de considerar el importante papel que juega el déficit de autoestima y el pobre autoconcepto en el déficit de HS, también es substancial reflexionar acerca de la relación que se ha encontrado entre los trastornos alimentarios y el déficit en HS.

Las descripciones que distintos autores hacen de las mujeres que padecen anorexia nervosa no suelen mencionar expresamente la falta de HS en sus relaciones interpersonales, pero sí refieren elementos que implican mucha relación con ella, tales como: baja autoestima, dificultades para acceder a su autonomía, aislamiento social, dificultad para expresar sus sentimientos, dependencia, búsqueda de aprobación externa, inseguridad, dificultad para expresar sus ambiciones y deseos, etc. Y cuando se habla de las familias de las anoréxicas, también se hace alusión a características que podrían dificultar el desarrollo de un funcionamiento autónomo, auto-expresivo y asertivo (Gismero 1996).

Algunos autores (Bruch, 1973; Crisp, 1981; Garner & Bemis, 1982; Slade, 1982) coinciden en que previamente al desarrollo de un trastorno alimentario los pacientes presentan problemas de autonomía, independencia, de relación social, introversión, inseguridad, ansiedad social, falta de aserción y dificultades en relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas

En la investigación llevada a cabo por Morey y Kurtz (1995) que tuvo por objetivo la revisión de 32 estudios publicados desde 1980 buscando datos que pudiera aportar el MMPI sobre mujeres anoréxicas, bulímicas y obesas, encontraron que el perfil de las personas con anorexia nervosa era: autoestima pobre, afecto depresivo, retirada de los contactos sociales e introversión social.

Por su parte, O'Mahony y Hollwey (1995) examinaron la relación entre los trastornos alimentarios y los problemas en las relaciones interpersonales estudiando a tres muestras de mujeres: pacientes con anorexia, mujeres interesadas en la forma y condición de su cuerpo (bailarinas, modelos y atletas) y mujeres de la población general. En los resultados encontraron una relación significativa entre la sintomatología alimentaria y las funciones interpersonales en todos los grupos.

Beato-Fernandez y Rodriguez-Cano (2005) estudiaron las diferencias entre sexos en la etiología de la conducta alimentaria anormal. Dicho estudio tuvo por objetivo comparar las diferencias psicopatológicas, familiares y sociales entre adolescentes de sexo masculino y femenino con conducta alimentaria anormal. Un segundo objetivo fue estudiar los factores de riesgo de la alimentación anormal en niños y niñas. Estos autores pusieron de manifiesto la importancia de las HS, manejando este constructo como factor de riesgo de trastornos alimentarios. Los resultados mostraron que las niñas con alimentación anormal mostraron significativamente más morbilidad psiquiátrica y los niños más dificultades sociales.

En otro estudio, Williams, Power, Millar, Freeman, Yellow-Less, Dowds, Walker, Campsie, MacPherson y Jackson (1993) compararon el control percibido, la asertividad, la autoestima y la hostilidad autodirigida en cuatro grupos de estudio: con anorexia o bulimia, obesos que hacían dieta, no obesos con dieta y normales. En sus resultados encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que padecía anorexia o bulimia y los otros grupos de comparación, concluyendo que los pacientes con anorexia o bulimia nervosas ejercen mayor control externo, tienen menor aserción, menor autoestima y más hostilidad autodirigida.

Gismero (1996) asume de gran importancia el vínculo entre la anorexia nervosa y los déficits asertivos. Con el propósito de conocer si realmente las mujeres que padecen anorexia nervosa se distinguen de otros grupos de mujeres, Gismero (1996) contrastó distintos grupos (anoréxicas (N=45), bulímicas (N=12), mujeres que realizan dieta (N=33), mujeres en terapia que no tuvieran diagnóstico de trastorno alimentario (N=33), y N=57 en el grupo control) en las variables aserción, autoconcepto, locus de control y actitud hacia el cuerpo. Los resultados confirmaron la expectativa de que las mujeres con anorexia nervosa presentan déficits en las HS que las distingue significativamente como grupo, de las mujeres que no padecen este trastorno, incluso de las mujeres que hacen dieta para adelgazar. El autoconcepto diferenció no sólo a la muestra de anoréxicas de las de dieta y control, sino también a las mujeres bulímicas y a las que están en proceso de psicoterapia. En cuanto a la satisfacción con el propio cuerpo, las anoréxicas manifiestan una actitud más negativa hacia su propio cuerpo que los grupos control, de dieta y de psicoterapia. Con respecto al locus de control, se detectó mayores problemas en la muestra de

bulímicas. No se encontraron diferencias significativas entre la muestra de anoréxicas y la de bulímicas, pero sí de ambas con el resto de los grupos. Entre el grupo control y el de dieta no aparecen diferencias significativas. El grupo de psicoterapia se situó a medio camino entre el grupo con anorexia y la muestra control.

Más adelante (Gismero, 2001) comparó 66 pacientes con anorexia y 28 pacientes con bulimia, con 33 mujeres que hacían dieta, 23 en terapia y 57 de grupo control; en autoconcepto, autoestima, satisfacción corporal y Habilidades Sociales (HS). Sus resultados mostraron que un pobre autoconcepto y falta de HS son típicos de pacientes con anorexia y bulimia nervosas. Estas pacientes, comparadas con el grupo control y de dieta, mostraron mayor déficit de autoestima y una percepción más negativa de su vida. La insatisfacción corporal resultó sólo característica de pacientes con anorexia y bulimia.

Suficientes investigaciones sugieren que la incompetencia social es un posible antecedente de los trastornos alimentarios y problemas en los patrones alimentarios. McFall, Eason, Edmondson y Treat (1999) hacen una revisión al respecto y citan revisiones (Cattanach & Rodin, 1988; Grilo, Shiffman & Carter-Campbell, 1994; Larson & Jonson, 1985; McManus & Waller, 1995; Polivi & Herman, 1993; Rorty, Yager, Buckwalter & Rossotto, 1999; Schlundt, Jonson & Jarrell, 1985; Shatford & Evans, 1986; Soukup, Beiler & Terrell, 1990; Stice, 1999; Troop, Holbrey & Treasure, 1998) que sugieren que un afecto negativo es mucho más probable que anteceda episodios de atracones que a episodios alimentarios normales, y que hartarse y purgarse puede reflejar ineffectividad para hacer frente a los afectos negativos y al estrés situacional producido por estos afectos.

Estos mismos autores citan algunas investigaciones empíricas (Grilo, et al., 1994; Grisset & Norvell, 1992; Herzog, Keller, Lavori & Ott, 1987; Jonson & Berdt, 1983; Koff & Sangani, 1977; Neckowitz & Morrison, 1991; Rorty et al., 1999; Shatford & Evans, 1986; Soukup, Beiler & Terrell, 1990; Troop, Holbrey, Trowler & Treasure, 1994; Troop, Holbrey & Treasure, 1998; Van Buren & Williamson, 1988; Yager, Rorty & Rossotto, 1995) cuyos hallazgos han demostrado que las mujeres que exhiben patrones alimentarios anormales reportan más estrés

interpersonal, menor Competencia Social y hacen mayor uso de estilos y estrategias para resolver problemas que son asumidas como incompetentes, por ejemplo, se enfocan en la emoción antes que en los problemas; eluden antes que utilizar estrategias de aserción o confrontación.

A la luz de estos estudios y apoyados en las revisiones de diversos autores, (Apple, 1999; Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993; Garner, Vitousek, & Pike, 1997; Jonson, Schlundt & Jerrell, 1986; Wilfley, Agras, Telch, Rossiter, Schneider, Cole, Sifford, & Raeburn, 1993; Wilson, Fairburn & Agras, 1997) McFall, Eason, Edmondson y Treat (1999) proponen que prevalezcan las aproximaciones terapéuticas, cognoscitivo-conductuales e interpersonales para el tratamiento de los trastornos alimentarios, incorporando resolución de problemas y componentes de Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS).

## **21. EHS COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN TCA**

El Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) se ha utilizado con frecuencia en el tratamiento de algunos trastornos clínicos (p ej. pacientes con alcoholismo, esquizofrenia, toxicomanía, con desventajas físicas, timidez, niños agresivos y con problemas escolares, etc.). Y en general, éste es un componente ampliamente aceptado para el tratamiento de diversos problemas emocionales y conductuales (Spence, 2003).

Algunos pocos estudios han evaluado programas con EHS en la prevención o tratamiento de los trastornos alimentarios. Entre ellos está el estudio de Lemberg y May (1991), quienes probaron la eficacia de distintas terapias para el tratamiento en la anorexia y bulimia nerviosas, con la particularidad de que son evaluadas desde el punto de vista del paciente. De entre una amplia gama de técnicas terapéuticas, los 25 pacientes consultados percibían entre las más efectivas el Entrenamiento Asertivo, éste se encontraba entre las técnicas que más les había ayudado y para las que solicitaban más tiempo.

Takahashi y Kosaka (2003), examinaron la eficacia de un programa de EHS en pacientes con buen ánimo, pacientes neuróticos y pacientes con trastorno alimentario. Fueron evaluados 3 hombres y 3 mujeres con buen ánimo, 6 mujeres con neurosis y 3 mujeres con trastorno alimentario, con una edad  $\bar{x}$ =33.5 años. Se compararon las autoevaluaciones de un cuestionario de HS, antes y después del EHS. Los resultados mostraron que el EHS es efectivo para todos los pacientes motivando a mejorar sus HS independientemente del diagnóstico.

Otro estudio evalúa tres diferentes intervenciones: un programa expositivo, uno basado en el entrenamiento de habilidades para la vida y otro con interacción psicodinámica. Participaron 17 mujeres de 16-40 años diagnosticadas con bulimia nervosa, mismas que fueron subdivididas en tres grupos para su asignación en las diferentes intervenciones. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos en la batería utilizada para evaluar la conducta alimentaria. Sin embargo los tres grupos mostraron mejoras (pretes-postest) sobre el control de la conducta alimentaria y la disminución de la ansiedad y la depresión (Fernández & Latimer, 1990).

En un estudio llevado por Shiina, Nakazato, Mitsumori, Koizumi, Shimizu, Fujisaki y Iyo (2005), se examinó la eficacia terapéutica de un programa que combinó la terapia grupal cognoscitivo-conductual, el Entrenamiento Asertivo y mejoramiento de la autoestima. La muestra inicial estuvo conformada por 25 participantes ( $\bar{x}$ =23.8 años) con trastorno de la conducta alimentaria, quienes fueron tratados durante un periodo de 10 semanas, una sesión de una hora por semana, de los cuales sólo 16 participantes (64%) completaron el programa. Los síntomas clínicos fueron evaluados antes y después del tratamiento. Los resultados mostraron que el programa de estudio reduce los atracones y mejora la conducta y función social de los pacientes con trastorno alimentario.

Según los estudios descritos en líneas anteriores, los programas con EHS han sido efectivos en el incremento de las HS (mejora la conducta y función social), sobre el control de la conducta alimentaria, la disminución de la ansiedad, la depresión y la frecuencia de los atracones. Sin

embargo, todos ellos trabajaron con muestras diagnosticadas con trastorno alimentario, ninguno de ellos trabajó con población en riesgo de desarrollar dicho trastorno.

## **22. PREVENCIÓN EN TCA Y HABILIDADES SOCIALES (HS).**

Roth (1986) identifica la prevención con la competencia social, sólo cuando es entienda como una acción dinámica formativa en lugar de la pasiva informativa. Según este autor la formación difiere de la información en que, en la formación, el objeto trasciende la mera divulgación de temas de interés para centrarse en el desarrollo de repertorios conductuales alternativos al problema que se intenta prevenir. En el esfuerzo preventivo son indiscutiblemente importantes el papel de la familia, la escuela y la comunidad.

Por otro lado, los estudios de prevención primaria en TCA que han incorporado a sus programas el EHS han sido muy pocos y entre ellos se encuentra el llevado a cabo en España por el grupo multidisciplinar ZARIMA-PREVENCIÓN. Este programa consiguió, en el grupo experimental, la modificación de actitudes y la disminución de la población con riesgo y reducción en la incidencia al año de seguimiento, no así en el grupo control. El programa estuvo conformado por cinco sesiones semanales de dos horas, en horario de clases. Se trabajó con metodología activa, técnicas de implicación, contenidos de conocimiento y actitudinales sobre nutrición-alimentación, imagen corporal, crítica del modelo estético, sexualidad, autoconcepto, autoestima, asertividad y Habilidades Sociales (HS). Se prestó atención a adolescentes, padres y educadores (Ruiz-Lazaro & Comet, 2003).



## ***B) PSICOEDUCACIÓN***

### **1. CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE PSICOEDUCATIVO EN TCA.**

Chinchilla (2003) dice que la psicoeducación proporciona a los(as) pacientes material informativo sobre la naturaleza del trastorno y sus consecuencias. Según Fernández y Turón (1998), consiste en impartir dosificadamente toda la información pertinente para entender y poder encarar la modificación de las actitudes que hacen al trastorno alimentario específicamente. Siguiendo con la opinión de estos autores, los grupos psicoeducativos inciden específicamente en la reducción de la sintomatología alimentaria más llamativa (frecuencia semanal de atracones y/o vómitos), consiguen una reducción inicial de los síntomas tanto en cantidad como en frecuencia

Crispo, Figuero y Guelar (1988), consideran que en los grupos psicoeducativos también se desarrolla el autoconocimiento y el descubrimiento de recursos personales que ayudan a ir resolviendo los problemas propios de cada integrante del grupo. Sin embargo, Fernández y Turón, (1998) explican que el carácter psicoeducativo de estos grupos hace que los aspectos informativos prevalezcan sobre los problemas personales e interaccionales presentes en estos pacientes, de ahí que sea insuficiente para conseguir una recuperación total.

Cabildo (2002) precisa que generalmente se extiende la denominación psicoeducativos, a todos los métodos destinados a educar en el campo de la salud mental. No obstante, según el criterio de este autor, hay una diferencia entre la labor educativa habitual y la psicoeducación, pues en esta última hay una capacidad del educador para utilizar técnicas pedagógicas activas como la psicodinamia grupal.

Los procedimientos psicoeducativos deben dirigirse hacia aquellos aspectos de la enfermedad sobre los cuales los pacientes tienen mayor desconocimiento y que pueden actuar como factores

precipitantes o como mantenedores. Estos aspectos son: la naturaleza y el curso de la enfermedad; los aspectos socioculturales, incluyendo los dietéticos, las repercusiones que sobre su cuerpo tienen tanto la restricción alimentaria como las conductas compensatorias que utilizan; y las repercusiones psicológicas, consecuencias de la enfermedad que logran que el trastorno perdure (Chinchilla 2003).

En opinión de Fernández y Turón (1998) y Chinchilla (2003), el tipo de abordaje psicoeducativo suele ser de corta duración, en su mayoría de carácter cerrado, y realizados en grupo bajo la dirección de un terapeuta. Por su parte, Cabildo (2002) dice que generalmente el contacto con grupos reducidos es mejor, pero aún ante grupos más grandes, el éxito depende de las técnicas y los medios auxiliares empleados.

Tanto en la bulimia, como en la anorexia nervosa, los pacientes suelen poseer todo una serie de ideas erróneas acerca de la alimentación, peso, conductas de purga, metabolismo y conducta alimentaria, que mantienen el trastorno alimentario. Incidir sobre estos aspectos es crucial en fases iniciales para la reducción de la patología alimentaria (Fernández y Turón, 1998).

## **2. ANTECEDENTES DEL ABORDAJE PSICOEDUCATIVO EN TCA.**

Pearson, Goldklang y Striegel-Moore (2002) señalan que el modelo típico para la prevención en TCA ha sido psicoeducativo. En la revisión de los 20 estudios internacionales que realiza Austin (2000) durante el periodo 1980-2000, se indica que el formato de intervención de algunos programas ha sido principalmente didáctico, usando técnicas pedagógicas tradicionales donde se tiene un maestro experto que entrega información a los alumnos que participan mínimamente en el proceso. Este autor señala que en general ha existido un acuerdo en usar una variedad de estrategias de intervención participativas. Algunos críticos (Piran, 1997 y Franko & Orosan-Weine, 1998, citados en Austin, 2000) han señalado el uso de técnicas tradicionales como una debilidad importante de los programas de prevención en TCA, ya que en algunos estudios ha sido notable la necesidad de incorporar técnicas participativas (Porter, Morell & Moriarty, 1986;

Moriarty Shore & Maxim, 1990; Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Gnam & Buddeberg, 1998; Smolak, Levine & Schermer, 1998; Piran, 1999, citados en Austin, 2000).

La psicoeducación también es impartida a los padres en sesiones de orientación familiar fundamentalmente cuando las pacientes no se encuentran en condiciones de integrarse a un grupo (Crispo, Figuero & Guelar, 1988). Los primeros intentos de aplicación de estos programas se iniciaron en los años 70 con pacientes esquizofrénicos. En ellos se encontró que era efectiva la intervención educativa en las familias de estos enfermos crónicos, sobre todo, en las recaídas, las cuales se reducían en un porcentaje elevado, además de ayudar a los familiares a modificar en lo posible los factores que precipitaban o predisponían a ésta. A partir de este momento, se extendió su aplicación durante la década de los ochenta en diversos trastornos mentales.

En cuanto a los trastornos de la alimentación, los primeros tratamientos aplicados (antes de los 70), excluían en gran parte a la familia del enfermo porque consideraban a ésta como culpable y/o parte importante del problema. Sin embargo, a finales de los 70 Minuchin, Rosean y Baker (1978, citados en Solorio, Ruíz, Torres, Sanchos y Navarro, 1999) dan cuenta de que dicha separación no favorece en nada el tratamiento de este tipo de enfermos. Así, desde este momento, se empieza a considerar el papel de la familia en los Trastornos de la Alimentación como uno más de los objetivos a tratar cuando se plantea un tratamiento psicoterapéutico individual. Holtkamp, Herpertz, Vloet y Hagenah (2005), proponen integrar la psicoeducación familiar en tratamientos multimodales de TCA, en su estudio evalúan un programa psicoeducativo para padres de adolescentes con diagnóstico de TCA, el cuál estuvo conformado por 5 sesiones de 90 minutos; dicho programa produjo el incremento de los conocimientos acerca de los TCA.

Taylor (2005) menciona que la Psicoeducación utilizada en la prevención de los TCA, ha obtenido como resultado sólo el incremento en los conocimientos y muy pocos estudios han podido modificar actitudes o conductas relacionadas al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Este autor hace una revisión concerniente a ello citando los estudios de Withers, Swing, Wertheim y Paxton (2002) y Bruning, Winzelberg, Abascal y Taylor (2004). A continuación se presentan los hallazgos de estos dos estudios:

Withers, Swing, Wertheim y Paxton (2002), en una muestra de 242 niñas y niños de séptimo grado, compararon 104 niñas que recibieron la intervención a través de un video psicoeducativo, con 114 del grupo control. Los resultados mostraron un incremento en los conocimientos en las mediciones pretest-postes y a un mes del seguimiento en el grupo con intervención, no así en el grupo control, pero no hubo diferencias para imagen corporal y dieta. En esta intervención se encontró efectos mínimos o nulos. Este estudio asume junto con los efectos negativos o nulos reportados en estudios previos, que los programas con psicoeducación enfocados en la regulación de peso saludable y mejora de la imagen corporal tiene mínimos (y poca duración) efectos en la prevención universal.

Bruning, Winzelberg, Abascal y Taylor (2004), en una muestra de niños y niñas de décimo grado de una escuela privada (102 asignados al grupo de intervención y 53 en el grupo control) realizaron intervención, mediciones postes y mediciones de seguimiento a 1 y 3 meses. La intervención tuvo una duración de 8 semanas y estuvo conformada por un programa en Internet dirigido a los padres y un programa psicoeducativo con discusión en grupo. Los resultados mostraron un incremento significativo en los conocimientos y la reducción de dieta restrictiva al postest en el grupo con intervención, aunque no hubo diferencias significativas al seguimiento. Esta investigación sugiere un efecto en la población universal por lo menos en un corto periodo de tiempo. Un aspecto novedoso de este estudio, es que los padres de los participantes fueron invitados a participar en un estudio separado que consistió en un programa de Internet para aceptar variaciones de peso y figura y desalentar las actitudes negativas y conductas que pudieran afectar a sus hijos. Los padres en el grupo de intervención disminuyeron significativamente su actitud crítica hacia el peso, la comida y la figura comparados con los del grupo control.

Por su parte, Alloway, Toth y McCargar (2001) prueban la efectividad de un grupo psicoeducativo en el tratamiento de trastorno subclínico de trastorno alimentario en 14 mujeres con diabetes tipo I. Subdivididas en 8 mujeres en grupo control y 6 en el grupo de tratamiento. El programa psicoeducativo consistió en 6 sesiones en las que se brindaba información básica

acerca de los TCA, alimentación normal, peso saludable, entrenamiento asertivo, manejo de estrés e imagen corporal. Las sesiones incluían el uso de un manual y 15 min. de presentación del tema seguidos de discusiones; abordaron el control metabólico, adherencia terapéutica, sintomatología de los trastornos alimentarios, psicopatología general de la diabetes tipo I y trastornos alimentarios subclínicos. Se realizaron medidas de línea base (antes de la intervención) y después de la intervención. El análisis de los resultados indicó que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (control y de tratamiento) en el control metabólico; la adherencia terapéutica; sintomatología de trastorno alimentario; y psicopatología general, depresión y estrés. Por lo que concluyen que este programa no fue efectivo en el tratamiento de esta población.

Stice y Ragan (2002) proponen que la causa por la que los resultados de los programas de prevención son limitados, es por que no han sido suficientemente intensos; muchos programas implican un limitado número de sesiones, con un modelo simple, estos modelos cubren una gran cantidad de información en un corto periodo de tiempo. Por lo tanto, plantean que intervenciones de mayor duración tendrían efectos pronunciados debido a que los participantes tendrían la oportunidad de discutir y sintetizar el material. Estos autores evaluaron un *intenso* programa psicoeducativo que proporcionó información educacional acerca de los trastornos alimentarios, patología, modelos etiológicos, consecuencias de estos trastornos, factores de riesgo de los trastornos alimentarios, nutrición y técnicas para el control de peso y la obesidad, intervenciones preventivas y tratamiento de trastornos alimentarios y obesidad; las clases implicaron presentaciones didácticas y grupos de discusión. Se trabajó con 66 mujeres estudiantes de bachillerato entre 17-55 años ( $\bar{x}$ =21 años), subdivididas en 49 grupo control y 17 grupo de intervención. La intervención se impartió 2 veces por semana, 1.5 horas cada sesión, durante 15 semanas y se tomaron medidas pretest-postest. Los resultados indicaron que las participantes del grupo experimental redujeron significativamente la internalización de un ideal delgado, la insatisfacción corporal, la realización de dieta, los síntomas depresivos, obesidad compulsiva y masa corporal, a los 4 meses de haber concluido las intervenciones. No sucediendo lo mismo en el grupo control.

Zabinski, Wilfley, Calfas, Winzelberg y Taylor (2004) exploraron la eficacia de un programa psicoeducacional interactivo (con un moderador en una sala de chat) para reducir problemas alimentarios. Se trabajó con una muestra total de 60 mujeres en edad escolar con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, subdividida en 30 mujeres en el grupo de intervención (distribuidas en 3 salas de Chat, 10 mujeres en cada sala) y 30 en el grupo control.

El tratamiento estuvo basado en una aproximación cognoscitivo-conductual y consistió en tres fases:

1. Se enfocó en mejorar actitudes alimentarias. Durante esta fase se les explicó en qué consiste el tratamiento y se identificaron los problemas alimentarios en forma individual. (por ejemplo, restricción severa y dieta)
2. Se enfocó en la reestructuración cognoscitiva relacionada con la evaluación de la figura y el peso. Las participantes identifican y cambian sus cogniciones negativas.
3. Apunta hacia la prevención y considera las sesiones aprendidas para alentar el mantenimiento de las mejoras producidas por el tratamiento.

Cada semana las participantes recibieron por e-mail el tema a tratar en el siguiente chat, participaron en una hora de discusión en el chat, completaron la tarea de casa asignada para reforzar el tópico y revisaron el temario del siguientes Chat por via e-mail.

Se realizaron mediciones pretes-postest-seguimiento (a 10 semanas de la intervención) y los resultados mostraron una mejoría significativa, en las medidas de línea base al postest y de línea base al seguimiento, en su alimentación y la evaluación del peso y la figura. De la línea base al seguimiento y del postest al seguimiento se observó mejoría significativa en autoestima.

Becker, Smith y Ciao (2005) investigaron la utilidad de un programa activo basado en la disonancia cognoscitiva, un programa psicoeducativo de intervención pasiva y un grupo control. La muestra estuvo conformada por 149 mujeres de entre 18 y 22 años ( $\bar{X}=19.95$ ,  $SD= 2.65$ ) divididas en los tres grupos, los cuales quedaron conformados entre 6 y 16 participantes. Los resultados arrojaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos

experimentales y que las dos intervenciones redujeron la dieta restrictiva, la insatisfacción corporal y la patología alimentaria. Sólo en el grupo con técnicas activas se redujo la internalización de una figura ideal delgada comparado con el grupo control.

## **CAPÍTULO V. PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo.**

Someter a estudio piloto dos programas dirigidos a prevenir factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Uno basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) y otro basado en la implementación de técnicas de información psicoeducativa.

### **Objetivos específicos.**

1. Comparar la eficacia de dos programas de prevención (uno con técnicas psicoeducativas y otro basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales) de trastornos alimentarios en la disminución de factores de riesgo asociados a éstos.
2. Explorar el efecto de cada uno de los programas de prevención de forma independiente (uno con técnicas psicoeducativas y otro basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales) sobre los factores de riesgo.

### **Preguntas de investigación.**

1. ¿Cuál de los dos programas de prevención resulta más eficaz en la reducción de los factores de riesgo antes mencionados?
2. ¿Se producirán cambios (eliminación y/o disminución) en los factores de riesgo como resultado de la intervención en ambos programas de prevención?

### **Hipótesis.**

1. Si se comparan los resultados de los programas de prevención, el programa basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales resultará más eficaz que el basado en técnicas psicoeducativas en función de la disminución/eliminación de los siguientes factores de riesgo:
  - seguimiento de dieta restringida,
  - insatisfacción con la imagen corporal,



- preocupación por el peso y la comida,
- actitud negativa hacia la obesidad,
- nivel bajo de habilidades sociales.

2. Si se explora el efecto de cada uno de los programas de prevención, de manera independiente, sobre los factores de riesgo antes mencionados, se observará una reducción de los mismos como resultado de las intervenciones.

### **Identificación de variables.**

VARIABLE INDEPENDIENTE:

1. Programa de prevención:
  - 1.1. Basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS).
  - 1.2. Basado en la técnica psicoeducativa.

VARIABLES DEPENDIENTES:

1. Seguimiento de dieta restringida.
2. Insatisfacción con la imagen corporal.
3. Preocupación por el peso y la comida.
4. Actitud negativa hacia la obesidad.
5. Nivel bajo de habilidades sociales

### **Definición de variables.**

VARIABLES INDEPENDIENTES.

#### 1.1. Programa de prevención basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales

Definición conceptual:

El EHS es una de las técnicas 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 ampliamente utilizadas dentro del marco de los servicios de salud mental (Lábate y Milan, 1985, citados en Caballo, 1993a). 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 (2 sesiones por semana), cada una de ellas con una duración promedio de una hora, su aplicación es grupal y su escenario son las instalaciones de las escuelas secundarias públicas que participan en el proyecto. Las temáticas de las sesiones son las mismas que en el programa basado en técnicas psicoeducativas (ver tabla 5.1). En cuanto a las técnicas utilizadas, además de la exposición, lectura, grupos de discusión, lluvia de ideas, técnicas lúdicas y técnicas de reestructuración cognoscitiva (detención del pensamiento, pensamientos irracionales, cuestionamiento ABCDE de la Terapia Racional Emotiva), también se recurre, a las técnicas conductuales propias del EHS, como la dramatización y el ensayo conductual (utilizando recursos como instrucciones, modelaje, retroalimentación y reforzamiento) de los componentes de las habilidades sociales, de algunas técnicas asertivas defensivas y de algunas habilidades sociales específicas, tales como hablar en público, iniciar y mantener conversaciones, decir no, afrontamiento a la crítica y a la presión social acerca de la imagen corporal, y se recurre a técnicas de imagería y relajación.

**Tabla 5.1**

<b>TEMÁTICA DE LAS SESIONES</b>	
SESIÓN 1	Introducción al taller y autoestima
SESIÓN 2	Valoración de las características personales no centrada exclusivamente en el cuerpo.
SESIÓN 3	Identificación y análisis de habilidades sociales.
SESIÓN 4	Imagen corporal y pensamientos irracionales.
SESIÓN 5	Prejuicios y actitud negativa hacia la obesidad
SESIÓN 6	Seguimiento de dieta restringida
SESIÓN 7	Preocupación por el peso y la comida y estrategias para desarrollar habilidades sociales.
SESIÓN 8	Alimentación sana
SESIÓN 9	Adolescencia
SESIÓN 10	Cierre del programa

## 1.2. Programa de prevención basado en la técnica psicoeducativa.

### Definición Conceptual:

Consiste en impartir dosificadamente toda la información pertinente para entender y poder encarar la modificación de las actitudes que hacen al trastorno alimentario específicamente. También se desarrolla el autoconocimiento y el descubrimiento de recursos personales para ir resolviendo los problemas propios de cada integrante del grupo psicoeducativo (Crispo, Figuero y Guelar, 1988). Los aspectos informativos prevalecen sobre los problemas personales e interaccionales (Fernández y Turón, 1998).

### Definición Operacional:

El programa de prevención basado en técnicas psicoeducativas consta de 10 sesiones (2 sesiones por semana), cada una de ellas con una duración promedio de una hora, su aplicación es en forma grupal y su escenario son las instalaciones de las escuelas secundarias públicas que participen en el proyecto. Las temáticas abordadas son las mismas que en el programa basado en el EHS (ver tabla 5.1). Se utilizaron técnicas de enseñanza tradicional como la exposición, lectura, grupos de discusión, lluvia de ideas; técnicas lúdicas (silueta corporal, encuentra la respuesta correcta, la telaraña, lo que me llevo de viaje) y técnicas de reestructuración cognoscitiva.

## VARIABLES DEPENDIENTES

### 1. Seguimiento de dieta restringida.

#### Definición Conceptual:

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

#### Definición Operacional:

Esta variable se mide a través de las repuestas arrojadas por el factor 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA), que mide seguimiento de dieta

crónica y restringida, mismas que se encuentran incluidas en el Cuestionario de Alimentación y Salud. (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

## 2. Insatisfacción con la Imagen Corporal

### Definición Conceptual:

La imagen corporal es una configuración global, un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. El cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. El nivel de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se refiere al grado en que al individuo le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de su cuerpo con respecto a la forma corporal ideal percibida por el individuo. (Gómez Peresmitré, 2001).

### Definición Operacional:

La diferencia positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal (sección “C” y “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 interpreta como satisfacción (Gómez Peresmitré, 1997).

## 3. Preocupación por el peso y la comida.

### Definición Conceptual:

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

#### Definición Operacional:

Esta variable se mide a través de las preguntas que conforman el factor 2 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos alimentarios (EFRATA), que mide preocupación por el peso y la comida, mismas que se encuentran incluidas en el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

#### 4. Actitud negativa hacia la obesidad:

##### Definición conceptual:

Cuando se atribuyen características negativas a figuras endomorfas (gruesas) y por el contrario, adjetivos positivos a figuras más delgadas, mostrando una clara actitud negativa hacia la obesidad. (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

##### Definición Operacional:

Esta variable se mide a través de tres reactivos que integran la "Sección K" del Cuestionario de Alimentación y Salud que mide Imagen Corporal y Actitud hacia la Obesidad (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Las preguntas que incluyen esta variable son:

- 1) Llegar a estar gorda me preocupa.
- 2) Pienso cosas negativas de las personas obesas.
- 3) Cuando quiero insultar a alguien la llamo gorda.

#### 5. Nivel bajo de Habilidades Sociales:

##### Definición Conceptual:

Carrobbles (1988) señala que es frecuente considerar los déficits en habilidades sociales como un elemento concurrente, cuando no causal, en problemas psicológicos muy variados. El sector

poblacional incapaz 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 anteponerse a las situaciones adversas con verdaderas posibilidades de éxito, puede ser considerado como no hábil socialmente y de alto riesgo (Roth, 1986).

#### Definición Operacional:

Esta variable se mide con las respuestas dadas a la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva desarrollada por Gismero (1996), adaptada a población mexicana (León 2005).

## MÉTODO

### Participantes:

La muestra total no probabilística, se obtuvo de una muestra mayor de N=90 mujeres adolescentes estudiantes de secundarias públicas del Distrito Federal que aceptaron participar en la investigación. Se incluyeron aquellas adolescentes que reportaron haber realizado dieta restringida (N=27) y se asignaron al azar a 2 grupos: Grupo 1 n= 13 participantes integradas a la intervención con Entrenamiento en Habilidades Sociales y Grupo 2 n= 14 participantes integradas en la intervención con técnicas psicoeducativas. Debido a la muerte experimental, la N final quedó formada por 19 participantes, n=10 tratadas con EHS y n= 9 tratadas con técnicas psicoeducativas.

### Criterios de inclusión:

Se incluyeron las adolescentes que reportaron haber realizado dieta restringida con propósitos de control de peso (medida pretest) y que al mismo tiempo, de acuerdo con los puntos de corte del

Índice de Masa Corporal (IMC) validados en muestras mexicanas por Gómez- Peresmitré y Saucedo-Molina (1997), no puntuaron en el rango de obesidad. Ver tabla 5.2.

**Tabla 5.2**  
IMC=  $\text{Peso} / \text{Talla}^2$

IMC	CLASIFICACIÓN
< 15	<b>Emaciación (peso muy por debajo del normal)</b>
15-18.9	<b>Peso por abajo del normal</b>
19-22.9	<b>Peso medio o normal</b>
23-27	<b>Sobrepeso</b>
>27	Obesidad I
>31	Obesidad II o mórbido

Valores y puntos de corte de IMC validados en muestras mexicanas (Gómez-Peresmitré, 1997).

#### **Control de varianza:**

Se controló que las participantes no tuvieran defectos físicos notorios, no se encontraran en tratamiento médico o psicológico y no padecieran enfermedades crónicas, físicas, ni mentales, que pudieran estar vinculadas al desarrollo de trastornos alimentarios. Para este propósito se aplicó una entrevista de tamizaje, entrevista ENDEFA (Andrés, et al., 2002). (Ver anexo 1).

Se excluyeron aquellas participantes cuyos cuestionarios presentaron  $\geq 30\%$  de los reactivos sin respuesta o que presentaron la elección de la misma opción de respuesta en el 50 % de las veces o más, para ambos cuestionarios.

Se igualaron las participantes en las variables sociodemográficas importantes como nivel socioeconómico, edad y sexo. La participación de las adolescentes en los programas de prevención fue voluntaria y con el consentimiento de sus padres o tutores.

#### **Diseño de investigación:**

Se realizó una investigación de campo con un diseño cuasiexperimental, pretest-postest con dos grupos.

G1	01	X1 (Entrenamiento en habilidades sociales)	02
G2	03	X2 (psicoeducativo)	04

### **Instrumentos:**

Instrumento 1. Cuestionario de Alimentación y Salud versión adolescentes (Gómez Pérez-Mitré, 1998):

El cuestionario de Alimentación y Salud tiene un alpha general de .9017, se aplica grupalmente y el tiempo en responderlo es en promedio una hora. En todas las escalas los reactivos se calificaron de acuerdo al siguiente criterio: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema.

El cuestionario explora distintas áreas en las siguientes secciones. Para propósitos del presente estudio se utilizaron las secciones: A, C, E, F, G y K

- **Sección A:** Se abordan aspectos sociodemográficos. Está compuesta por 13 reactivos que indagan edad, escolaridad y ocupación de los padres.
- **Sección B:** Esta formada por 24 preguntas que exploran áreas de salud física y estrés.
- **Sección C:** Contiene una escala visual compuesta por 9 siluetas, cubre un continuo de peso, que va desde una muy delgada hasta una obesa, pasando por una silueta con peso normal, que explora figura actual. El orden de las siluetas se presenta al azar.
- **Sección D:** Está formada por una lista de 33 adjetivos con objeto de explorar autoatribución, respondiendo a la pregunta "...me describe,", la cual contiene 5 opciones de respuesta (nada, poco, regular, bien, excelente).



- **Sección E:** Está compuesta por 2 subsecciones. La primera contiene 109 reactivos que indagan sobre preocupación por el peso, seguimiento de dieta y problemas asociados a la conducta alimentaria. La segunda subsección está conformada por 48 reactivos tipo LIKERT con 5 opciones de respuesta (de nunca hasta siempre) que exploran sobre conducta alimentaria, preocupación por el peso y la comida y seguimiento de dieta restringida.
- **Sección F:** Conformada por 24 reactivos tipo LIKERT con 5 opciones de respuesta (de muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo), que exploran control alimentario.
- **Sección G:** Contiene una escala visual compuesta por 9 siluetas que cubre un continuo de peso, que va desde una muy delgada hasta una obesa, pasando por una silueta con peso normal, para explorar figura ideal. El orden de las siluetas es al azar.
- **Sección H:** Está compuesta por 12 reactivos de opción múltiple que indagan relaciones interpersonales y antecedentes familiares.
- **Sección I:** Contiene 10 afirmaciones referentes a afrontamiento al estrés con 5 opciones de respuesta (nada, poco, regular, bien y exactamente) las cuales hacen referencia "...me describe".
- **Sección J:** conformada por 30 reactivos concernientes a la relación con la madre, con 5 opciones de respuesta (nada, poco, regular, bien y exactamente) las cuales hacen referencia "...me describe".
- **Sección K:** Compuesta por 14 reactivos de opción múltiple que indagan sobre preocupación por el peso, actitud negativa hacia la obesidad, satisfacción con imagen corporal y una escala de 5 reactivos tipo LIKERT con 5 opciones de respuesta (de muy poco importante a muy importante) que evalúan importancia de la figura corporal.
- **Sección L:** Compuesta por 9 escalas tipo OSGOOD que contienen 11 pares de adjetivos opuestos que exploran satisfacción con partes corporales.
- **Sección M:** Formada por 5 reactivos concernientes a la relación con el padre, con 5 opciones de respuesta (nada, poco, regular, bien y exactamente) las cuales hacen referencia "...me describe".

- Sección N: Contiene 23 reactivos de opción múltiple que exploran la influencia de la publicidad, antecedentes familiares de trastornos alimentarios y psiquiátricos, antecedentes personales de sobrepeso y presión social percibida.

(Ver anexo 2).

Las escalas E y F del Cuestionario de Alimentación y Salud forman la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, versión para mujeres). Esta escala consta de 7 factores que explican el 44.1% de la varianza y cuya escala total obtuvo un  $\alpha$  de 0.8876. En todas las escalas los reactivos se califican de acuerdo con el criterio: la puntuación más alta se asigna a la respuesta que implica mayor problema (Ver anexo 3).

Instrumento 2. Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva de Gismero (1996), adaptada a población mexicana (León 2005).

Este instrumento en su versión original contiene 33 reactivos, cuatro opciones de respuesta (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”), una consistencia interna de  $\alpha=0.88$  y consta de 7 factores que explican el 51.5% de la varianza. Los factores reportados en la versión original son:

**Factor 1.** *Defensa de los propios derechos como consumidor* (7 ítems). Expresa conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos.

**Factor 2.** *Tomar iniciativas en relación con el sexo opuesto* (4 ítems). Expresa la facilidad para iniciar una interacción (solicitar una cita, entablar una conversación) o hacer un cumplido a alguien del otro sexo que resulta atractivo.

**Factor 3.** *Expresión de opiniones, sentimientos o peticiones* (4 ítems). Identifica dificultades para expresar opiniones.

**Factor 4.** *Decir No o defender tus derechos frente a conocidos y amigos* (4 ítems). Expresa la dificultad para negarse o decir “no”.

**Factor 5.** *Expresarse en situaciones sociales* (5 ítems).

**Factor 6.** *Cortar una interacción* (5 ítems).

**Factor 7.** *Expresión de enfado o disconformidad frente a personas cercanas* (3 ítems). Intenta evitar conflictos o confrontaciones con personas cercanas.

Un ítem sin agrupar: “*no se que decir cuando tengo que hacer un halago*”

En su versión adaptada a población mexicana contiene 29 reactivos con 4 opciones de respuesta (siempre, casi siempre, casi nunca, nunca), una consistencia interna de  $\alpha=0.8160$  y consta de 7 factores que explican el 42.9% de la varianza. Los factores de la versión mexicana se agruparon como sigue:

**Factor 1:** Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales (6 ítems).

**Factor 2:** Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto (6 ítems).

**Factor 3:** Evitación o dificultad para dar y recibir negativas (5 ítems).

**Factor 4:** Dificultad para expresar enfado o desacuerdo (5 ítems).

**Factor 5:** Defensa de derechos como consumidor (3 ítems).

**Factor 6:** Cortar interacciones (4 ítems).

**Factor 7:** Decir no o defender derechos frente a conocidos y amigos (4 ítems).

(Ver anexo 4).

### **Materiales:**

Para la obtención de datos antropométricos se utilizó:

Una báscula electrónica EXCEL con capacidad de 300 Kg. y una precisión de 0.50 gr. para registrar el peso.

Estadiómetro de madera para tomar la estatura

Durante la aplicación de los programas se utilizó:

Gafetes; rotafolios; plumones; copias de lecturas y ejercicios para cada participante; videograbadora; televisión; revistas; tarjetas y buzón de sugerencias.

**Procedimiento:**

- Se solicitó la colaboración de las autoridades de una escuela secundaria del área metropolitana y se les informó de los objetivos de la investigación.
- Para seleccionar la muestra y tomar las medidas pretest, se aplicaron los instrumentos de medición asegurándoles que la información proporcionada sería de carácter confidencial.
- A través del Cuestionario de Alimentación y Salud se detectó a las adolescentes que reportaron haber realizado dieta restringida con el propósito de formar la muestra de estudio.
- Se tomaron medidas antropométricas (peso y talla) para obtener el Índice de Masa Corporal con el objetivo de excluir de la muestra a las adolescentes cuyo IMC fuera  $>27$ , según los puntos de corte validados por Gómez-Peresmitré y Saucedo-Molina (1997).
- Se aplicó una entrevista de tamizaje para descartar la presencia de Trastorno Alimentario u otros trastornos asociados entre las participantes.
- Se realizó una junta informativa con los tutores de las adolescentes seleccionadas para solicitar consentimiento firmado.
- Una vez conformada la muestra total, se asignaron al azar a las dos diferentes condiciones: (Entrenamiento de Habilidades Sociales e Información Psicoeducativa).
- Se llevaron a cabo las intervenciones.
- Se tomaron las medidas postest.
- Se procedió a probar la eficacia de los programas de intervención.

## CAP. VI. RESULTADOS

El objetivo general de la presente investigación fue someter a estudio piloto dos programas dirigidos a prevenir factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Uno basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales y otro en la implantación de técnicas de información psicoeducativa. Se comparó la eficacia de ambos programas y se exploró el efecto de cada uno de ellos de forma independiente, sobre los factores de riesgo.

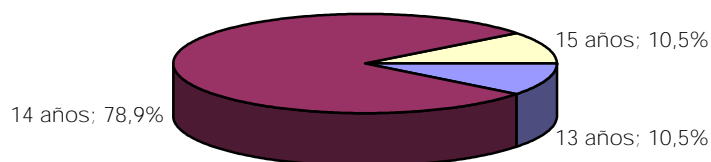
### 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

A continuación se presenta la descripción de la muestra, la cual se seleccionó de una N=90 adolescentes estudiantes del segundo grado de secundaria quienes respondieron el cuestionario de alimentación y salud y reportaron haber realizado dieta con propósitos de control de peso. La muestra final quedó formada por N=19 asignada al azar a dos diferentes grupos; Grupo 1 n= 10 participantes integradas a la intervención basada en EHS y Grupo 2 n= 9 participantes integradas en la intervención basada en técnicas psicoeducativas.

#### ψ EDAD:

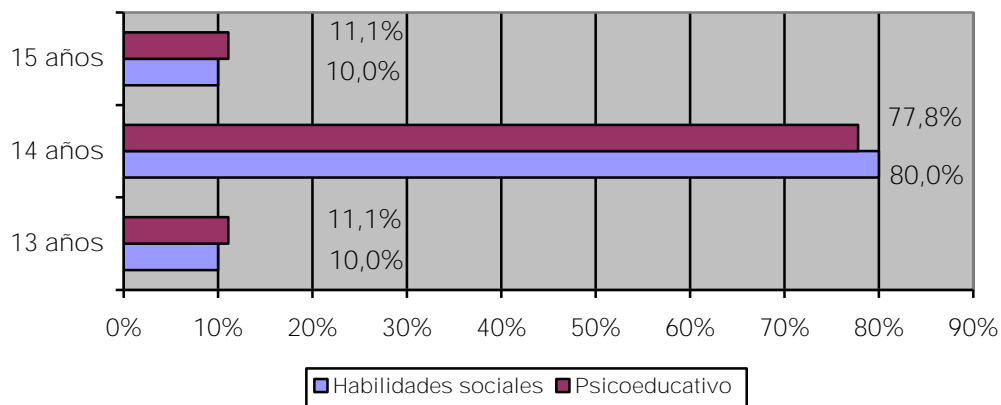
La edad de las participantes que formaron la muestra de estudio fluctuó entre los 13 y los 15 años, con una media de  $\bar{x}=14$  años y  $DS= .47$ . La figura 6.1 muestra que el 79% de las niñas que formaron la muestra total tenían 14 años al momento en que se realizó la intervención; el 10.5% tenían 13 años y el 10.5% tenían 15 años.

Figura 6.1. Distribución porcentual de la edad, en la muestra total (n=19).



La distribución por grupos (Grupo1 EHS y Grupo2 psicoeducativo) se presenta en la figura 6.2. En ésta se observa que tanto en el grupo de habilidades sociales como en el psicoeducativo la mayoría de las participantes tenían 14 años, siendo 80% para el grupo de habilidades sociales y 78% para el psicoeducativo, observándose una similitud etaria entre los grupos.

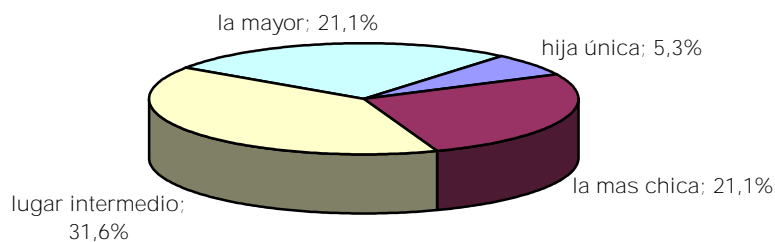
Figura 6.2. Distribución porcentual de la variable edad, por grupos.



### LUGAR ENTRE LOS HERMANOS:

Los resultados de la muestra total en las respuestas al reactivo ¿lugar que ocupas entre tus hermanos? indican que el porcentaje mayor (32%) lo representaron las participantes que reportaron ocupar un lugar intermedio y los porcentajes menores (5%) los presentaron las participantes que reportaron ser hija única. Ver figura 6.3.

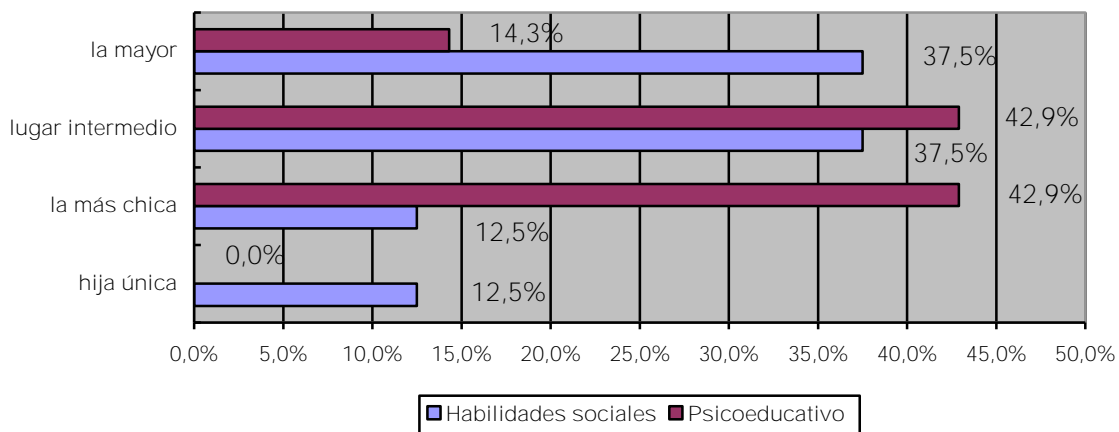
Figura 6.3. Distribución porcentual de la variable lugar entre hermanos, en la muestra total (n=19).



El lugar que ocupan las participantes según el orden de nacimiento entre ellas y sus hermanos en los dos diferentes grupos (habilidades sociales y psicoeducativo) se observa en la figura número 6.4. Ésta indica que en el grupo de habilidades sociales los porcentajes mayores (37.5%) los representaron las participantes que ocupaban un lugar intermedio y las que reportaron ser la hija mayor. Los porcentajes menores (12.5%) los representaron aquéllas adolescentes que reportaron ser hijas únicas y las que reportaron ser la más chica.

En el grupo psicoeducativo los mayores porcentajes (43%) los representaron las adolescentes que reportaron ocupar un lugar intermedio y las que reportaron ser la más chica; la categoría que indicaba ser hija única, no obtuvo puntuación (0%).

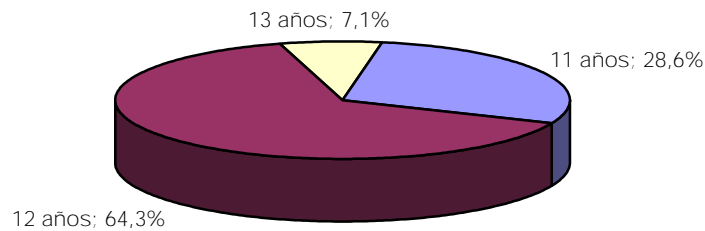
Figura 6.4. Distribución porcentual de la variable lugar entre hermanos, por grupos.



## ψ MENSTRUACIÓN Y EDAD DE LA MENARCA:

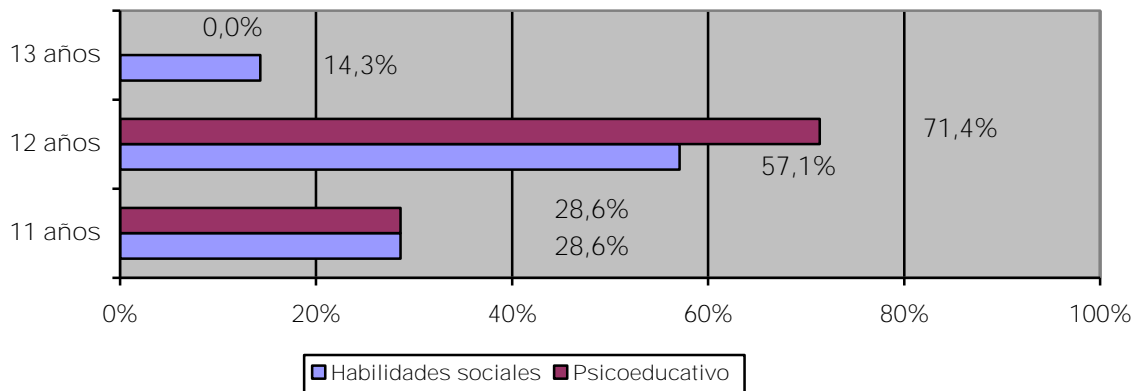
Los resultados de la variable edad de la menarca indican que un 73% de la muestra ya había presentado su menstruación, mientras que un 27% no la presentaba hasta el momento en que se aplicó la intervención. Del total de las chicas que ya habían presentado su menarca, cuya edad promedio fue  $\bar{X}=11.78$  con una  $Ds=.58$ , el 64 % tuvo su menarca a los 12 años, el 29% a los 11 y sólo el 7% a los 13 años. La distribución porcentual se muestra en la figura 6.5.

Figura 6.5. Distribución porcentual de la variable edad de la menarca, en la muestra total (n=19).



En la figura 6.6 se puede observar que en ambos grupos (habilidades sociales y psicoeducativo) la mayoría de las participantes presentaron su menarca a los 12 años, la distribución fue: 57% en el grupo de habilidades sociales y 71% en el psicoeducativo.

Figura 6.6. Distribución porcentual de la variable edad de la menarca, por grupos.

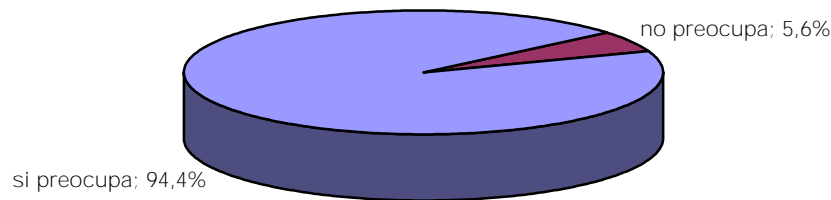


## ψ PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL:

En la figura 6.7 se muestra que a la mayor parte de la muestra total le preocupaba su peso corporal. El 94% reporta que sí les preocupaba, mientras que sólo al 6% no le preocupaba, al momento de realizar la intervención.

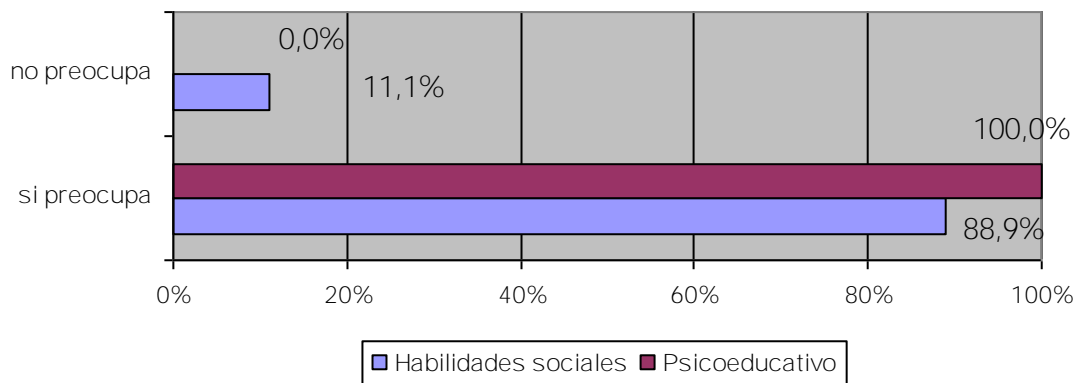


Figura 6.7 Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso corporal, en la muestra total (n=19)



La distribución porcentual en los diferentes grupos de estudio indica que en el grupo de habilidades sociales, al 89% de las participantes les preocupaba su peso corporal y en el grupo psicoeducativo al 100% de ellas les preocupaba. Ver figura 6.8.

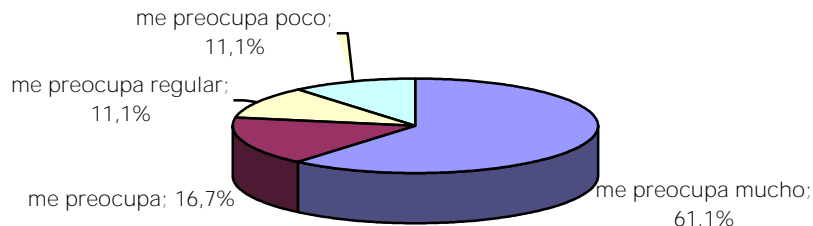
Figura 6.8. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso corporal, por grupos.



## ψ NIVEL DE PREOCUPACIÓN POR EL PESO:

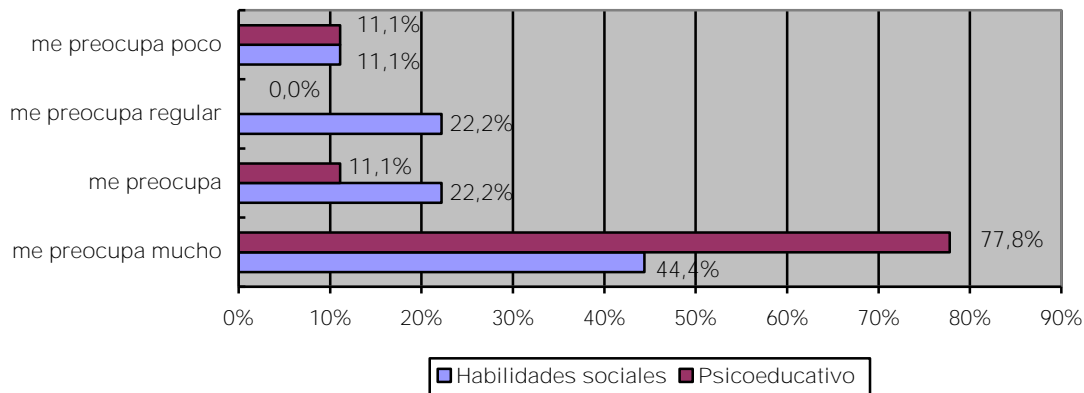
Las respuestas a este reactivo indicaron que a la mayoría de las participantes (61%) les “preocupa mucho” llegar a estar gorda, en tanto que al 11% les “preocupa regular” y al 11% les “preocupa poco”. Ver figura 6.9.

Figura 6.9. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso, en la muestra total (n=19).



La figura 6.10 presenta la distribución porcentual de la variable en los dos grupos de estudio (habilidades sociales y psicoeducativo). Se puede observar que la mayoría (78%) de las chicas que formaron el grupo psicoeducativo contestaron que les preocupaba mucho llegar a estar gorda, mientras que en el grupo de habilidades sociales les preocupó mucho llegar a estar gorda sólo a un 44% de las participantes.

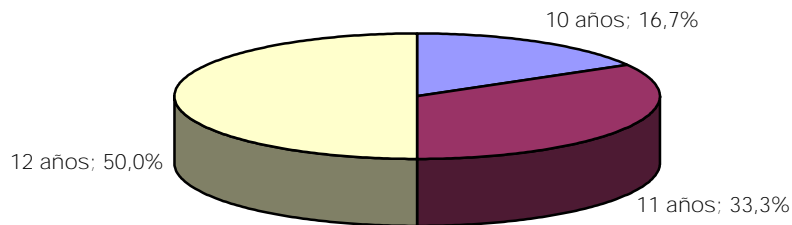
Figura 6.10. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso, por grupos.



### ψ EDAD DE INICIO DE LA PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL:

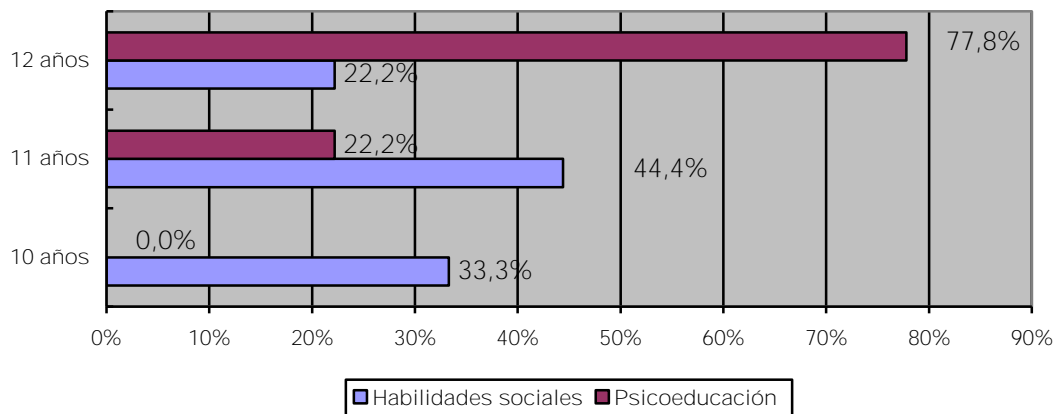
La edad en que las chicas empezaron a preocuparse por su peso corporal osciló entre los 10 y 12 años, con una media de  $\bar{X}= 11.3$  años y  $DS= .76696$ . Los valores porcentuales indican que el 50% de las participantes empezaron a preocuparse por su peso corporal a la edad de 12 años y a un porcentaje menor (17%) empezó a preocuparles desde los 10 años. Ver figura 6.11.

Figura 6.11. Distribución porcentual de la variable edad de inicio de la preocupación por el peso corporal, en la muestra total (n=19).



En el análisis por grupos, las participantes que formaron el grupo de habilidades sociales empezaron a preocuparse más tempranamente por su peso corporal en comparación con las chicas integradas al grupo con técnicas psicoeducativas. En el grupo que recibió EHS el porcentaje mayor (44%) está representado por las chicas que empezaron a preocuparse por su peso corporal a los 11 años. En el grupo que recibió la intervención con técnicas psicoeducativas el porcentaje mayor (79%) representa a las participantes que empezaron a preocuparse a los 12 años; cabe mencionar que en este grupo ninguna participante (0%) reportó preocuparse por su peso corporal a la edad de 10 años. Ver figura 6.12.

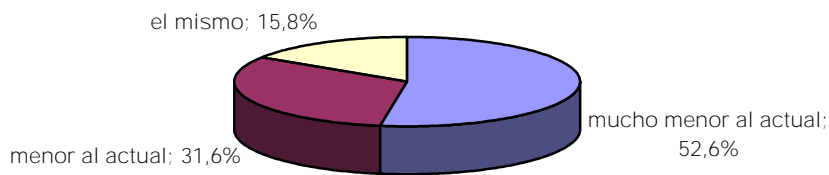
Figura 6.12. Distribución porcentual de la variable edad de inicio de la preocupación por el peso corporal, por grupos.



## ψ PESO DESEADO

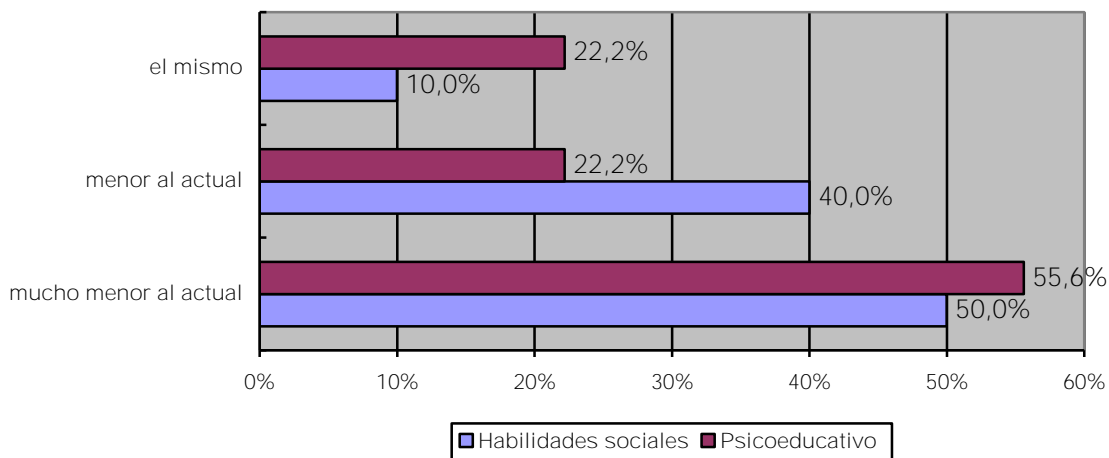
Los porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta ¿Qué peso te gustaría tener? indicaron que del total de las chicas, al 53% les gustaría tener un peso mucho menor al que tenían al momento de la investigación y sólo el 16% respondieron que les gustaría tener el mismo peso. Ver figura 6.13.

Figura 6. 13. Distribución porcentual de la variable peso deseado, en la muestra total (n=19).



Al comparar los dos grupos de estudio (habilidades sociales y psicoeducativo) se observa que en ambos grupos el porcentaje mayor quedó representado por las chicas que quisieran tener un peso mucho menor al que tenían al momento de la investigación, siendo 50% en el grupo que recibió el EHS y 56% en el grupo que recibió la intervención basada en técnicas psicoeducativas. El porcentaje menor, en ambos grupos, está representado por las chicas que les gustaría tener el peso que tenían al momento de la investigación, siendo 10% para el grupo que recibió el EHS y 22% para el grupo Psicoeducativo. Ver figura 6.14.

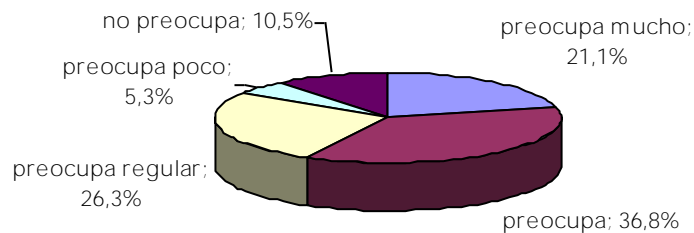
Figura 6.14. Distribución porcentual de la variable peso deseado, por grupos.



## ψ PERCEPCIÓN DE LOS OTROS:

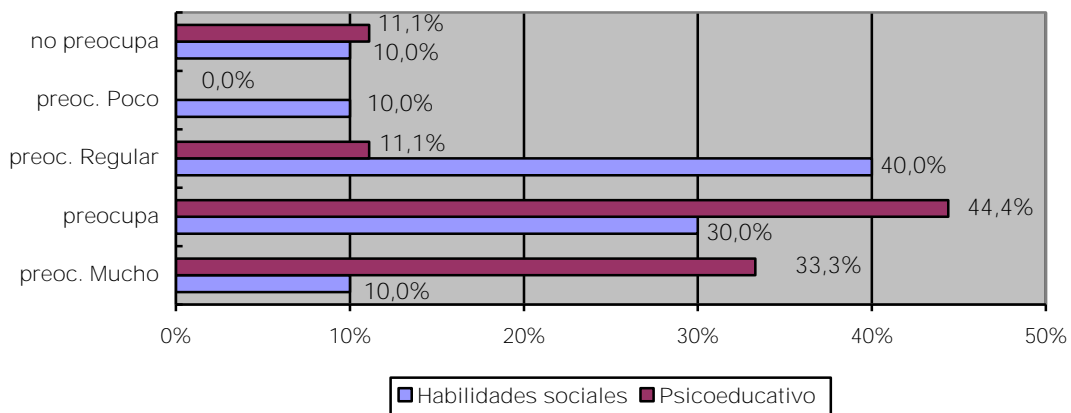
Cuando se les preguntó a las participantes que formaron la muestra total “qué tanto les preocupa cómo las ven los demás”, la opción de respuesta que obtuvo el porcentaje más alto (37%) fue “me preocupa”, seguida de “me preocupa regular” (26%), y la respuesta que obtuvo el porcentaje menor (5%) fue “me preocupa poco”, seguida de “no me preocupa” (10%). Ver figura 6.15.

Figura 6.12. Distribución porcentual de la variable percepción de los otros, en la muestra total (n=19).



Al comparar ambos grupos en el reactivo ¿qué tanto les preocupa cómo las ven los demás?, se encontró que las chicas del grupo psicoeducativo estuvieron más preocupadas que las del grupo con EHS. El porcentaje mayor (44%) del grupo psicoeducativo está representado por las adolescentes que eligieron la opción “me preocupa”, seguido por las chicas que eligieron “me preocupa mucho” (33%). En el grupo con EHS el porcentaje mayor (40%) está representado por las chicas que eligieron la opción “me preocupa de manera regular”, seguido por las chicas que eligieron la opción “me preocupa” (30%). (Ver figura 6.16).

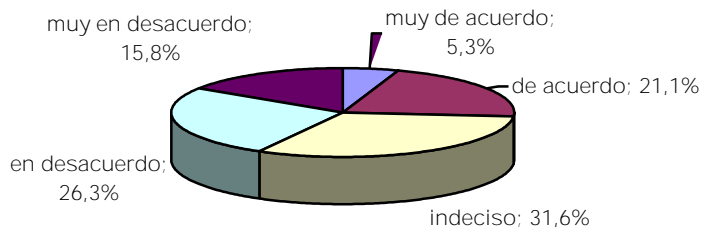
Figura 6.16. Distribución porcentual de la variable percepción de los otros, por grupos.



## ψ SATISFACCIÓN CORPORAL

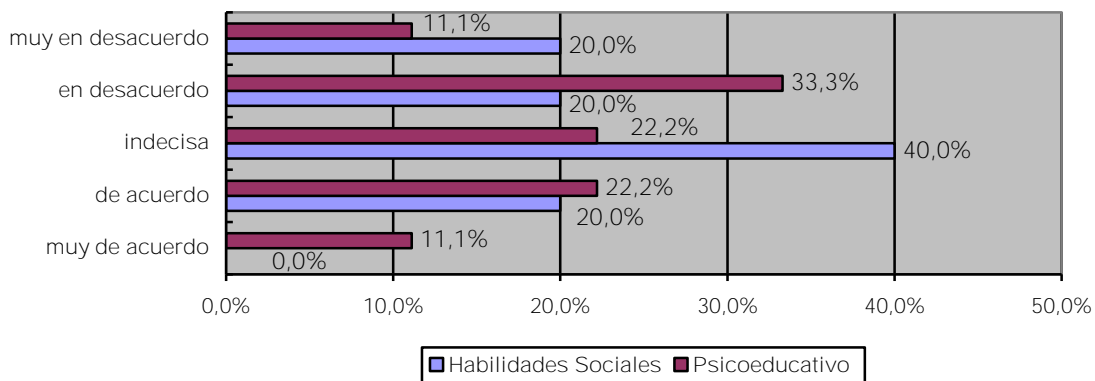
En este reactivo se les solicitó a las adolescentes que eligieran que tan de acuerdo estaban con la afirmación “me gusta la forma de mi cuerpo”, en la exploración de las respuestas del grupo total se halló que la respuesta que obtuvo un mayor porcentaje (32%) fue “indecisa”, seguida de la respuesta “en desacuerdo” (26%) y la respuesta que obtuvo el porcentaje menor (5%) fue “muy de acuerdo”. Ver figura 6.17.

Figura 6.17. Distribución porcentual de la variable satisfacción corporal, en la muestra total (n=19).



En la comparación por grupos de intervención (habilidades sociales y psicoeducativo) en las respuestas dadas a qué tan de acuerdo están con la afirmación “me gusta la forma de mi cuerpo” se puede observar que en el grupo con EHS el mayor porcentaje (40%) se concentró en la opción “indecisa”, y en el grupo psicoeducativo el porcentaje mayor (33%) corresponde a la respuesta “en desacuerdo”. Los porcentajes indican que el grupo psicoeducativo estuvo más a gusto con la forma de su cuerpo. Ver figura 6.18.

Figura 6.18. Distribución porcentual de la variable satisfacción corporal, por grupos.



## 2. NIVELES DE RIESGO.

### ψ NIVEL DE RIESGO ANTES Y DESPUÉS DE RECIBIR EL TRATAMIENTO EN LA MUESTRA TOTAL (N=19).

Con la intención de determinar los límites de riesgo de las participantes en las variables de estudio, se realizaron puntos de corte a través de la fórmula de significancia clínica propuesta por Jacobson, Follette y Revenstor (1984). La tabla 6.1 muestra la fórmula y la tabla 6.2 los puntos de corte utilizados en este estudio para cada variable; las participantes que caen por arriba de los valores expuestos, se encuentran en la categoría de “riesgo”.

Tabla 6.1

FÓRMULA DE SIGNIFICANCIA CLÍNICA
$C^* = \frac{S0 (\bar{X}1) + S1 (\bar{X}0)}{S0 + S1}$
<p>Donde:</p> <p><math>\bar{X}1</math> = Promedio de los valores pretest de los grupos experimentales y control.</p> <p><math>\bar{X}0</math> = Promedio de los valores de la población sin riesgo.</p> <p>S 0 = Desviación estándar de la población sin riesgo.</p> <p>S 1 = Desviación estándar de los grupos experimentales y control pretratamiento.</p>

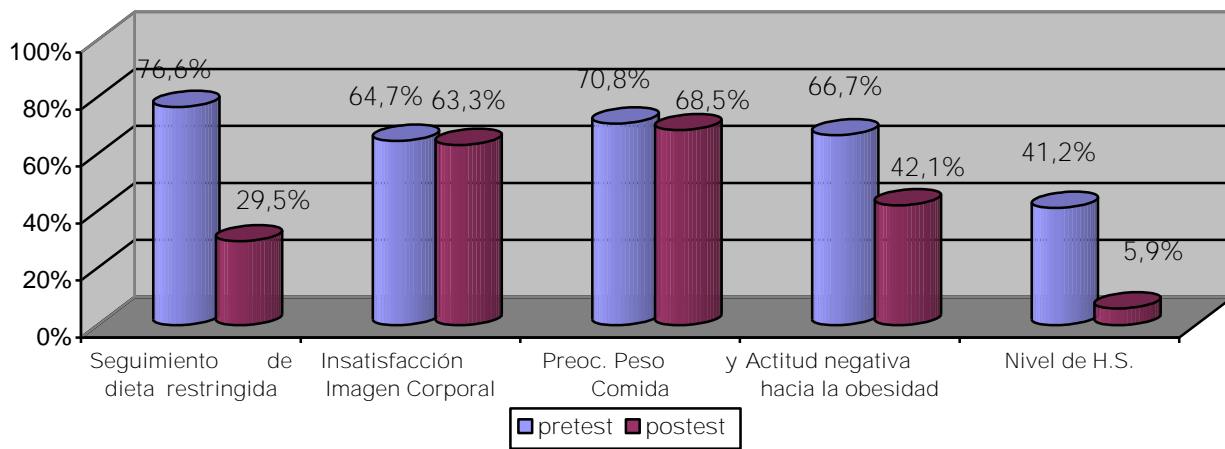
Jacobson, Follette y Revenstor (1984).

Tabla 6.2

PUNTOS DE CORTE PARA LAS VARIABLES DE ESTUDIO	
Seguimiento de dieta restringida	1.89
Insatisfacción con la imagen corporal	0.94
Preocupación por el peso y la comida	2.21
Actitud negativa hacia la obesidad	2.51
Nivel de habilidades sociales	2.28

La figura 6.19 muestra la comparación de las chicas que se encuentran en la categoría de “riesgo”, antes y después del tratamiento, en cada una de las variables de estudio. En ella se puede observar que en todas las variables se redujo el porcentaje de chicas con riesgo después de la intervención. En la variable seguimiento de dieta restringida se obtuvo el mayor impacto al reducirse el porcentaje de chicas con riesgo de 77% antes de la intervención a 29.5% después de la misma. En orden de mayor impacto, sigue mencionar la variable nivel de habilidades sociales en la cual se produjo una reducción de chicas con riesgo del 41% en el pretest al 6% en el posttest. Posteriormente, la variable actitud negativa hacia la obesidad también muestra una importante reducción de chicas con riesgo de 67% en el pretest al 42% en el posttest.

Figura 6.19. Participantes en la categoría de “ riesgo” , en la muestra total (n=19).



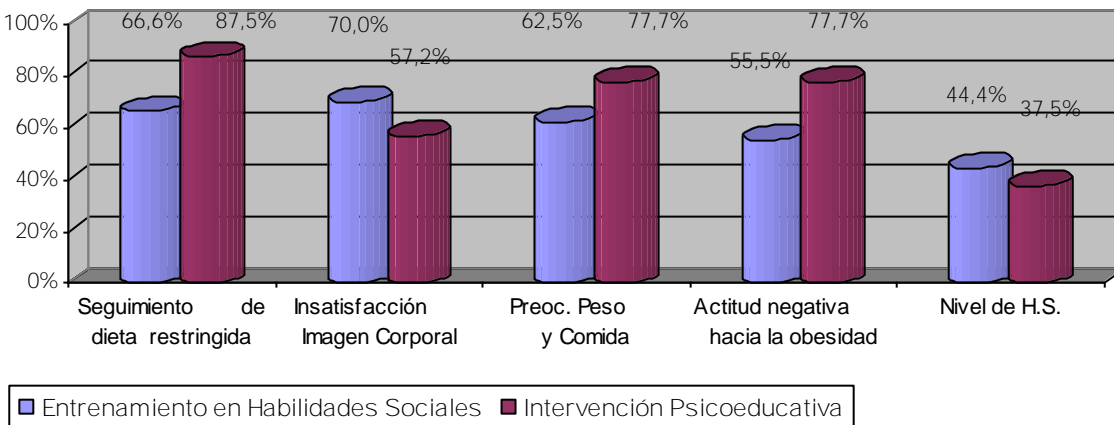
## Ψ NIVEL DE RIESGO ANTES DE LA INTERVENCIÓN. COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS.

La figura 6.20 muestra la comparación entre los grupos (EHS y Psicoeducativo) del porcentaje de chicas en la categoría de “riesgo” antes de la intervención. Aunque la asignación fue al azar, se puede observar que en el grupo con intervención basada en técnicas psicoeducativas quedaron asignadas mayor porcentaje de chicas con riesgo en las variables seguimiento de dieta restringida (87.5% Psicoeducación, 67% EHS), preocupación por el peso y la comida (78% Psicoeducación, 62.5% EHS), y actitud negativa hacia la obesidad (78% Psicoeducación, 55.5% EHS), en comparación con el grupo con EHS. En el grupo con Entrenamiento en Habilidades Sociales



(EHS) quedaron asignadas mayor porcentaje de chicas con riesgo en las variables insatisfacción con la imagen corporal (70% EHS, 57% Psicoeducación) y nivel de habilidades sociales (44% EHS, 37.5% Psicoeducativo) en comparación con el grupo psicoeducativo.

Fig. 6.20. Participantes en la categoría de " riesgo" , antes de la intervención. Comparación entre grupos.

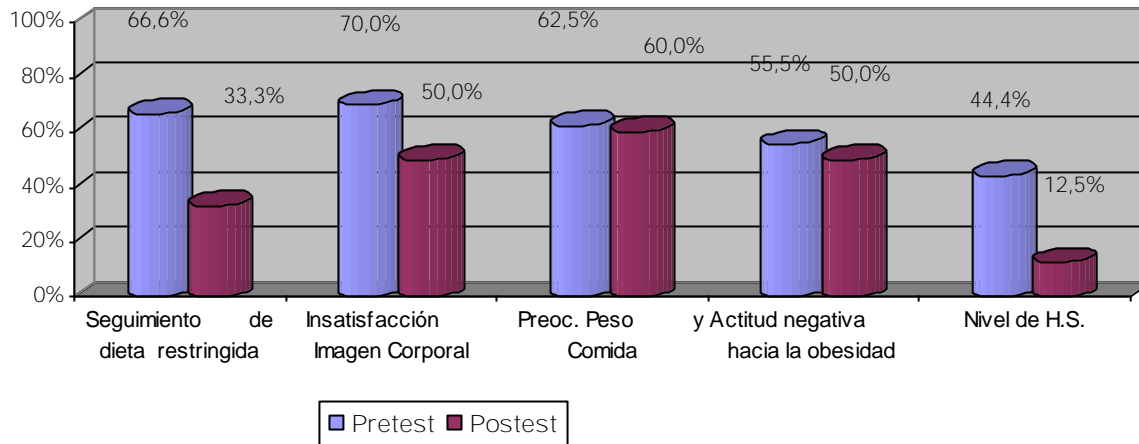


#### ψ NIVEL DE RIESGO (ANTES Y DESPUÉS) EN EL GRUPO QUE RECIBIÓ EHS.

En el grupo que recibió EHS, el factor insatisfacción con la imagen corporal obtuvo el mayor porcentaje (70%) de chicas en riesgo antes de la intervención, descendiendo éste porcentaje en el posttest (50%). En el factor seguimiento de dieta restringida disminuyó el porcentaje de chicas con riesgo del 67% en el pretest a 33% en el posttest. Los factores preocupación por el peso y la comida (62.5% pretest, 60% posttest) y actitud negativa hacia la obesidad (55.5% pretest, 50% posttest), aunque en menor medida, igualmente disminuyeron el porcentaje de chicas en riesgo. En cuanto al factor nivel de habilidades sociales, éste obtuvo el menor porcentaje de chicas en riesgo en ambas medidas (41% pretest, 12.5% posttest).

En la figura 6.21 se puede observar que, como resultado de la intervención, en todas las variables disminuyó el porcentaje de chicas en la categoría de "riesgo" y el impacto fue mayor en los factores de riesgo: seguimiento de dieta restringida, nivel de habilidades sociales e insatisfacción con la imagen corporal.

Figura 6.21. Participantes en la categoría de " riesgo" , antes y después del EHS.

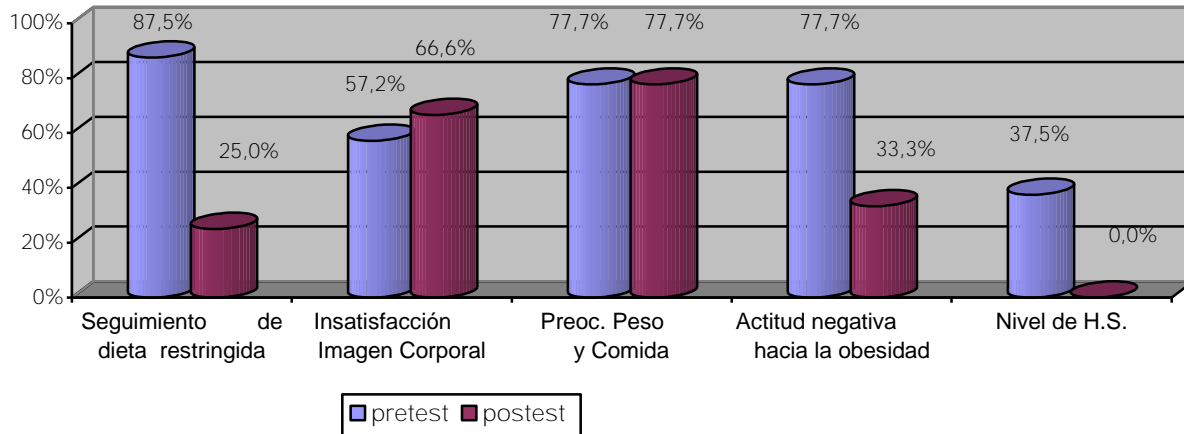


**ψ NIVEL DE RIESGO (ANTES Y DESPUÉS) EN EL GRUPO QUE RECIBIÓ LA INTERVENCIÓN BASADA EN TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS.**

En el grupo que recibió la intervención basada en técnicas psicoeducativas, el factor seguimiento de dieta restringida obtuvo el mayor porcentaje (66,6%) de chicas en riesgo en la medida pretest, descendiendo el porcentaje (33,3%) después de la intervención. Las variables preocupación por el peso y la comida e insatisfacción con la imagen corporal obtuvieron el mismo porcentaje de chicas con riesgo en la medida pretest (70%), sin embargo, en la variable preocupación por el peso y la comida se mantuvo el mismo porcentaje después de la intervención (60%) y en la variable actitud negativa hacia la obesidad el porcentaje descendió en la medida postest (50%). En la variable insatisfacción con la imagen corporal aumento el porcentaje de chicas con riesgo después de la intervención (50% pretest, 33% postest). En la variable nivel de habilidades sociales se eliminaron las chicas con riesgo después de la intervención (44,4% pretest, 12,5% postest).

En la figura 6.22 se puede observar que los factores en los que se obtuvo mayor impacto -en función de la reducción del porcentaje de chicas con riesgo- como resultado de la intervención fueron: seguimiento de dieta restringida, actitud negativa hacia la obesidad y nivel de habilidades sociales.

Figura 6.22. Participantes en la categoría de " riesgo" , antes y después de la intervención basada en técnicas psicoeducativas.



### 3. PRUEBAS DE HIPÓTESIS.

*Para comprobar la hipótesis de trabajo 1: "Si se evalúan y comparan los resultados de los programas de prevención, el programa basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales resultará más eficaz que el basado en técnicas psicoeducativas, esto en función de la disminución/eliminación de los siguientes factores de riesgo: seguimiento de dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, actitud negativa hacia la obesidad y nivel de habilidades sociales". Se aplicaron pruebas t para muestras independientes.*

Los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las variables seguimiento de dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida y actitud negativa hacia la obesidad, como resultado de las intervenciones. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, el programa basado en el EHS no muestra mayor eficacia en comparación con el programa basado en la técnica psicoeducativa.

La tabla 6.3 muestra los resultados obtenidos entre los grupos de comparación antes de la intervención. Como se puede observar no existieron diferencias estadísticamente significativas en las cinco variables de estudio.

Tabla 6. 3. Resultados de la comparación entre los grupos antes de la intervención.

FACTORES	"t de student"
Seguimiento de Dieta Restringida	t (15)= -.865 p=.401
Insatisfacción con la Imagen Corporal	t (15)= 1.019 p=.324
Preocupación por el peso y la comida	t (15)= -.639 p=.532
Actitud negativa hacia la obesidad	t (16)= -1.091 p= .291
Nivel de Habilidades sociales	t (15)= .956 p= .354

La tabla 6.4 muestra la comparación entre los grupos después de recibir el tratamiento. Los resultados obtenidos arrojaron diferencias estadísticamente significativas en la variable nivel de habilidades sociales.

Tabla 6.4. Resultados de la comparación entre los grupos después de la intervención.

FACTORES	"t de student"
Seguimiento de Dieta Restringida	t (15)= .537 p= .599
Insatisfacción con la Imagen Corporal	t (17)= -.040 p= .969
Preocupación por el peso y la comida	t (15)= -1.106 p= .289
Actitud negativa hacia la obesidad	t (17)= 1.500 p= .152
<b>Nivel de Habilidades Sociales</b>	<b>t (15)= 2.641 p= .019</b>

En la variable nivel de habilidades sociales la dirección de las medias indicó que en ambos grupos se obtuvieron cambios favorables como resultado de las intervenciones. Sin embargo la prueba indicó que existieron diferencias estadísticamente significativas en la medición posttest y el valor de las  $\bar{x}$  indica que fue el grupo psicoeducativo el que presentó los mejores efectos en la variable habilidades sociales. Ver tabla 6.5.

Tabla 6.5.  $\bar{x}$  y Ds. de la variable nivel de habilidades sociales antes y después del tratamiento.

	Nivel de HS Pretest	Nivel de HS Posttest
Grupo con EHS	$\bar{x}$ = 2.44 Ds = .53	$\bar{x}$ = 2.12 Ds = .35
Grupo Psicoeducativo	$\bar{x}$ = 2.12 Ds = .83	$\bar{x}$ = 1.55 Ds = .53

Para comprobar la hipótesis de trabajo 2: “Si se explora el efecto de cada uno de los programas de prevención sobre los factores de riesgo antes mencionados en ambos programas, se observará una reducción de los factores de riesgo al término de las intervenciones” se aplicaron pruebas “t” para muestras apareadas y se utilizó el estadístico “d” (Rosnow & Rosenthal, 1993) para determinar el tamaño del efecto que produjeron las mismas. La fórmula del estadístico “d” se presenta en la tabla 6.6.

Tabla 6.6. Fórmula del estadístico d

Fórmula del estadístico d
$d = \frac{2t}{\sqrt{gl}}$
Donde:
t = valor de prueba t
gl = grados de libertad
Si d va de 0 a .20 = efecto pequeño
Si d va de .21 a .79 = efecto medio
Si d es mayor a .80 = efecto grande

Fuente: Rosnow & Rosenthal (1993).

### **RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN BASADA EN EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES:**

Se exploró si existieron cambios en las cinco variables de estudio antes y después de la intervención (en ambos grupos por separado). El análisis de resultados en el grupo que recibió el EHS muestra que se produjeron cambios estadísticamente significativos ( $t(7) = 2.410, p = .047$ ) en la variable preocupación por el peso y la comida, así como en la variable nivel de habilidades sociales ( $t(6) = 2.828, p = .030$ ). Los valores obtenidos en la variable seguimiento de dieta restringida no muestran cambios estadísticamente significativos, sin embargo los valores de “d” indican que

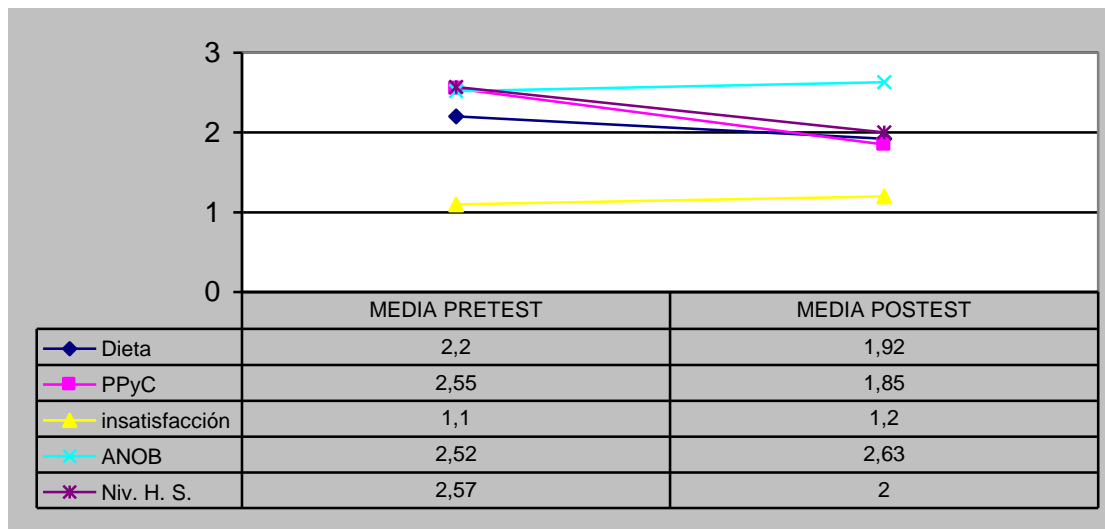
el efecto de la intervención fue grande y se produjo un cambio favorable como efecto de la intervención. Ver tabla 7.

Tabla 6.7. Efecto del programa de EHS en función de las variables de estudio.

FACTORES	t de student	d
Seguimiento de Dieta Restringida	t (7)= 1.116 p= .301	<b>0.84</b>
Insatisfacción con la Imagen Corporal	t (9)= -.198 p= .847	-0.13
Preocupación por el peso y la comida	<b>t (7)= 2.410 p= .047</b>	
Actitud negativa hacia la obesidad	t (8)= -.555 p= .509	-0.32
Nivel de Habilidades Sociales	<b>t (6)= 2.828 p= .030</b>	

La figura 6.23 muestra el valor de las medias antes y después de la intervención. Se puede observar que en las variables: seguimiento de dieta restringida, preocupación por el peso y la comida, y nivel de habilidades sociales se produjeron cambios en la dirección esperada.

Figura 6.23. Valor de las medias antes y después de la intervención con EHS.



### RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN BASADA EN TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS:

El análisis de resultados en el grupo que recibió la intervención con técnicas psicoeducativas muestra que se produjeron cambios estadísticamente significativos en las variables preocupación

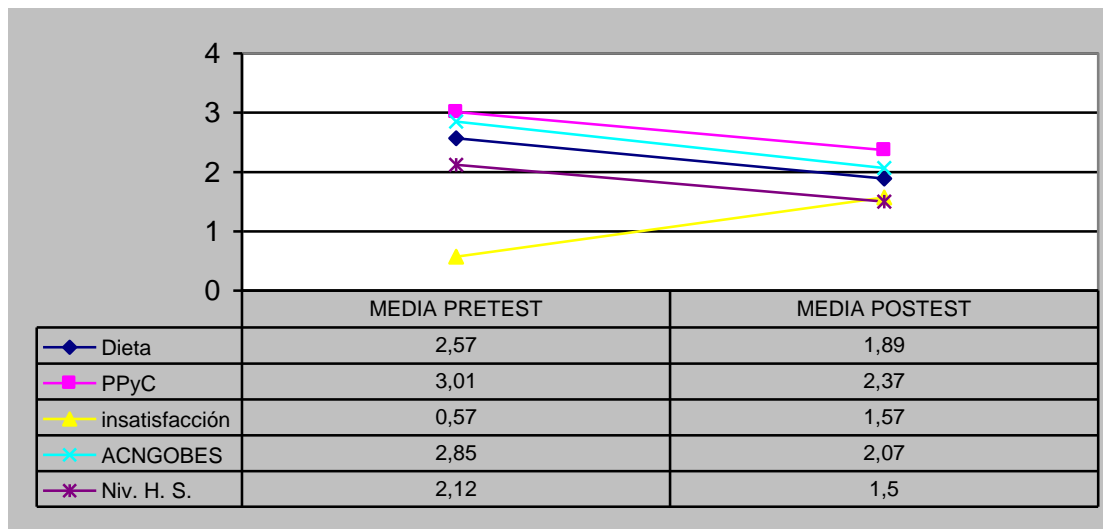
por el peso y la comida ( $t(7) = 2.512$ ,  $p = .040$ ) y nivel de habilidades sociales ( $t(7) = 3.416$ ,  $p = 0.11$ ) como resultado de la intervención. En las variables seguimiento de dieta restringida y actitud negativa hacia la obesidad, se obtuvo una tendencia hacia la mejoría ( $t(7) = 2.282$ ,  $p = .063$  y  $t(8) = 2.135$ ,  $p = 0.65$ , respectivamente), resultados confirmados por los valores del estadístico “d” (seguimiento de dieta restringida  $d = 1.86$  y actitud negativa hacia la obesidad  $d = 1.51$ ). Ver tabla 6.8.

Tabla 6.8. Efecto del programa Psicoeducativo en función de las variables de estudio.

FACTORES	t de student	d
Seguimiento de Dieta Restringida	$t(6) = 2.282$ $p = .063$	<b>1.86</b>
Insatisfacción con la Imagen Corporal	$t(6) = -1.871$ $p = .111$	<b>-1.53</b>
Preocupación por el peso y la comida	$t(7) = 2.512$ $p = .040$	
Actitud negativa hacia la obesidad	$t(8) = 2.135$ $p = 0.65$	<b>1.51</b>
Nivel de Habilidades Sociales	$t(7) = 3.416$ $p = .011$	

La figura 6.24 muestra el valor de las medias antes y después de la intervención en las cinco variables de estudio. Se puede observar que en las variables: seguimiento de dieta restringida, preocupación por el peso y la comida, actitud negativa hacia la obesidad y nivel de habilidades sociales, se produjeron cambios en la dirección esperada.

Figura 6.24. Valor de las medias antes y después de la intervención Psicoeducativa.



## **CAP. VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES.**

Uno de los objetivos de la presente investigación fue comparar la eficacia de dos programas de prevención (uno basado en técnicas psicoeducativas y otro basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales) dirigidos a disminuir/eliminar factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Las expectativas fueron que el programa basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales resultaría más eficaz que el basado en técnicas psicoeducativas. Sin embargo, los resultados mostraron que en la medida postest hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos solo en la variable nivel de habilidades sociales y con respecto a las variables asociadas con imagen corporal y conducta alimentaria (seguimiento de dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida y actitud negativa hacia la obesidad) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Esta similitud entre las dos técnicas de intervención coincide con los resultados obtenidos por Pineda (2006), en el primer piloteo, tampoco encontró diferencias estadísticamente significativas en la medida postest (a corto plazo) al comparar un programa basado en técnicas psicoeducativas y otro basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. Sin embargo, las participantes del programa de disonancia cognoscitiva redujeron significativamente el seguimiento de dieta restringida y conducta alimentaria compulsiva después de la intervención. Estos resultados también coinciden con el estudio llevado a cabo por Becker, Smith y Ciao (2005) quienes al comparar la utilidad de un programa activo basado en la disonancia cognoscitiva y un programa psicoeducativo de intervención pasiva, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la medida postest (a corto plazo).

La variable nivel de habilidades sociales resultó mas eficaz en el grupo que recibió la intervención basada en técnicas psicoeducativas que en el grupo con EHS. Estos resultados pueden encontrar una posible explicación en que, en nuestro país, el sector público dirige a los alumnos clases tradicionales con métodos pasivos, expositivos e informativos, de modo que los adolescentes están acostumbrados a recibir este estilo de educación y por lo tanto de ésta forma asimilan mejor la información. Por otro lado, este resultado inesperado puede ser explicado por



las desventajas propias de la evaluación psicométrica a través de los instrumentos de autorreporte, principalmente el factor de deseabilidad social y la imposibilidad de evaluar los componentes moleculares de la conducta.

Se espera que si hubiera una medición de seguimiento podría obtenerse mayor efecto en las adolescentes que recibieran el EHS con metodología activa, en comparación con las adolescentes tratadas con técnicas psicoeducativas con metodología pasiva. Esta expectativa se apoya en estudios previos que utilizan intervenciones psicoeducativas con técnicas pasivas y producen cambios significativos del pre-test al post-test pero el efecto desaparece durante el seguimiento (Pearson, Goldklang y Striegel-Moore, 2002). Por ejemplo Withers, Swing, Wertheim y Paxton (2002, citados en Taylor, 2005) evaluaron una intervención a través de un video psicoeducativo y concluyeron que este tipo de programas tiene mínimos efectos y poca duración en prevención universal. Bruning, Winzelberg, Abascal y Taylor (2004, citados en Taylor, 2005) probaron una intervención psicoeducativa que incluía grupos de discusión y obtuvieron un incremento significativo en los conocimientos y la reducción de dieta restringida en la medición postest, pero los efectos desaparecieron en el seguimiento. En cambio, en los programas que utilizan técnicas activas se han obtenido resultados muy importantes en las medidas de seguimiento. Por ejemplo, Pineda (2006) al comparar una intervención psicoeducativa con una intervención activa basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva, encontró que se produjeron cambios estadísticamente significativos en los factores de riesgo, en ambas condiciones experimentales. Sin embargo, a tres meses de la intervención, es la condición de disonancia cognoscitiva en la que se mantienen mejorías para las variables figura ideal e insatisfacción con la imagen corporal. Más aún, en el seguimiento a un año, las chicas de disonancia fueron las únicas que redujeron significativamente, desde el pretest, sus niveles de figura ideal delgada e insatisfacción con la imagen corporal, de un nivel de riesgo a uno sin riesgo. También Ruiz-Lazaro y Comet (2003) trabajaron con metodología activa y técnicas de implicación consiguiendo en el grupo experimental modificación de actitudes, disminución de la población con riesgo y reducción en la incidencia al año de seguimiento.

Un segundo objetivo fue explorar el efecto de cada uno de los programas de prevención (uno con técnicas psicoeducativas y otro basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales) de manera independiente, sobre los factores de riesgo: preocupación por el peso y la comida, seguimiento de dieta restringida, nivel de habilidades sociales, insatisfacción con la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad.

Los resultados más interesantes se produjeron en la variable *preocupación por el peso y la comida* debido a que esta variable desempeña un papel fundamental como causante del desarrollo de trastornos alimentarios (Shisslak, Crago, Gray, Estes, Mc.Knight, Parnaby, Sharpe, Bryson, Killen y Taylor, 2000); en esta variable se obtuvo disminución significativa en las participantes de ambos programas (habilidades sociales y psicoeducativo). La eficacia de ambos programas sobre esta variable representa ventajas sobre algunos estudios de primera generación que reportan resultados no significativos. Por ejemplo, Killen (1996) citado en Taylor (2005) indica que es difícil cambiar las actitudes de los adolescentes acerca del peso y la figura, y es extremadamente difícil cambiar su imagen corporal, sus esfuerzos en la regulación del peso y sus patrones alimentarios. Por su parte Ghaderi (2005), en un programa de prevención primaria basado en la discusión sobre la diversidad de forma del cuerpo no encontró diferencias estadísticamente significativas en los factores: imagen corporal, armonía con el peso, emociones asociadas a la comida, actitudes y conductas asociadas a los TCA, autoestima y depresión como resultado de su intervención. Algunos otros autores (Pearson, Goldklang & Striegel-Moore, 2002 y Taylor, 2005) afirman que pocos trabajos refieren un cambio notable de actitudes o conductas a corto plazo y sólo resultan en el aumento de conocimientos. Sin embargo, el presente estudio demostró que ambos programas impactaron sobre esta variable, es decir, producen impacto sobre las actitudes.

Con respecto a la variable *seguimiento de dieta restringida* (variable agrupada en el rubro de los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria anómala y criterio de selección para la conformación de la muestra) ambos grupos reportaron una mejoría comprobada al calcular el tamaño del efecto (d). La posible causa de que no se haya obtenido significancia estadística en esta variable se atribuye a las limitaciones en el tamaño de la muestra. Sin embargo la

disminución del riesgo en esta variable (77% pretes- 29.5% postest) tiene importantes alcances porque representa ventajas sobre otros programas que solo consiguen aumento del conocimiento pero no producen efecto sobre la dieta, por ejemplo, Withers, Swing, Wertheim y Paxton (2002, citados en Taylor, 2005) compararon un grupo que recibió intervención a través de un video psicoeducativo con un grupo control y solo consiguieron incrementar los conocimientos en el grupo experimental sin lograr diferencias en la variable dieta entre el grupo control y el experimental. Los resultados de la presente investigación en la variable *seguimiento de dieta restringida* coinciden con los obtenidos por Becker, Smith y Ciao (2005), quienes compararon un programa activo basado en la disonancia cognoscitiva, un programa psicoeducativo de intervención pasiva y un grupo control; los resultados indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos experimentales y que las dos intervenciones redujeron la dieta restringida. La mejoría que presentaron las chicas de ambos grupos (psicoeducativo y con EHS) en la variable seguimiento de dieta restringida, representa beneficios en tanto que atenúa la probabilidad de presentar hábitos alimentarios inadecuados desencadenados por la restricción, como los atracones, el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos o el ejercicio extremo, según Raich (2000), a las personas que les implica demasiado esfuerzo mantener una dieta restringida o que ven muy difícil alcanzar la delgadez extrema, emplean estos métodos.

Cabe mencionar, sin embargo, que los resultados más interesantes se encontraron relacionados con las variables preocupación por el peso y la comida, y seguimiento de dieta restringida. Esto ajusta con la investigación llevada a cabo por Gómez-Peresmitré, Pineda, Esperance, Hernández, Platas y León (2002), en la que se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la variable “dieta restringida” y la “preocupación por el peso y la comida”, a mayor preocupación por el peso y la comida, mayor seguimiento de dieta restringida.

Respecto a la variable *nivel de habilidades sociales*, en ambos programas se observó mejoría estadísticamente significativa. Considerando las revisiones de Gismero (1996) quién probó que las mujeres con anorexia nervosa presentan déficits en las Habilidades Sociales. Las revisiones de Bruch (1973), Crisp (1981), Garner y Bemis (1982) y McFall, Eason, Edmondson & treta (1999)

quienes coinciden en que previamente al desarrollo de un trastorno alimentario los pacientes presentan problemas de autonomía, independencia, de relación social, introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades en relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas. Y la investigación de Beato-Fernández y Rodríguez-Cano (2005) quienes señalaron la actuación de las dificultades sociales en los niños como factores de riesgo de trastornos alimentarios. Se apunta que las participantes de ambos programas se beneficiaron en el aumento de sus habilidades sociales, fungiendo éste como un factor protector de los trastornos alimentarios.

En relación con la variable *insatisfacción con la imagen corporal*, los resultados mostraron un efecto negativo (no significativo) en ambos grupos (con técnicas psicoeducativas y con EHS). Sin embargo, cuando se analiza el porcentaje de chicas en riesgo antes y después de la intervención, se observa que en el grupo con EHS se redujo éste porcentaje como resultado de la intervención (70% pretest - 50% postest), es decir, aunque aumentó la insatisfacción con la imagen corporal (grupo con EHS:  $\bar{X}$  pre= 1.1,  $\bar{X}$  pos= 1.2; grupo con técnicas psicoeducativas:  $\bar{X}$  pre= .57,  $\bar{X}$  pos= 1.57), se redujo el número de chicas con riesgo en esta variable, lo cual implica que las chicas que aumentaron su insatisfacción no lo hicieron hasta niveles considerados de riesgo. No sucedió lo mismo en el grupo que recibió la intervención basada en técnicas psicoeducativas, en este grupo aumentó el porcentaje de chicas con riesgo después de la intervención (57% pretest-67% postest). Estos resultados coinciden con la afirmación de Marín (2002), quien asegura que algunos programas de prevención para disminuir el uso de dietas inadecuadas y mejorar la autoestima e imagen corporal, han dado resultados contradictorios e incluso contraproducentes y sugiere que el principal problema es que son investigaciones que no han tenido un grupo control.

Con respecto a la variable *actitud negativa hacia la obesidad*, también se obtuvo un efecto negativo en el grupo que recibió el EHS (aunque no significativamente); no obstante se redujo el porcentaje de chicas en riesgo (55.5% pretest- 50% postes) como resultado de la intervención. En el grupo psicoeducativo se obtuvo una mejoría confirmada por el tamaño del

efecto ( $d=1.51$ ) y se redujo de manera importante el porcentaje de chicas con riesgo (78%pretest-33%postest). Los resultados negativos en las variables actitud negativa hacia la obesidad (en el grupo con EHS) e insatisfacción con la imagen corporal (en ambos grupos), en parte, pueden ser atribuibles a que las chicas se encuentran bombardeadas por la sociedad (principalmente por los medios de comunicación y las críticas de familiares y amigos) que les impone un ideal de delgadez y castiga fuertemente a quienes presentan sobrepeso u obesidad. Sin embargo, debido a la importancia de seguir contribuyendo con nuevas propuestas para abordar la prevención de los TCA considerados como estudios de primera generación en nuestro país, es primordial aprovechar la experiencia de este estudio piloto para perfeccionar los programas de intervención y los procedimientos metodológicos.

Al examinar los resultados se ha encontrado que, en la mayoría de las variables de estudio (seguimiento de dieta restringida, preocupación por el peso y la comida, y actitud negativa hacia la obesidad), se obtuvieron mejores resultados en el grupo que presentó mayor porcentaje de chicas con riesgo antes de la intervención. Con esto se confirma la recomendación de Fairburn (1995, citado en Ruíz-Lázaro, 2000); y Taylor (2005) sobre la conveniencia de trabajar con población en alto riesgo. El primero apunta hacia estrategias preventivas centradas en sujetos con alto riesgo; y Taylor (2005) señala que los hallazgos recientes sugieren que las intervenciones de prevención en población selectiva pueden reducir factores de riesgo potenciales en población de adolescentes y universitarias. Por su parte, Weiss y Wertheim (2005) plantean que es discutible la importancia de los efectos evaluando los diferentes tipos de receptores de los programas, en la evaluación que realizaron de un programa de prevención en TCA encontraron en las niñas con alto riesgo una mejoría significativa en la medición posttest en insatisfacción corporal, actitud hacia la delgadez e introyección del conocimiento. Estos cambios no fueron mantenidos a los tres meses del seguimiento. Sin embargo, la tendencia no significativa apareció solamente para las niñas con alto riesgo.

## **CAP. VII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.**

- ψ Se considera que la principal limitación radicó en el tamaño de las muestras, por lo que se sugiere que en el estudio final del cual forma parte este estudio piloto, se trabaje con muestras mayores.
  
- ψ Se sugiere continuar la investigación llevando a cabo medidas de seguimiento y considerar una sesión de reforzamiento.
  
- ψ Para evitar resultados inesperados se recomienda:
  - Incrementar el número de sesiones dedicadas a modificar las variables: insatisfacción con la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad. Debido a que en el presente estudio, la variable insatisfacción con la imagen corporal mostró un incremento en la medida posttest de ambos programas y la variable actitud negativa hacia la obesidad en la medida posttest del programa de habilidades sociales.
  
  - Que en el estudio siguiente el criterio de selección de la muestra sea: mayor riesgo en la variable insatisfacción con la imagen corporal. Debido a que la variable insatisfacción con la imagen corporal obtuvo efectos negativos en ambos programas.
  
- ψ Se sugiere probar la eficacia de las intervenciones en población de alto riesgo.
  
- ψ Se sugiere extender las intervenciones a las madres de las adolescentes y personas cercanas a ellas. Debido a que durante la aplicación de los programas en la escuela, fue evidente la influencia ejercida por las madres, familiares y amigos, para la aparición de factores de riesgo en las adolescentes.

- ψ Se sugiere abordar la investigación desde una perspectiva de género, para poder llegar a nuevas explicaciones.
  
- ψ En otros países se han puesto en marcha intervenciones institucionalizadas que abarcan un alto número de sesiones integradas al currículo escolar. Estos estudios han demostrado muy buenos resultados, por lo que se sugiere el desarrollo e impulso de los programas de prevención en trastornos alimentarios, así como en el campo general de la salud, en México.

## REFERENCIAS.

Aberasturi , P. R. A. (1978). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Buenos aires. Paidós.

Alberti, R. F. & Emmons, M. C. (1970). *Your perfect right*. California: San Luis Obispo.

Alloway, S. C., Toth, E. L. & McCargar, L. J. (2001). Effectiveness of a group psychoeducation program for the treatment of subclinical disordered eating in women with type 1 diabetes. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 62, 188-192.

American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

Andrés, V., Cariñanos, A., Díaz-Merino, L., Martín, R., Martos, V., Vázquez, M. y Villanueva, B. (2002). *Programa de prevención y detección precoz de los trastornos de la alimentación*. Madrid: EOS.

Argyle, M. (1978). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza.

Austin, S. (2000). Prevention research in eating disorders: Theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30, 1249-1262.

Backett, E. M., Davies, A. M. & Petros-Barvasian, A. (1985). El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria. *Cuadernos de Salud Pública*, 76, Ginebra, OMS.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.



Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Barajas, M. O. (1998). Trastornos alimentarios: Relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.

Beato-Fernandez, L. & Rodriguez-Cano, T. (2005). Gender differences regarding psychopathological, family and social characteristics in adolescents with abnormal eating behavior. *Eating Behaviors*, 6, 337-344.

Becker, C. B., Smith, L. M. & Cio, A. C. (2005). Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 36, 245-253.

Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.

Ben-Tovim, D. (2003). Eating disorders: Outcome, prevention and treatment of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 65-69.

Bermúdez, M. P. (2000). *Déficit de autoestima: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Bouchard, M. A., Granger, L. & Ladouceur (1987). *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. (F. Labrador y G. A. Álvarez, Trads.). Madrid: Debate.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Bryni, A. S. (2000). Prevention research in eating disorders: Theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30, 1249-1262.

Buela-Casal G., Fernández-Ríos L. y Carrasco G. T. J. (1997). *Psicología preventiva: Avances recientes y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.

Button, E.J., Sonuga-Barke, E.J.S., Davies J. & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls; questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.

Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (1993a). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. México: Siglo XXI.

Caballo, V. (1993b). Ejercicios estructurados para el mantenimiento en habilidades sociales. En Simón M. (Comp.). *Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. (pp. 107-125). Madrid: Pirámide.

Cabildo, H. M. (2002). *Salud mental: Enfoque preventivo*. México: Unión.

Caparrós, N. (1997). *La anorexia: Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Carrasco, G. T. y Luna A. M. (2001). *Habilidades para la vida*. Madrid: Thomson Editores.

Carrobes, J. A. (1988). "Prólogo" al libro de V. E. Caballo. *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.

Casillas Guerrero L. E. y Vargas L. A. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. *Cuaderno de Nutrición*. 3, 17-22.

Castanyer, M. (1996). *La asertividad: Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Chinchilla, M. A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.

Chinchilla, M. A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.

Conde, V. J. M., Ballesteros, M. C., Blanco, J. A., Medina, G, y Imaz, C. (2001). Algunos aspectos epidemiológicos, preventivos y asistenciales de los trastornos del comportamiento alimentario: Una propuesta asistencial de área. Recuperado el 11 de octubre del 2005 de <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/42/>.

Craig, G. (1998). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice-Hall Hispanoamérica.

Crespo, M. y Cruzado, J. A. (2000). Técnicas de modificación de conducta en el ámbito de la salud. En Buceta J. M., Bueno A. M., Mas B. (Eds.). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. (pp. 52-75). Madrid: Dykinson.

Crisp, A. H. (1981). Nutritional disorders and psychiatric state. En: Van Praag, H. M., Lades, M. H., Rafaelsen, O. J. y Sachar, E. J. (Eds.). *Handbook of biological psychiatry. Part IV. Brain mechanism and abnormal behavior-chemistry*. (pp.653-683). New York: Marcel Dekker.

Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia, bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. España: Gedisa.

Cruzado, J. A., Labarador, F. J. y Muñoz, M. (1995). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En Labarador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (Comps.). *Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta*. (pp. 31-43). Madrid: Pirámide.

Cuijpers, P. (2003). Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1385-1391

De Prette, Z. A. P. y De Prette, A. de (2002). *Psicología de las habilidades sociales: Terapia y educación*. (S. Ma. R. Ríos, Trad). México: Manual Moderno.

Delgado, F. S. (1983). *La terapia de conducta y sus aplicaciones*. México: Trillas.

Ducker, M. & Slade, R. (1995). *Anorexia nervosa y bulimia: Un tratamiento integrado*. México: Limusa.

Ellis, A. y Abrahams, E. (1980). *Terapia Racional-Emotiva (TRE): Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax-México.

Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Engels, R.C.M., Dekovic, M. & Meeus, W. (2002). Parenting practices, social skills and peer relationships in adolescence. *Social Behavior y Personality*. 30, 3-15.

Fernández A. F. y Turón, G. V. J. (1998). *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona; México: Masson.

Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Fernández, A. F. (2003). Factores de riesgo psicosociales en trastornos de la alimentación: Primer congreso hispanoamericano de los TCA. Recuperado el 04 de octubre del 2005 de <http://www.usfq.edu.ec/IICHATA/pdf/factores.pdf>.

Fernandez, D. & Latimer, P. (1990). A group treatment program for bulimia nervosa. *Group*, 14, 241-245.

Foster, S. L. & Ritchley W. C. (1979). Issues in assessment of social competence in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 625-638.

Garaigordobil, M., Cruz, S., Perez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24, pp. 113-134. Recuperado el 09 de agosto del 06 de <http://www.ingentaconnect.com/content/fias/edp/2003/00000024/00000001/art00006>.

García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson.

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): Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 10. 647- 656.

Ghaderi, A. (2005). Everybodys different: A primary prevention program among fifth grade School children. *Eating Disorders*, 13, 245-259.

Gil, R. F. y García, S. M. (1995a). Técnicas del entrenamiento en habilidades sociales. En Gil, R. F., León R. J. M. y Jarana, E. L. (Comps.). *Habilidades sociales y salud*. (pp.59-71) Madrid: Pirámide.

Gil, R. F. y García, S. M. (1995b). Procedimiento de aplicación. Entrenamientos grupales. En Gil, R. F., León R. J. M. y Jarana, E. L. (Comps.). *Habilidades sociales y salud*. (pp.72-86). Madrid: Pirámide.

Gismero, G. E. (1996). *Habilidades Sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Gismero, G. E. (2001). Evaluation of self-concept, body satisfaction and social skills in anorexia and bulimia nervosa. *Clinica y Salud*, 12, 289-304.

Gómez, P. (1996). *Anorexia Nerviosa. La prevención en familia*. España: Pirámide.

Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.

Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante “sentirse atractivo” o “ser atractivo”? *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-37.

Gómez Peresmitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: Problemas de peso. *Investigación Psicológica*, 3, 95-112.

Gómez-Peresmitré, G. y Saucedo-Molina T. J. (1997). Validez diagnóstica del IMC (índice de masa corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*, 18, 103-110.

Gómez-Peresmitré G., Pineda G. G., Esperance L. P. L', Hernández A. A., Platas A. S. y León H. R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 125-132.

Gómez-Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. *Ponencia 450 años de la universidad*.

Gómez-Peresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6 10-21.

Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H.G., Moreno, E.L., Saloma, G. S., y Pineda, G.G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.

Gómez-Peresmitré, G., Saucedo M. T. y Unikel S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La psicología social en el campo de la salud. En Calleja N. y Gómez-Peresmitré G. *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México*. (pp. 267-315). México: FCE.

González L. M., Unikel C., Cruz C. y Caballero A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26, 1-8.

Gresham, F. M. (1981). Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*, 51, 139-176.

Hidalgo, C. y Abarca, N. (1999). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. México: Alfa-Omejga.

Holtkamp, K., Herpertz, D., Vloet, T. & Hagenah, U. (2005). Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: The achen program. *Eating Disorders*, 131, 381-390.

<http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>.

[http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/\\_dxsaludmental/concepcionsalud.htm](http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/_dxsaludmental/concepcionsalud.htm)

[http://www.chef.mty.itesm.mx/BnetSuite/Comesano/cs\\_plato.htm](http://www.chef.mty.itesm.mx/BnetSuite/Comesano/cs_plato.htm)

[http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2004/octubre/b288\\_2004.html](http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2004/octubre/b288_2004.html)

<http://www.nutremuevetuvida.uady.mx>

<http://www.grupobimbo.com.mx/nutricion/faq.php>

<http://www.pazciudadana.cl/documentos/factoresderiesgo.PDF>

Izquierdo, M. C. (2003). *El mundo de los adolescentes*. México: Trillas.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University.

Jacobson, N., Follette, W. & Revenstor, D. (1984). Psychotherapy out come research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.

Kanfer, F & Phillips, J (1980). *Principios del aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas.

Kaplan, S. M., Sosin, E. & Rickert, V. (2004). Nutrition and eating disorders in adolescents. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 71, 155-161.

Karwautz, A. (2003). Factores de riesgo y de protección para la anorexia nerviosa. En L. R. Moreno y G. Cava (Eds.). *Anorexia nervosa*. (pp. 123-146). Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.

Kater, K. J., Rohwer, J. & Levine, M. P. (2000). An elementary school project for developing healthy body image and reducing risk factors for unhealthy and disordered eating. *Eating Disorders*. 8, 3-16.

Kelly, G. A. (1995). *The psychology of personal constructs*. Vol 1. A theory of Personality. New Cork: W. W. Norton & Company. Inc.

Kelly, J. A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales: Guía práctica para las intervenciones*. Bilbao: Descleé de brouwer.

Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. España: TEA Ediciones.



Ladd, W. g. & Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social skill training. *Psychological Review*, 90, 127-157.

Lazarus, A. A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 687-699.

Ledoux, S., Choquet, M & Manfredi, R. (1993). Associated Factors for Self-Reported Binge-Eating Among Male and Female Adolescents. *Journal of Adolescence*, 16, pp.75-91.

Ledoux, S., Choquet, M. & Flament, M (1991). Prevalence of eating disorders and associated symptoms in an unselected french adolescents population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, pp.81-90.

Lemberg, R. & May, M. (1991). Whats works in in-patient treatment of eating disorders: The patient's point of view. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 5, 29-38.

León H. R. C. (2005). Diseño y evaluación de modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: Técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas. Proyecto de Doctorado inédito. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Luca, T. C. de, Rodríguez, R. I. y Sureda I. (2001). *Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria. ¿Cómo puedo favorecer las habilidades sociales en mis alumnos?* Magala: Aljibe.

Mahoney, M. J. (1983). *Cognición y modificación de la conducta*. México: Trillas.

Mancilla, D. J. M., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., Álvarez, R. G., López, A. X. y Roman, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 37-46.

Marin B. V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de Nutrición*, 29, 86-91.

McFall, R. M. & Twentyman, C. T. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modelling and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 199-218.

McFall, R. M., Eason B. J., Edmondson C. B. & Treat T. A. (1999). Social competence and eating disorders: Development and validation of the anorexia and bulimia problem inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 365-391.

Michelson, L., Sugai, D. P., Word, R. P. & Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca.

Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.

Monjas C. M. I. (1997). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.

Monjas C. M. y Paz G. M. P. (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. España: Centro de Investigación y Documentación Educativa, Subdirección General de Información y Publicaciones.

Morales, C. F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Argentina: Paidós.

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.

Neidhardt, E., Weinsstein, M. & Conry, R. (1992). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés*. Bilbao: Deusto.

Olivares, R. J. y Méndez, C. F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

O'Mahony, J. F. & Hollwey, S. (1995). Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. *Journal of Clinical Psychology*. 51, 345-351.

OPS. De Roux, G. I. (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud*, 28, 223-233.

Organización Mundial de la Salud. OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.

Organización Mundial de la Salud. OMS (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. Adoptado en la cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Yakarta: OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud, OPS (1996). *Promoción de la Salud: Una antología*. Washington, D.C: OPS.

Pade, J. A. (2003). Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención. Tesis de doctorado. Universitat de les illes Balears. Recuperado el 03 de octubre de 2005 de [http://www.tdx.cesca.es/ TESIS\\_UIB/AVAILABLE/TDX-0209105-145134/tapj1de5.pdf](http://www.tdx.cesca.es/ TESIS_UIB/AVAILABLE/TDX-0209105-145134/tapj1de5.pdf).

Papalia, D. E. (1997). *Desarrollo humano*. (G. A. Villamizar, Trad.). Santafe de Bogota; Mexico: McGraw-Hill.

Papalia, D. E. (1998). *Psicología del desarrollo*. (C. A. de Baron, Trad.) Colombia: McGraw-Hill.

Paz, Bermúdez María (1997). La autoestima como estrategia de prevención. En G. Buela Casal (Comp.). *Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. (pp. 137-146). Madrid: Pirámide.

Pearson J., Goldklang D., & Striegel-Moore R.H. (2002). Prevention of eating disorders: Challenges and opportunities. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 233-239.

Pineda, G. G., (2006). *Factores de riesgo en trastornos de la alimentación. Estrategias de prevención*. Tesis doctoral. Inédita. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Polivi, J. & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 635-644.

Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

Rice, P. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. Madrid: Prentice-Hall.

Rice, P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.

Rimm, D. C. & Masters, J.C. (1993). *Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos*. México. Trillas.

Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1980). *Terapia de la conducta*. México: Trillas.

Rodríguez De E. R., Gómez-Peresmetré G., Pineda, G. G. y León H. (2005). *Estudio piloto de un programa de prevención primaria de trastornos alimentarios basado en la formación de*

*audiencias críticas hacia la publicidad televisiva*. Segundo Congreso Latinoamericano de la Conducta Alimentaria. Nuevo León.

Rodríguez, S. C. (1999). Prevención en trastornos del comportamiento alimentario. 15 Congreso Argentino de Psiquiatría. “El individuo: Las redes biológicas y las redes sociales” (APSA) Mar del Plata. Fuente: *Interpsiquis*, 2003. Recuperado el 03 de enero del 2006.

Rosnow, R & Rosenthal, R (1993). *Beginning behavioral research: A conceptual primer*. New York: Memillan Publishing Company.

Roth, U. E. (1986). *Competencia social*. México: Trillas.

Ruiz-Lázaro P. M. (2004). Metodología en la prevención de los trastornos alimentarios. Fuente: *Interpsiquis*, 2004. Recuperado el 24 de marzo del 2006 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/14981>.

Ruiz Lázaro, P. M. (2000). Un programa de prevención primaria y secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. 1 Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 24 de marzo del 2006 de <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa22/conferencias/22cia.htm>.

Ruiz-Lazaro, P. M. & Comet, P. (2003). Seguimiento a los 36 meses del programa escolar controlado de prevención de trastornos alimentarios Zarima prevención. Recuperado el 24 de marzo del 2006 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/9737>.

Salorio, P., Ruiz, M. E., Torres, A., Sanchos, F. y Navarro, L. (1999). Psicoeducación familiar en grupo en los trastornos de la alimentación. Aplicación de un programa. *Revista Electrónica de Psiquiatría* 3 (1). Recuperado el 23 de marzo del 2006 de [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art\\_2.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art_2.htm)

Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy: The direct approach to the reconstruction of personality*. New York: Ed. Capricon Books.

Sanz, J., Gil, F. y García-Vera, Ma. P. (1998). Evaluación de las habilidades sociales. En F. Gil y J. Ma. León (Eds). *Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención*. (pp.25-59). España: Síntesis.

Sarría A. y Moreno L. A. (2003). Alimentación del adolescente. En A. Bueno, A. Sarria y V. M. Pérez-González (Comps.). *Nutrición en pediatría*. (pp. 207-216). Madrid: Ergon.

Selvini, M. (1974). *The golden cage*. Londres. Open Books.

Shiina, A., Nakazato, M., Mitsumori, M., Koizumi, H., Shimizu, E., Fujisaki, M. & Iyo, M. (2005). An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 59, 690-696.

Shisslak C., Crago M., Gray N., Estes L., McKnight K., Parnaby O., Sharpe T., Bryson S., Killen J. & Taylor B. (2000). El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios de la fundación Mc.Knight. En W. Vandereycken y G. Noordendos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario*. (pp. 81-100). Barcelona: Gránica.

Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.

Smith, M. J. (1977). *Cuando digo No me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo.

Smolak, L., Levine, M. P. & Shermer, F. (2000). Lo que nos enseñó la enseñanza: Evaluación de un programa preventivo para las escuelas primarias. En W. Vandereycken y G. Noordendos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario*. (pp. 173-214). Barcelona: Gránica.

Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child y Adolescent Mental Health*, 8, 84-96.

Stewart, A. (2000). Experiencia recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En W. Vandereycken y G. Noordendos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario*. (pp. 131-172). Barcelona: Gránica.

Stice, E & Ragan, J (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 159-171.

Stone, L. J. (1970). *El adolescente de 13 a 20 años*. Buenos Aires: Paidós.

Stone L. J. & Church J. (1983). *Niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

Striegel-Moore & Steiner-Adair (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En W. Vandereycken y G. Noordendos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario*. (pp. 13-38). Barcelona: Gránica.

Takahashi, M. & Kosaka, K. (2003). Efficacy of open-system social skills training in inpatients with mood, neurotic and eating disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 295-302.

Taylor B. C. (2005). Update on the prevention of eating disorders. En S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwaan & H. Steiger (Eds.). *Eating Disorders Review*. Part 1.

Thompson, J. K. & Coovert, M. D. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 221-236.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Turón G. V. J. (2003). Prevención de los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. En L. Rojo y G. Cava. (Eds.). *Anorexia nerviosa*. (pp. 449-464). Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.

Unikel S., Saucedo-Molina T., Villatoro J. y Fleiz C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 49-57.

Unikel-Santoncini, C. Bojórquez-Chapela, I. y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.

Videla, M. (1991). *Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Weiss, K. & Wertheim, E. H. (2005). Evaluation of a prevention program for disordered eating in adolescent girls: Examining responses of high- and low-risk girls. *Eating Disorders*, 13, 143-156.

Wijbrand H. H. & Van Hoeken D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

Wilkinson, J. & Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. Chichester: Wiley.

Williams, G. J., Power, Millar, Freeman, Yellow-Less, Dowds, Walker, Campsie, MacPherson & Jackson (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.



Wolpe, J. (1958). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. España: Descleé de Brouwer.

Wolpe, J. (1973). *Práctica de la terapia de la conducta*. México. Trillas.

Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Calfas, K. J., Winzelberg, A. J. & Taylor, C. B. (2004). An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72, 914-919.

ANEXOS

# ANEXO 1

## ENTREVISTA ENDEFA

Tu Nombres es: \_\_\_\_\_ y tienes \_\_\_\_\_ años

1. ¿Sabes cuáles tu peso actual? \_\_\_\_\_
2. ¿Y cuánto mides de estatura? \_\_\_\_\_ (Se tomarán medidas antropométricas)
3. ¿Te acuerdas si has subido mucho de peso o has bajado en algún momento de tu vida?  
\_\_\_\_\_
4. ¿Cuántos hermanos tienes? \_\_\_\_\_
5. ¿Te acuerdas que complexión tienen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Tus papás que complexión tienen? \_\_\_\_\_
7. ¿Cómo te llevas con tus papás y hermanos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Tú cómo eres, cómo te describes física y emocionalmente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. ¿Cuántas comidas haces al día? \_\_\_\_\_
10. ¿Y comes mucho o poco (qué comes)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Alguna vez te has quedado con hambre? Si No
12. ¿Qué opinas de las dietas para bajas de peso? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. ¿Alguna vez has intentado bajar de peso? Si No
14. ¿Qué método has utilizado para conseguirlo? \_\_\_\_\_
15. ¿Y has conseguido lo que buscabas? Si No
16. ¿Conoces a alguien de tu familia o amistades que hayan intentado bajar de peso?  
Si No
17. ¿Qué método utilizan? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. ¿Qué sentirías si alguna vez llegaras a estar gordita? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. Del 1 al 10 ¿qué tan importante es la apariencia física entre tu familia?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. ¿Alguien te ha criticado por tu peso? Si No ¿Quién? \_\_\_\_\_
21. ¿Qué emociones o pensamientos tienes en ese momento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. ¿Alguien te ha presionado para comer menos? Si No ¿Quién? \_\_\_\_\_
23. En la actualidad ¿practicas algún deporte? Si No ¿Cuál? \_\_\_\_\_
24. ¿Y con qué motivo lo practicas? \_\_\_\_\_
25. ¿Te molesta o enoja perder en los deportes en los cuales hay un ganador? Si No

26. ¿Te gusta competir en los deportes o en la escuela? Si No
27. Del 1 al 10, ¿qué tan dedicada eres en la escuela?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. ¿Te molesta no sacar buenas calificaciones? Si No
29. ¿Te gusta la forma de tu cuerpo? Si No
30. Si tuvieras opción ¿Qué cosa cambiarías de tí? \_\_\_\_\_
- 
31. ¿Qué emociones o pensamientos producen los cambios físicos por los que estas pasando? \_\_\_\_\_
- 
32. ¿Qué cambios producen en tu forma de ser? \_\_\_\_\_
- 
33. ¿Has pensado cuáles son tus metas personales? ¿me las puedes platicar? \_\_\_\_\_
- 
34. ¿Has pensado o sentido alguna vez que eres exigente contigo misma? Si No  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- 
35. ¿Sientes que tus papás son exigentes contigo? Si No ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- 
36. ¿Alguna vez has pensado o sentido que eres crítica contigo? Si No  
 ¿Por qué crees que eres así? \_\_\_\_\_
- 
37. ¿Tú crees que eres perfeccionista? \_\_\_\_\_
- 
38. Del 1 al 10 ¿Qué tan enojona eres?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
39. ¿Y qué haces cuando te enojas, cuáles son tus reacciones? \_\_\_\_\_
- 
40. Del 1 al 10, ¿qué tan buena eres para relacionarte con los demás?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
41. ¿Tú crees que eres tímida? Si No ¿Por qué (no tienes dificultad para relacionarte con algunas personas, expresas lo que sientes, preguntas cuando tienes alguna duda)? \_\_\_\_\_
- 
42. ¿Platicas con tus amigas de temas que tienen que ver con la delgadez (por ejemplo, cómo bajar de peso, anuncios que promuevan productos para adelgazar, etc.)? \_\_\_\_\_
- 
43. ¿Me quieres describir tu ideal de belleza de la mujer? \_\_\_\_\_
- 
44. Entre los chicos de tu edad ¿Cuál es el ideal de belleza? \_\_\_\_\_



D) Eres la mayor

10.- Edad en que tuviste tu primera menstruación \_\_\_\_\_

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

11.- Tu menstruación se presenta....

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

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

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

15.- Años de estudio de tu madre :

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

## SECCION B

1.- ¿Te preocupa tu peso corporal?

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_ años

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

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

8. Me gusta la forma de mi cuerpo :

- A) Muy de acuerdo

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

- 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. No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
21. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
22. 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

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

- 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

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

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

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

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

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:*

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

**SECCION G**

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

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

## ANEXO 3.

### FACTORES DEL EFRATA PARA MUJERES

<b>Factor 1 Conducta alimentaria Compulsiva</b>	
Paso por periodos en los que como en exceso.	.43929
Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.74727
No soy consciente de cuanto como.	.66033
Siento que no puedo parar de comer.	.80983
Como sin medida.	.79753
Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
Dificilmente pierdo el apetito.	.40022
Soy de los que se hartan(se llenan) de comida.	.52215
Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
Siento que los problemas lejos de quitar me el apetito me lo incrementan.	.45587
<b>Eigen value =12.4 Varianza explicada=16.5% alpha=.9051</b>	
<b>Factor 2 Preocupación por el peso y la comida</b>	
Comer me provoca sentimientos de culpa.	.5780
Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores".	.64573
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68226
Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
Soy de los que se preocupan constantemente por la comida.	.55815
Me deprimó cuando como de mas.	.48531
<b>Eigen value =5.52 Varianza explicada=7.4% alpha=.8242</b>	
<b>Factor 3 Conducta alimentaria normal</b>	
Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.74462
Como lo que es bueno para mi salud.	.73346
Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.71196
Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	.73420
Como con moderación.	.45378
Procuró comer verduras.	.71369
Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61685
<b>Eigen value =4.39 Varianza explicada=5.9% alpha=.6944.</b>	
<b>Factor 4 Atribución de control Alimentario Externo</b>	
Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse , ya que "genio y figura hasta la sepultura".	.74154
Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer.	.62385
Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	.69921
No se por que se preocupa la gente por su peso, ya que "el que nace barrigón, aunque lo fajen".	.81261
Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar".	.68785
Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	.55393

**Eigen value =3.47 Varianza explicada=5.9% alpha=.8034**

**Factor 5 Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica**

Cuando estoy aburrido me da por comer.	.58951
paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	.53921
Siento que la comida me tranquiliza.	.67344
Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	.70703
Me sorprendo pensando en comida.	.43349

**Eigen value =2.56 Varianza explicada=3.4% alpha=.7434**

**Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva**

Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	.57328
Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío.	.48691
Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno.	.46423
Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.62004
Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	.55259
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	.46706

**Eigen value =1.93 Varianza explicada=2.6% alpha=.8136**

**Factor 7 Control alimentario Interno**

Las personas que comen con medida son dignas de respeto.	.75354
Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida.	.73452
Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas.	.62623
Admiro a las personas que pueden comer con medida	.71698
Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso, nada con medida"	.49569

**Eigen value =1.78 Varianza explicada=2.4% alpha=.7497**

## ANEXO 4.

### ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES xx

**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 un vendedor insiste en enseñarme un producto que no quiero comprar, paso un mal rato para decirle "no, gracias".

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

2. Cuando tengo prisa y me llama una amigo/a por teléfono, me cuesta trabajo cortar la llamada.

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

3. Cuando alguien importante expresa una opinión con la que no estoy de acuerdo, prefiero callarme a expresar lo que pienso abiertamente.

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

4. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo.º



- |   | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
|---|---------|--------------|------------|-------|
| 5. No se cómo “cortar” a un amigo/a que habla mucho.  | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
| 6. Me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté.   | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
| 7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.  | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
| 8. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me quedo sin decir nada aunque eso me molesta.                     | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
| 9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da pena pedirle que se calle.                                       | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
| 10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.  | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
| 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. | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
| 12. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.   | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
| 13. 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 |
| 14. Hay determinadas cosas que no me gusta prestar pero no se cómo negarme cuando me las piden.   | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |

15. Cuando un familiar cercano me molesta prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enojo.

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

16. Se me dificulta telefonar a sitios oficiales, tiendas, etc., para solicitar información o un servicio

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

17. Me guardo mis opiniones para mí misma.

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

20. 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

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca

32. 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

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

Siempre      Casi siempre      Casi nunca      Nunca