

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA: HABILIDADES SOCIALES Y REALIDAD VIRTUAL.”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

ANA GRISELDA ORTÍZ FERNÁNDEZ.

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE.
REVISORA DE TESIS: DRA. CORINA CUEVAS RENAULD.

COMITÉ: MAESTRA OLGA LIVER BUSTOS ROMERO.
DR. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA.
LIC. MIRIAM CAMACHO VALLADARES.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatorias

A ti mamá por ser mi mayor impulso en la vida, gracias por confiar en mi en todo momento, por motivarme a nunca dejar de luchar; gracias por todo lo que haz hecho por mi, eres mi luz y mi fuerza entera; doy gracias porque al nacer, te eligió Dios, como mi madre y porque eres de mi vida, la mejor parte; gracias por siempre darme lo mejor de tu existencia, gracias por hoy, gracias por siempre.

A ti papá, gracias por apoyarme a cumplir mis sueños, por tratar de entenderme, gracias por demostrarme tu amor de una manera primitiva e infantil, que me ayuda a saber que hay muchas cosas que no entiendo y que no quiero entender.

A ti Jor, gracias por ser mi hermano y por enseñarme que se puede luchar para lograr ser una mejor persona cada día, gracias por demostrarme que las cosas no están escritas y que cada quien puede modificarlas cuando se lo propone, simplemente gracias por enseñarme que eres mi tesoro.

A ti Kar, gracias por todos los momentos que hemos compartido juntas, gracias por ser mi confidente, mi aleada, mi consejera pero sobre todo gracias por ser mi amiga incondicional. A ti Julis gracias por ser mi amigo y por hacerme reír mucho.

A mis bebes, María José y Fabio que cuando jugaban a ayudarme a hacer la "tarea" realmente lo hacían porque me transportaban a otro mundo; gracias por demostrarme que no es complicado sonreír con la cosa más sencilla.

A ti Alex, gracias por estar conmigo en todo momento, gracias por todo tu apoyo que no me dejo vencer, gracias por haber escrito cada palabra de esta tesis junto a mi ya que cada una de ellas representa un paso más a los sueños que juntos queremos cumplir, gracias por enseñarme a flotar aún cuando se tienen los pies en la tierra, gracias por ser simplemente así. Lo logramos!

Gracias por todo los amo con todo mi corazón!!!!!!

A mis amigos Fer, Susa, Mona, Lemou, Elim, Poncho, Maquelito, Eri, Marieli, Elo, Gabo y Leonardo gracias a todos porque una gran parte de ustedes esta en mí, les agradezco todos los momentos que me han hecho muy feliz los quiero mucho, muchísimo de verdad son muy importantes para mí.

A mis nuevos y grandes amigos Chivis y Rosalía muchísimas gracias por toda su ayuda, paciencia, por sus enseñanzas teóricas pero también emocionales y especialmente gracias por su amistad. Rod, gracias porque me ayudaste a dar un giro muy grande e importante en mi vida, muchísimas gracias por enseñarme que un paso firme y tranquilo es mejor. De verdad muchas gracias a los tres por su gran ayuda sin ustedes nunca lo hubiera logrado.

A mi prima Elisa que gracias a que confié en mí pude encontrar lo que realmente me apasiona profesionalmente gracias colega te quiero.

A la Dra. Gilda Gómez por toda su confianza, paciencia, comprensión, tiempo invertido y enseñanzas. Gracias por crear en mí una enorme admiración por su trabajo y el trabajo.

A mis sinodales, Dra. Corina Cuevas, Mtra. Olga Bustos, Lic. Miriam Camacho y al Dr. Jorge Rogelio Pérez muchas gracias por su comprensión, dedicación y apoyo en este proyecto.

A la Mtra. Asunción Valenzuela, Mtra. Blanca Elena Mancilla y Mtra. Rosario Muñoz muchas gracias por haber sido parte muy importante en mi formación profesional y personal.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPITULO 1. SALUD Y ENFERMEDAD | |
| 1.1. Concepto de Salud y Enfermedad | 4 |
| 1.2. Promoción de la Salud | 6 |
| 1.3. Estilos de Vida | 9 |
| 1.4. Prevención de la Enfermedad | 12 |
| 1.5. Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria | 14 |
| 1.5.1. Prevención Primaria | 14 |
| 1.5.2. Prevención Secundaria | 16 |
| 1.5.3. Prevención Terciaria | 17 |
| 1.6. Antecedentes de Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria | 17 |
| CAPITULO 2. ADOLESCENCIA | |
| 2.1. Concepto de Adolescencia | 24 |
| 2.2. Desarrollo Físico | 26 |
| 2.2.1. Desarrollo de los Órganos Sexuales Primarios | 26 |
| 2.2.2. Desarrollo de los Órganos Sexuales Secundarios | 27 |
| 2.2.3. Cronología de los Cambios puberales | 28 |
| 2.2.4. Aceleración del Crecimiento | 28 |
| 2.2.5. La Menarca | 29 |
| 2.3. Prolongaciones Psíquicas del Cuerpo | 30 |
| 2.3.1. Imagen y Autoestima | 32 |
| 2.3.2. Cogniciones, Afectos y Conductas | 32 |
| 2.4. Desarrollo Cognitivo | 32 |
| 2.4.1. Pensamiento Formal | 32 |
| 2.5. Desarrollo Psicosocial | 34 |
| 2.5.1. Atención Dirigida hacia el Mundo Interior | 34 |
| 2.5.2. La Búsqueda de la Identidad | 36 |
| 2.5.3. Identidad frente a Confusión de Identidad | 37 |
| 2.5.4. Dificultades en la Adaptación Social | 38 |
| 2.5.5. Actitud Crítica Frente al Mundo de los Padres | 39 |
| 2.5.6. Grupo de Amigos | 39 |
| 2.6. Adolescencia y Trastornos de la Conducta Alimentaria | 41 |

CAPITULO 3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

| | |
|---|----|
| 3.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria | 44 |
| 3.2. Anorexia Nervosa | 44 |
| 3.2.1. Diagnóstico de la Anorexia Nervosa | 46 |
| 3.2.2. Factores Predisponentes de la Anorexia Nervosa | 47 |
| 3.2.3. Factores Precipitantes de la Anorexia Nervosa | 53 |
| 3.2.4. Factores de Mantenimiento en la Anorexia Nervosa | 54 |
| 3.3. Bulimia Nervosa | 56 |
| 3.3.1. Diagnóstico de la Bulimia Nervosa | 58 |
| 3.3.2. Factores Predisponentes de la Bulimia Nervosa | 59 |
| 3.3.3. Factores Desencadenantes de la Bulimia Nervosa | 63 |
| 3.3.4. Factores Perpetuantes de la Bulimia Nervosa | 64 |
| 3.4. Trastorno de la Conducta no Especificado (TANE) | 64 |
| 3.5. Trastorno de la Conducta no Especificado, Trastorno por Atracón (TANE 6) | 65 |
| 3.6. Incidencia o Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria | 65 |

CAPITULO 4. FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

| | |
|---|----|
| 4.1. Factores de Riesgo en TCA | 66 |
| 4.2. Imagen Corporal | 73 |
| 4.2.1. Características de las Alteraciones de la Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios | 76 |
| 4.2.2. Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal | 78 |
| 4.2.3. Problemas Relacionados con una Mala Imagen Corporal | 79 |
| 4.3. Preocupación por el Peso y la Comida | 84 |
| 4.4. Actitud Negativa hacia la Obesidad | 85 |
| 4.5. Índice de Masa Corporal | 87 |
| 4.6. Imagen Corporal y Adolescencia | 87 |

CAPITULO 5. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN: HABILIDADES SOCIALES Y REALIDAD VIRTUAL

| | |
|--|-----|
| 5.1. Orígenes y Desarrollo de Habilidades Sociales | 89 |
| 5.1.1. Concepto de Habilidades Sociales | 91 |
| 5.1.2. Formato de Entrenamiento de Habilidades Sociales | 94 |
| 5.1.3. Técnicas Utilizadas en el Entrenamiento de Habilidades Sociales | 96 |
| 5.1.4. Clases de Respuesta | 100 |
| 5.1.5. Importancia de las Habilidades Sociales: Ajuste Psicosocial | 102 |
| 5.1.6. Modelos Explicativos de las Habilidades Sociales | 102 |
| 5.1.7. Habilidades Sociales y TCA | 104 |
| 5.2. Realidad Virtual (RV) | 106 |
| 5.2.1. Ventajas de la Realidad Virtual como Herramienta Terapéutica | 108 |
| 5.2.2. Realidad Virtual en Desórdenes Alimentarios | 109 |

| | |
|---|-----|
| CAPITULO 6. PLAN DE INVESTIGACIÓN | 111 |
| CAPITULO 7. RESULTADOS | 123 |
| CAPITULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 139 |
| SUGERENCIAS Y LIMITACIONES | 143 |
| REFERENCIAS | 144 |
| ANEXOS | 153 |
| Anexo 1. Cuestionario de Alimentación y Salud | 154 |
| Anexo 2. Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva | 163 |
| Anexo 3. Programa de Realidad Virtual | 168 |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

CAPITULO 4. FACTORES DE RIESGO EN TCA

| | |
|---|----|
| Figura 4.1. Cuadro de Factores de Riesgo para Desordenes Alimentarios de Estudios Longitudinales | 70 |
| Figura 4.2. Cuadro de Marcadores Fijos, Variables y Complementos Relacionados de la Anorexia Nervosa de Estudios de una Sección Representativa. | 71 |
| Figura 4.3. Cuadro de Marcadores Fijos, Variables y Complementos Relacionados de la Bulimia Nervosa de Estudios de una Sección Representativa. | 72 |
| Figura 4.4. Modelo de Estructura Hipotética de Imagen Corporal | 83 |
| Figura 4.5. Modelo Predictivo de Dieta Restringida en Púberes Mujeres | 84 |
| Figura 4.6. Modelo Predictivo de Conducta Alimentaria de Riesgo | 86 |

CAPITULO 7. RESULTADOS

| | |
|--|-----|
| Figura 7.1. Distribución Porcentual de la variable “Edad” | 124 |
| Figura 7.2. Distribución Porcentual de la variable “Trabajo ” | 124 |
| Figura 7.3. Distribución Porcentual de la variable “Actualmente vives con” | 125 |
| Figura 7.4. Distribución Porcentual de la variable “Lugar que ocupas entre tus hermanos” | 126 |
| Figura 7.5. Distribución Porcentual de la variable “Edad de tu Primera Menstruación” | 126 |
| Figura 7.6. Distribución Porcentual de la variable “Vida Sexual” | 127 |
| Figura 7.7. Distribución Porcentual de la variable “Ingreso Familiar” | 127 |
| Figura 7.8. Distribución Porcentual de la variable “Años de estudio de tu Padre” | 128 |

| | |
|---|-----|
| Figura 7.9. Distribución Porcentual de la variable “Años de estudio de tu Madre” | 128 |
| Figura 7.10. Distribución Porcentual de la variable “Índice de Masa Corporal” | 129 |
| Figura 7.11. Distribución Porcentual de la variable “Edad de inicio por la Preocupación del Peso Corporal en la Muestra Total (N = 52)” | 129 |
| Figura 7.12. Distribución Porcentual de la variable “Silueta Ideal” | 130 |
| Figura 7.13. Distribución Porcentual de la variable “Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal” | 131 |
| Figura 7.14. Distribución Porcentual de la variable “Preocupación por el Peso y la Comida” | 132 |
| Figura 7.15. Distribución Porcentual de la variable “Seguimiento de Dieta Restringida” | 132 |
| Figura 7.16. Distribución Porcentual de la variable “Habilidades Sociales” | 133 |
| Figura 7.17. Diferencias entre Medidas Pretest y Postest del grupo control y experimental de la variable “Figura Ideal” | 135 |
| Figura 7.18. Diferencias entre Medidas Pretest y Postest del grupo control y experimental de la variable “Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal” | 136 |
| Figura 7.19. Diferencias entre Medidas Pretest y Postest del grupo control y experimental de la variable “Habilidades Sociales” | 138 |
| Tabla 7.1. Análisis de Varianza (Mediciones Repetidas) para Figura Ideal | 134 |
| Tabla 7.2. Análisis de Varianza (Mediciones Repetidas) para Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal | 135 |
| Tabla 7.3. Análisis de Varianza (Mediciones Repetidas) para Preocupación por el Peso y la Comida | 136 |
| Tabla 7.4. Análisis de Varianza (Mediciones Repetidas) para Dieta Restringida | 137 |
| Tabla 7.5. Análisis de Varianza (Mediciones Repetidas) Habilidades Sociales | 138 |

RESUMEN

El **objetivo** general de la presente investigación* fue evaluar la eficacia de un Programa de prevención basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual dirigido a disminuir o eliminar factores de riesgo asociados a trastornos de la Conducta Alimentaria. **Sujetos:** Se trabajó con una muestra de N = 52 estudiantes del primer grado de secundaria, se incluyeron aquellas adolescentes que reportaron la presencia de factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en el cuestionario de alimentación y salud, de esta muestra se formaron dos grupos: grupo1 (experimental) y grupo 2 (control). La asignación de los participantes a cada una de las condiciones fue de acuerdo al grupo escolar al que pertenecían originalmente. **Diseño de investigación:** El diseño de la investigación fue de campo experimental con mediciones pretest y postest de dos muestras (control y experimental). **Instrumentos:** La recolección de datos se hizo a través del cuestionario 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:** Se encontró una interacción condición experimental X tiempo en la variable figura ideal y otra interacción en la variable satisfacción-insatisfacción que se interpreta como reducción del riesgo en el grupo experimental. Se observó una tendencia en el aumento del nivel de habilidades sociales y no se reunió evidencia para las variables dieta restringida y preocupación por el peso y la comida. **Discusión:** El programa basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual contribuyó de manera positiva en la reducción de la preferencia por siluetas delgadas y en la reducción de la insatisfacción corporal.

* Esta Tesis forma parte de un Proyecto de Investigación denominado Programa Computarizado y de Realidad Virtual Modelo Mayor Escolar en la Prevención de Trastorno de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIT ES305006).

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre los cuales está la anorexia y la bulimia nervosas como principales entidades, constituyen un problema de salud que tiene un fuerte impacto en la sociedad actual. La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que incluya aspectos clínicos, familiares, culturales, sociales, educativos y especialmente preventivos. En México no hay datos sobre la incidencia y prevalencia de los TCA en adolescentes pero se ha detectado que 0.9% de los hombres y 3% de las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años), presentan alto riesgo de padecer un trastorno alimentario (Barriguet, Parra y Rivera, 2005) por lo que es necesaria la prevención.

Pineda y Gómez Pérez-Mitré (2006), mencionan que el incremento de los trastornos de la conducta alimentaria aunados a los altos costos de la enfermedad, establecen la necesidad de crear programas de prevención que eviten su aparición. Los costos de la enfermedad no son únicamente físicos y emocionales, a nivel individual y familiar, sino también económico. Striegel-Moore & Steiner-Adair (2000), mencionan que, el objetivo de la prevención es evitar el sufrimiento, de manera que los recursos disponibles para este efecto deben emplearse, debido a que los tratamientos no reducen la incidencia de los trastornos. Así, observando la complejidad de éstos trastornos, sus graves consecuencias y el difícil pronóstico que se tiene, aumenta la importancia de la prevención en éste campo.

Igualmente, es importante la prevención debido a que se reducen los costos exorbitantes del tratamiento y se promueve la igualdad del acceso a los servicios especializados en esta área. Estos gastos, que acarrear los costos médicos, deberían ser un factor más que ayudara a la reflexión y al cambio a un enfoque preventivo, esto es, orientar los esfuerzos a la detección temprana de la enfermedad y a la modificación de conductas y estilos de vida que supongan un

riesgo para el sujeto. Hay evidencia de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable que curarla de una enfermedad (Bermúdez, 1993, citado en Becoña y Oblitas).

Los factores de riesgo que pueden desencadenar un TCA son muy variados y de origen multifactorial, entre los principales factores de riesgo con carácter psicológico se encuentran: la insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida; deseo de figura ideal delgada; seguimiento de dieta restringida (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Massey-Strokes (2001) menciona que la falta de habilidades de comunicación y expresión de emociones puede contribuir a desórdenes del comer; es posible lograr por medio del entrenamiento una mejor expresión de sentimientos, promoviendo respuestas asertivas y saludables dotando de herramientas que permitan resolver los problemas de una manera asertiva.

La ventaja que la realidad virtual ofrece es capturar la imagen corporal como una representación mental compleja. El concepto de imagen corporal es la imagen de nuestro cuerpo que formamos en nuestra mente; esto es, la forma en la que percibimos nuestro cuerpo. Por lo tanto, es importante puntualizar que la imagen corporal, o sea la apreciación hecha por el individuo de su apariencia y la actual apariencia física de la persona, no coinciden necesariamente (Baños, Botella y Perpiñá, 2003).

Dado lo anterior, el propósito de la presente investigación es contribuir en el ámbito de la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, estudiando los efectos de un programa basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual.

CAPITULO 1

SALUD Y ENFERMEDAD

1.1. Concepto de Salud y Enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (1986), define a la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La salud no puede definirse como un estado de bienestar absoluto, completo y estático, debido a que representa una situación relativa, variable y dinámica, producto de todos los factores de la vida social sobre la población y el individuo; cuando estos factores son favorables a la ecología individual. De acuerdo con esta idea menciona que la salud es “un proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, finalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad” (San Martín y Pastor, 1988 p.13).

De acuerdo con los mismos autores hay varios aspectos a considerar en el concepto salud:

- El estado salud no puede ser absoluto, porque es inseparable del ambiente ecológico y social de la comunidad, el cual es esencialmente variable, principalmente por la actividad del hombre; también el hombre es esencialmente variable.

- No existe, por la misma razón, un límite neto entre la salud y la enfermedad.

- En el concepto de salud hay, al menos, tres componentes a considerar: un componente subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función); un tercero de tipo psico- ecológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo p.13).

Dubos (1975), menciona que la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio. San Martín (1981), refiere que la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación. No puede, entonces, admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación, con estados intermediarios, que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.

De acuerdo con el mismo autor tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y en estas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente; salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación biológica, son, la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Por lo tanto, un "individuo sano" es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte), en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida (San Martín, 1981).

Becoña y Oblitas (2000 p.20), consideran en la actualidad a “la salud como algo que hay que desarrollar y no como algo por conservar”. De acuerdo con Oblitas (2004), la salud es el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano; no es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Este mismo autor señala que, en los últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, alterando la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de los hábitos de vida. Esto significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos y el comportamiento, constituyen aspectos centrales de ésta problemática humana.

1.2. Promoción de la Salud

La OMS (1986), menciona que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para 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 de adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud.

De acuerdo con Morales (1999), las acciones de promoción de la salud deben tener, carácter multisectorial (no son exclusivas del sector salud) y multidisciplinario (tampoco son exclusivas de la medicina), y deben implicar un importante compromiso de las autoridades políticas. De acuerdo con Martínez Calvo (1994, citado en Morales, 1999), las acciones de promoción de la salud pueden definirse como el conjunto de elementos básicos para realizar políticas sanitarias orientadas a una estrategia poblacional en salud y se resumen en:

- Elaboración de una política pública sana
- Creación de ambientes favorables
- Reforzamiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de las aptitudes personales
- Reorientación de los servicios sanitarios (pp.143-144).

De acuerdo con Turabián (1993, citado en Oblitas, 2004 p.57), los siguientes objetivos específicos que se proponen cualquier proceso de promoción de la salud, son:

- Cambiar conocimientos y creencias
- Modificar actitudes y valores
- Aumentar la capacidad para tomar decisiones
- Cambiar comportamientos
- Establecer ambientes sanos
- Conseguir cambios sociales hacia la salud
- Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades

Oblitas (2004), en base a conceptos de Reynaga (2001) y Sanchez (1996), menciona que la promoción de la salud es toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano y el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los determinantes externos del bienestar, que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos (empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación, justicia y un ecosistema apto para la vida), y los determinantes internos (creencias, convicciones, atribuciones, expectativas y emociones). De tal manera se puede decir que la promoción de la salud involucra, fundamentalmente, una acción educativa, persuasiva y motivacional orientada a alentar el conocimiento y la preferencia por los comportamientos saludables.

Morales (1991 p.367), hace un análisis del significado sobre la promoción de la salud y su vinculación estrecha con la Psicología de donde rescata seis recomendaciones para el trabajo en nuestra disciplina:

- 1) Identificar los problemas que requieren atención prioritaria
- 2) Para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente que toma las decisiones, debiendo usar datos seguros procedentes de registros continuos, investigaciones previas o investigaciones al efecto
- 3) Trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento que sea necesario
- 4) Evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención (al menos antes-después), y con grupos de control cuando sea posible
- 5) Utilización de diferentes procedimientos con carácter creativo
- 6) Estimular la más activa participación de los miembros de la comunidad, tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias, o como multiplicadores o en la evaluación de los resultados.

1.3. Estilos de vida

De acuerdo con Becoña y Oblitas (2000), la promoción de la salud se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable. Existe una clara relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud; el estilo y calidad de vida determina cómo se siente la persona en términos de salud. Ciertos hábitos producidos por la forma de vida en las urbes y por la sociedad de consumo son nocivos para la salud, tanto física como psicológica.

La salud de los individuos depende en gran medida de comportamientos tales como adoptar hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer sus recomendaciones. Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los estados psicológicos desempeñan un papel destacado en nuestra salud. Los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo y negativo en el bienestar del individuo, por ejemplo, sentirse amado y apoyado por otras personas adquiere un enorme valor cuando se tienen que afrontar situaciones estresantes. Precisamente el estrés es el estado psicológico que más influye negativamente sobre la salud; se ha asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud de los individuos, las enfermedades crónicas (cáncer, SIDA, diabetes) han sustituido a las enfermedades infecciosas como causas principales de muerte, la peculiaridad de tales enfermedades es que se encuentran asociadas estrechamente a la conducta humana y al estilo de vida de los sujetos, de ahí que en la actualidad sea más adecuado hablar de patógenos y de inmunógenos

conductuales. Por patógenos conductuales entendemos aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermarse (fumar, beber alcohol), por el contrario los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que hacen a uno menos susceptible a la enfermedad (Becoña y Oblitas, 2000).

Matarazzo (1984, citado en Becoña y Oblitas, 2000 p.73), observó una clara relación entre longevidad y las siguientes siete conductas de salud:

1. Dormir siete u ocho horas cada día
2. Desayunar casi todos los días
3. Realizar tres comidas al día sin picar entre comidas
4. Mantener el peso corporal dentro de los límites normales
5. Practicar ejercicio físico regularmente
6. Uso moderado de alcohol o no beberlo
7. No fumar

Las acciones de toda una colectividad, la sociedad, también influyen sobre nuestra salud. En nuestro entorno podemos encontrar riesgos ambientales como la contaminación del aire, agua y suelo o sustancias tóxicas (insecticidas y productos químicos peligrosos) y radiaciones naturales o provocadas (Doll y Peto, 1989, citados en Becoña y Oblitas, 2000). Todo lo anterior ha desembocado en la idea de la necesidad de prevenir (prevención primaria), lo cual consiste en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud (Caplan, 1964, citado en Becoña y Oblitas, 2000).

En la actualidad, adoptar una perspectiva focalizada en el tratamiento de la gente, una vez que haya enfermado, es probablemente la menos adecuada en cuanto a

la relación costo-eficacia en el cuidado de la salud (O'Neill, 1983, citado en Becoña y Oblitas). Estos gastos ingentes, que acarrearán los costos médicos, deberían ser un factor más que ayudara a la reflexión y al cambio a un enfoque preventivo, esto es, orientar los esfuerzos a la detección temprana de la enfermedad y a la modificación de conductas y estilos de vida que supongan un riesgo para el sujeto. Hay evidencia de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable que curarla de una enfermedad (Bermúdez, 1993, citado en Becoña y Oblitas). La detección temprana de factores de riesgo, junto con la promoción de conductas de salud, optimiza la prevención y la aproximación con una relación costo-beneficio más adecuado (Becoña y Oblitas, 2000 pp.72-73).

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Mc Alister (1981, citado en Becoña y Oblitas, 2000), menciona que las conductas saludables son las acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

De acuerdo con Amigo y Fernández (1998, citado en Oblitas, 2004 pp. 60-61), distintos tipos de variables determinan las conductas de salud:

1. La clase y el entorno sociales puede ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona.
2. La percepción del síntoma influye para que las personas decidan realizar un cambio en sus conductas de salud. El síntoma cumple la función de señal de un problema de salud y los cambios que se intentan tienden a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad.
3. Los estados emocionales (aburrimiento, ansiedad) suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud.
4. Las creencias sobre la salud influyen marcadamente sobre los hábitos de las personas, cada persona construye un modelo explicativo acerca de la

salud, de las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma, así como el concepto acerca de la forma en que se deben implementar los cambios.

Siguiendo con el mismo autor, en general los programas de salud dirigidos a niños y adolescentes se proponen como objetivos:

- Disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad mediante el incremento de hábitos y conductas saludables
- Modificar comportamientos de riesgo
- Ofrecer atención oportuna a los casos detectados
- Promover comportamientos de autocuidado de la salud
- Prevenir prácticas de riesgo
- Brindar servicios de atención integral de salud
- Formar redes de apoyo para asegurar la atención integral de la salud (pp. 60-61).

1.4. Prevención de la enfermedad

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

De acuerdo con Frías (2002), prevenir, en el ámbito de la salud, es realizar una acción con la intención de modificar la probabilidad de ocurrencia o comportamiento de un proceso mórbido. Desde ésta perspectiva, el desarrollo de la medicina preventiva ha estado en íntima relación con el avance en el conocimiento del proceso de pérdida de la salud, de los determinantes asociados

a éste y del desarrollo o historia natural de la enfermedad. El desarrollo, en el tiempo, de un proceso mórbido es un proceso evolutivo y dinámico, cuya evolución natural (sin tratamiento) cursa hacia la curación, cronicidad, invalidez o muerte. Las actuaciones de carácter preventivo se diferencian según la etapa de la historia natural de la enfermedad en la que intervienen, para lo cual Leavel y Clark (citados en Frías, 2002) diferenciaron tres fases en la historia natural de la enfermedad:

- Fase prepatogénica o de susceptibilidad. Esta fase se inicia cuando los factores de riesgo que favorecen la ocurrencia de una enfermedad empiezan a actuar. En esta etapa aún no se ha iniciado el proceso mórbido y, por lo tanto, no existe ningún cambio anatomopatológico relacionado con él.
- Fase patogénica. Es el periodo en que se inician los cambios anatomopatológicos y por lo tanto la enfermedad. Pueden diferenciarse dos fases:
 1. La presintomática o fase latente de la enfermedad: es una fase subclínica en la que no se aprecian signos ni síntomas de enfermedad (personas aparentemente sanas).
 2. En la sintomática o fase clínica de la enfermedad: el proceso mórbido ha ocasionado lesión orgánica y aparecen manifestaciones clínicas de la enfermedad (signos y síntomas).
- Fase de resultados. Ésta corresponde a la etapa evolutiva final, la cual puede abocar en curación, muerte o detención de la evolución del problema, con distintos grados de discapacidad (Frías, 2002 p.208).

En relación con estas fases, se consideran tres tipos de prevención:

1. La prevención primaria, que incide en aquellos aspectos que facilitan el desarrollo de la enfermedad, tiene por objetivo la reducción de la incidencia.
2. La prevención secundaria, es aquella que facilita las intervenciones encaminadas a reducir el tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio de un tratamiento eficaz.
3. La prevención terciaria, intenta eliminar o reducir algunos de los síntomas o complicaciones más graves de este trastorno (Fernández y Turon, 2002 p.151).

1.5. Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria

Pineda y Gómez Pérez-Mitré (2006), mencionan que el incremento de los trastornos de la conducta alimentaria aunados a los altos costos de la enfermedad, establecen la necesidad de crear programas de prevención que eviten su aparición. Los costos de la enfermedad no son únicamente físicos y emocionales, a nivel individual y familiar, sino también económico (en instituciones privadas de salud de la ciudad de México, los costos de tratamiento van desde siete mil u ocho mil pesos mensuales hasta 144,999 pesos por mes y medio).

El objetivo de la prevención es evitar el sufrimiento, de manera que los recursos disponibles para este efecto deben emplearse, debido a que los tratamientos no reducen la incidencia de los trastornos. Así, observando la complejidad de éstos trastornos, sus graves consecuencias y el difícil pronóstico que se tiene, aumenta

la importancia de la prevención en éste campo (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000).

1.5.1. Prevención Primaria

De acuerdo con Fernández y Turon (2002), la prevención primaria tiene una acción más directa en la reducción de la incidencia del trastorno. Aunque en los trastornos de la alimentación no se conocen en profundidad los factores que desencadenan la enfermedad, sabemos que existen unos que han sido comunes en la mayoría de los pacientes: la sumisión a los estereotipos culturales, la reducción de la dieta, el deseo de adelgazar, la desinformación alimentaria, etc. Un programa de intervención primaria es aquel que aborda cada uno de estos aspectos para evitar el desarrollo de la enfermedad.

- Información; ésta va dirigida, en primer lugar, a los sujetos de riesgo y a sus familias y en segundo lugar, a la población en general.

- Modificación de conductas precursoras de la enfermedad; la conducta que se debe corregir con más frecuencia es la que establece que niños y adolescentes varíen su dieta libremente y sin control, por motivos que no están claramente justificados, o que practiquen dietas restrictivas a espaldas o con ausencia de la familia, con la finalidad hipotética e innecesaria de adelgazar, pensando que éste sería el proceso normal para mejorar la figura.

- Identificación de los grupos de riesgo; mediante cuestionarios se puede detectar aquellos sujetos que están en situación de padecer la enfermedad. Sobre estos grupos de riesgo debe incidir un paquete de medidas que pueden ir desde la información al seguimiento, intentando evitar la eclosión del trastorno.

- Acción sobre los estereotipos culturales; éstas son intervenciones encaminadas a sensibilizar a la población del alto riesgo que conlleva la actual presión cultural: la potenciación de aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable para muchas adolescentes y la vinculación de la belleza física con el éxito.
- Educación escolar; una educación temprana en los aspectos positivos (alimentos, ejercicio y dietas) y en negativos (anorexia, bulimia y obesidad) pueden reducir la futura aparición de patologías (Fernández y Turon, 2002 pp.151-153).

La prevención primaria abarca los esfuerzos para disminuir la incidencia de los trastornos alimentarios en los individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo. Los esfuerzos de prevención se basan en el supuesto de que es posible identificar los factores causales que actúan en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Además la prevención exige suponer que los efectos causales pueden eliminarse o anularse.

Los diversos enfoques de la prevención primaria propuestos para reducir la incidencia de los trastornos alimentarios pueden dividirse en dos grandes categorías: los destinados a eliminar o anular los factores causales del trastorno y aquellos que procuran “fortalecer al huésped” con el fin de protegerlo del impacto de las influencias nocivas (Vandereycken y Noordenbos, 2000).

De acuerdo con Slade (1995, citado en Garcia-Camba, 2002), los tres aspectos fundamentales de la prevención primaria de los trastornos alimentarios son:

1. El deseo de adelgazar y la consiguiente tendencia a hacer dietas. Las acciones preventivas en este rubro se dirigen por una parte a la educación

escolar y por otra, hacia las actuaciones sobre los medios de comunicación, con los que se relacionan más los grupos de riesgo, no descalificando la delgadez, sino reivindicando la diversidad en la forma y peso corporales.

2. La cultura de la población general sobre los trastornos de la conducta alimentaria, en términos del conocimiento que tienen las personas sobre la conducción de la dieta a la anorexia nervosa, la consecuencia de muerte en éste trastorno alimentario, el tiempo de recuperación de los trastornos alimentarios y la naturaleza de la bulimia.
3. El grupo de alto riesgo, es decir, las adolescentes y adultos jóvenes. Se propone que la prevención comience en edad escolar, donde participen los profesores en las tareas preventivas y como orientadores de los jóvenes a conocerse mejor a sí mismos.

1.5.2. Prevención Secundaria

De acuerdo con Fernández y Turon (2002), éste tipo de medidas están encaminadas a reducir el tiempo entre la aparición de la enfermedad y el comienzo del tratamiento. Para una correcta prevención secundaria se deben valorar los siguientes aspectos:

- Diagnóstico y tratamiento precoces: cuando la pérdida de peso alarma a la familia, que también ha observado amenorrea, cuando la alimentación lleva un tiempo siendo peculiar y cuando se tiene una preocupación exagerada por la figura y el peso, es el momento de acudir a un profesional.
- Tratamientos correctos: la prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes áreas comprometidas: dieta, peso, figura, cogniciones alteradas y relaciones personales deterioradas.

- Dispositivo asistencial eficaz que comprende: una correcta información, formación de equipos multidisciplinarios y creación de centros específicos.

1.5.3. Prevención Terciaria

De acuerdo con Fernández y Turon (2002), en los trastornos de la alimentación no se ha considerado en demasía practicar una política de prevención terciaria. Se ha observado que gran número de pacientes se ha cronificado y que las diferentes intervenciones terapéuticas no han sido satisfactorias. Existen pacientes resistentes al tratamiento, a las que se puede ofrecer programas de prevención terciaria: cuidados mínimos pero suficientes para evitar las complicaciones más graves.

1.6. Antecedentes de Prevención en Trastornos Alimentarios

La prevención en el campo de los trastornos alimentarios representa serios problemas, alguno de ellos de índole ético por los efectos iatrogénicos que se han observado en algunos de los intentos preventivos llevados a cabo en los últimos tiempos. En algunos casos, las investigaciones han tenido un efecto contraproducente ya que han provocado la aparición de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes que no las presentaban antes de la investigación o bien se ha incrementado su frecuencia. Éstos resultados contraproducentes posiblemente se deban a que los programas de intervención incluyen discusiones explícitas sobre las conductas alimentarias desordenadas, tales como el uso de laxantes, vómito y diuréticos para el control de peso (Carter, Stewart, Dunn, & Fairburn, 1997; Mann, Nolen-Hoeksema, Huang, Burgard, Wright, & Hanson, 1997, citados en Gómez Pérez-Mitré y Pineda, 2006).

Stice (2001, citado en Gómez Pérez-Mitré y Pineda, 2006), propuso que las intervenciones deben, primero, ser dirigidas a una población en riesgo, con el propósito de lograr la máxima efectividad de los programas. Segundo, considerar

métodos alternativos al psicoeducativo tradicional, utilizando un formato basado en otras técnicas que logren un cambio actitudinal. Cabe señalar que el método tradicional de enseñanza es la forma pasiva de transmisión de conocimiento. Tercero, estar sustentadas por antecedentes teóricos fuertes que se encuentren articulados en un modelo etiológico.

Ruiz-Lazaro y Comet (2003), señalan que un programa de prevención primaria completo ha de abordar la sensibilización e información de los sujetos con riesgo y de sus familias primordialmente, para luego enfocarnos a la población general, con el propósito de modificar las conductas precursoras de la enfermedad (como dietas sin motivo justificado); identificar los grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos, actuar sobre los estereotipos culturales y el “body business” igualmente, los programas deben estar dirigidos a la población infanto-juvenil: favorecer su autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación, promover un disfrute vital en todos sus aspectos, no descalificando la delgadez, sino reivindicando la diversidad en la forma y el peso corporales. Con respecto a la familia: centrar la atención sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión y medios de comunicación en general.

Otro método alternativo al tradicional en la prevención de trastornos alimentarios es la teoría de la disonancia cognoscitiva (TDC) que trabaja con el cambio de actitudes. La TDC propuesta por Feistinger en 1957 (citado en Pineda y Gómez Pérez-Mitré, 2006), es una teoría clásica en psicología que propone que ante la existencia de elementos disonantes o conflictivos surgen presiones para reducir el conflicto o evitar su aumento, éstas presiones llevan a la persona no sólo a cambiar su conocimiento y actitudes, sino a la modificación del comportamiento.

Por otro lado, el modelo del cambio doble para trastornos alimentarios señala que existe una serie de presiones socioculturales provenientes de la familia, de los

pares y de los medios de comunicación para lucir una silueta corporal delgada, que contribuiría a la interiorización de delgadez y al desarrollo de una insatisfacción con la imagen corporal; éstos factores llevarían al seguimiento de una dieta restrictiva que junto con la presencia de afecto negativo (depresión y baja autoestima) serían los mejores predictores de un trastorno alimentario.

La prevención de trastornos alimentarios basada en la TDC y en el modelo del cambio doble propone que al producir disonancia en las mujeres que desean una silueta corporal delgada como figura ideal, es decir, al tomar una posición en contra de una silueta corporal delgada como figura ideal llevaría a una reducción en la insatisfacción con la imagen corporal y de otros factores de riesgo asociados. Por lo tanto la disonancia cognoscitiva evitaría la aparición de la enfermedad al intervenir en una etapa temprana de la cadena causal del trastorno. En varios estudios en los que se utilizaron programas de intervención basados en la TDC y en el cambio doble, se encontró que el programa disonante redujo síntomas bulímicos y la insatisfacción corporal en una muestra de mujeres universitarias (Stice, 2000, citado en Pineda y Gómez Pérez-Mitré, 2006).

Moreno y Thelen (1993), utilizaron un video de seis minutos y medio seguido de media hora de debate con 80 niñas de 12 a 14 años. Midieron sus conocimientos y actitudes alimentarias dos días antes y un mes después de la presentación. Observaron una mejora de las actitudes alimentarias en el seguimiento realizado dos días más tarde; no obstante, la intervención no produjo efectos significativamente diferentes a lo largo del tiempo en el grupo experimental y en el grupo control.

Paxtón (1993), realizó un estudio con 107 niñas de 14 y 15 años, su intervención consistió en cinco clases estructuradas que presentaban información para charlar sobre el control de peso, los factores biológicos y culturales, y la alimentación emocional. Las técnicas activas fueron mínimas, sin revelar ningún efecto en lo relacionado a insatisfacción con el cuerpo, la compulsión a ser delgadas, la

alimentación o las conductas para controlar el peso. Realizó un seguimiento a doce meses sin encontrar modificaciones.

Friedman (1999), propone un programa de doce semanas de duración, dirigido a prevenir trastornos alimentarios y preocupación por el peso y la comida considerándolos ambas formas de afrontamiento de las niñas que se convierten en mujeres en un mundo de hombres: En éste programa se promueven herramientas para la identificación de emociones y empleo de formas alternativas de expresión, considerando aspectos como diferencias de género en estilos de comunicación, manejo de relaciones interpersonales, comprensión de los cambios que se van dando en sus cuerpos en desarrollo.

Algunas de las técnicas empleadas en éste programa fueron: La vara parlante (la persona que la sostiene puede hablar todo lo que quiera sin ser interrumpida), role playing (actividad de autoexpresión en la que se presentan diferentes papeles de manera que al final de cada representación pueda modificarse a su gusto a fin de representar lo que las mujeres realmente quieren expresar); retroalimentación positiva (promover que cada niña diga algo positivo de sí misma e identificar aquello que las hace interesantes, también expresar características positivas de sus compañeras).

Gresco y Rosenvinge (2000), proponen que la prevención puede centrarse en personas o grupos que han estado o están en riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, con investigaciones prolongadas en el tiempo, en donde el colegio es considerado un poderoso campo de socialización debido al intercambio de influencias culturales entre niños y adolescentes. En éste modelo se busca que colaboren conjuntamente profesionales de la salud y docentes o consejeros psicológicos de las escuelas.

Villena y Castillo (citados en Ruiz-Lazaro y Comet, 2003), implementan un programa breve y de bajo costo en Valencia llamado "Tal como eres", financiado

por la Dirección General de la Mujer de la Generalitat Valenciana y la Dirección General de Salud Pública. Su población consta de 3.023 mujeres adolescentes de 12 a 15 años escolarizadas en 1º y 3º de E.S.O. (nivel secundaria). Se complementa con otro subprograma para padres y madres. Se hacen 150 intervenciones, en una única sesión de 75 minutos, impartida por un médico y psicólogo ajenos al centro, con técnicas cognitivo conductuales, apoyo de diapositivas, vídeo y folletos y trabajo grupal. El contenido desarrollado es actitud crítica ante la publicidad y medios de comunicación, autoestima y aceptación de sí mismas, desarrollo físico, regulación del peso y conceptos básicos de nutrición.

Este programa consigue una buena aceptación y la modificación en las actitudes, en las puntuaciones del EAT-40. Pero sin grupo control, lo que le resta rigor metodológico. También constatan algunos cambios en hábitos insanos (consumo de alimentos chatarra).

Stewart (2000), llevó a cabo un estudio con adolescentes mujeres de trece-catorce años dirigido a la modificación de la frecuencia en las restricciones alimentarias y preocupación por el peso y la figura. En dicho programa se trabajó con la adaptación a los cambios biológicos durante la pubertad, desarrollo de las relaciones interpersonales, desarrollo de habilidades (perfeccionismo), relación con la familia e independencia y desarrollo del sentido de identidad. Las principales técnicas empleadas fueron el suministro de información mediante folletos y transparencias, narración de relatos, realización de debates, juego de roles, empleo de diapositivas que contenían ideas de belleza de diferentes épocas y técnicas cognitivas de reestructuración, entre otras. Se señala que es importante unir esfuerzos a nivel sociopolítico de manera que se puedan lograr resultados más impactantes. Además, los programas de prevención deben dirigirse a tres niveles: Macro: valores sociales, instituciones y políticas; Medio: hospitales o escuelas; y Micro: familias o individuos.

En el 2002, se pone a prueba un programa titulado “Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Estrategias de prevención” (dentro del marco de un proyecto mayor financiado por PAPIIT No. IN-301501) que tiene como objetivo realizar un estudio piloto para probar y comparar la efectividad de dos programas de prevención de factores de riesgo en trastornos de la alimentación asociados con conducta alimentaria e imagen corporal dirigidos a población de mujeres adolescentes.

La intervención del primer programa está enfocada al cambio de actitudes que se apoya en la teoría de la disonancia cognoscitiva, y el segundo, se ajusta a una intervención que busca el cambio de actitudes a través de información psicoeducativa. Se trabajó con una muestra total de $N=20$ mujeres adolescentes, de escuelas públicas que presentaban seguimiento de dieta restrictiva y algunos de los factores de riesgo relacionados con imagen corporal. Éstas fueron asignadas al azar a dos diferentes grupos que quedaron: $n_1=11$ adolescentes expuestas al programa de intervención psicoeducativo con una media de edad de 14.64 y una $S=0.67$, y $n_2=9$ adolescentes expuestas a la intervención de disonancia cognoscitiva con una media de edad de 14.75 y una $S=0.72$. La investigación fue de carácter cuasiexperimental, de campo, con un diseño de grupo control. Se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitre, 2000) que permitió detectar los factores de riesgo.

Los resultados del primer piloteo indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas por tipo de intervención (antes-después) en las variables de estudio, esto puede ser causa de la muerte experimental; sin embargo, las chicas que fueron expuestas al programa de disonancia redujeron significativamente sus niveles de seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva después de la intervención. En el segundo piloteo se trabajó con una muestra total de $N=25$ adolescentes que presentaban insatisfacción con la imagen corporal pero no seguimiento de dieta restrictiva, misma que se subdividieron al azar en $n_1=12$ grupo de disonancia cognoscitiva y $n_2=13$ grupo de intervención psicoeducativa. La media de edad del primer grupo

fue de 12.65 (S=0.55) y para el grupo de intervención psicoeducativa la media de edad fue de 12.42 (S=0.59). Una vez más, los resultados reportados indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas por tipo de intervención (antes-después de la intervención) en las variables de estudio; sin embargo, las chicas de ambos grupos mantuvieron sus niveles de dieta y conducta alimentaria compulsiva en un grado sin riesgo.

Estos resultados no parecen muy alentadores, sin embargo en los reportes del seguimiento se detectaron resultados muy interesantes, a los cuatro meses, se hizo un seguimiento, en donde se observó que el grupo con intervención de disonancia cognoscitiva disminuyó la insatisfacción con la imagen corporal a niveles muy bajos, esto no sucedió en el grupo con intervención psicoeducativo (Pineda, 2003).

CAPITULO 2

ADOLESCENCIA

2.1. Concepto de adolescencia

La palabra adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa “crecer o crecer hacia” (ad; hacia y *descere*, crecer o ser alimentado). Según el uso general que recibe en la actualidad, la adolescencia se refiere a un periodo de vida comprendido entre la infancia y la edad adulta, aproximadamente va desde los 13 a los 19 años (Kimmel y Weiner, 1998). La adolescencia es un lapso de desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales que se representan interrelacionados (Papalia y Wendkos, 2001).

De acuerdo con Monterrosa (2000), la adolescencia es un periodo dinámico, es la etapa que transcurre entre la niñez y la vida adulta, que implica la reestructuración de valores, actitudes, intereses, normas y pautas de comportamiento psicológicas y sociales. Es un proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal, asociado al inicio de nuevas funciones orgánicas como la menarquia y la ovulación en el sexo femenino y la espermatogénesis y eyaculación en el varón. Dichos fenómenos se representan cuando el individuo alcanza un estado crítico de maduración en su sistema nervioso central y cuando se establece el funcionamiento endocrinológico que integra diversos sistemas. Acompañado a todo este proceso biológico hay un desarrollo de eventos psicoemocionales y sexuales, así como un proceso de adaptación al grupo socio-cultural de su tiempo y entorno, que lo llevan a alcanzar la madurez físico-psíquica y el estatus adecuado, que le permitan asumir responsabilidades, ejercer deberes y tener derechos de adultos.

De acuerdo con Moraleta (1999), una de las características más notables de éste estadio son las profundas transformaciones fisiológicas que afectan al sujeto tanto en su configuración corporal como en el proceso de su maduración sexual. Éstas transformaciones incluyen a su vez, transformaciones psíquicas, tales como el cambio de actitud del sujeto frente a su propio cuerpo (modificación en la percepción de su esquema corporal, en las actitudes hacia su propia imagen, modificación de su yo, etc.); así como la transformación de las actitudes del ambiente hacia el individuo transformado físicamente, actitud que al mismo tiempo, repercute secundariamente en la representación que tiene de si mismo.

En la evolución normal de estos cambios fisiológicos suelen distinguirse tres periodos: prepubertario, puberiano y postpubertario. Junto a éstas transformaciones, la adolescencia se caracteriza también por otro tipo de cambios de naturaleza cognoscitiva (tales como el paso progresivo del pensamiento concreto al formal), social (descubrimiento y exaltación de sí y afán de independencia) y actitudinal (aparición de nuevos valores e intereses).

De acuerdo con Rodríguez-Tomé (2003), la adolescencia es un proceso evolutivo universal, impuesto por la naturaleza, que modifica las imágenes de la persona, estimula nuevas conductas y nuevas competencias y transforma las relaciones del joven con su medio familiar y social. El comienzo de la adolescencia se sitúa en los once o doce años, edades en las que habitualmente aparecen los primeros signos visibles de la pubertad. El término de la adolescencia, se considera hacia los dieciocho o diecinueve años, pues los cambios biológicos, psicológicos y psicosociales propios de éste estadio ya han tenido lugar. El inicio de la pubertad, se caracteriza por una fuerte aceleración del ritmo y de la amplitud de los cambios corporales, ésta aceleración del desarrollo señala la transición de la morfología infantil a la morfología adulta, la cual se produce al mismo tiempo que maduran los mecanismos y las funciones necesarias para que la procreación sea posible; el

cuerpo infantil cambia en su funcionamiento y su apariencia y se transforma en un cuerpo adulto sensualizado.

Blos (1968, citado en Gonzáles, 2001), señala que existen etapas cronológicas, observadas de acuerdo con un punto de vista evolutivo, aunque puede darse una edad aproximada para cada una de ellas:

- Preadolescencia, de 9 a 11 años, en esta etapa comienzan metas impulsivas, se presentan algunas fobias, miedos o tics nerviosos que desaparecen pronto.
- Adolescencia temprana, de 12 a 15 años, en esta etapa se intensifican las metas impulsivas y los afectos; hay identificación con el padre del mismo sexo; además, se favorece el inicio de la madurez emocional, ya que se expresan mejor y emplean mayor tolerancia a la frustración.
- Adolescencia, de 16 a 18 años, culmina la formación de la identidad sexual, la vida emocional se hace más intensa y profunda. Se orientan acciones, pensamientos y valores hacia la realidad.
- Adolescencia tardía, de 19 a 21 años, se presenta una mayor integración en el trabajo, en el amor y se afirman creencias e ideologías.

2.2. Desarrollo Físico

2.2.1. Desarrollo de los órganos sexuales primarios

Los primeros indicios del comienzo de la pubertad no son perceptibles a simple vista y en general se producen un año antes de que se manifiesten los caracteres sexuales secundarios (Rodríguez-Tomé, 2003). Los órganos sexuales femeninos se encuentran en su mayor parte dentro del organismo, los más importantes son los ovarios que dan origen a los óvulos. En los años de la pubertad, la dilatación de los ovarios, que se encuentra en la concavidad denominada fosa ovárica a ambos lados de las paredes de la pelvis, puede provocar un aumento en el tamaño del abdomen. Como consecuencia de la dilatación del útero y de los

cambios cíclicos en el endometrio, comienza la menstruación ó pérdida periódica de sangre; en los hombres, estos órganos son internos y externos. Los externos son el pene y los testículos. Los internos son los conductos deferentes y los órganos anexos que son la próstata y la uretra (Moraleda, 1999).

2.2.2. Desarrollo de los órganos sexuales secundarios.

Se le llama caracteres sexuales secundarios al conjunto de características somáticas que sólo tienen unas funciones indirectas en la reproducción de la especie, pero que permiten distinguir entre una mujer y un hombre exteriormente (Rodríguez-Tomé, 2003). De acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2001), las características sexuales secundarias son señales fisiológicas de madurez sexual que no involucran directamente los órganos sexuales. Por ejemplo, los senos de las mujeres y los hombros anchos de los varones. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y en la textura en la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello corporal, axilar, facial y púbico.

De acuerdo con los mismos autores el primer signo confiable de pubertad en las mujeres es el crecimiento de los senos. Los pezones crecen y se proyectan hacia delante, la aureola se ensancha y los senos toman primero una forma cónica y luego redondeada. La piel se hace más áspera y grasosa. La actividad incrementada de las glándulas sebáceas (las cuales secretan una sustancia grasosa) puede dar origen a granos y espinillas. El vello púbico, que al principio es liso y sedoso, y eventualmente llega a ser áspero, oscuro y crespo, aparece en diferentes patrones en hombres y mujeres.

Moraleda (1999), refiere que en los hombres adolescentes, el primer carácter sexual en aparecer es el vello púbico el cual es pigmentado, áspero y recto, forma al principio un triángulo invertido en la base del pene, extendiéndose posteriormente por el ombligo; frecuentemente aparece dos años después del vello púbico el vello axilar y su sudoración pues se agrandan las glándulas sudoríparas; también comienza a aparecer el vello facial en los ángulos del labio

superior y poco después en la región del cuello y borde inferior del mentón, comienzan a cambiar de voz y se hace más grave, debido a un aumento del volumen en la laringe.

2.2.3. Cronología de los cambios de los púberes

En las mujeres:

- Senos: el comienzo ocurre entre los ocho y trece años; formas adultas entre los trece y los dieciocho años.
- Estirón: comienza entre los nueve y los quince años; talla adulta entre los trece y los diecisiete años.
- Vello púbico: aparición entre los ocho y los catorce años; formas adultas entre los doce y los diecisiete años.
- Menarquía: entre los diez y los diecisiete años; en promedio: doce y trece años (Rodríguez-Tomé, 2003).

En los hombres:

- Testículos: comienzo entre los nueve y los trece años; maduración completa entre los catorce y diecisiete años.
- Pene: comienzo entre los trece y los catorce años; desarrollo completo entre los trece y los diecisiete años.
- Vello púbico: comienza entre los diez y los quince años; realización del modelo adulto entre los catorce y los dieciocho años.
- Estirón: entre los diez y los dieciséis años; la talla adulta se alcanza entre los trece y los diecisiete años.

2.2.4. Aceleración del crecimiento

Moraleda (1999), menciona que la preadolescencia, junto con la adolescencia, es un período de crecimiento acelerado en el desarrollo humano. En las niñas, el estirón mayor suele darse en el año que precede a la menarca y el año que le sigue; después tiende a disminuir el ritmo de crecimiento y los aumentos anuales son muy pequeños. El aumento del peso se inicia después del aumento de la estatura. Como el aumento del peso se encuentra estrechamente vinculado a la madurez sexual, el mayor incremento del mismo se produce al final de la preadolescencia y continúa durante la adolescencia. Entre los 10 y 15 años, por lo general, las mujeres son más pesadas que los hombres porque, en esa edad, su maduración sexual es más precoz; después de ésta edad, los varones sobrepasan en peso a las niñas. Es común que tanto las mujeres como los hombres atraviesen por un periodo de “gordura” al principio de la maduración sexual, este periodo persiste aproximadamente dos años, después de los cuales el organismo recobra sus proporciones normales. En las mujeres, este periodo se produce al comienzo de la preadolescencia. El origen de esta obesidad femenina a menudo tiene sus raíces en la alteración del crecimiento premenstrual normal. Al igual que en los hombres, las mujeres desarrollan grasa en las regiones del organismo en que ésta se considera desagradable, especialmente sobre el abdomen y las caderas.

Las diferentes partes del cuerpo se desarrollan a distinto ritmo y alcanzan su máxima evolución en diferentes etapas. Entre el final de la niñez y los comienzos de la preadolescencia el crecimiento afecta, sobre todo, a las extremidades inferiores, las cuales llegan a ser más largas que el tronco (Moraleda, 1999).

2.2.5. La Menarca

La aparición de la primera menstruación (Menarca), anuncia la puesta en marcha de la actividad cíclica de los ovarios y lleva una doble significación: biológica y social. La primera menstruación aparece en promedio entre los doce años y medio y los trece años, durante los primeros meses, los ciclos menstruales son irregulares y con frecuencia (en promedio uno de cada dos) no producen un óvulo

(gameto femenino) maduro, lo cual puede prolongarse un año o dos (Rodríguez-Tomé, 2003).

De acuerdo con el mismo autor, la cronología de la menarca tiene también un importante impacto psicológico, se ha observado que:

- Si la menarca tardan en llegar, las niñas perciben esto como desagradado por no ser como las otras mujeres de su edad, incluso temor de no ser normales.
- Cuando la primera menstruación llega en su tiempo, en general es acogida de una manera positiva por la mayoría de las niñas. Sin embargo, no es raro observar reacciones ambivalentes e incluso negativas cuando se trata de adolescentes que no están (o no han sido) preparadas para afrontar nuevas relaciones consigo mismas y con su propio cuerpo, así como nuevas relaciones con otros.
- Cuando las niñas han sido bien informadas de la naturaleza de las menstruaciones y de las prácticas de higiene necesarias, los dolores del mes (dismenorreas) que suelen acompañarlas son en general menos intensos y duran menos tiempo.
- Las niñas precoces, cuya menarca se da hacia los once años o antes, se hallan en posición más desfavorable, pues con frecuencia ocurre que no están preparadas para el evento y no disponen aún, psicológicamente, de los medios que les permitirían afrontar los signos de la maduración sexual y sus implicaciones sexuales (pp.100-102).

2.3. Prolongaciones Psíquicas de la Imagen del Cuerpo

De acuerdo con Rodríguez-Tomé (2003), los cambios biológicos que se operan en el curso de la adolescencia traen consigo a la vez la sexualización del cuerpo y la genitalización de las relaciones interpersonales. Los efectos del desarrollo púberas van a integrarse en el marco de un conjunto de interacciones entre los factores

biológicos, cognitivos, interpersonales y socioculturales. Las imágenes del propio cuerpo se elaboran en el contexto de las relaciones cotidianas con los otros.

Señala este mismo autor que, la imagen del propio cuerpo es siempre multidimensional e incluye numerosas facetas que, con mucha frecuencia, van más allá de la morfología. Sus principales componentes son la autoestima, las diferentes formas de la sensibilidad (visceral, muscular, epidérmica) que integran la autoimagen, así como las relaciones del sujeto con las personas significativas de su medio ambiente. Se le agregan otras dimensiones bipolares, como el *encerrarse* en sí mismo (sea por pudor o por miedo), que se opone a la eficiencia. La autoimagen del cuerpo es siempre evaluativa y siempre está impregnada al placer o al disgusto. La relación entre la maduración púbera y la representación del propio cuerpo varía según el sexo del adolescente, tanto en la forma como en los contenidos. Así en la mayoría de los varones, un avance en el desarrollo tiende a estimular la elaboración de una imagen positiva de sí mismo, marcada por el sentimiento de ser un chico atractivo, de estar en buena forma físicamente, hablando de sentirse bien en su cuerpo y consigo mismo. Las respuestas que dan las niñas son mucho más variables de un sujeto al otro, sólo se distinguen en verdad las imágenes de sí mismas relativas al sentimiento de ser físicamente atractivas, imágenes que incluyen naturalmente las ideas de belleza y seducción.

Pero aún en éstos casos, se observan diferencias en función a la edad cronológica, es decir, a los doce años una pubertad precoz tiende a no ser bien percibida (o apreciada) por las niñas; a los trece años y medio la maduración del cuerpo es bien acogida por unas y menos bien por otras; hacia los quince años, los cambios puberales no sólo son siempre bienvenidos sino deseados por las adolescentes (Rodríguez-Tomé, 2003).

Existen en el adolescente reacciones psíquicas en relación directa con las modificaciones físicas que se producen en él y que no hay que confundirlas con la imagen del cuerpo en sí misma. Estas reacciones psíquicas dependen en gran

manera de las actitudes y juicios de los otros, sobre todo de la que los padres manifiestan hacia sus hijos. El cuerpo representa al individuo; es, como dice Brookover (1964, citado en Moraleda, 1999 p.190): “símbolo del yo, de la personalidad. No es algo que uno se representa dentro de sí, que es personal e íntimo, sino que es también la frontera entre el yo y el mundo. Es la primera cosa que el otro ve, que quiera o no, es también lo que ve uno mismo, aunque no lo vean los otros. El cuerpo es, pues, un estímulo social; y a partir de la adolescencia, un estímulo sexual”.

Por esto, el adolescente concede un gran valor al cuerpo en cuanto éste significa algo para los otros; percibe también su cuerpo en función de la significación que posee, según él, para los otros y con relación a la mayor o menor conformidad con las normas del grupo (Moraleda, 1999).

2.3.1. Imagen y autoestima

La noción de autoestima corresponde a la dimensión evaluativa de la identidad personal e incluye las representaciones de uno mismo y las creencias a propósito de sí mismo, que cada individuo elabora desde la infancia en relación con su entorno. La cronología de los cambios, así como el ritmo de maduración, se encontrarán asociados en ciertas condiciones y a ciertos niveles (altos o bajos) de autoestima. Igualmente las valoraciones que el medio ambiente emite con frecuencia sobre la apariencia física de las adolescentes son acogidas con mucha importancia, pues las positivas aumentan la seguridad mientras que las negativas generan incertidumbre (Rodríguez-Tomé, 2003).

2.3.2. Cogniciones, Afectos y Conductas

Los cambios corporales de la adolescencia y sus consecuencias sociales e interpersonales van a producir, necesariamente, otros cambios en las representaciones de sí mismos, de los otros y de sus relaciones con el ambiente. Así el sentimiento de identidad se enriquece, se diversifica y también aparecen

nuevas conductas adaptativas en la esfera sociocognitiva (Rodríguez-Tomé, 2003).

2.4. Desarrollo Cognitivo

2.4.1. Pensamiento formal

Moraleda (1999), señala que aunque el pensamiento formal comienza a aparecer en algunos sujetos alrededor de los 12 y 13 años, en la mayoría de los casos no llega a darse de modo plenamente sistemático y eficaz hasta los dieciséis-dieciséis años e incluso en algunos otros hasta la juventud o edad adulta. El pensamiento adolescente está caracterizado por:

a) Un uso creciente del pensamiento abstracto. En la adolescencia, el ejercicio del pensamiento abstracto se extiende a muchas áreas de ejecución cognitiva; dos de ellas, tal vez las más afectadas, son las de formación de conceptos y la disolución de problemas.

- En la formación de conceptos existe un predominio más claro que en la preadolescencia de las ordenaciones y agrupaciones de conceptos superiores; se buscan, pues, categorías comunes para los rasgos coincidentes abstraídos de los objetos aislados. Al mismo tiempo, esta formación de conceptos se va desligando aún más de los fundamentos concreto-sensoriales y se va ciñendo, de manera progresiva, al plano de las representaciones simbólicas; lo cual no acontecía sino de modo muy restringido en el período preadolescente.
- Resolución de problemas. Éste carácter abstracto del pensamiento adolescente se manifiesta por una progresiva desvinculación de los contenidos concretos de los objetos a la par que se va imponiendo cada

vez más su referencia; no sólo a contenidos abstractos sino que incluso las mismas operaciones mentales se convierten en objeto de pensamiento; se llega a trabajar con las propias operaciones y se da una crítica de los mismos procesos de pensamiento.

b) Por un uso creciente de las operaciones lógico-formales que se caracterizan por:

- Carácter hipotético-deductivo. Los adolescentes encuentran ahora más facilidad que en la preadolescencia para formar hipótesis acerca de los problemas planteados, comparar dichas hipótesis, elegir entre ellas las más probables y elaborar posibilidades de solución por vía deductiva sobre dichas hipótesis.
- Carácter proposicional. Es decir, los adolescentes operan cada vez menos con imágenes concretas tomadas de la realidad y más a través del lenguaje interior, con afirmaciones o enunciados verbales referidos a esta realidad.
- Capacidad de concebir lo real como un subconjunto de lo posible. El adolescente es capaz de enfocar la resolución de un problema invocando todas las situaciones y relaciones causales posibles entre sus elementos. Relaciones que más tarde tratará de confrontar con la realidad mediante la experimentación.
- Uso creciente de la metacognición. Es decir, de reflexionar sobre sus propios procesos mentales, de conocer las estrategias cognitivas más adecuadas para cada tarea, controlarlas y aplicarlas adecuadamente a las mismas (Moraleda, 1999 p.192).

De acuerdo con Piaget (citado en Papalia Wendkos y Duskin, 2001), los adolescentes logran el más alto nivel del desarrollo cognitivo (operaciones formales) cuando alcanzan la capacidad de producir pensamiento abstracto. Éste desarrollo, que se inicia cerca de los 11 años, les proporciona nuevas y más

flexibles maneras de manejar la información. Ya no se limitan al aquí y al ahora, sino que pueden comprender el tiempo histórico y el espacio exterior. También se caracteriza por una reducida dependencia de los objetos o imágenes para estudiar en detalle los problemas y las situaciones. El adolescente desarrolla una capacidad para comprender contenidos puramente abstractos como conceptos matemáticos y filosóficos elevados. La capacidad evoluciona hacia el aprendizaje y la aplicación de información general necesaria para adaptarse y la información específica que se requiere para una ocupación.

2.5. Desarrollo Psicosocial

2.5.1. Atención dirigida hacia el mundo interior

Moraleda (1999), menciona que el descubrimiento de la vida interior personal (y por analogía de los demás) como una realidad propia comienza sólo en la preadolescencia y se desarrolla, sobre todo, en la adolescencia. A partir de esa edad es capaz de observar y analizar los sentimientos, los motivos que le llevan a actuar, actitudes, etc. y tenerlos en cuenta al juzgar su comportamiento. Este descubrimiento de su vida interior lo consigue gracias a la aparición en sí de una actitud de pensamiento nueva a él: la introversión activa; es decir, cuando los intereses y la atención se vuelven intencionada y voluntariamente hacia la esfera del psíquico propio.

El grado de introversión está sometido a grandes variaciones interindividuales, condicionadas en parte, por la disposición personal, en parte, por el ambiente. Los adolescentes, que según su tipo constitucional se inclinan a la introversión, mostrarán una mayor tendencia a encerrarse en la observación de su mundo interior, que los que posean un tipo constitucional extrovertido.

Este descubrimiento de su mundo interior, Debesse (1942, citado en Moraleda, 1999 pp. 258-261), distingue cinco fases:

1. El descubrimiento del yo. Suele comenzar hacia los 13 ó 14 años, tiene cuatro fases: la autoobservación, el juicio de sí, la formación de una imagen de sí y, finalmente, la expresión de sí. Previo al descubrimiento del sí, se da en el adolescente una fase preliminar de autoobservación, esta atención sobre sí mismo suele venir al principio del exterior. El adolescente, suele interesarse mucho más por sí mismo cuando observa que el ambiente concentra en él su mirada.

2. El gusto por la soledad. Está en íntima relación con el descubrimiento del yo reflexivo, pues es la soledad donde puede el adolescente conversar consigo mismo.

3. El gusto por el recogimiento. Recogerse es, sobre todo, recordar lo que se ha sido. A partir de los 14 años, el sujeto orienta sus reflexiones, por el contrario al futuro, así como a sus preocupaciones y problemas diarios. Éste recogimiento proporciona al adolescente una serie de elementos. En primer lugar le proporciona un tranquilo placer; en segundo un goce de vivir en sí la vida cotidiana; en tercer lugar le proporciona tres elementos importantes: la experiencia de duración, la organización de su pensamiento personal y una imagen propia y distinta de la que ofrece el ambiente.

4. El egotismo. Es el culto que el adolescente profesa a cuanto de original hay en su yo; a su individualidad. En este egotismo cabe distinguir dos elementos fundamentales: Por un lado su gran avidez por liberar o actualizar todas aquellas energías que el adolescente ha descubierto en su yo. Y por otro, desagrado hacia todo aquello que pueda eliminar esas potencialidades o le pueda hacer perder su originalidad.

5. La exaltación del yo. Ligado al descubrimiento del yo suele darse una exaltación del mismo. Al nacer el adolescente a la vida del espíritu, la novedad del mundo en que penetra le comunica la impresión de riqueza. Consecuencia de esta

admiración ante su nuevo mundo por el descubrimiento, es la creencia de que en su yo íntimo hay algo único y al mismo tiempo grandioso. El adolescente se siente genial (único) en la medida en que se siente diferente a los demás. Para él lo genial es raro, lo extraordinario, lo que manifiesta su originalidad singular (Moraleda, 1999 pp. 258-261).

2.5.2. La búsqueda de la identidad

Delvan (1998), menciona que una de las primeras cosas que tiene que conseguir el adolescente es asimilar los rápidos cambios que está experimentando. Su cuerpo cambia, su voz cambia, aparecen los caracteres secundarios y todo ello hace que la imagen que tiene de sí mismo se modifique. La imagen corporal es algo importante en todas las edades, pero para el adolescente puede ser algo crucial, por varias razones.

En primer lugar, reafirma el autor que, los cambios no tienen lugar en todos los adolescentes a la vez, hay grandes diferencias individuales. Algunos crecen demasiado rápido y son mucho más altos que sus compañeros. En algunos estudios se ha encontrado que los que maduran lentamente suelen ser más inquietos y necesitan continuamente atraer la atención de los demás, como para mostrar que están ahí. En cambio, los que maduran pronto suelen sentirse más seguros y convertirse en los individuos dominantes de su grupo. El peso también es objeto de preocupación; es muy frecuente que las mujeres quieran perder peso, y eso puede conducir incluso a trastornos alimentarios. En segundo lugar, el adolescente presta gran atención a la opinión de los otros y le importa mucho lo que piensen de él y cómo le vean y además tiende a sentirse el centro de las miradas de todos.

En la adolescencia se observan importantes cambios en el concepto de sí mismo o autoconcepto; el cual es un conjunto de representaciones que el individuo elabora sobre sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales

y morales. El autoconcepto de los adolescentes es producto resultante de las aspiraciones propias y de la imagen que desenvuelven los demás, esa imagen reflejada es esencial, pero no siempre exacta y pueden llegar a producirse deformaciones. Los adolescentes experimentan grandes oscilaciones, que van de sentirse excepcional, a situarse muy por debajo de los compañeros, es entonces una etapa de tanteos hasta encontrar el justo lugar, en la que existe un gran miedo al ridículo.

La noción de identidad personal implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Ésta identidad es el resultado de la integración de los distintos aspectos del yo, entre los cuales puede incluirse el autoconcepto (Delvan, 1998).

2.5.3. Identidad frente a confusión de identidad

Erikson (1968 citado en Delvan, 1998), ha dividido el desarrollo humano, desde el nacimiento a la edad madura, en ocho estadios, cada uno de los cuales supone superar una crisis. Pero es en la adolescencia, cuando se produce la crisis principal y hay que construir la identidad del yo, a la que se opone el sentimiento de difusión de la identidad. Los adolescentes tratan de sintetizar sus experiencias anteriores, y se apoyan en el sentimiento de confianza o inseguridad que han adquirido en las distintas etapas de la infancia, para alcanzar una identidad personal estable; el haber superado satisfactoriamente las crisis anteriores hace posible abordar ésta con más posibilidades de éxito.

Erikson (1968, citado en Papalia, Wendkos y Duskin, 2001), afirma que la principal tarea de la adolescencia es afrontar la crisis de identidad frente a la confusión de identidad para convertirse en un adulto único que da un sentido coherente del yo y desempeña un papel importante en la sociedad. Es importante que la crisis de identidad sea resuelta por completo en la adolescencia puesto que los aspectos relativos a la identidad surgen de nuevo en la edad adulta. Los adolescentes

forman su identidad no sólo tomando como modelo a otras personas, sino también modificando y sintetizando identificaciones anteriores. Para formar la identidad, los adolescentes deben determinar y organizar sus capacidades, necesidades, intereses y deseos para expresarlos luego en un contexto social. Erikson descubrió que el primer riesgo de ésta etapa era la confusión de identidad o de papel, que puede durar hasta alcanzar la edad psicológica adulta.

La identidad se forma a medida que los jóvenes resuelven tres aspectos importantes: La elección de una ocupación, la adopción de valores en qué creer y porqué vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

2.5.4. Dificultades en la adaptación social

En la adolescencia se modifican profundamente las relaciones del sujeto con el medio, como consecuencia de este proceso se sitúa el inconformismo y la rebelión contra la colectividad anónima, que pesa sobre la adolescencia con toda la fuerza de sus costumbres y de sus dogmas explícitos e implícitos. El inconformismo es en realidad una primera etapa de adaptación. Oponerse, distinguirse, es tener conciencia de las analogías y de las diferencias; es comenzar a situarse en relación con el mundo; los elementos psicológicos que se encuentran en la base de esta inadaptación son tres:

- Un primer elemento es de origen perceptivo. El crecimiento que comienza en la preadolescencia modifica las relaciones del sujeto con su medio. Debido a ello, el adolescente llega a percibir el mundo con una realidad incierta e inestable, sometida a constantes cambios. Debido a estas modificaciones de su percepción, le es difícil adaptarse al mundo espacio-temporal que lo rodea.
- Un segundo elemento es de orden afectivo. El paso de la niñez a la preadolescencia y adolescencia se distingue por una facilidad de emoción afectiva unida a una ligera excitabilidad. La emoción le permite la rápida y apasionada adhesión a los contenidos de valor, pero también

frecuentemente le lleva a actitudes radicalistas y exclusivistas. La excitabilidad impere una necesidad de cambiar rápida y frecuentemente de aspiraciones.

- Un tercer elemento es de origen cognoscitivo. El adolescente desea entrar en el mundo adulto y participar en el mismo, ya que en esto ve una forma de vida superior. El adolescente entiende que los mayores ocupen un lugar superior al suyo, pero piensa que él también tiene derecho a consideraciones que los adultos le niegan lo que le genera frustración, igualmente que su desconocimiento del mundo adulto (Moraleda, 1999 p.264-265).

2.5.5. Actitud crítica frente al mundo de los padres

De acuerdo con el mismo autor, con este deseo de ser mayores está relacionado el afán de poseer una actitud independiente con respecto a los padres y a los valores tradicionales admitidos y enseñados por ellos. Si los preadolescentes habían rechazado el mundo de los padres, los adolescentes se oponen a él con una actitud crítica, con la conciencia de que ya no son niños.

2.5.6. Grupo de amigos

Delval (1998), menciona que para realizar esa ambigua entrada en el mundo de los adultos, el joven necesita oponerse a ellos, se aleja de la familia y cambia los vínculos con los padres, lo que resultaría más difícil si no pudiera encontrar algún apoyo en otra parte. Por eso los amigos y los compañeros pasan a desempeñar un papel tan importante y los adolescentes tienden a agruparse. El vincularse con los amigos desempeña, dos funciones: Por un lado, es una fuente de apoyo a la hora de alejarse de la familia y por otro, permite compartir experiencias con otras personas que tienen los mismos problemas y una posición semejante en el mundo.

De acuerdo con Moraleda (1999), el grupo brinda al adolescente dos atractivos importantes: El apoyo mutuo que consigue en él y el sentimiento de valoración personal que éste le proporciona. Éstas son algunas formas en las que el grupo proporciona al adolescente este apoyo y sentimiento de valoración personal:

- El grupo ofrece al adolescente la seguridad indispensable para lograr su independencia
- Le provoca la sensación de presencia personal
- Le proporciona prestigio a los ojos del resto de compañeros
- Le da la oportunidad de desarrollar habilidades que le ayudarán a realizar una buena adaptación social
- Le da la oportunidad para liberar sus tensiones emocionales (p.266).

Rodríguez-Tomé (2003 p.169), refiere que el grupo le otorga al adolescente una variedad de funciones generales relacionadas con el desarrollo psicológico y la socialización. De la pertenencia al grupo se obtiene:

- Soporte y comprensión. El grupo proporciona seguridad cuando el adolescente está pasando momentos difíciles, de identificación, e intentando superar las diferencias con los padres.
- Sentido de pertenencia y estatus. Saber que se pertenece a un medio propio, además de la familia u otros ambientes controlados por los adultos, da sentido a la individualidad. En el grupo también se ejerce un estatus y se representa un determinado papel.
- Oportunidad de representar un papel y de percibir la propia competencia. Las actividades permiten asumir ciertos roles, ensayar las propias capacidades y conocer los juicios que sobre ellas emiten otros; conocer que las conductas gustan y son bien acogidas y en cuales se demuestra menor aptitud.

Algunos aspectos complementarios a estas funciones se encuentran en las teorías psicológicas del grupo de iguales. Desde la teoría cognitiva, se mantiene que en el grupo surgen conflictos ante los que el sujeto reaccionará intentando hacer compatibles los propios deseos y las demandas externas, en este sentido, el grupo es un motor que genera conocimiento social. La perspectiva etológica ve en las relaciones sociales la posibilidad de ensayar conductas de aproximación, que en el futuro se convertirán en base del establecimiento de relaciones básicas para la supervivencia, como la sexualidad o el control de la agresión; y se aprenderán formas de relación en función de las jerarquías y roles.

Según la teoría del aprendizaje social, la imitación de los modelos con los que se identifican los adolescentes se encuentra en la base de la adquisición de actitudes y pautas de acción. Finalmente desde la teoría ecológica, el grupo de iguales es un microsistema en el que se establecen relaciones cara a cara, a las que se llega con toda la carga de influencias de otros entornos y en el que se practican comportamientos antiguos y se adquieren otros nuevos, que serán a su vez, transmitidos a los diversos entornos en que participa el adolescente (Rodríguez-Tomé, 2003 p.169-170).

2.6. Adolescencia y Trastornos de la Conducta Alimentaria

De acuerdo con Toro (1996), la edad puberal y adolescente es, sin duda, el principal factor individual de riesgo. Los cambios corporales en esta etapa del desarrollo obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo y a integrarlo en la imagen general tras su imprescindible evaluación. Es ése el momento en que el adolescente compara su imagen (mental) corporal con el modelo estético corporal vigente en su medio social, modelo que asume plenamente, anhelando y procurando que su cuerpo, renovado y recién estrenado, se aproxime máximamente a aquél. Las discrepancias entre el propio cuerpo o su imagen y el modelo *oficial* suelen interpretarse en contra del propio cuerpo. En la

adolescencia, más que en cualquier otra época de la vida, la imagen corporal es autoimagen. Una pubertad precoz, un accidente desfigurador, las críticas y burlas referidas al cuerpo, los fracasos amorosos, el temor a acabar teniendo el cuerpo de padre o madre (obesos) pueden poner en marcha la decisión de adelgazar y a partir de ésta, el proceso de un trastorno de la conducta alimentaria.

Gómez Pérez-Mitré, Pineda, L'Esperance, Hernández, Platas y León (2002), realizaron una investigación con el fin de determinar si en una muestra (N=305) de adolescentes (154 mujeres y 151 hombres) mexicanos se presentaría la relación frecuentemente postulada entre seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva. Entre los hallazgos más interesantes destaca la prevalencia del 10% de adolescentes con una alta y clara manifestación de conducta alimentaria de riesgo.

Johnston (1998), realizó un estudio cuyo propósito fue describir la relación que existe entre el proceso de auto atribución e imagen corporal y auto atribución y peso corporal entre adolescentes con peso por abajo del normal, comparadas con adolescentes con sobrepeso y obesidad. Entre los resultados más importantes, se encontró que : las diferencias se presentaron en las variables que de una u otra manera se relacionan con imagen corporal; ambos grupos de adolescentes independientemente de su peso corporal deseaban pesar menos; la atribución de las adolescentes obesas y de las adolescentes con bajo peso es la misma; mientras la insatisfacción con la imagen corporal es diferente entre las adolescentes obesas y entre las delgadas; las adolescentes con bajo peso mostraron mayor satisfacción con su imagen corporal que las adolescentes con sobrepeso, y la muestra con bajo peso presentó sobreestimación del peso corporal, mientras que sucedió lo contrario en la muestra de sobrepeso en la que se reportó subestimación.

Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), realizaron un estudio de tres muestras con observaciones independientes con el fin de conocer

si entre los escolares mexicanos pre-púberes ya estarían presentes los factores de riesgo en trastornos de la alimentación detectados en muestras de poblaciones púberes o preadolescentes y adolescentes y comparar las distribuciones de dichos factores por sexo y por grupo de edad. El tamaño de la muestra total no probabilística fue de N=8673 hombres y mujeres, distribuidos: Grupo 1: Prepúberes (6-9 años), hombres (n=247), mujeres (n=232), subtotal (n=479). Grupo 2: Púberes (10-12), hombres (n=1293), mujeres (n=1401), subtotal (n=2694). Grupo 3: Adolescentes (13-19), hombres (n=2608), mujeres (n=2892), subtotal (n=5500). Entre los resultados de mayor impacto se encontró que las niñas más pequeñas comparten con las niñas más grandes no sólo el deseo de una imagen corporal delgada y muy delgada, sino que también se muestran insatisfechas con su imagen corporal, además de que estas jóvenes también alteran (sobrestiman) su imagen corporal: se perciben con mayor peso del que realmente tienen.

Así mismo, la insatisfacción más frecuente de las mujeres de los tres grupos, sin importar la edad, era consecuente con el deseo de una figura ideal delgada. Entre los hombres, por otra parte, se encontró una mayor presencia, aún entre los más jóvenes del deseo de una figura delgada atlética que ha caracterizado a las muestras de varones más grandes (púberes y adolescentes). Sin embargo, aunque estaba presente este tipo de insatisfacción (querer pesar más por desear una figura con músculo) entre los niños más pequeños, el porcentaje mayor estaba insatisfecho porque quería pesar menos, fenómeno que resultó poco congruente con el deseo de dicha figura ideal. Concluyendo que entre los más jóvenes, ya está presente lo que en los grupos de mayor edad distingue a los hombres de las mujeres: Éstas han hecho suya una figura ideal delgada y muy delgada y esto las lleva a estar insatisfechas con la propia imagen y alterar la misma, a diferencia de los hombres que desean una figura mas gruesa, atlética.

CAPITULO 3

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

3.1. Trastornos de la Conducta Alimentaría

Si entendemos la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas estas vinculadas a la ingestión de alimentos, se aprecia claramente que dicha conducta se ve influida por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el mero valor nutricional del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo.

La alteración de esta conducta ha dado origen a los denominados trastornos alimentarios, los cuales son patologías en las que precisamente los patrones de ingestión de alimentos se ven severamente distorsionados. Bajo este rubro se incluyen dos categorías diagnósticas: anorexia nervosa y bulimia nervosa (principales exponentes), cuyas fuerzas motivacionales son el miedo a la obesidad y el deseo de estar delgado; en ambas se presenta una distorsión en la percepción de la forma y peso corporales (Lora y Saucedo Molina, 2006).

De acuerdo con Gismero (1996), la etiopatogenia de los trastornos alimentarios es compleja y no parece poder abordarse de una forma simple ni desde una postura teórica única, puesto que las causas, los factores que las precipitan y que la mantienen parecen ser múltiples: considerándose como trastornos socio-psico-biológicos.

3.2. Anorexia Nervosa

El término Anorexia proviene del latín “*an*”, prefijo restrictivo y “*orexis*”, apetito, es decir, “sin apetito”. Mientras que el adjetivo “nervosa” expresa su origen “psicológico”. Éstas raíces afirman que la anorexia es la falta de apetito, sin embargo, no lo es (Palma, 1997).

De acuerdo con Toro (1996), la anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa de peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan”, y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc.

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos se está constatando el descenso de la edad de inicio. El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que este disminuya alarmantemente. La distorsión de la imagen corporal es casi una constante, sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que “obliga” a mantener la restricción alimentaria.

La malnutrición, una vez establecida, produce alteraciones de todo orden, especialmente en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo que da lugar a amenorrea en las mujeres y a pérdida de interés y potencia sexual en los varones; también puede dar lugar a todo tipo de síntomas y trastornos como: hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones de la piel, caída del cabello, aparición de lanugo, desequilibrio electrolítico, trastornos gastrointestinales, etc.

De acuerdo con el mismo autor junto a los trastornos somáticos y las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición y el progresivo adentramiento en una situación cada vez mas estresante provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio, etc.

La autoimagen y autoestima tienden a ser negativas. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal (Toro, 1996).

García-Camba (2002), menciona que la AN es un trastorno caracterizado por una considerable pérdida de peso autoconducida por el propio enfermo a través de una conducta ingestiva muy anómala. El paciente se impone una dieta rigurosa con restricción de los alimentos con alto contenido en calorías. Presenta una preocupación constante por su peso, modifica el ritmo de sus comidas y lleva a cabo una serie de conductas dirigidas a adelgazar, entre las que destacan la provocación del vómito. En el tipo restrictivo de la anorexia la pérdida de peso se produce a través de la dieta, el ayuno o el ejercicio excesivo. En el tipo bulímico los pacientes tienen episodios de atracones que van seguidos de vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos o enemas para contrarrestar el posible aumento de peso producido por ellos.

3.2.1. Diagnóstico de la Anorexia Nervosa

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002), los criterios diagnósticos de anorexia nervosa son los siguientes:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura.
- B. Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso aun estando por debajo de su peso normal.
- C. Distorsión en la percepción del peso o forma corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. Presencia de amenorrea en mujeres pospuberales.

Subtipos de Anorexia nervosa según DSM-IV-TR (2002):

- Tipo restrictivo: el sujeto no recurre regularmente a atracones o purgas; la pérdida de peso se logra por medio de dietas, ayunos o ejercicio.

- Tipo compulsivo/purgativo: el sujeto recurre regularmente a atracones o purgas.

Para la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos mentales y del Comportamiento (CIE-10, 1994, p.146), los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa son los siguientes:

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet inferior a 17.5).
- B. La pérdida de peso esta originada por el propio enfermo, por medio de:
 1. Evitación del consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
 2. Vómitos autoprovocados.
 3. Purgas intestinales autoprovocadas.
 4. Ejercicio excesivo.
 5. Consumo de fármacos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales.

- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene.

3.2.2. Factores Predisponentes en la Anorexia Nervosa

Vulnerabilidad Biológica

Se define la posibilidad de que exista una vulnerabilidad biológica, tanto heredada como adquirida. Ésta vulnerabilidad se traduciría en una dismaduración hipotalámica y de ciertas vías de transmisión neuronal, así como en alteraciones en la actividad cerebral de algunos neurotransmisores. Estudios genéticos llevados a cabo sobre gemelos han demostrado la presencia de una concordancia entre monocigotos del 55%, frente al 10% objetivada en gemelos dicigotos con respecto a la transmisión de la enfermedad. De igual modo se ha observado un aumento significativo de trastornos de la esfera afectiva en los familiares de pacientes afectos de anorexia nerviosa, por lo tanto, se han descrito alteraciones en la actividad o concentración de determinados neurotransmisores, tales como la serotonina, la noradrenalina, los opioides o la colecistocinina, que tendrían una repercusión directa sobre la conducta alimentaria (Chinchilla, 2003).

Factores Familiares

Gismero (1996), menciona que distintas corrientes teóricas coinciden en describir un patología relacional típica en la familia, se habla de padres sobreprotectores (que retrasan el desarrollo de la autonomía de los hijos), ambiciosos preocupados por el éxito y la apariencia externa, en estas familias resaltan las alianzas encubiertas, la alternancia en la culpabilización y muestran distorsiones en la comunicación.

Chinchilla (2003), observa que, generalmente, los trastornos de la conducta alimentaria anidan en modelos familiares patológicos, con organizaciones

disfuncionales y a las que pueden observarse con elevada frecuencia trastornos en la esfera afectiva, antecedentes de trastornos de la alimentación y una elevada preocupación alimentaria en los padres; son familias sobreprotectoras y estrictas, donde se dificulta la autonomía del paciente e incluso se le desanima de forma soterrada. Se crean así relaciones dependientes y enfermizas que, en ocasiones, perpetúan el trastorno.

Es frecuente encontrar la existencia de conflictos conyugales o de frustraciones ante aspiraciones personales no alcanzadas, involucrando al paciente en estas situaciones; madres pasivas ante su esposo y ambivalentes respecto a la paciente, que proyectan sus desilusiones y frustraciones en las hijas, con altas exigencias sociales, de normas y de apariencias. Estas familias, aparentemente perfectas, suelen tener una baja tolerancia a la frustración y presentan relaciones poco calidas y superficiales.

Factores Psicológicos

Chinchilla (2003), hace una recopilación de varios autores para observar los factores psicológicos; tradicionalmente se han identificado ciertas características típicas de la personalidad de los pacientes con trastornos de la alimentación. Suelen ser individuos con tendencia al perfeccionismo, a la obediencia y a la sumisión, pero con actitudes competitivas y una búsqueda de ideales elevados. Así mismo, asocian sentimientos de incapacidad para afrontar las exigencias de la vida, de sacrificio y una enorme laboriosidad, con tendencias al aislamiento, a la labilidad emocional e irritación.

Johnson y Connors (1987, citados en Chinchilla, 2003), mencionan como características más importantes en estos enfermos: la baja autoestima, las alteraciones de la imagen corporal, los temores de separación e individualización, al humor depresivo, las distorsiones cognoscitivas y una clara tendencia al perfeccionismo, obediencia, sumisión y desconfianza.

Los pacientes con AN de tipo restrictivo son reservados, inhibidos, retraídos, pensativos, serios con tendencia a la obsesividad. A diferencia de éstos, los de

tipo bulímico son más extrovertidos, simpáticos, emocionalmente lábiles e impulsivos y con conductas más desorganizadas.

Edad

Por lo general, se acepta que la Anorexia Nervosa (AN) se inicie en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años. Es poco común en la primera década de la vida o pasada la treintena (Chinchilla, 2003).

Sexo

De acuerdo con el mismo autor, la relación entre mujeres y varones viene a ser de nueve mujeres por un hombre, pues casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres, mientras que según las series, únicamente del 3 al 10% son varones.

Nivel Socioeconómico y Educativo

Las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria suelen ser mujeres solteras, inteligentes y aplicadas con un predominio de rasgos de personalidad obsesiva y afectivo-angustiosa y de todas las clases sociales, pues contrariamente al predominio de clases sociales medias-altas que se mantuvo en un principio, estudios epidemiológicos han demostrado una incidencia similar en todos los estratos sociales (Chinchilla, 2003).

Factores Socioculturales

Gismero (1996 p.213), menciona que algunos autores consideran los factores socioculturales como “los hechos más significativos y eficaces” en la disposición y facilitación del cuadro, como “posibles factores precipitantes e indudables factores

de mantenimiento del trastorno". Especialmente los estereotipos y los valores estéticos culturales relativos al cuerpo femenino.

Distribución social de la AN

Dentro de una población general se puede definir un grupo formado por adolescentes, principalmente de sexo femenino, nivel socioeconómico medio-alto, entre los 14 y los 19 años y afincados en áreas urbanas (Chinchilla, 2003).

La cultura como factor predisponente

Chinchilla (2003), menciona que a lo largo de la historia, todas las culturas han presentado unos patrones de belleza propios. Su definición venía dada por las características sociales y los valores morales de cada época. El aspecto físico como signo de identidad siempre ha tenido y tiene un valor en las relaciones interpersonales. Actúa como escape de la persona, mediante el cual cada individuo refleja su ser y su valía. Debemos entender que todo arquetipo, modelo o ideal de belleza, supone entre aquellas personas que lo comparten una enorme presión. Se produce, basándose en este ideal, una diferenciación de los individuos. Aquellos cuyas características encarnan este modelo gozan de la admiración ajena, de aceptación y tienen razones para autovalorarse positivamente, mientras que aquellos que se alejan del mismo padecen generalmente un rechazo y con él, una baja autoestima en este sentido.

Mujeres adolescentes

De acuerdo con el mismo autor, nos encontramos inmersos en una cultura de la comunicación y el consumo. Todo es susceptible de ser vendido o comprado. Debemos desear para después necesitar, y así, se encuentra infinidad de publicidad destinada a crear y mostrar un arquetipo ideal de belleza que debemos

compartir, buscar y alcanzar. Se ha creado un ambiente social en el que de forma constante somos evaluados por nuestro aspecto físico. Importantes industrias de la comunicación, tales como la televisión, el cine o la prensa, se erigen en portavoces y creadores de los estereotipos corporales, y son vehículos de transmisión del mensaje de la delgadez. Un mensaje en el que los valores tan extremos como la belleza y el éxito se solapan y se confunden.

El alarmante incremento de los TCA parece ser el resultado de una sociedad en la que se utiliza el cuerpo como medio de distingo social y la delgadez de éste como sinónimo de éxito, poder y valía. Constantemente se emiten mensajes, estableciendo la delgadez como valor altamente positivo, como meta que alcanzar, como modelo corporal que seguir, convirtiéndolo en el criterio central de evaluación de la persona: ser delgada es sinónimo de triunfo, éxito personal, profesional y social, demuestra que se tiene control sobre una misma y sobre todo lo demás.

Otro factor tradicionalmente relacionado con el riesgo de desarrollar un TCA es la edad de inicio. La adolescencia se ha mostrado como un periodo de la vida íntimamente relacionado con la anorexia. En la adolescencia cobran especial importancia las relaciones sociales y la aprobación o desaprobación de aquellos que lo rodean. La imagen que el adolescente tiene de si mismo se crea a través de unas relaciones en las que sus compañeros, coetáneos y figuras de culto e ídolos adquieren el estatus de ideal personal y jueces. Surge la necesidad de pertenencia a un grupo, de identificación y mimetismo; el adolescente busca la aprobación y la aceptación del grupo, crea un vínculo con ellos; comparte y sigue los mismos valores (Chinchilla, 2003).

De acuerdo con García-Camba (2002), uno de los principales factores socioculturales en los TCA es la dieta. En un estudio publicado recientemente se ha confirmado que la realización de dietas de forma prolongada y estricta constituye el principal factor para el desarrollo de un TCA. Otro aspecto muy importante son los estereotipos sexuales que la sociedad impone a las jóvenes.

Se espera que las jóvenes tengan una mayor orientación interpersonal, lo que las hace más vulnerables a las opiniones y comportamientos de los otros. Por otra parte la belleza es un componente central de la feminidad, lo que a su vez aumenta el valor del estereotipo cultural femenino.

No puede olvidarse el crecimiento exponencial que han experimentado las industrias relacionadas con el adelgazamiento (gimnasios, alimentos dietéticos, etc.) y que han creado el concepto de que lo normal es estar a dieta, delgado y en forma. Esta expansión ha conllevado un paralelo crecimiento de los TCA.

También se ha dicho que la falta de un modelo familiar adecuado puede llevar a buscar modelos populares a los medios de comunicación, el cine, etcétera, que casi siempre son “súper mujeres”. Es probable que las adolescentes que desarrollan trastornos de la alimentación tengan una mayor susceptibilidad a los mensajes de los medios.

Medios de Comunicación

Toro (2004), menciona que, son muy escasas las dudas al atribuir a los medios de comunicación actuales, la difusión y generalización del modelo corporal delgado, así como de muchas otras modas, valores y conductas que no vienen al caso, pero que reinscriben en la progresiva homogeneización cultural de los humanos, por lo menos de los residentes en comunidades económicamente desarrolladas o en vías de desarrollo. Mas la difusión del modelo corporal delgado va ineludiblemente unida a la promoción de insatisfacción corporal y por ende, de trastornos del comportamiento alimentario.

En el actual instante histórico, una gran parte de la humanidad recibe a diario parecidos mensajes, contempla idénticas imágenes, se le provocan las mismas necesidades y se le inculcan valores semejantes. Nunca un mismo mensaje ha llegado tan de prisa a tantas personas. Además, los mensajes son cada vez más visuales y menos auditivos (verbales), aunque estos también cuentan. En cualquier caso, televisión, cine, videos musicales, revistas ilustradas, prensa y radio, carteles, internet, etcétera, constituyen otros tantos canales mediante el que

llegan intermitentemente a cada individuo multitud de consignas y presiones, entre ellas la del cuerpo delgado ideal y los procedimientos para conseguirlo.

3.2.3. Factores Precipitantes de la Anorexia Nervosa

De acuerdo con Gismero (1996), no existe un factor precipitante único. En la anorexia nervosa se habla de pérdidas (separaciones de los padres, muertes, ausencia del hogar, etc.); relaciones sexuales o aproximaciones a ellas, que suponen nuevas demandas de adaptación; aumentos de peso; comentarios críticos o ridiculizantes; enfermedades físicas; fracasos personales (académicos, deportivos, relacionales, etc.). Algunos autores consideran que el acontecimiento disparador o estresante se percibe como una amenaza de pérdida de autocontrol y como una amenaza o pérdida real de autoestima, que llevaría a una preocupación mayor por su cuerpo y a la creencia de que se sentirán más en control de su persona o su vida si continúan perdiendo peso.

Chinchilla (2003), refiere que, cuando se valora el curso de la anorexia en un paciente determinado, generalmente aparecen hechos cronológicamente previos a la aparición de la enfermedad que parecen actuar como desencadenantes de ésta, como: cambios corporales propios de la adolescencia, separaciones y conflictividad familiar, pérdidas de seres queridos, primeros contactos sexuales, fracaso en las relaciones sexuales, fracaso en las relaciones sociales, cambios en la aceptación por parte de los compañeros; son situaciones que se encuentran de forma casi constante en la génesis de este trastorno.

De acuerdo con el mismo autor, las pacientes datan el inicio de su enfermedad en relación con dietas comenzadas a consecuencia de comentarios peyorativos sobre su cuerpo, marginación en competiciones a causa del físico o comentarios obscenos en relación a éste. En otras ocasiones, estas dietas son consecuencia de conductas de mimetismo, secundarias a enfermedades somáticas, o por necesidades deportivas y/o profesionales. De alguna manera el paciente fracasa en el proceso de adaptación que requiere estas vivencias, se torna depresivo y

busca soluciones en un estatus corporal que no sea motivo de vergüenza. Lo que en ocasiones comienza como una dieta con perspectivas normales, acaba progresando hacia un cuadro autónomo en el que el paciente pierde el control y perturbaciones cognitivas y perceptivas van a hacer que el cuadro se desarrolle y perpetúe.

3.2.4. Factores de Mantenimiento en la Anorexia Nervosa

Chinchilla (2003), menciona que la propia enfermedad en su génesis y establecimiento conlleva a la creación de unos valores y cogniciones distorsionadas, que determinan la perpetuación de ésta. La continua evaluación estética a la que se somete el enfermo, su temor exagerado e irracional a aumentar de peso, acompañado muy frecuentemente de una presión sociocultural ya definida, provoca un progresivo empoderamiento de las conductas alimentarias.

De forma constante existe una tendencia a percibir de manera distorsionada la propia corporalidad, la dificultad en la identificación de los sentimientos y los estados de necesidad internos junto con vivencias de falta de control sobre el propio destino y de ineficacia personal. A este respecto, se ha defendido la importancia que supone para el paciente anoréxico el control sobre el propio peso como vivencia de poder, contrarrestando de algún modo los sentimientos de ineficacia en otras esferas, si bien el fracaso en este control del peso también puede intensificar la valoración negativa de su imagen corporal.

Es evidente que existe una exagerada sensibilidad del paciente anoréxico ante toda información relacionada con el aspecto físico y que el ambiente social en que vivimos hace muy difícil el abordaje de estas alteraciones cognitivas.

De acuerdo con el mismo autor, desde el punto de vista orgánico, algunos de sus cambios metabólicos y en concreto sus alteraciones gastrointestinales pueden provocar sensaciones de distensión y saciedad precoz que dificultan el proceso de realimentación de los pacientes anoréxicos.

Las relaciones familiares se ven gravemente alteradas en este tipo de pacientes, tornándose conflictivas, lábiles, en ocasiones incoherentes y con un aumento de sintomatología afectiva y ansiosa, tanto en la paciente como en la familia, lo que conlleva a una peor evolución de la enfermedad.

Hay un progresivo deterioro en la esfera social de la paciente. De forma casi generalizada, se forma un distanciamiento de la paciente, con conductas de evitación, pérdida de intereses sociales y retraimiento que conllevan a una pérdida de la capacidad de distracción de la paciente y facilitan que centre su atención en la alimentación.

El progresivo estado de desnutrición de los pacientes con trastornos de la alimentación provoca modificaciones orgánicas y entraña cambios psicológicos de gran importancia en la perpetuación de la enfermedad. A medida que progresa la enfermedad, el comportamiento se hace más obsesivo-compulsivo, se exageran los rasgos de personalidad previa y se observa una disminución de los intereses con tendencia al retraimiento y a la irritabilidad, desarrollándose un estado de ánimo depresivo. Una vez que se han producido, estos cambios psicológicos van a actuar como factores de mantenimiento de la anorexia nerviosa. Por ejemplo, el retraimiento social y la pérdida de intereses van a dar lugar a una mayor fijación de su interés por la alimentación (Chinchilla, 2003).

3.3. Bulimia Nervosa

Bulimia significa “hambre de búey”, se deriva del griego “*bous*” búey y “*limos*” hambre. Mientras que el adjetivo “nervosa” expresa su origen “Psicológico” (Palma, 1997).

De acuerdo con Toro (1996), la bulimia nervosa se trata de un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. En principio, el bulímico no desea en absoluto incurrir en el atracón.

Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir, sobre la silueta corporal. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etc. la restricción alimentaria, los ayunos compensatorios, son también mayoritarios, casi universales. El paciente bulímico experimenta permanentemente alteraciones del estado de ánimo, con tristeza y ansiedad en primer plano y unos sentimientos de culpa.

Los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz constituyen el elemento central de la sintomatología bulímica. Cada atracón suele ir precedido de una sensación compleja y entremezclada de hambre imperiosa y ansiedad aguda. El malestar consiguiente sólo parece solucionarse mediante el atracón. En la gran mayoría de los casos la aparición de estos atracones va precedida de períodos de restricción alimentaria. En general, los vómitos y otras conductas compensatorias de los atracones suelen dar lugar prácticamente siempre a restricciones alimentarias por lo menos intermitentes.

Cuando los atracones ya están establecidos, suelen precipitarse por distintas circunstancias. Los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) son desencadenantes usuales. Pero también lo son las situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana que, previamente, han quedado asociadas a los atracones (situaciones condicionadas).

Las características cognitivas de los pacientes bulímicos son muy semejantes a las observadas en los anoréxicos, especialmente en lo que concierne a sus pensamientos y actitudes relacionados con el peso, el cuerpo y la alimentación.

La diferencia más notable radica en que el bulímico típico suele experimentar dificultades en el control general de sus impulsos, es decir, no solamente de los relativos al área alimentaria; de ahí la frecuencia, en bulímicos, del consumo de tóxicos, la promiscuidad sexual, los cambios de pareja o trabajo, e incluso de robos y mentiras. El anoréxico restrictivo prototípico, por el contrario, peca de hipercontrol (Toro, 1996).

García- Camba (2002), menciona que la sintomatología bulímica está siempre marcada por los episodios recurrentes de ingesta voraz durante los cuales el paciente pierde totalmente el control. Los episodios bulímicos suelen darse más bien a partir de media tarde y por lo general, incluyen todo tipo de alimentos, aunque en algunos estudios se ha demostrado que los pacientes tienden a ingerir alimentos considerados tabú para ellos. Estos episodios generan sentimientos de autodesprecio y ánimo depresivo que conducen a la puesta en marcha de mecanismos compensadores, que son diferentes en los subtipos de bulimia. En el tipo purgativo el paciente recurre a vómitos autoinducidos y utiliza laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio actual. En el tipo no purgativo la compensación se lleva a cabo por medio del ayuno y el ejercicio excesivo, pero no suele haber vómitos autoinducidos ni tampoco abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio bulímico. El último aspecto característico de la bulimia es la preocupación persistente por el peso y la figura.

3.3.1. Diagnóstico de la Bulimia Nervosa

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002), los criterios diagnósticos de bulimia nervosa son los siguientes:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:
 - 1. Comer en un periodo corto de tiempo una importante cantidad de comida más que la que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de personas.
 - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- A. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, para prevenir la ganancia de peso, como son: vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos y otros fármacos; ayuno o ejercicio excesivo.
- B. Frecuencia de al menos dos atracones por semana y conductas compensatorias inapropiadas durante un periodo de tres meses.
- C. Autoevaluación negativa influida por el peso y figura corporal.
- D. El trastorno no ocurre exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Para la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos mentales y del Comportamiento (CIE-10, 1994, p.146), los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa son los siguientes:

- A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, con episodios de

polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.

B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno, consumo de fármacos, como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C. El trastorno psicopatológico básico de la bulimia consiste en un miedo morboso a engordar. El enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo y sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz de anorexia 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.

3.3.2. Factores Predisponentes de la Bulimia Nervosa

Factores familiares

Chinchilla (2003), menciona que los factores familiares pueden ser de tipo genético-hereditarios o bien educacionales. En relación con los factores hereditarios, en la BN hay una mayor proporción de patología psiquiátrica en sus familiares de primer grado respecto a la población general, fundamentalmente en cuanto a consumo de alcohol y otras adicciones, trastornos alimentarios y depresiones. La influencia genética en la AN es muy superior a la encontrada en la BN, lo que apoya una mayor carga sociocultural en esta última. La supuesta vulnerabilidad genética en la BN podría actuar directamente aumentando la predisposición a la obesidad o a una estructura de personalidad, que a su vez actuaría como factor predisponente para el desarrollo del trastorno.

En cuanto a los factores familiares educacionales, suele tratarse de familias con relaciones conflictivas, desorganizadas y con escasa confianza entre sus miembros, con interacciones de control y dependencia emocional mutua. También existe una falta de afecto y empatía de los padres hacia las pacientes bulímicas, las cuales, a su vez, no guardan grandes esperanzas en cuanto a la ayuda y comprensión que puedan recibir por parte de la familia.

García-Camba (2002), menciona que en los familiares de las pacientes con bulimia se ha observado incidencia de hábitos dietéticos, de obesidad y madres con alteraciones de la percepción de su imagen corporal y con insatisfacción corporal.

Alteraciones neurobiológicas

De acuerdo con Chinchilla (2003), los estudios de neurotransmisores apuestan a que tanto en las pacientes bulímicas con normopeso como en las anoréxicas bulímicas existe una disminución de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica, así como una alteración del *turnover* de dichos neurotransmisores.

La serotonina es el neurotransmisor más conocido de los implicados en la regulación de la conducta alimentaria. A nivel experimental se ha demostrado que regula la alimentación actuando sobre la zona ventromedial del hipotálamo, produciendo un inicio precoz de la sensación de saciedad, una disminución de la cantidad de comida ingerida y de la velocidad de la ingesta y una reducción, en particular, de la apetencia por hidratos de carbono. No modifica la frecuencia de las comidas y tiene una acción preferente en el desayuno. En la BN existiría una hipofunción serotoninérgica que explicaría la ausencia de saciedad con los atracones de comida, la termogénesis y metabolismo basal disminuidos y también las alteraciones en cuanto a la impulsividad y los trastornos afectivos que se verán incrementados.

El segundo neurotransmisor relacionado con la etiopatogenia de la BN es la noradrenalina, que interviene en la regulación del control alimentario de una forma compleja. De modo experimental, al estimular los receptores noradrenérgicos en el núcleo paraventricular se produce un aumento de la cantidad de comida ingerida, con retraso de la sensación de la saciedad y una mayor preferencia por los hidratos de carbono, con disminución de la apetencia por proteínas.

De acuerdo con el mismo autor otro neurotransmisor implicado en la conducta alimentaria es la dopamina, que actúa en la alimentación como indicador de la saciedad y de la respuesta hedónica a la comida. Se ha observado que tienen efecto dosis-dependiente, de modo que dosis bajas de dopamina estimulan la alimentación y dosis altas la inhiben. De este modo, en las pacientes bulímicas se encontraría una hipofunción dopaminérgica.

La colecistocinina (CCK) es un péptido secretado en la mucosa intestinal tras la ingesta y que ejerce su acción a través de vías aferentes vagales disminuyendo el vaciamiento del estómago y aumentando la sensación de saciedad. En las BN se encuentran niveles inferiores de colecistocinina posprandial que justificarían la disminución de la saciedad y el favorecimiento de los atracones.

Cabe mencionar las alteraciones de la insulina que se producen en estas pacientes. Dada la alta frecuencia de atracones de dulces, el organismo ha de adaptarse de modo que el azúcar se absorbe rápidamente antes de vomitar, con un aumento de los niveles de insulina y de la sensación de hambre. El incremento de la insulina y la disminución en la ingesta de los alimentos produce más hambre e hipoglucemia perturbando el problema de los atracones (Chinchilla, 2003).

Factores Psicológicos

Chinchilla (2003), menciona que desde el punto de vista psicológico cognitivo, las pacientes bulímicas se muestran insatisfechas con su imagen corporal puesto que su percepción alterada las lleva a verse más gordas de lo que están, se hallan

obsesionadas con evolucionar hacia la obesidad, muestran una tendencia al perfeccionismo compensador y sentimientos de insuficiencia y disfórico-distímicos. Strober (1991, citado en Chinchilla, 2003) señala rasgos de personalidad predisponentes, como la búsqueda de emociones, excitabilidad, falta de persistencia, tendencia a la disforia ante situaciones de rechazo o de falta de gratificación y preocupación por el peso y la figura. Bajo la misma conducta se distinguen dos tipos de pacientes. Uno se caracteriza por la presencia de desinhibición, inestabilidad afectiva, impulsividad y dificultades temperamentales manifiestas desde a infancia.

Trastornos afectivos

Chinchilla (2003), menciona que los trastornos afectivos constituyen la alteración psicopatológica más frecuente en la BN encontrándose en una comorbilidad depresiva de hasta el 25%. Aunque los resultados de los estudios realizados no aclaran de forma concluyente la relación entre bulimia y depresión, en la actualidad se tiende a considerar que la sintomatología afectiva presente en estas enfermas es secundaria al trastorno alimentario. Este criterio se apoya en la aparición de un humor depresivo después de los atracones que desaparece al cesar éstos, se observa una evolución paralela a la del trastorno alimentario.

Abuso de alcohol y otras sustancias

Al igual que en el alcoholismo y en la adicción a drogas psicoestimulantes, en la BN existe un descontrol de los impulsos y como se ha observado en diversos estudios, un importante número de pacientes bulímicas presentan historia de consumo de estas sustancias. Tanto en el grupo de pacientes bulímicos como en el de adictos a alguna sustancia hay una mayor pérdida de control, preocupación por la sustancia o la comida, uso de esta para superar el estrés y los sentimientos negativos, ocultación y persistencia en la adicción al no obtener los objetivos buscados (Chinchilla, 2003).

Trastornos de personalidad

Siguiendo con el mismo autor, no se puede determinar de forma exacta si la bulimia es la causa o la consecuencia del trastorno de personalidad. En los estudios realizados en pacientes bulimicos se obtienen datos muy dispares debido a las dificultades metodologicas, pero parece haber acuerdo en que los trastornos de menor frecuencia son el trastorno paranoide, el esquizoide y el esquizotípico cuya prevalencia sería menor de 10%. Los trastornos de personalidad de tipo límite, histriónico, narcisista y antisocial, encontrándose con prevalencias muy variables y con porcentajes de intervalos elevados.

Factores socioculturales

Existe un claro rechazo al sobrepeso independientemente de la clase social, aunque antes era más patente en clases sociales altas. El rechazo del sobrepeso determina que se desarrolle con facilidad una insatisfacción respecto de la imagen corporal que puede adquirir posteriormente características de ideación sobrevalorada. Las pacientes bulímicas presentan con frecuencia insatisfacción con su imagen corporal previa al desarrollo del trastorno alimentario y dicha insatisfacción con la imagen es un claro factor predictor de conductas de dieta, que representa a su vez, el precursor conductual más frecuente en la BN (Chinchilla, 2003).

3.3.3. Factores Desencadenantes de la Bulimia Nervosa

El precursor conductual que con mayor frecuencia se encuentra en pacientes bulímicas es la dieta. La restricción dietética es el principal desencadenante, pero a ésta restricción se puede llegar por diferentes vías. Aproximadamente, la mitad de las pacientes bulímicas han desarrollado con anterioridad un cuadro de AN en la cual la restricción alimentaria puede considerarse como desencadenante, en

otros casos, es el sobrepeso que es vivido de forma insatisfactoria, el que conduce directamente a la dieta.

La continuación de las conductas restrictivas tras el inicio de la dieta originaría transgresiones dietéticas vividas por los pacientes de forma descontrolada y con crecientes sentimientos de culpa. Durante dichas transgresiones las cantidades de comida ingeridas pueden ser muy importantes llevando de forma equívoca a una mayor restricción, de modo que es en éstas fases de alternancia de episodios bulímicos y de restricción intensa en las que se alterna la regulación del sistema de control del apetito. Dicha alteración se agrava definitivamente al aparecer el vómito como conducta compensatoria (Chinchilla, 2003).

3.3.4. Factores Perpetuantes de la Bulimia Nervosa

El más importante es la persistencia y la gravedad de los factores predisponentes. El principal precursor conductual es la restricción dietética y ésta conducta no se modificará mientras se mantenga la insatisfacción con la imagen corporal y la preocupación excesiva por el peso. Debe considerarse también como factor perpetuante la continuidad en la alteración conductual de los mecanismos reguladores de la conducta alimentaria por la alternancia de restricción, atracones y vómitos (Chinchilla, 2003).

3.4. Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TANE)

La categoría “trastorno de la conducta alimentaria no especificado” se refiere a los pacientes que, si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria (anorexia y/o bulimia nerviosa) A continuación se enlistan los criterios diagnósticos del TANE (DSM-IV-TR 2002):

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, 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.
4. 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).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (vómito autoinducido).

3.5.Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado, Trastorno por Atracón (TANE 6)

TANE 6. En el DSM-IV se define “atracón” como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. Un periodo corto significa un periodo limitado, por lo general inferior a dos horas. El atracón no tiene porque producirse en un sólo lugar. No se considera atracón el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, casi siempre se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un determinado tipo de alimento, como los carbohidratos. Los atracones se realizan por lo general a escondidas o con disimulo. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.

3.6. Incidencia o Prevalencia de los TCA

En México no hay datos sobre la incidencia y prevalencia de los TCA en adolescentes pero se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años), presentan alto riesgo de padecer un TCA, la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, en población mayor de 18 años, destacó una prevalencia de bulimia de 0.6% en hombres y 1.8% en mujeres. La AN y BN están relacionadas con una tasa de morbilidad de 33% después de casi 12 años de la primera admisión en servicios hospitalarios; se han reportado tasas de mortalidad estandarizada de 9.6, siendo las principales causas de muerte las arritmias y enfermedades infecciosas (Barrigüete, Parra y Rivera, 2005 p. 309).

CAPITULO 4

Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.1. Factores de Riesgo en TCA

Los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado del sujeto individual y/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 facilitando las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez Pérez-Mitre, 2001).

Lemos (1996, citado en Gómez Pérez-Mitré, 2001), define riesgo como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado. Es importante señalar que los factores de riesgo guardan relaciones complejas con los trastornos clínicos, por lo que estos están relacionados con diferentes factores de riesgo y no con uno sólo. Así el riesgo de desarrollar alguna alteración es el resultado de la interacción de disposiciones personales y de factores de riesgo.

Los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria se han clasificado desde diferentes perspectivas:

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (2001), los factores de riesgo en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria son:

1. Factores de riesgo asociados con imagen corporal, satisfacción/insatisfacción; alteración (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 actividad ligada a la delgadez, entre otras.

2. Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva; 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. Aquellas prácticas compensatorias tales como: ejercicio excesivo (10 horas o más /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 (> 2 litros/día) y de fibra.

Entre los factores de riesgo asociados con imagen corporal, el de los trastornos en la autopercepción del tamaño corporal, era considerado hasta hace poco como no demostrable (debido a la carencia de estudios en adolescentes normales). Se ha demostrado, sin embargo, que es una predisposición más que una secuela de la patología de los TCA, en tanto, se le ha encontrado frecuentemente entre los adolescentes y aún en pre-adolescentes de poblaciones abiertas (Gómez Pérez-Mitré, 2001 pp.21-22).

Striegel-Moore y Steiner-Adair (2000, p.28), realizaron una recopilación de factores de riesgo para incidencia de la anorexia nervosa:

- Ingresos elevados y alto nivel educativo de los padres
- Problemas alimentarios en la primera infancia
- Autoestima baja
- Predominio de conductas neuróticas
- Sobreprotección materna
- Algún pariente de sexo femenino que sufre de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa
- Psicopatología de los progenitores
- Abuso sexual en la infancia

Striegel-Moore y Steiner-Adair (2000, p.28), realizaron una recopilación de factores de riesgo para incidencia de la bulimia nervosa:

- Menarca temprana
- Locus extremo del control
- Obesidad en la infancia
- Preocupación por el peso
- Presión social respecto del peso y/o la alimentación
- Dietas familiares
- Trastornos alimentarios en los miembros de la familia
- Psicopatología de los progenitores
- Crianza inadecuada
- Abuso sexual en la infancia

De acuerdo a Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer y Stewart (2004 p.64), los factores de riesgo para desordenes alimentarios son los siguientes:

Factores sociales y generales

Género (sexo)

Raza/Etnicidad

Participación en subculturas de profesión relacionadas con el peso
(Bailarina, modelo, atleta, gimnasta, etc.)

Orientación sexual; para hombres: homosexualidad

Factores familiares

Obesidad paterna

Psicopatología paterna

Interacción familiar/Forma de comunicación, Expresión de emociones

Factores de desarrollo

Edad adolescente

Obesidad premórbida, alto índice de masa corporal

Melindrosa, problemas en el comer, pica

Problemas en la alimentación y digestión

Comentarios críticos y molestos sobre peso y figura

Maduración puberal temprana
Desordenes de ansiedad en la niñez

Eventos de vida adversos

Abuso sexual o físico
Otros eventos estresantes o adversos

Factores de comportamiento y psicológicos

Dietas, comidas restringidas
Sobrepreocupación por el peso y la figura, insatisfacción corporal/
Imagen corporal negativa, alta fijación por la delgadez
Baja sensibilidad a estímulos
Baja autoestima
Perfeccionismo, desorden de personalidad obsesiva-compulsiva
Depresión, desordenes de ansiedad, abuso de alcohol y/o sustancias,
desestabilizada afectiva
Aprehensividad
Alto nivel de ejercicio

Factores biológicos

Factores genéticos
Disturbios neuroendócrinos y metabólicos
Cambios en la densidad de receptores
Cambios electroencefalográficos
Cambios en la regulación de hambre y saciedad.

Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer y Stewart (2004), realizaron los siguientes cuadros para explicar gráficamente los factores de riesgo en trastornos alimentarios:

Principio de un Desorden Alimentario

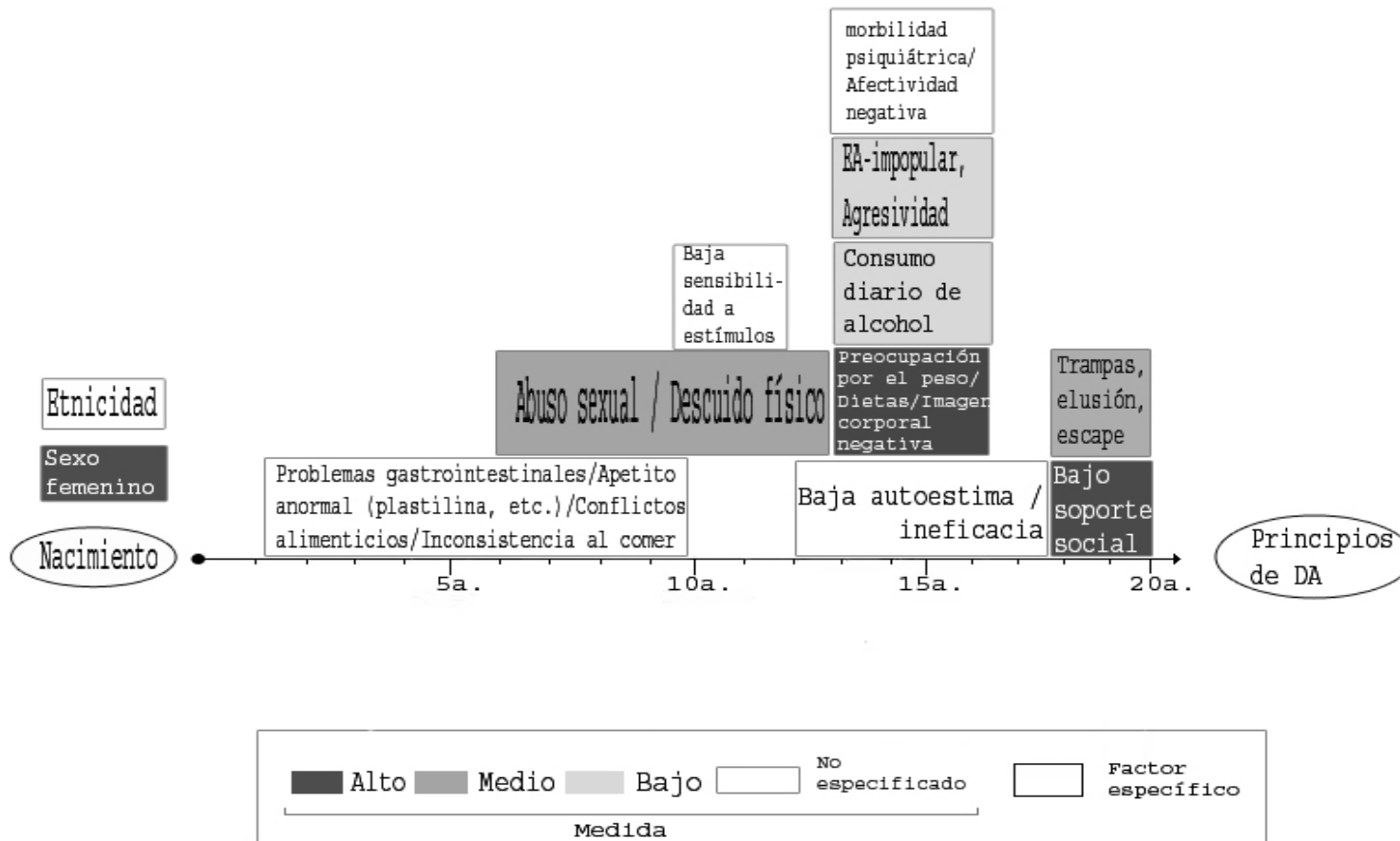


Figura 4.1. Cuadro de factores de riesgo para desordenes alimenticios de estudios longitudinales. EA= Existencia de autoconocimiento, DA= Desorden alimenticio, A= Año. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *American Psychological Association*. Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer H. & Stewart W. (2004 p.51).

Principios de Anorexia Nervosa

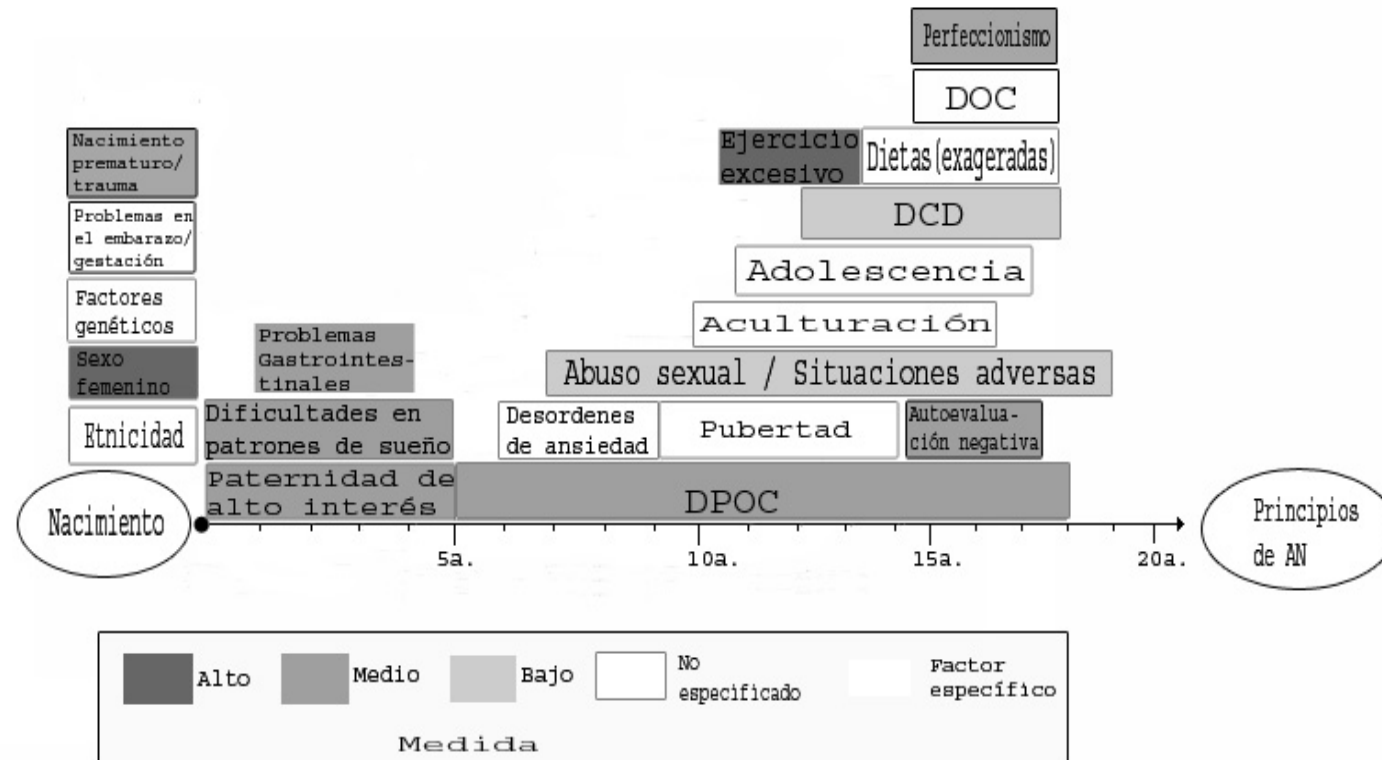


Figura 4.2. Cuadro de marcadores fijos, variables y complementos relacionados de la Anorexia Nervosa de estudios de una sección representativa. DOC= Desorden obsesivo-compulsivo, DCD= Desorden de cuerpo dismórfico, DPOC= Desorden de personalidad obsesiva-compulsiva, A= Año, AN= Anorexia Nervosa. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. American Psychological Association. Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer H. & Stewart W. (2004 p.52).

Principios de Bulimia Nervosa

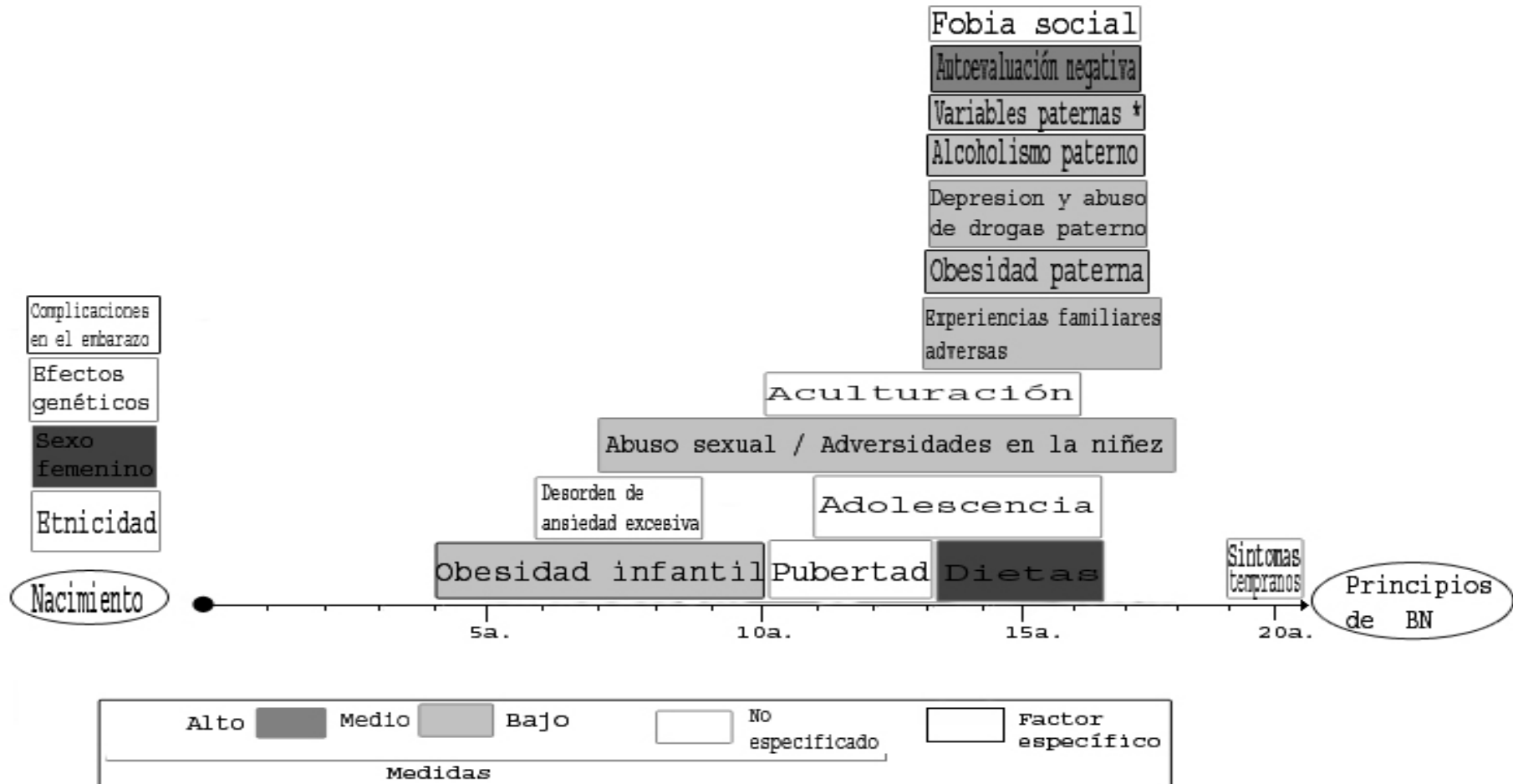


Figura 4.3. Cuadro de marcadores fijos, variables y complementos relacionados de la Bulimia Nervosa de estudios de una sección representativa. BN= Bulimia nervosa, A= Año. *Críticas sobre el peso, poco contacto, altas expectativas. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *American Psychological Association*. Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer H. & Stewart W. (2004 p.53).

4.2. Imagen Corporal

Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel (2001), se complementan para proporcionar una amplia perspectiva sobre imagen corporal: 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 ellas, 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 (por ejemplo, los que se sufren en la pubertad), por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Asimismo, el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. Habría que agregar la influencia que tiene el contexto socioeconómico y el entorno cultural en la construcción de la imagen corporal, en tanto que ésta puede diferir según la edad, el género y la clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas.

Raich (2000), menciona que la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente, desde el punto de vista neurológico la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona y sus alteraciones son el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical. Igualmente define la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Es importante distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos con influencia en el autoconcepto.

Baños, Botella y Perpiña (2000), recopilan algunas definiciones sobre imagen corporal:

- Schilder (1923), define la imagen corporal como “la imagen que forma nuestra mente del propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”.

- Slade (1988), menciona que es la “representación mental que tenemos del tamaño, figura y forma de nuestros cuerpos y de las demás partes que lo componen, es decir, la forma en que vemos nuestro cuerpo y la forma en que creemos que los demás nos ven”.

- Cash y Pruzinsky (1990), resumen en varias características las claves de la imagen corporal:

a) La imagen corporal se compone de percepciones, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo y la experiencia corporal:

- Percepciones: A lo largo del desarrollo y dentro de un marco cultural, construimos imágenes de la forma o el tamaño de varios aspectos del cuerpo.
- Cogniciones: Pensamientos, creencias y auto-afirmaciones sobre el cuerpo y las experiencias corporales.
- Emociones: Experiencias de comodidad/incomodidad, de satisfacción o insatisfacción asociada con nuestra apariencia, o con nuestra experiencia o con nuestra experiencia corporal.

b) Las experiencias de la imagen corporal están unidas a los sentimientos sobre el yo.

c) Está determinada socialmente: El desarrollo de la imagen corporal se produce de manera paralela al desarrollo evolutivo y cultural de la persona.

d) No es un constructo estático: Los aspectos de nuestra experiencia corporal están continuamente cambiando.

- e) Influye en el procesamiento de la información: Las personas que son esquemáticas con respecto al aspecto físico procesan la información en términos de competencia en atractivo corporal.
- f) La Imagen Corporal (IC) influye en la conducta.
- g) Es una experiencia totalmente subjetiva y personalizada: No tiene porqué ser congruente con la realidad objetiva.
- h) Las experiencias relacionadas con el cuerpo ocurren en distintos niveles de conciencia (Baños, Botella y Pepiña, 2000 pp. 16-18).

De acuerdo con Rosen (1992, citado en Raich, 2000), imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Es decir, que se complementan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales.

Thompson (1990, citado en Raich, 2000 pp.24-25), concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

1. *Un componente perceptual.* Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente de lugar a la sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).
2. *Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo).* Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

3. *Un componente conductual.* Conductas de la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

Para Cash y Pruzinsky (1990), la imagen corporal implica:

1. *Perceptualmente*, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo.
2. *Cognitivamente*, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal.
3. *Emocionalmente*, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la experiencia externa.

Raich (2000), menciona que la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como el movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

4.2.1. Características de las Alteraciones de la Imagen en los Trastornos Alimentarios.

Baños, Botella y Perpiña (2000), mencionan las siguientes características de las alteraciones en los TCA:

a) Alteraciones en la estimación del tamaño.

- Sobreestimación del tamaño corporal: Suele ser una de las distorsiones más comunes.

- Sobreestimación del peso: la sobreestimación no sólo se produce en términos del tamaño de la forma corporal, sino también en el “número” del peso que la paciente cree (siente) tener.

- Distorsión de la conciencia del tamaño: en éstas pacientes no existe un reconocimiento de su demacración, pese a las evidencias de su forma corporal o de su peso.

- Aspectos “disociativos”: Algunas pacientes parecen afirmar “yo no soy esa” cuando se refleja su imagen en un espejo, mostrando la discrepancia que existe entre la imagen mental de sí misma y la de su imagen objetiva. Por otra parte, algunas pacientes parecen tener fragmentados su imagen y esquema corporal, mostrando su perplejidad al no saber a qué información atender: a su imagen reflejada en un escaparate, al número del peso, a sus sensaciones de sentirse hinchada, al agujero de su cinturón, etc.

- Desconfianza de la información de los demás: Desconfían de la opinión de los otros, sólo confían en sus propios juicios e indicios.

- Auto-evaluación rígida y extravagante: El cuerpo de las pacientes se convierte en la medida de toda su valía y se somete a comparaciones imposibles, como compararse (y desea tener) el cuerpo de otra persona, o el suyo propio pero cuando estaba más demacrada o incluso cuando era más joven. También es habitual que evalúe su progreso utilizando “marcadores” como cinturones, un pantalón de varias tallas menos de la que correspondería, o la saliencia del hueso de la rodilla o de la costilla.

b) Actitudes, creencias y sentimientos alterados con respecto al cuerpo.

La gama de actitudes y emociones que sienten éstas pacientes con respecto a su cuerpo, aunque versa sobre el mismo tema (insatisfacción y gran preocupación por la silueta y el peso), tiene diferentes matices:

- Insatisfacción, asco: Aunque la ansiedad puede aflorar cuando las pacientes muestran u observan su cuerpo, es mucho más frecuente los sentimientos de asco y malestar.

- Pensamientos automáticos negativos: Se observa un lenguaje corporal negativo y repleto de adjetivos muy globalizadores y, sobre todo, despectivos.

- Auto-importancia morbosa de su apariencia demacrada: se han encontrado pacientes que, lejos de sobrestimar, reconocer el estado de demacración en el que se encuentran y suelen ser las que están absolutamente orgullosas sintiéndose, de alguna manera, importantes por haber conseguido ese aspecto esquelético.

- Dimensión fundamental en la valoración como persona: Lo que más diferencia la insatisfacción de éstas pacientes de la que es habitual en el resto de mujeres, es el valor que la apariencia física tiene en su concepto, estima y valía como personas.

c) Alteraciones comportamentales.

También se encuentran importantes alteraciones comportamentales con respecto al cuerpo. Se pueden encontrar conductas de evitación: de algún tipo de actividad (pesarse, mirarse al espejo...); de gente (atractiva, chicos...); de lugares (piscinas, gimnasios...); de posturas (Baños, Botella y Perpiña, 2000 pp. 18-21).

4.2.2. Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal.

La satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal significa una evaluación del propio cuerpo realizada por el individuo, es por ello que Cooper y Taylor (1988, citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993), la definen como los sentimientos satisfactorias o insatisfactorios que la persona experimenta hacia el propio cuerpo en término de tamaño y apariencia.

Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1997), mencionan que la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se refiere al grado de discrepancia entre la figura actual y la ideal cuyo predictor es la dirección o nivel de la autopercepción negativa o positiva. También es considerada como factor de riesgo, su origen es de carácter psicológico-social y es de naturaleza cognoscitiva ya que involucra un proceso de conocimiento donde interactúan procesos como aprendizaje y pensamiento actitudinal que expresa afecto, aceptación o rechazo hacia la propia imagen corporal.

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1995), satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, igualmente, indica que la naturaleza de esta variable se podrá apreciar en el origen tanto psicosocial, como en la naturaleza cognoscitiva, esto debido a la intervención de los procesos perceptivos de aprendizaje y de pensamiento, así mismo puede ser actitudinal porque expresa efectos y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal.

La insatisfacción corporal constituye un malestar producido por la percepción y la evaluación estética subjetiva de la imagen corporal, la insatisfacción corporal es también conocida como estima corporal negativa consecuencia de la discrepancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal, ésta insatisfacción probablemente representa el principal factor que antecede el deseo y conductas de adelgazar y éstas a su vez pueden determinar el inicio de un trastorno de la conducta alimentaria (Toro, 2004).

Raich (2000), menciona que tener una buena o mala imagen corporal influirá en los pensamientos, sentimientos y conductas y no sólo en las propias, sino en la

manera en cómo respondan los demás. La imagen corporal no es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de los años de la vida, tiene un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia, pero esta mantenida por diversas circunstancias y maneras de interpretarlas del momento actual.

4.2.3. Problemas relacionados con una mala imagen corporal.

Los problemas con la imagen corporal tienen que ver con gran cantidad de alteraciones o disgustos que se producen cotidianamente de una manera regular. Es muy generalizado el que una pobre imagen corporal vaya asociada a una baja *autoestima*. Estudios realizados confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen. Igualmente está relacionada la insatisfacción con la imagen corporal con la *identidad de género*, o los sentimientos de feminidad o masculinidad, algunas personas creen que no poseen las cualidades que deberían por pertenecer a uno u otro género y por el contrario, creen que poseen unas características que son más propias del otro género que del que uno tiene, este tipo de creencias puede hacer disminuir su aceptación como persona. Una imagen corporal negativa puede causar *ansiedad* interpersonal ya que si la persona no es capaz de aceptarse creará que los demás tampoco podrán hacerlo, generando incomodidad o inadecuación en sus interacciones sociales. La preocupación del propio cuerpo puede causar problemas de *relación sexual*, pues puede provocar miedos al mostrar el cuerpo desnudo, especialmente la parte que se considera más desagradable, lo que influye en la calidad de relación (Raich, 2000).

4.2.4. Teorías y modelos de insatisfacción con la imagen corporal.

Raich (2000), recopila las siguientes siete teorías y modelos:

1. Teorías socioculturales

Las teorías socioculturales definen que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y vehiculado por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de las mujeres de una cultura debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico en las mujeres. El ideal estético corporal imperante en la actualidad cae dentro del peso muy bajo: ser bella es igual a ser delgada, y es biogenéticamente difícil de conseguir. Cuanto más piensa la mujer que lo que es gordo es feo, lo delgado bello y lo bello es bueno, más va a intentar adelgazar y va a sentirse más preocupada por poco que engorde. Esto facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, derivado en insatisfacción corporal.

2. Teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal

La presión sociocultural hacia un modelo corporal delgado potencia la preocupación por el peso, esto conduce a un gran número de mujeres a compararse con el ideal socialmente sancionado, la probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera insatisfacción corporal. La discrepancia entre el modelo que una persona ha elegido (o al que se ha visto avocada por la presión cultural) genera una enorme insatisfacción que no se reduce al aspecto personal, sino que generaliza a otras importantes áreas como la autoestima, haciendo que la persona deje de valorar o subestime cualquier otra área de sus capacidades o incluso de su aspecto corporal.

En estudios controlados se ha visto que existe relación entre la discrepancia del ideal y de presión, insatisfacción corporal y trastornos alimentarios. También se ha observado que la tendencia a compararse a otras personas en cuanto al peso se relaciona directamente con sentirse gorda y esto a sentimientos depresivos y malestar.

3. Teoría del desajuste adaptativo

Esta teoría implica que la imagen corporal está dotada de cierta estabilidad, de manera que los cambios recientes en el tamaño corporal no se incorporan de manera inmediata persistiendo durante cierto tiempo la representación mental anterior. La sobreestimación observada en anoréxicas se explicaría de la siguiente manera: la pérdida de peso y el tamaño corporal disminuido, no se habrían integrado todavía en la imagen corporal, persistiendo la representación de las dimensiones corporales previas a la pérdida de peso.

4. Hipótesis de la sensibilización anormal

Otros autores plantean que, por ejemplo, la sobreestimación en las anoréxicas podría reflejar su intenso miedo a engordar. En otras palabras, la sobreestimación sería una proyección a nivel perceptual, de las preocupaciones por el tamaño y el peso.

5. Modelo de Williamson

Williamson (1990, citado en Raich, 2000) elaboró un modelo compuesto por tres variables principales:

1. Distorsión perceptual del tamaño. Éste parámetro se obtiene al dividir la estimación que el sujeto hace de su tamaño corporal por el tamaño real.
2. Preferencia por la delgadez. Puede conceptualizarse como el tamaño corporal ideal, utilizado como estándar para juzgar el propio cuerpo y el de los demás.

3. Insatisfacción corporal. Se ha ampliado como índice de insatisfacción corporal a discrepancia entre el tamaño corporal estimado y el tamaño corporal ideal. Una gran divergencia entre tamaño estimado e ideal es síntoma de gran insatisfacción.

6. Modelo de Richards, Thompson y Covert

Richards, Thompson y Covert (1990, citados en Raich, 2000), propusieron un modelo causal que incorpora variables hipotéticamente de una imagen corporal negativa y la conexión de éstas con disfunción alimentaria. Del modelo propuesto las variables que resultaron causalmente relevantes en la gestación de una imagen corporal negativa resultaron ser: el peso objetivo en el momento actual, historia de burlas por la apariencia física y peso percibido.

El modelo predice que el sobrepeso provocaría un incremento en las burlas emitidas por los hermanos, amigos y conocidos, derivado en una más pobre imagen corporal. Sin embargo, existiría un efecto directo del estatus del peso sobre una imagen corporal negativa, independientemente de haber recibido burlas o no de los pares. Es interesante que el peso percibido, al margen del peso real, tenga también una influencia causal sobre una imagen corporal negativa. Este modelo se centra únicamente en las alteraciones actitudinales de la imagen corporal y su propósito principal no es dar una explicación exhaustiva de los factores causales de las alteraciones de la imagen corporal, sino de la conexión de éstas con los trastornos alimentarios.

7. Modelo de Raich, Torras y Mora

Raich, Torras y Mora (1997, citados en Raich, 2000), estudiaron la relación de diferentes variables con la imagen corporal, así como la relación de la insatisfacción corporal con los trastornos alimentarios. Existe una relación directa entre la autoestima, el índice de masa corporal y la psicopatología general con la

insatisfacción corporal. Se observó en una muestra de mujeres universitarias que las más equilibradas y que tenían una mejor autoestima, así como un índice masa corporal menor, presentaban una buena imagen corporal y muy poco peligro de presentar trastornos alimentarios, mientras que a mayor psicopatología, más peso con relación a la altura (IMC) y menor autoestima, correspondía una mayor insatisfacción corporal, tendencias dismórficas y conductas de evitación debidas a la imagen corporal. Así mismo, era mucho más frecuente que presentaran alteraciones del comportamiento alimentario.

Modelo de la estructura hipotética de imagen corporal.

Gómez Pérez-Mitré (1997 p.33), propone el siguiente modelo con el fin de establecer relaciones entre las variables y conceptos asociados con imagen corporal.

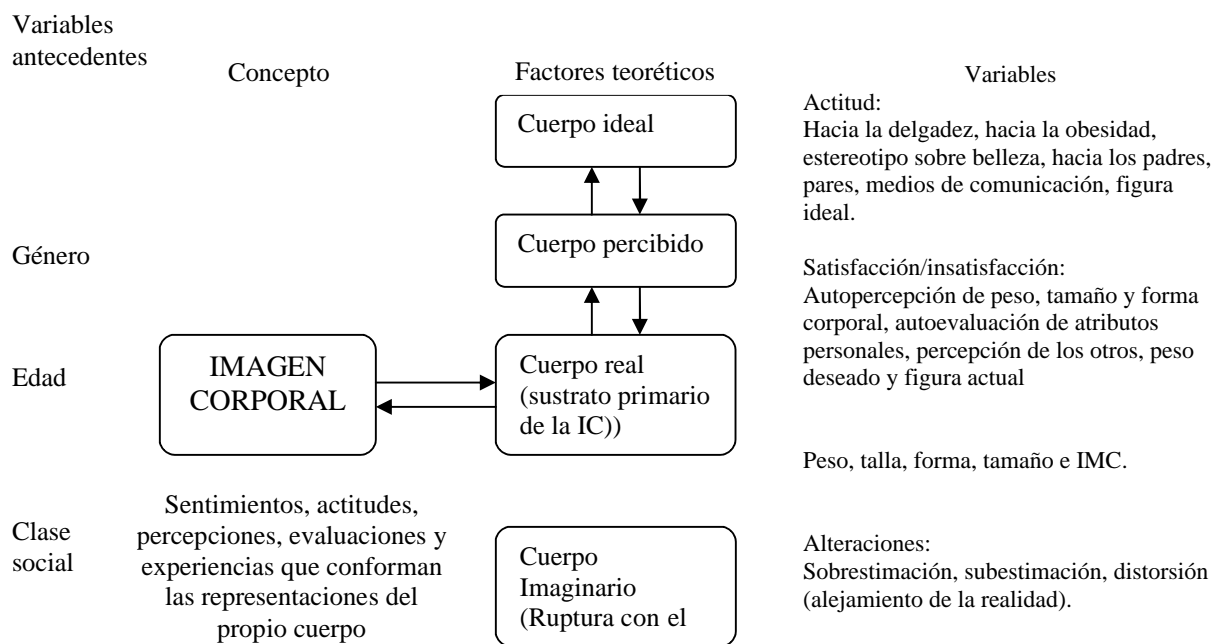


Figura 4.4 Modelo de estructura hipotética de imagen corporal. Alteraciones de la Imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes Gómez Pérez-Mitré (1997 p.33).

4.3. Preocupación por el peso y la comida

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 restrictiva y ejercicio, ocupando esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su objetivo (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Raich (2000), menciona que no es extraño que tantas mujeres estén insatisfechas con su peso, ya que el modelo propuesto por los medios de comunicación es mucho más delgado que el normal.

En México se han realizado estudios que originaron los primeros modelos predictivos de dieta restringida en púberes hombres, mujeres y sus madres. El modelo para las mujeres púberes contempla la preocupación por el peso y la comida, el malestar por la imagen corporal, la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y el índice de masa corporal. Se concluyó que las variables que mayor impacto tienen sobre la dieta restringida son la influencia de la publicidad, la preocupación por el peso y la comida, el índice de masa corporal y el malestar por la imagen corporal (Saucedo, 2003).

Modelo Predictivo de Dieta Restrictiva en Púberes Mujeres

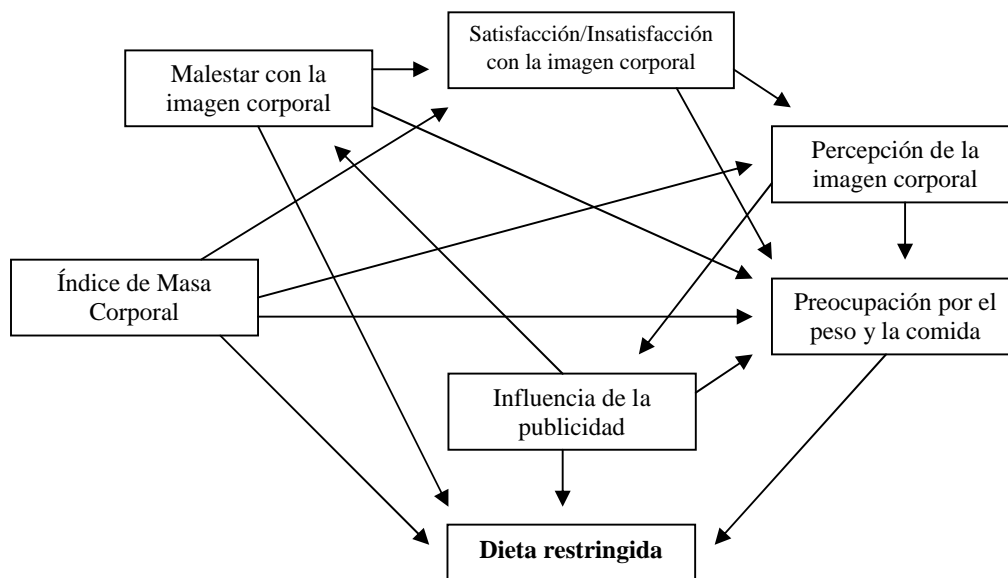


Figura 4.5 Modelo predictivo de dieta restrictiva en púberes mujeres. Modelos predictivos dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Saucedo (2003 p.121).

Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), realizaron un estudio llamado Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes en donde entre sus principales resultados se encontró que las escolares más jóvenes ya han adoptado la actitud lipofóbica de su entorno social y que comparten con las chicas más grandes no sólo el deseo de un imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas (porque quieren estar más delgadas) con su imagen corporal. Además, estas jóvenes niñas también alteran (sobrestiman) su imagen corporal, percibiéndose con mayor peso del que realmente tienen.

4.4. Actitud Negativa hacia la Obesidad

La actitud que pueda desarrollar una persona hacia otra, depende evidentemente del contexto social y familiar en el que desarrolla, estas influencias van a ser las que generen aquellos pensamientos, ideas y prejuicios negativos hacia la obesidad (Rodríguez, 2003).

Los trabajos de algunos autores muestran que los niños desarrollan preferencias por determinadas apariencias físicas muy tempranamente y formulan juicios más negativos acerca del valor psicosocial de personas con físicos endomórficos, es decir, de las personas con sobrepeso. Va creciendo de manera alarmante una consideración hacia la obesidad o simplemente el sobre peso que tiende a estigmatizarla cada vez mas. Hay autores que exponen que la preocupación por el peso y la figura se encuentra en preadolescentes, de nueve años de edad, que sitúan su peso ideal por debajo de la media, ser obeso o simplemente presentar sobrepeso es sinónimo de ser una persona dejada o descuidada, poco saludable y evidentemente fea y poco atractiva (Raich, 2000).

De acuerdo con el mismo autor, ser obeso es también sinónimo de poca salud, ser grueso o presentar sobrepeso se ha convertido en el principal objetivo de intervención por parte de muchos médicos y personal sanitario. Si bien es cierto que una gran obesidad favorece enfermedades, lo contrario no es cierto: cuanto más delgado más saludable. Un cierto nivel de sobrepeso correlaciona con longevidad, también se ha visto que las personas muy delgadas suelen morir antes que las que no lo son tanto. Las personas obesas son, por definición, feas. Vivimos en una sociedad delgadofílica, que parece que olvida cualquier otra característica estética frente a la delgadez para de finar a la belleza.

Unikel (2003), elaboró un modelo predictivo de conducta alimentaria que confirma la influencia que ejerce la presión social por la delgadez en la población mexicana. Éste modelo refleja que las críticas de parte de madre y padre y el índice de masa corporal representan la presión social, las cuales influyen tanto en las actitudes y creencias hacia la obesidad, como el estado de ánimo (deprimido) y la insatisfacción con la imagen corporal, factores que generan prácticas alimentarias anómalas.

Modelo Predictivo de Conducta Alimentaria de Riesgo.

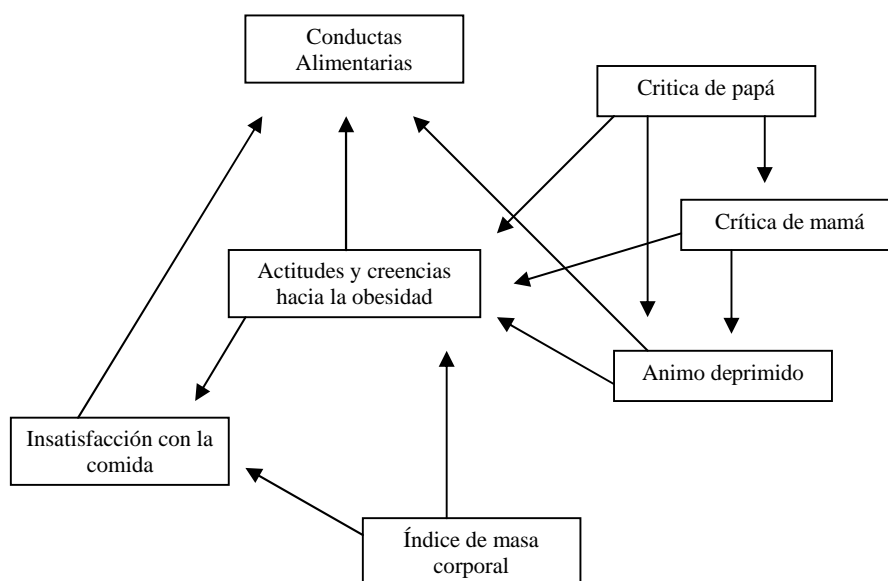


Figura 4.6 Modelo predictivo de conducta alimentaria de riesgo. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria Unikel (2003 p.135).

4.5. Índice de Masa Corporal

El índice de masa corporal (IMC) es el resultado de la medida del peso corporal entre la talla o estatura elevado al cuadrado ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$). Gómez Pérez Mitré y Saucedo (1997), validan la siguiente escala de criterios combinados de IMC para adolescentes mexicanos:

| Categoría | Puntos de corte |
|------------------|-----------------|
| Muy bajo peso | menor a 15 |
| Bajo peso | 15-18.9 |
| Normal | 19-22.9 |
| Sobrepeso | 23-27 |
| Obesidad | mayor a 27 |
| Obesidad mórbida | mayor a 31 |

4.6. Imagen Corporal y Adolescencia

Los cambios físicos de la pubertad pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física. Las mujeres que se desarrollan más rápido que sus compañeras pueden presentar más problemas respecto a su imagen corporal. La mayoría de ellas consideran los cambios que observan en su propio cuerpo (por ejemplo, el desarrollo de los pechos o las caderas) como grotescos o que les engordan, más que como una prueba de estar haciéndose personas mayores. Estos cambios provocan comentarios de las otras personas y estos a su vez influyen en la imagen corporal, así como la autoestima (Raich, 2000).

Se ha constatado que, a medida que transcurre la adolescencia, son los cambios corporales femeninos, y no la edad, ni tampoco el conocimiento del modelo estético corporal delgado, los que constituyen el principal factor que se asocia a

insatisfacción corporal y al impulso de adelgazar (Hermes y Keel, 2003). Ackard y Peterson (2001), han concluido que la pubertad no es un factor de riesgo para los problemas alimentarios si no va precedida por la creencia de tener sobrepeso, es decir, con insatisfacción corporal prepuberal.

Se ha observado que las adolescentes con más ansiedad física y social, prefieren tener un cuerpo de menor volumen y tienen más preocupaciones por su cuerpo y peso que las adolescentes carentes de tal ansiedad (Chad y Thompson, 2002).

En la adolescencia se produce una estrecha asociación entre una marcada sobrevaloración del significado personal de la silueta corporal y la autoestima, de modo que dicha sobrevaloración conduce en muchos casos a hábitos alimentarios irregulares, anómalos y, por tanto, de riesgo para los TCA (Lowe y Wade, 2002).

El cuerpo delgado ideal es el que la adolescente habrá interiorizado, haciéndolo suyo; es *su modelo de cuerpo*. Sucede que, en plena adolescencia, en un momento en que su cuerpo está desarrollando, redondeando, aumentando de volumen, incrementando su peso, cuanto más delgado sea el modelo corporal ideal que haya interiorizado, tanto más probable será que su propio cuerpo le suscite algún desasosiego, alguna preocupación. Éste es el camino de la insatisfacción corporal. Cuando se produce, la visión del propio cuerpo, la representación mental del propio cuerpo -la imagen corporal-, la alusión al propio cuerpo, suscitará ansiedad, poca o mucha (o ninguna) de acuerdo con el grado de discrepancia entre la imagen corporal y el modelo ideal. Y su autoimagen general como persona, su autoestima, va a depender en gran parte del grado alcanzado por esa insatisfacción (o satisfacción) corporal (Toro, 2004).

Striegel-Moore (1993, citado en Raich, 2000), desarrollo una interesante teoría sobre la más alta aparición de trastornos alimentarios en mujeres jóvenes. Se plantea qué elementos definen la feminidad. A partir de diversos estudios observa que los más característicos son: la orientación interpersonal y la belleza. En un momento estresante para las mujeres como es la adolescencia, en la que su cuerpo está cambiando rápidamente y en el que comienzan las primeras salidas

con personas del sexo opuesto, la necesidad de agradar (orientación interpersonal) y de seguir los cánones de la moda del momento (patrón de belleza) pueden explicar la aparición más frecuente de trastornos alimentarios en las jóvenes.

CAPITULO 5

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN: HABILIDADES SOCIALES Y REALIDAD VIRTUAL.

5.1. Orígenes y Desarrollo de Habilidad Social

Caballo (1993), en su investigación sobre los orígenes y desarrollo de habilidad social hace una recopilación de los autores mencionados a continuación:

El movimiento de Habilidades Sociales (HHSS) ha tenido una serie de raíces históricas, algunas de las cuales no han sido reconocidas suficientemente (Phillips, 1985). Según este autor, los primeros intentos de Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) se remontan a diversos trabajos realizados con niños y su conducta social. Estos primeros inicios del EHS han sido ignorados durante mucho tiempo y normalmente no son reconocidos como tempranos antecedentes del movimiento de las HHSS. Curran (1985) señala también que diversos escritos de teóricos neofreudianos que pusieron objeciones al énfasis de Freud en los instintos biológicos y favorecieron un modelo mas interpersonal de desarrollo, particularmente relacionado con el tema de las habilidades sociales. No obstante, el estudio científico y sistemático del tema tiene principalmente tres fuentes:

La primera, considerada como la única o la más importante, que se apoya en el temprano trabajo de Salter (1949) denominado "Terapia de Reflejos Condicionados", a su vez influido por los estudios de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior. El trabajo de Salter fue continuado por Wolpe (1958), quien fue el primer autor en emplear el término "asertivo" y más tarde por Lazarus y Wolpe (1966). Alberti y Emmons (1970), Lazarus (1971) y Wolpe (1969) dieron nuevos impulsos a la investigación de las HHSS, siendo el libro de Alberti y Emmons "Estas en tu perfecto derecho", el primero dedicado exclusivamente al tema de la "asertividad" (o HHSS).

Una segunda fuente la constituyen los trabajos de Zigler y Phillips (1969, 1961) sobre la “competencia social”. Esta área de investigación con adultos institucionalizados mostró que cuanto mayor es 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 recaídas.

El movimiento de las HHSS tuvo también parte de sus raíces históricas en el concepto de “habilidad” aplicado a las interacciones hombre-máquina, en donde la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. La aplicación del concepto “habilidad” a los sistemas hombre-hombre dio pie a un copioso trabajo sobre la HHSS en Inglaterra.

La investigación sobre las HHSS ha tenido un origen diferente en los EE UU (las dos primeras fuentes) y en Inglaterra (la tercera fuente), al igual que un énfasis distinto, aunque ha habido una gran convergencia en los temas, métodos y conclusiones de ambos países.

En los EE UU se ha dado una serie de evoluciones de diferentes términos hasta llegar al de “habilidades sociales”. En un primer momento, Salter (1949) empleó la expresión “personalidad excitatoria”, que más tarde Wolpe (1958) sustituiría por la de “conducta asertiva”. Posteriormente algunos autores propusieron cambiar el término de Salter por otros nuevos, como, p. ej., “libertad emocional” (Lazarus, 1971), “efectividad personal” (Lieberman y cols., 1975), “competencia personal”, etcétera. Aunque ninguno de ellos prosperó, a mediados de los años setenta el término de “habilidades sociales” (que ya se había estado empleando en Inglaterra, aunque desde una perspectiva diferente) empezó a tomar fuerza como sustituto del de “conducta asertiva” (Caballo, 1993 p.1-3).

5.1.1. Concepto de Habilidad Social

Según Caballo (1993), a la hora de definir qué es una conducta socialmente habilidosa ha habido grandes problemas. Se han dado numerosas definiciones, no habiéndose llegado todavía a un acuerdo explícito sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa. Meichenbaum, Blutler y Grudson (1981, citado en Caballo, 1993), afirman que es posible desarrollar una definición consistente de competencia social puesto que ésta es parcialmente dependiente de contexto cambiante. La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además el grado de efectividad mostrado por una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en que se encuentre. La conducta considerada apropiada en una situación puede ser, obviamente, inapropiada en otra. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción (Wilkinson y Canter, 1982 citado en Caballo, 1993). Claramente, no puede haber un “criterio” absoluto de habilidad social. Sin embargo, “todos parecemos conocer que son habilidades sociales de forma intuitiva” (Trower, 1984, citado en Caballo, 1993).

Aunque en contextos experimentales se pueden demostrar que es más probable que determinadas conductas logren un objetivo concreto, una respuesta competente es, normalmente, aquella sobre la que la gente está de acuerdo que es la apropiada para un individuo en una situación particular.

De igual forma, no puede haber una manera “correcta” de comportarse que sea universal, sino una serie de enfoques diferentes que se pueden variar de acuerdo con el individuo. Así dos personas pueden comportarse de un modo totalmente

distinto en una misma situación, o a la misma persona actual de manera diferente en dos situaciones similares, y ser consideradas dichas respuestas con el mismo grado de habilidad social. Por consiguiente, la conducta socialmente habilidosa debería definirse, para algunos autores, en términos de la efectividad de función en una situación, en vez de términos de su topografía, aunque los problemas con respecto a emplear las consecuencias como criterios se han hecho notar repentinamente conductas que son evaluadas consensuadamente como no habilidosas (p. ej., decir tonterías) o antisociales (p. ej., el ataque físico) pueden ser, de hecho, reforzadas. Caballo (1993 p.3-4), señala que se pueden identificar tres tipos básicos de consecuencias:

1. La efectividad para alcanzar los objetivos de la respuesta (*efectividad en los objetivos*).
2. La efectividad para mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción (*efectividad en la relación*); y
3. La efectividad para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa (*efectividad en el respeto a uno mismo*).

Éstos son algunos ejemplos de definiciones de habilidades sociales/conducta asertiva:

Para Rich y Schroeder (1976, citados en Gismero, 1996 p.36), la conducta asertiva es “la habilidad de buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando tal expresión arriesga la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo”.

Para Alberti (1977, citado en Caballo, 1993 p.7), la habilidad social:

- a. Es una característica de la conducta, no de las personas.
- b. Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- c. Debe contemplarse el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.

- d. Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.
- e. Es una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina.

Para Phillips (1978, citado en Gil y León, 1998 p.14), señala “la medida en que una persona puede comunicarse con otros de una manera que asegure los propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones, en un grado razonable, sin afectar a los derechos similares de las otras personas”.

Para Van Hasselt (1979, citado en Caballo, 1993 p.7), son tres los elementos básicos de las HHSS:

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

Para Bower y Bower (1986, citados en Gismero, 1996 pp.35-36), “la asertividad es la habilidad de una persona para expresar sus sentimientos, escoger cómo actuar, defender sus derechos cuando sea apropiado, aumentar su autoestima, ayudarse a si misma a desarrollar auto-confianza, discrepar cuando lo considere importante y llevar a cabo planes para modificar su propio comportamiento y pedir a otros que cambien su conducta ofensiva”.

Para Alberti y Emmons (1986, citados en Gismero, 1996 p.36), el comportamiento asertivo es aquel que “capacita a una persona para actuar a favor de sus propios intereses, defenderse sin ansiedad indebida, expresar cómodamente sentimientos honestos, ejercer sus derechos personales sin negar los derechos de los demás”.

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

Gil y León (1998 p.15), mencionan que la habilidad social podría ser definida como la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva, o si se prefiere, es una clase de respuestas pertinentes para desempeñar con eficacia las siguientes funciones:

- Conseguir reforzadores de interacción social
- Mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción interpersonal
- Impedir el bloqueo del esfuerzo social o mediado socialmente
- Mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas.

Gismero (1996 p.38), menciona que “la conducta asertiva es el conjunto de respuestas verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todos ellos en los demás, que trae como consecuencia al auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”.

5.1.2. Formato de entrenamiento de habilidades sociales

De acuerdo con Caballo (1993), el entrenamiento asertivo o también llamado entrenamiento en habilidades sociales es, un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida o un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en situaciones sociales. Este autor menciona que lo que impide a una persona tener habilidades sociales es que no las ha aprendido, se autodevalúa, constantemente esta temeroso de las consecuencias, la ansiedad condicionada le impide actuar adecuadamente, tienen una falta de motivación, no sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que una respuesta es efectiva, no conoce sus derechos y se encuentra con obstáculos ambientales que no la dejan expresar.

Caballo (1993 p.183), considera cuatro elementos de forma estructurada para el EHS:

1. *Entrenamiento en habilidades.* Se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. Concretamente se emplean procedimientos tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de la conducta, tareas para casa, procedimientos cognoscitivos, la retroalimentación y el reforzamiento.

2. *Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas.* Ésta disminución de la ansiedad se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente, es incompatible con la respuesta de ansiedad. Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación y/o la desensibilización sistemática.

3. *Reestructuración cognoscitiva.* Se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Con frecuencia, ésta reestructuración, tiene

lugar de forma indirecta, es decir, la adquisición de nuevas conductas modifica, a más largo plazo, las cogniciones del sujeto. La incorporación de elementos cognoscitivos al EHS es algo habitual en la aplicación de ésta técnica.

4. *Entrenamiento en solución de problemas.* Se enseña al sujeto a percibir correctamente los “valores” de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesar los “valores” de éstos parámetros para generar respuestas potenciales, a seleccionar una de esas respuestas y a enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal.

5.1.3. Técnicas utilizadas en entrenamiento de Habilidades Sociales

- **Modelado:** Ésta técnica consiste en exponer al sujeto a modelos en vivo o no, que realicen poscomportamientos requeridos. De esta manera se consigue un aprendizaje observacional o vicario. El modelamiento como técnica de aprendizaje de habilidades sociales ha sido empleada para aumentar la capacidad de revelar problemas personales en las entrevistas; para estrechar la relación entre el entrevistado y el entrevistador; para disminuir la ansiedad que produce hablar en público; para reducir el miedo a los exámenes, etcétera (Luca, 2001).

El modelado persigue favorecer la emisión de las conductas adecuadas a través de la observación de modelos que las realizan y que reciben reforzamiento por ello. Consiste en que una persona, competente en las conductas objeto del entrenamiento las emite de forma adecuada en presencia de los sujetos que van a ser entrenados y esta ejecución es reforzada. El sujeto puede aprender por observación a realizar tanto una

conducta nueva o a mejorar otra que ya existía en su repertorio (García-Vera, Gil y Sanz, 1998).

- **Role playing o dramatización:** La representación de papeles se ha definido como una situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel (se comporte de determinada manera), por lo general, no el de sí mismo. En la dramatización o role playing, el alumno representa cortas escenas que simulan situaciones de la vida real. En primer lugar se le pide al actor principal que describa brevemente la situación-problema real, las preguntas qué, cómo, cuándo y dónde son útiles para enmarcar la escena, así como para determinar la manera específica en que el sujeto quiere actuar (Luca, 2001).

Una modalidad de esta técnica consiste en que un participante actúe una situación personal; otra forma es que un miembro del grupo o el mismo terapeuta represente en rol del otro de los participantes mientras que éste último actúa como receptor o mero observador de la situación; de ésta manera el participante logra visualizar su propio comportamiento (Hidalgo y Abarca, 1999).

- **Reforzamiento positivo:** Se refiere al proceso a través del cual las respuestas aumentan en frecuencia por que son seguidas por una recompensa o suceso favorable para el sujeto que las ha emitido; esto significa que si se quiere aumentar los comportamientos sociales, éstos deben ir seguidos de consecuencias reforzantes positivas (Luca, 2001).

El reforzamiento positivo es ampliamente enfatizado para instalar, desarrollar y fortalecer desempeños sociales. El uso de la técnica de reforzamiento en el entrenamiento de habilidades sociales, tiene tres objetivos principales:

1. Instaurar componentes conductuales importantes para el desempeño social.

2. Reconocer, por parte del paciente, que su conducta genera consecuencias en su ambiente social.
 3. Aprender las habilidades de dar y recibir refuerzos sociales (Prette y Prette, 2002).
- Retroalimentación: consiste en ofrecer al sujeto información concisa y correcta sobre su actuación para que pueda mejorarla modificando parcialmente sus respuestas. En algunos casos la retroalimentación se mezcla con el refuerzo y pueden ofrecerla tanto el instructor como otras personas, los compañeros, padres, profesores, etcétera que son los que informan sobre los aspectos no habilidosos de la ejecución del alumno (Luca, 2001).

En el proceso de entrenamiento de habilidades sociales la técnica de retroalimentación funciona como una regulación de la conducta, manteniendo o produciendo alguna alteración de forma, dirección o contenido del desempeño. En cuanto a su efecto, ésta técnica permite que el sujeto perciba cómo se está comportando y de que manera ese comportamiento afecta al interlocutor (Prette y Prette, 2002).

- Tareas para casa: Suponen que las habilidades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practican en ambiente real, es decir se generalizan a la vida diaria del alumno. Normalmente, cada sesión de un programa de entrenamiento de habilidades sociales empieza y termina con una discusión sobre las tareas para casa, que son diseñadas específicamente para alcanzar los objetivos de la terapia. Con las tareas para casa se pretende lograr que el sujeto practique las habilidades aprendidas dentro de su entorno natural, en su familia, con sus amigos, en la escuela o en el trabajo para que sea posible una generalización y transferencia de los aprendizajes llevados a cabo; además gracias a éste entrenamiento, el sujeto informa de sus fallos o mejoras en la vida real, de forma que esta información es

utilizada para modificar y adaptar el propio programa. Estos deberes constituyen una práctica autodirigida por el propio sujeto que le facilitarán el autocontrol y la autoevaluación (Luca, 2001).

Se utiliza la técnica de tarea para casa en el entrenamiento de habilidades sociales por tres motivos principales:

1. Se refiere a la posibilidad de perfeccionar las habilidades entrenadas con el contexto terapéutico, a través de nuevos desempeños.
 2. Se vincula con la búsqueda de generalización de las habilidades entrenadas para otros contextos sociales.
 3. Consiste en permitir la verificación de cómo el ambiente natural reacciona a los nuevos aprendizajes del sujeto (Prette y Prette, 2002 p.127).
- Reestructuración cognitiva: Es una terapia cognitivo-conductual, fundada por Ellis en los años 60 y que esta basada en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias del individuo, de su interpretación de la realidad. A nivel terapéutico se basa en la hipótesis de que los trastornos psicológicos surgen del pensamiento irracional, de ahí que su objetivo principal es lograr la reestructuración cognitiva del sujeto. Será necesario identificar dichas creencias erróneas y lograr que sean sustituidas por pensamientos correctos, racionales, para poder lograr así unas relaciones interpersonales más adecuadas. Ante cualquier situación social el sujeto puede realizar una interpretación errónea de la misma y sus pensamientos distorsionados llevarle actuaciones disfuncionales; esta terapia pretende por tanto refutar mediante el análisis lógico de los pensamientos, las creencias absurdas, erróneas e incapacitantes y reemplazarlas por otros pensamientos más adaptados, útiles y funcionales para el sujeto (Luca, 2001).

- Entrenamiento en resolución de problemas: Estas técnicas se basan en la consideración de que las habilidades sociales deficientes son, en parte, el resultado de estrategias cognitivas inapropiadas que los sujetos aplican en sus situaciones interpersonales. Existen muchas variantes de terapias cognitivas ideadas para desarrollar las habilidades de resolución de problemas, pero en general, se puede establecer un programa tipo en el que se enseña a los sujetos a tomar parte en un diálogo entre ellos mismos para identificar las tareas específicas requeridas en situaciones sociales (Luca, 2001).

La solución de problemas puede definirse como un proceso metacognitivo por el cual los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus objetivos hacia la modificación del carácter problemático de la situación o también de sus reacciones a ella.

El empleo de esta técnica en el entrenamiento de habilidades sociales es muy recomendado para sujetos que:

1. Incluso aunque no poseen déficit de habilidades sociales, tienen dificultad en analizar las situaciones críticas vivenciadas o presentan alta latencia en la elección de un curso de acción.
 2. Presentan eficiencias en habilidades sociales y también en solución de problemas interpersonales (Prette y Prette, 2002 pp.132-134).
- Detención del pensamiento: Puede ser considerada como técnica típica de autocontrol orientada a la eliminación de pensamientos obsesivo-compulsivos con características disfuncionales. En el entrenamiento de habilidades sociales está indicada para modificar pensamientos que interfieren en el desempeño interpersonal, como por ejemplo los de origen negativista: “no lo voy a lograr”, “no sirvo para nada”, etcétera (Prette y Prette, 2002).

- **Relajación:** Es posible utilizar diversas técnicas de relajación en el entrenamiento de habilidades sociales tales como la muscular, la respiratoria (hiperventilación) y la imaginación. La incorporación de las técnicas de relajación al entrenamiento de habilidades sociales se debe al hecho de que muchos participantes del entrenamiento experimentan un alto nivel de ansiedad en las situaciones interpersonales (Prette y Prette, 2002).

5.1.4. Clases de Respuesta

Gismero (1996), considera la conducta asertiva como un conjunto de habilidades aprendidas que un individuo pone en juego en una situación interpersonal, habilidades que son específicas, y que se manifestarán o no en una situación dada, en función de variables personales, factores del ambiente y la interacción entre ambos.

De acuerdo con el mismo autor, una conceptualización adecuada de la conducta asertiva implica la especificación de tres componentes: Una dimensión conductual (tipos de conductas), una dimensión personal (variables cognitivas) y una dimensión situacional (situaciones) dentro de un contexto cultural o subcultural.

En cuanto a la dimensión cultural, Lazarus (1973, citado en Gismero, 1996 p.39-41), proponía dividir el comportamiento asertivo, en cuatro patrones de respuesta específicos y separados:

- a) la capacidad de decir “no”
- b) la capacidad de pedir favores o peticiones,
- c) la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, y
- d) la capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones

Las clases de respuesta verbales más comúnmente aceptadas son las siguientes:

1. Defensa de los propios derechos.
2. Hacer peticiones.
3. Rechazar peticiones.
4. Hacer cumplidos.
5. Aceptar cumplidos.
6. Iniciar, mantener y terminar conversaciones/tomar la iniciativa en las relaciones con otros.
7. Expresión de sentimientos positivos (amor, agrado, afecto).
8. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
9. Expresión justificada de sentimientos negativos (molestia, enfado, desagrado).
10. Solicitar cambios de conducta.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Afrontar-manejar-las críticas (Gismero, 1996 p. 40-41).

Éstas dimensiones se refieren únicamente a los contenidos verbales de la respuesta; como es lógico, los componentes no verbales tienen tanta importancia como ellos ya que, además de ser importantes en sí mismos, pueden matizar el contenido verbal de la respuesta (p.e. el tono con el que se remarque una frase, contacto ocular, gestos, postura, distancia, volumen de voz, latencia, fluidez, etc). Con respecto a la dimensión personal (componentes cognitivos), Gismero (1996), menciona que incluiría la forma de percibir cada situación de cada individuo particular, sus expectativas, sus valores, sus autoverbalizaciones, etc. La dimensión situacional hace referencia a los distintos tipos de situaciones que pueden afectar a la mayor facilidad/dificultad de un individuo a la hora de comportarse asertivamente.

5.1.5. Importancia de las Habilidades Sociales: Ajuste Psicosocial

Gil y León (1998), mencionan que cada vez esta más extendida la idea de que los déficits en Habilidades Sociales podrían conducir al desajuste psicológico, y no lo consideran una consecuencia o síntoma de la psicopatología Philips (1978, citado en Gil y León 1998), llega a la conclusión de que la falta de habilidades sociales es el déficit básico o más característico de cualquier tipo de trastorno psicológico, ya que la carencia de habilidades sociales da lugar a que la persona emplee estrategias desadaptativas para resolver sus problemas o conflictos, que generalmente son de carácter social. En consecuencia, parece posible concebir el buen funcionamiento social como un prerrequisito para el ajuste psicológico, más que considerar la conducta interpersonal actual como sintomática o secundaria a un trastorno psicopatológico.

5.1.6. Modelos Explicativos de las Habilidades Sociales

a. Teoría del aprendizaje social. Gil y León (1998), mencionan que en esta perspectiva se encuentran aquellas tentativas de explicar el comportamiento humano y aspectos de la personalidad haciendo referencia a principios extraídos del estudio experimental del aprendizaje. Según esta estructura de análisis, la adquisición de las habilidades sociales podría ser el resultado de varios mecanismos de aprendizaje: consecuencia de refuerzo directo, resultado de experiencias observacionales, efecto del *feedback* interpersonal y conclusión del desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales.

Desde ésta perspectiva, la incompetencia social podría ser explicada de la siguiente manera:

-la carencia de conductas adecuadas en el repertorio del comportamiento del sujeto, bien por una socialización deficiente o bien por la falta de experiencias sociales pertinentes.

-la inhibición de las conductas requeridas en una situación interpersonal concreta, debido a presiones tales como la ansiedad condicionada a ciertos estímulos que configuran dicha situación (Gil y León, 1998 p.19).

b. Análisis experimental de la ejecución social. Argyle y Kendon (1967, citados en Gil y León, 1998), elaboraron un modelo explicativo del funcionamiento de las habilidades sociales cuyo elemento principal es el rol en el que se integran, junto a las conductas motoras, los procesos perceptivos y cognitivos.

Las semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices configuran cada uno de los siguientes elementos:

1. Fines de la actuación hábil.
2. Percepción selectiva de las señales.
3. Procesos centrales de traducción.
4. Respuestas motrices o actuación.
5. *Feedback* y acción correctiva.
6. El *timing* de las respuestas.

De acuerdo con éste modelo los fallos pueden deberse a distintos motivos:

-Desajustes en los objetivos de los sujetos, bien porque estos sean incompatibles, inapropiados o inalcanzables.

-Errores de percepción, bajo nivel de discriminación, percepción estereotipada, errores de atribución causal.

-Errores en la traducción de las señales sociales, fracaso al evaluar alternativas, no tomar decisiones o tardar en tomarlas, tomar decisiones negativas.

-Errores de planificación, no analizar las diferentes alternativas de actuación.

-Errores en la actuación, no saber qué hacer, no poseer experiencia (Gil y León, 1998 p.20).

c. Modelos interactivos. Gil y León (1998 p.20), mencionan que en estos modelos la competencia social sería 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 opciones de respuesta, de las cuales se

seleccionaría la mejor, y finalizaría con la expresión de la alternativa de acción elegida.

5.1.7. Habilidades Sociales y Trastornos de la Conducta Alimentaria

Existe una carencia de estudios controlados sobre la asertividad en los trastornos de la conducta alimentaria; no obstante, aparecen numerosas alusiones en la literatura especializada acerca de una característica falta de auto-aserción en las pacientes con estos trastornos. Tanto la falta de aserción, la baja autoestima, como la percepción del control externo se han tenido en cuenta de forma casi anecdótica como características importantes de los pacientes portadores de los principales desórdenes alimentarios: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. Williams (citado en Behar, Manzo y Casanova, 2006), exponen que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se perciben a sí mismos como muy controlados por su familia y sociedad, pero ellos no actúan de forma asertiva con sus *controladores*. Posteriormente investigadores del mismo grupo determinaron que la carencia de asertividad está de acuerdo con rasgos de sumisión o timidez y sentimientos de inutilidad personal y sugieren que la paciente, a pesar de percibir un control externo, no tiene el repertorio conductual para contrarrestarlo o neutralizarlo. Una forma de conducta no asertiva es la agresión/hostilidad que puede ser autodirigida. En su análisis, los pacientes con trastornos alimentarios tuvieron significativamente más hostilidad autodirigida, globalmente como en sus dos categorías (culpa y autocrítica), lo que sugiere que la intervención terapéutica podría estar encauzada a contrarrestar tales sentimientos negativos hacia el sí mismo (*self*).

Diversos autores han señalado que las pacientes con patologías alimentarias presentarían, antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas

interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas. Muchos de estos factores sugerirían una posible dificultad para mostrar conductas asertivas o habilidades sociales, tanto para poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, como para expresar juicios discrepantes de manera independiente, y a la propia expresión de sentimientos y opiniones (Behar, Manzo y Casanova, 2006). Chinchilla (2003), destaca los siguientes factores Predisponentes en la anorexia nervosa: dificultad para expresar con palabras, afectos, deseos y emociones, esfuerzos para en buscar la aprobación externa, para mantener su autoestima y desarrollar la autonomía, identidad personal incompleta, dificultad para ser independientes, dependencia parental, etc.

Calvo, Delgado, Rodríguez-Vega y Santo-Domingo (1987), investigaron la evolución de 27 pacientes anoréxicas, con seguimiento de uno, tres y cinco años, a los que se les aplicó tratamiento farmacológico y conductual. Uno de los objetivos de este tratamiento era el incremento de la autonomía personal (habilidades sociales y entrenamiento asertivo). Encontrando en 25 de sus pacientes una recuperación del aislamiento social: han establecido amistades y relaciones significativas y comentan una evolución casi paralela al aislamiento social siguió la asertividad.

Massey-Strokes (2001), menciona que la falta de habilidades de comunicación y expresión de emociones puede contribuir a desórdenes del comer. Es posible lograr los componentes de una comunicación afectiva, con entrenamiento, de esta forma se puede ayudar a las personas que sufran de éstos déficits a aprender a expresar sus emociones de una manera apropiada, promoviendo respuestas asertivas y saludables dotando de herramientas que permitan resolver los problemas de una forma creativa.

González (2006), sometió a un estudio piloto un programa de prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria basado en la técnica de entrenamiento en habilidades sociales, en una muestra de trece participantes que se encontraban cursando el nivel secundario; los factores de riesgo explorados fueron los siguientes: Dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida y actitud negativa hacia la obesidad; los resultados revelaron que las participantes expuestas al programa de intervención con la técnica de entrenamiento en habilidades sociales redujeron indicadores relacionados con el factor de riesgo, preocupación por el peso y la comida, se observaron efectos de disminución en la variable de seguimiento de dieta restringida en las jóvenes que iniciaron conductas dietarias a edades muy tempranas.

5.2. Realidad Virtual

El termino realidad virtual (RV) fue acuñado en 1989 por Jaron Lanier, sin embargo Ivan Sutherland es mencionado como el primer autor que en 1960 escribió sobre “la ilusión generada por una computadora”. Esto constituye una nueva tecnología entre la televisión y la computadora que nos permite ver, escuchar y sentir en un mundo creado gráficamente en tres dimensiones e interactuar con él (Baños, Botella y Perpiñá, 2003).

Para Baños, Botella y Perpiñá (2000), esta tecnología informática proporciona una interfaz para un mundo generado por el ordenador; pero una interfaz tan convincente que el usuario cree que realmente está en un mundo tridimensional, aunque sólo exista en la memoria del ordenador y en la mente de los usuarios. Lo más importante de la realidad virtual para los clínicos “o usuarios”, es que incluye una experiencia mental que hace creer al usuario que realmente esta ahí. Esta tecnología permite a los usuarios sentirse presentes en ambientes virtuales y experimentarlos con todo su impacto. La situación virtual es capaz de evocar en la

persona las mismas reacciones y emociones que se experimentan en una situación similar en el mundo real (Baños, Botella y Perpiñá, 2003).

Márquez, Alvarado y Malfanti (2001), realizaron un conjunto de definiciones, donde cada una entrega una idea de lo que se debería entender por Realidad Virtual:

- Realidad Virtual es la experiencia de telepresencia, donde telepresencia es la sensación de presencia utilizando un medio de comunicación.
- Realidad Virtual es una manera mediante la cual los humanos visualizan, manipulan e interactúan con computadoras y datos extremadamente complejos.
- Realidad Virtual es un paso más allá de lo que sería la simulación por computadores, tratándose más bien de una simulación interactiva, dinámica y en tiempo real de un sistema.
- Realidad Virtual consiste en simulaciones tridimensionales interactivas que reproducen ambientes y situaciones reales.
- Realidad Virtual es un entorno de tres dimensiones sintetizado por computadora, en el que participantes acoplados de forma adecuada pueden manipular elementos físicos simulados en el entorno y, de alguna manera, relacionarse con las representaciones de otras personas pasadas, presentes o ficticias, o con criaturas inventadas.
- Realidad Virtual es un ambiente altamente interactivo donde el usuario participa a través del uso de un computador en un mundo virtualmente real. Es una simulación tridimensional por computadora durante la cual el usuario resulta inmerso tan completamente que esta realidad, de origen artificial, aparenta ser real.
- Realidad Virtual es simulación por computadora, dinámica y tridimensional, con alto contenido gráfico, acústico y táctil, orientada a la visualización de situaciones y variables complejas, durante la cual el usuario ingresa, a través del uso de sofisticados dispositivos de entrada, a mundos que aparentan ser reales,

resultando inmerso en ambientes altamente participativos, de origen artificial. Una nueva y sorprendente forma de navegar información.

- Realidad Virtual es una simulación tridimensional interactiva por computador en la que el usuario se siente introducido en un ambiente artificial, y que lo percibe como real basado en estímulos a los órganos sensoriales.
- Realidad Virtual es el medio que proporciona una visualización participativa en tres dimensiones y la simulación de mundos virtuales, siendo dichos mundos el elemento fundamental de un sistema de realidad virtual. La realidad virtual es un entorno generado por computador en el que los participantes pueden entrar físicamente e interactuar con él, desplazándose por su interior o modificándolo de cualquier manera. En su forma más simple, un mundo virtual podría estar compuesto por un edificio tridimensional por el que podríamos desplazarnos, aunque sin modificar nada. Sin embargo, con el equipamiento adecuado, los usuarios podrían ver, desplazarse e interactuar a través de estos entornos gráficos generados por computador (Márquez, Alvaro y Malfanti, 2001 p. 3-4).

5.2.1. Ventajas de Realidad Virtual (RV) como herramienta terapéutica

- La situación virtual es un “ambiente seguro” que la terapia pone a disposición del paciente, puesto que en ella no puede ocurrirle “realmente” nada de lo que tanto teme y, a partir de esa “seguridad”, puede libremente explorar, experimentar, sentir, vivir, revivir sentimientos y/o pensamientos. La RV se convierte en un paso intermedio entre la consulta y el mundo real.

- No hace falta esperar a que se produzcan los acontecimientos en el mundo real, ya que cualquier situación se puede modelar en un ambiente virtual, lo cual amplía enormemente las posibilidades de auto-entrenamiento.

- Comparado con la técnica de imaginación, la RV es más inmersita, ya que se estimulan varias modalidades sensoriales (auditivas, visuales y vestibulares). Esto puede resultar de gran ayuda para aquellas personas que tienen dificultades en

imaginar las escenas. Además, el terapeuta puede saber en cada momento lo que el paciente está viendo, y por lo tanto puede saber con mayor facilidad qué es lo que le está produciendo malestar.

- La RV es suficientemente flexible como para permitir diseñar una serie de contextos en los que el paciente puede afrontar virtualmente, no sólo lo que teme, sino distintos aspectos mucho más amenazadores que permite crear la RV. La meta de la RV no tiene por qué ser “re-crear” la “realidad”. Lo esencial es delimitar contextos que resulten terapéuticos, esto es, “crear” aspectos y/o condiciones del medio ambiente (que incluyan información vital para el paciente) a los cuales el paciente, por el momento, o no tiene acceso o ha perdido el acceso (Baños, Botella y Perpiñá, 2000).

5.2.2. Realidad Virtual en Desórdenes Alimentarios

Los desórdenes alimentarios son desordenes clínicos caracterizados por un comportamiento alimentario anómalo. Las distorsiones de la imagen corporal son parte de la típica psicopatología de desordenes alimentarios y son incluidos en el criterio de diagnóstico para la Anorexia y Bulimia Nervosa. Los comportamientos alimentarios anómalos son medios para alcanzar el propósito principal de las personas que sufren de AN o BN: tratar de transformar un cuerpo que ellos no aceptan (Baños, Botella y Perpiñá 2003).

El concepto de imagen corporal como se mencionó en el capítulo dos es la imagen de nuestro cuerpo que formamos en nuestra mente; esto es, la forma en la que percibimos nuestro cuerpo. Por lo tanto es importante puntualizar que la imagen corporal, o sea la apreciación hecha por el individuo de su apariencia y la actual apariencia física de la persona, no coinciden necesariamente. Por lo tanto una ventaja que la realidad virtual ofrece es capturar la imagen corporal como una representación mental compleja (Baños, et. al, 2003).

Según Baños, Botella y Perpiña (2000), las características que hacen que la RV pueda abordar más directamente el fenómeno de la imagen corporal son que:

- La RV permite, por sus características, apresar algo tan subjetivo como es la imagen corporal. Posibilita a la persona, por un lado, modelar, plasmar y “corporizar” su imagen corporal, por otro, permite “comunicarlo” y hacerlo conocer al terapeuta y finalmente, se da la oportunidad de que la persona se enfrente cara a cara con su representación mental.

- La RV facilita concretar y mostrar aspectos centrales de la imagen corporal como son sus aspectos “perceptivos”, cognitivos, emocionales y comportamentales, ofrecidos además en un contexto significativo. Se han comprobado otras ventajas tales como:

- Sensación de realismo: pese a la “virtualidad” de la situación, las pacientes informan de un alto grado de realismo en los entornos virtuales. Lo importante es que los escenarios son clínicamente significativos para evocar los temores y los pensamientos que estas pacientes tienen en su vida real.

- Aceptación: se ha comprobado que al enfrentar a las pacientes a su imagen corporal distorsionada, ésta acepta con mayor prontitud la evidencia, ya que el sistema informático es quien se lo señala y demuestra. El ordenador no miente, se convierte en un juez objetivo: parte de la característica anterior se explica por el papel de “imparcialidad” que el ordenador cobra. El sistema se convierte en una fuente de información objetiva, fiable y del cual no se esperan segundas intenciones.

-Incrementa la motivación al tratamiento: en este nuevo escenario terapéutico, las resistencias disminuyen y la motivación a la terapia se incrementa.

-Prepara el camino para la vida real: el hecho de apresar, enfrentar, practicar, comentar sus miedos... en este ambiente protegido, hace que las pacientes se atrevan proseguir su aventura más allá de los gráficos del ordenador (Baños et. al, 2000 pp.8-12).

CAPITULO 6

PLAN DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

El propósito de la presente investigación, consistió en evaluar la eficacia de un Programa de prevención basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual dirigido a disminuir o eliminar factores de riesgo asociados a trastornos de la Conducta Alimentaria.

Objetivos específicos

- Comparar la eficacia del programa de prevención en trastornos de la conducta alimentaria basado en entrenamiento de Habilidades Sociales y Realidad Virtual mediante dos grupos (control y experimental).
- Disminuir o eliminar factores de riesgo asociados con imagen corporal e incrementar habilidades sociales en las adolescentes que participen en el Programa de Intervención.

Problema General

- Determinar si la estrategia de prevención Habilidades Sociales y Realidad Virtual permite la eliminación o disminución de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria asociados con imagen corporal.

Problemas Específicos

La aplicación de la estrategia de prevención intentó el aumento de habilidades sociales y la disminución o eliminación de factores de riesgo con respecto a las siguientes variables:

- Insatisfacción con la imagen corporal.
- Deseo de figura ideal delgada.
- Preocupación por el peso y la comida.
- Dieta Restringida.
- Nivel Bajo de Habilidades Sociales

Definición de Variable Independiente

Programa de Prevención Basado en Entrenamiento de Habilidades Sociales y Realidad Virtual

Definición conceptual:

El Entrenamiento de *Habilidades Sociales* 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 más ampliamente utilizadas dentro del marco de los servicios de salud mental (Lábate y Milan, 1995 citados en Caballo, 1993). Una acción a tiempo (entendida como el entrenamiento temprano de habilidades sociales) puede adquirir un carácter eminentemente preventivo (Roth, 1986).

El programa de *Realidad Virtual*, consiste en una simulación por ordenador en la que se emplea el grafismo para crear un mundo en apariencia real; así mismo el mundo sintetizado no es estático sino que responde a las órdenes del usuario, esto define una característica clave de realidad virtual: la interactividad en el tiempo real. Aquí el término tiempo real significa que el ordenador es capaz de detectar las entradas efectuadas por el usuario y de reaccionar a ellas modificando

instantáneamente el mundo virtual. El poder de atracción de la interactividad contribuye al sentimiento de inmersión que experimenta el usuario al participar en la acción que se desarrolla en la pantalla (Burdea y Coiffet, 1996).

Definición operacional:

Habilidades Sociales: se mide con las respuestas dadas a la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva desarrollada por Gismero (1996), adaptada a población mexicana (León, 2005). Realidad Virtual: es el manejo de una escala de silueta en tres dimensiones con la que se pide se elija la figura ideal y se compara la figura real de la adolescente.

Definición de Variables Dependientes

- Insatisfacción con la imagen corporal
- Deseo de figura ideal delgada
- Preocupación por el peso y la comida
- Seguimiento de Dieta Restringida
- Nivel Bajo de Habilidades Sociales

Insatisfacción con la Imagen Corporal

Definición Conceptual:

Es el grado con el cual la percepción del tamaño y la forma corporal difiere de la forma y tamaño corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennet, Goreczing y Gleaves, 1989 citado en Pineda, 2003).

Definición Operacional:

La insatisfacción con la imagen corporal se obtiene de la diferencia entre elección de figura actual menos la elección de figura ideal (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Deseo de Figura Ideal Delgada

Definición Conceptual:

Se define como el tamaño del cuerpo deseado característico de un grupo particular (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Definición Operacional:

Ésta variable se medirá con la “Sección G” de cuestionario de Alimentación y Salud.

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 restrictiva y ejercicio, ocupando esto, gran parte de la energía de la persona para conseguir su objetivo (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Definición Operacional:

Ésta variable se medirá a través del factor 2 de la “Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios” (EFRATA), que mide preocupación por el peso y la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Seguimiento de Dieta Restrictiva

Definición Conceptual:

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

Definición Operacional:

Esta variable se mide a través de respuestas arrojadas por el factor 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA), que mide seguimiento de dieta crónica y restrictiva, mismas que se encuentran incluidas en el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Nivel Bajo de Habilidades Sociales

Definición Conceptual:

Carrolles (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).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue de campo experimental con mediciones pretest y posttest de dos muestras (control y experimental).

Instrumentos

1. Se utilizó el cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré 1997), el cual tiene un alpha general de .9017, se aplicó grupalmente, el tiempo de solución es de una hora aproximadamente y se calificó de acuerdo al siguiente criterio: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema (ver anexo 1).

- **Sección A:** Se abordan aspectos sociodemográficos. Esta compuesta por trece reactivos que indagan edad, escolaridad y ocupación de los padres.
- **Sección C:** Contiene una escala visual compuesta por nueve siluetas, cubre un continuo de peso corporal, que va desde una silueta 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 E:** Esta compuesta por dos subsecciones. La primera contiene diez reactivos que indagan sobre preocupación por el peso, seguimiento de dieta y problemas asociados a la conducta alimentaria. La segunda subsección esta conformada por 48 reactivos tipo LIKERT con cinco opciones de respuesta (de “nunca” hasta “siempre”) que exploran sobre conducta alimentaria, preocupación sobre el peso y la comida y seguimiento de dieta restringida.
- **Sección F:** Conformada por 24 reactivos tipo LIKERT con cinco opciones de respuesta (de “muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”), que exploran control alimentario.
- **Sección G:** Contiene una escala visual compuesta por nueve siluetas que cubre un conjunto de peso, que va desde muy delgada hasta muy obesa, pasando por una silueta con peso normal, para explorar figura ideal. El orden de las siluetas es al azar.

Las escalas E y F del cuestionario de alimentación y salud forman la escala de factores de riesgo con trastornos alimentarios (EFRATA, versión para mujeres). Esta escala consta de siete 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.

2. Se aplicó la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva de Gismero (1996). 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 = “mas bien no tiene nada 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 siete factores que explican el 51.5% de la varianza.

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

- **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 con cuatro ítems (ver anexo 2).

Materiales

- Computadora

- Software de Realidad Virtual
- Báscula electrónica marca Excel con capacidad de 300kg. y .05g. de precisión
- Estadiometro de madera
- Cinta métrica
- Gafetes, rotafolios, plumones, copias de lectura, ejercicios para cada participante.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra total inicial de $N = 146$ mujeres adolescentes estudiantes del primer grado de secundaria, se incluyeron aquellas adolescentes que reportaron la presencia de factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en el cuestionario de alimentación y salud (en las variables “elección de figura ideal 1 y 2” y “satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal” deseando ser más delgada). La muestra final quedo formada por $N = 52$ participantes, de ésta muestra se formaron los 2 grupos: grupo1 (experimental) $n = 27$ y grupo 2 (control) $n = 25$. La asignación de los participantes a cada una de las condiciones fue de acuerdo al grupo escolar al que pertenecían originalmente.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron las adolescentes que reportaron tener factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios (en las variables “elección de figura ideal 1 y 2” y “satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal” deseando ser más delgada) y que al mismo tiempo, de acuerdo con los puntos de corte del Índice de Masa Corporal (IMC) validados en muestras mexicanas por Gómez Pérez-Mitré y Saucedo-Molina (1997), no puntuaron en el rango de obesidad.

| Categoría | Punto de Corte. |
|------------------|-----------------|
| Muy Bajo de Peso | Menor a 15 |
| Bajo de Peso | 15-18.9 |
| Normal | 19-22.9 |
| Sobrepeso | 23-27 |
| Obesidad | Mayor a 27 |
| Obesidad Mórbida | Mayor a 31 |

Control de Varianza

- Se igualaron los grupos (Grupo Control y Grupo Experimental) 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.
- Se excluyeron aquellos sujetos que presentaran defectos físicos notorios, no se encontraron en tratamiento psicológico o psiquiátrico y no padecieran enfermedades crónicas, físicas, mentales, que pudieran estar vinculadas al desarrollo de trastornos alimentarios.
- Se excluyeron aquellas participantes cuyos cuestionarios presentaron igual o mayor a 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.

Procedimiento

-Se contactó a las autoridades de una escuela secundaria y se les solicitó su colaboración para poder llevar a cabo la investigación.

-Para obtener la línea base se aplicó de forma grupal el cuestionario de "Alimentación y Salud" y el cuestionario de "Habilidades Sociales" a N = 146 mujeres adolescentes que cursaban el primer grado de secundaria y se les comentó que la información obtenida de la aplicación de ambos cuestionarios sería confidencial y el manejo de los resultados obtenidos, sería con fines relacionados a la investigación.

-Una vez obtenidos los datos, se tomaron medidas antropométricas (peso y talla) para obtener el Índice de Masa Corporal y así poder hacer la selección de la muestra mediante el criterio de inclusión; selección de figura ideal 1 o 2 (siluetas mas delgadas) y tener IMC menor a 27.

-Una vez seleccionada la muestra se realizó una junta con los padres para pedir su consentimiento firmado, posteriormente se invito a las adolescentes seleccionadas a participar en el programa ya que fue voluntario.

-Se dividió la muestra en dos, por medio de asignación de grupos D E y F que corresponden al grupo experimental y A B y C que corresponden al grupo control. Se realizó de esta manera para poder llevar a cabo el curso en horarios de clases de taller de las adolescentes y de ésta forma disminuir la preocupación de los padres por el ausentismo de sus hijas a clases.

-Posteriormente se comenzó con la aplicación del programa:

- **Sesión 1 Aplicación del programa de realidad virtual**

El programa de Realidad Virtual (ver anexo 3) inicia con el registro en la computadora de los datos de la adolescente: Id, nombre, edad, altura, peso, medida de busto, medida de cintura y medida de cadera. Donde el primer dato deberá ser proporcionado por el supervisor, este se trata de un número que deberá ser distinto para cada uno de los sujetos, y que ayudará a mantener el orden del registro de cada uno de ellos. Los datos de medidas deben ser proporcionados en centímetros y corresponden a las medidas de cada una de las partes citadas. Así también la altura debe ser ingresada en centímetros y el peso en gramos, donde el primero es muy importante ya que de dicho dato depende el posterior comportamiento del sistema. Las medidas y la altura son utilizadas para que la computadora haga una recreación de un modelo que se aproxime al cuerpo de la adolescente, el cual se utilizará posteriormente.

Una vez ingresados los datos de la adolescente, se muestra en la pantalla la explicación de las instrucciones de acuerdo al programa (cuerpo real o ideal):

Cuerpo real. Instrucciones: "Se te presentará a continuación nueve siluetas escoge la que más se asemeje a tu silueta."

Se muestran nueve siluetas, que van desde una muy delgada hasta una muy obesa, este conjunto de imágenes tienen un orden aleatorio. Al elegir una de ellas inmediatamente se muestra su representación en 3D, la cual será la base para los siguientes pasos.

Se muestra el modelo seleccionado y un conjunto de controles en la parte derecha del monitor con los que puede ser modificado el avatar, estos controles abarcan conjuntos de partes corporales completos que podrán disminuir o aumentar según se decida. Posteriormente se tiene el modelo anterior deformado según lo realizó el sujeto y un conjunto de controles pero esta vez divididos en conjuntos según las partes mostradas en la etapa anterior, donde cada uno de estos conjuntos muestra un número distinto de controles para la deformación de una parte en específico, deformando de una forma más particular al modelo.

Una vez realizados todos los cambios a la silueta se pasa a la última etapa la cual consiste en mostrar el modelo deformado por la paciente y un modelo aproximado en base a las medidas registradas junto con la altura (mencionado anteriormente), de esta forma el modelo que muestre el volumen más alto se verá transparente mientras que el otro permanecerá sólido.

Figura Ideal. Instrucciones: "Se te presentará a continuación una silueta realiza las modificaciones que sean necesarias para crear la silueta que te gustaría tener."

Es similar al proceso de elección de figura real, con la diferencia de que esta no contiene el paso de seleccionar un modelo entre nueve mostrados. El primer modelo que se presenta es realizado por medio de deformaciones aleatorias con la finalidad de que la silueta sea modificada de acuerdo a la figura ideal de la adolescente, posteriormente se muestra la diferencia entre los dos modelos con el mismo criterio anterior.

- Sesión 2

Introducción al taller y concepto de autoestima

Estrategias para mejorar la autoestima

- Sesión 3

Identificar y analizar las habilidades sociales

Identificar pensamiento sentimientos asociados con imagen corporal

- Sesión 4

Valorar características personales no centradas exclusivamente en el cuerpo

- Sesión 5

Conocer que es una dieta restrictiva, sus causas y consecuencias

Alimentación sana

- Sesión 6

Alimentación sana

- Sesión 7

Aplicación del programa de Realidad Virtual.

-Se tomaron las medidas posttest del grupo control y experimental.

-Se procedió a probar la eficacia del programa de intervención.

-Se procedió a la intervención del programa al grupo control y los resultados obtenidos se reportaron en otro documento.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

El objetivo general de la presente investigación fue evaluar la eficacia de un Programa de prevención basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual dirigido a disminuir o eliminar factores de riesgo asociados a trastornos de la Conducta Alimentaria.

1. Descripción de la Muestra

De la muestra total $N = 146$ mujeres adolescentes estudiantes del primer grado de secundaria, se incluyeron aquellas adolescentes que reportaron la presencia de factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en el cuestionario de alimentación y salud (en las variables figura ideal y satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal). La muestra final quedó formada por $N = 52$, de esta muestra se formaron dos grupos: grupo1 (experimental) $n = 27$ y grupo 2 (control) $n = 25$. La asignación de los participantes a cada una de las condiciones fue de acuerdo al grupo escolar al que pertenecían originalmente.

Edad

La edad de las participantes que formaron la muestra de estudio fluctuó entre los once y los trece años con una media de 12 años para ambos grupos y una $DS = .5723$ para el grupo experimental y $DS = .47610$ para el grupo control. La figura 7.1 muestra que el 52% de las adolescentes del grupo experimental tenían doce años al momento en que se realizó la intervención; mientras que para el grupo control el 68% (ver figura 7.1).

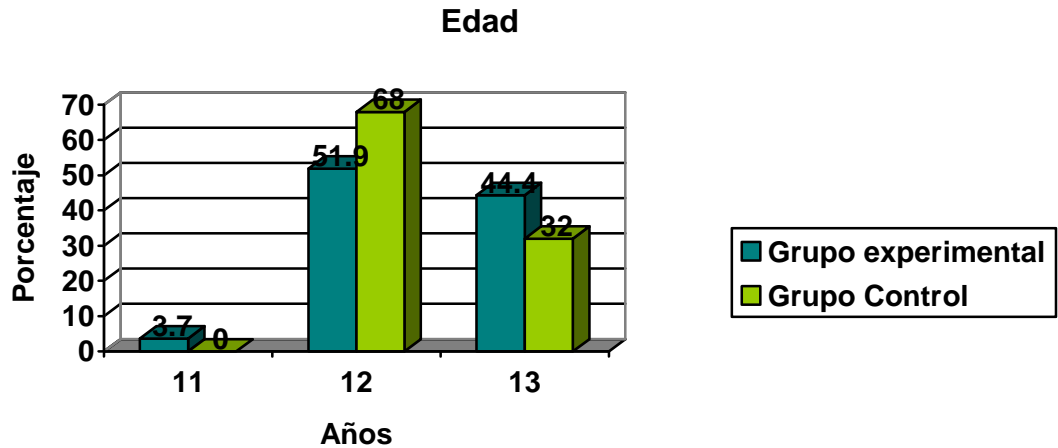


Figura 7.1 Distribución porcentual de la variable “Edad”

Trabajo

En la figura 7.2 se observa que el 93% de las adolescentes del grupo experimental no realiza ningún tipo de trabajo, mientras que esta misma información se reportó en el grupo control en un 96.

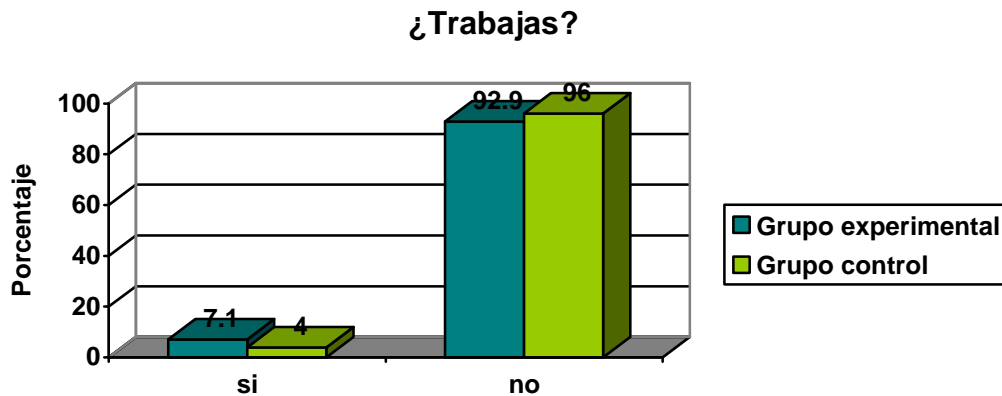


Figura 7.2 Distribución porcentual de la variable “Trabajo”

Actualmente Vive con

En relación con la variable actualmente vive con se muestra que el 86% de las adolescentes del grupo experimental reportan vivir con la familia nuclear, mientras que en el grupo control el 96%; únicamente el 14% del grupo experimental reporta vivir con padre o madre y 4% en el grupo control (ver figura 7.3).

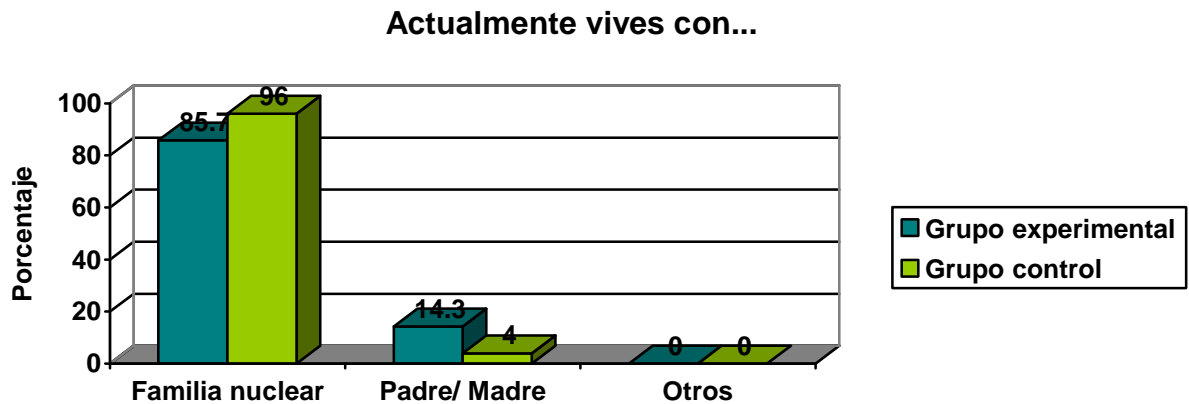


Figura 7.3 Distribución porcentual de la variable “Actualmente vives con...”

Lugar entre los Hermanos

El lugar que ocupan las participantes según el orden de nacimiento entre ellas y sus hermanos es 39% de las adolescentes del grupo experimental reportó ser la mayor, mientras que en el grupo control fue el 28%; el 29% del grupo experimental ocupa el lugar intermedio y el 20% en el grupo control; el 25% en el grupo experimental es la menor, mientras que en el grupo control el 40 (ver figura 7.4).

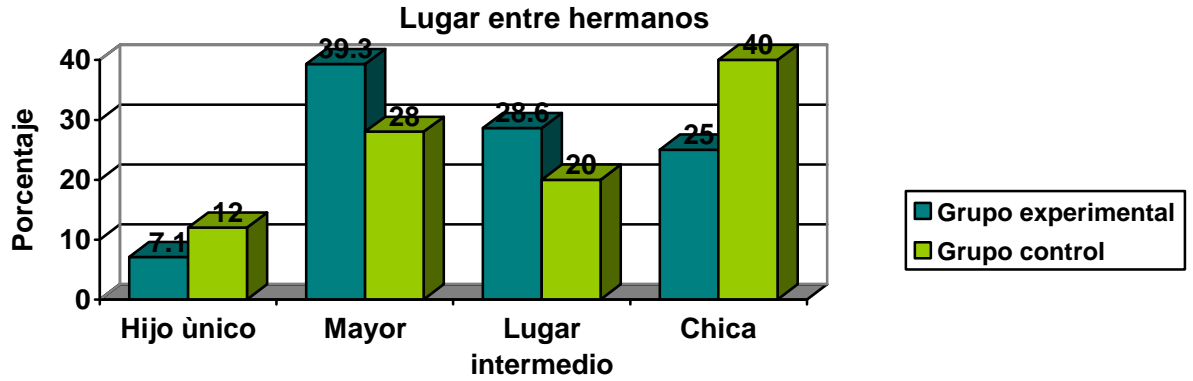


Figura 7.4 Distribución porcentual de la variable “Lugar que ocupas entre tus hermanos”

Maduración Sexual

La mayoría de las participantes tanto del grupo control como del experimental reportaron la edad de la menarca entre los 9 y los 14 años. El 43% de las adolescentes del grupo experimental menciona su menarca a la edad de nueve a once años, y en el grupo control el 48%; el 32% del grupo experimental mencionó no haber presentado su menarca hasta el momento de la aplicación y en el grupo control el 8% (ver figura 7.5).

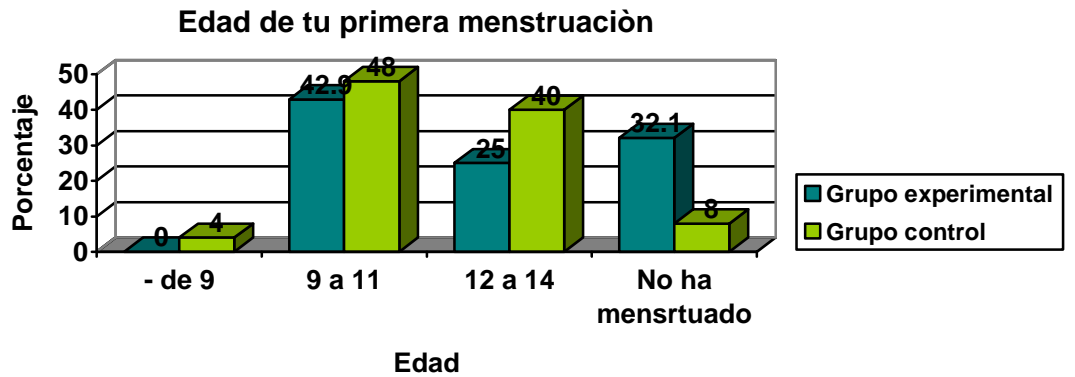


Figura 7.5 Distribución porcentual de la variable “Edad de tu primera menstruación”.

Vida Sexual

Como se puede observar en la figura 7.6 el 93% de las adolescentes del grupo experimental reportaron no haber tenido relaciones sexuales hasta el momento de la intervención y el 96% del grupo control. Las adolescentes de ambos grupos que mencionan haber tenido relaciones sexuales reportan no tener hijos.

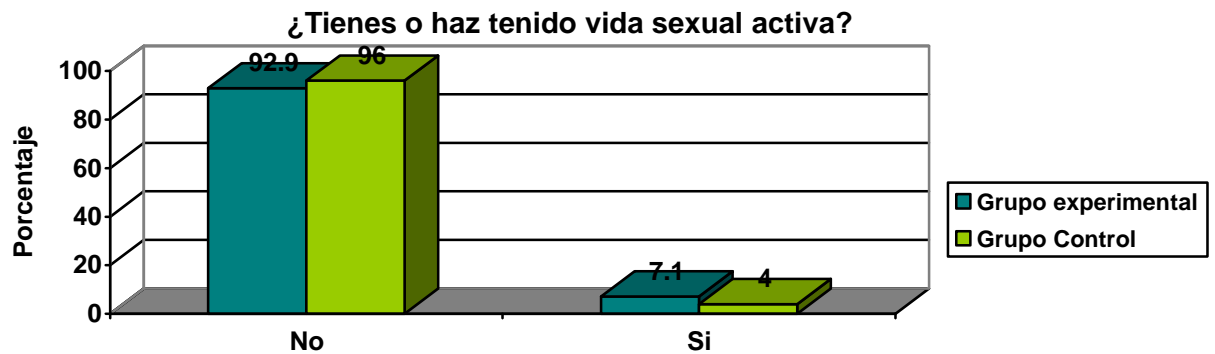


Figura 7.6 Distribución porcentual de la variable de "Vida sexual"

Ingreso Familiar

El 25% del grupo experimental reporta un ingreso mensual menor a \$2000, mientras que en el grupo control se observa un 18%; por el contrario el 7% del grupo experimental reporta un ingreso de \$12000 o más y en el grupo control el 6% (ver figura 7.7).

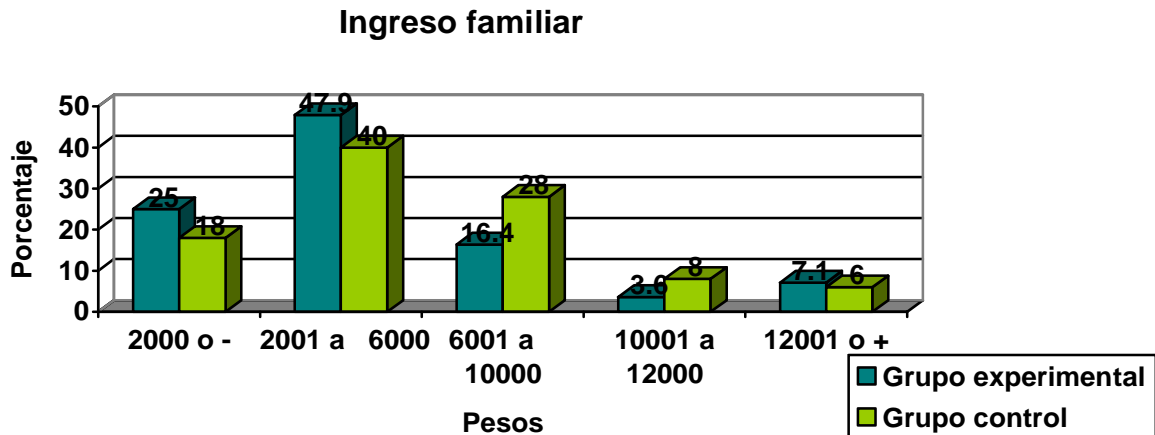


Figura 7.7 Distribución porcentual de la variable “Ingreso Familiar”.

Años de Estudio del Padre

En la figura 7.8 se observa que en ambos grupos los años de estudio del padre son de 18 o superiores, ocupando un 58% en el grupo experimental y un 44% en el grupo control y la puntuación menor se encuentra en la categoría de 9 a 11 años en un 11% en el grupo experimental y un 8% en el grupo control.

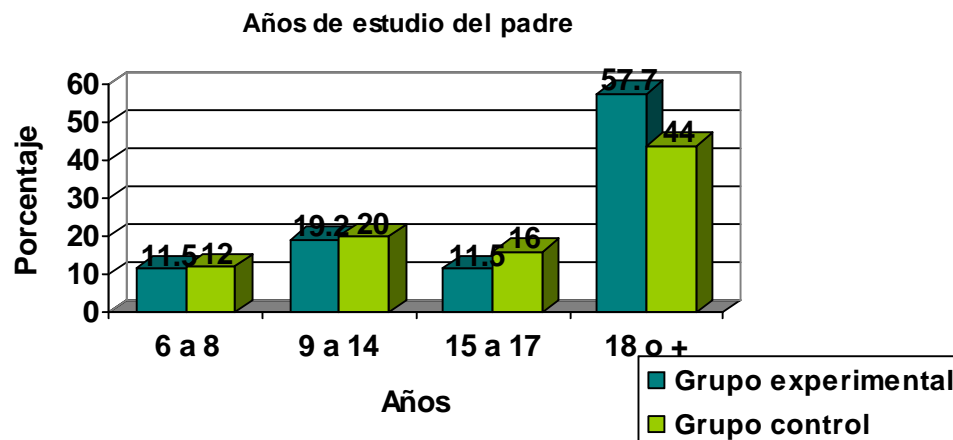


Figura 7.8 Distribución porcentual de la variable “Años de estudios del padre”

Años de Estudio de la Madre

En relación a la variable años de estudio de la madre se observó que en ambos grupos (control y experimental) los años de estudio de la madre son, en su mayoría, de 18 o superiores (46% en el grupo experimental y 52% en el grupo control) y la puntuación menor se encuentra en la categoría de sin estudios en un 0% en el grupo experimental y un 4% en el grupo control (ver figura 7.9).

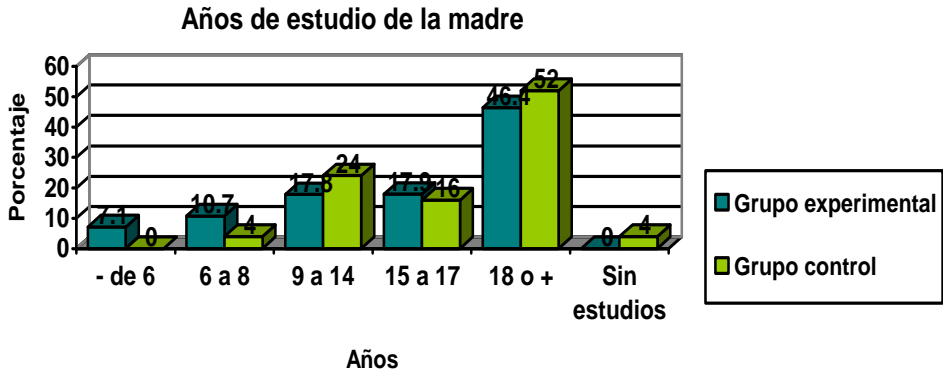


Figura 7.9 Distribución porcentual de la variable “Años de estudio de la madre”

Índice de Masa Corporal (IMC)

Como se puede observar en la figura 7.10, el grupo experimental presentó bajo peso en un 15%; por el contrario en el grupo control no se reportó ninguna adolescente en esa categoría de peso; ambos grupos centraron el porcentaje en el peso normal, el experimental con 44% y el control con 52%.

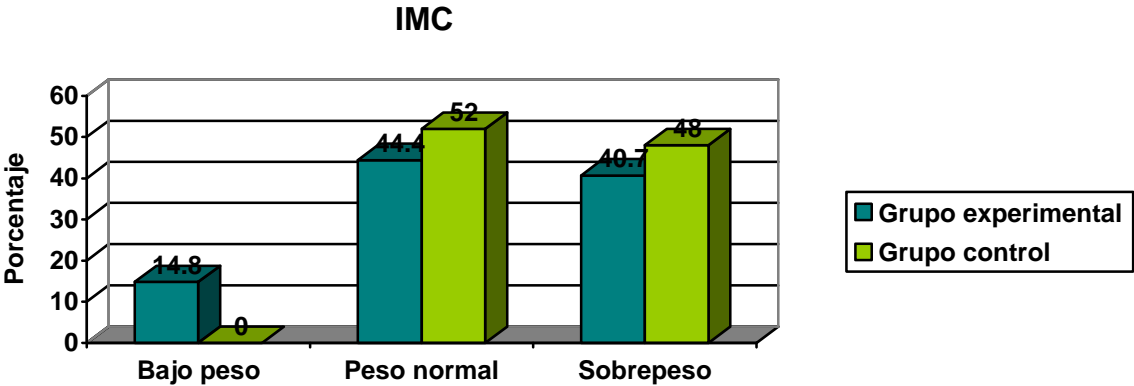


Figura 7.10 Distribución porcentual de la variable “Índice de Masa Corporal”

Edad en que Comenzó a Preocupar el Peso Corporal

La figura 7.11 muestra la de edad en que comenzó la preocupación de las adolescentes de ambos grupos por su peso corporal, comienza desde los nueve años con un 4% y centra la mayoría de los casos a la edad de once años con el 37%; el 10% reportó no preocuparle su peso corporal.

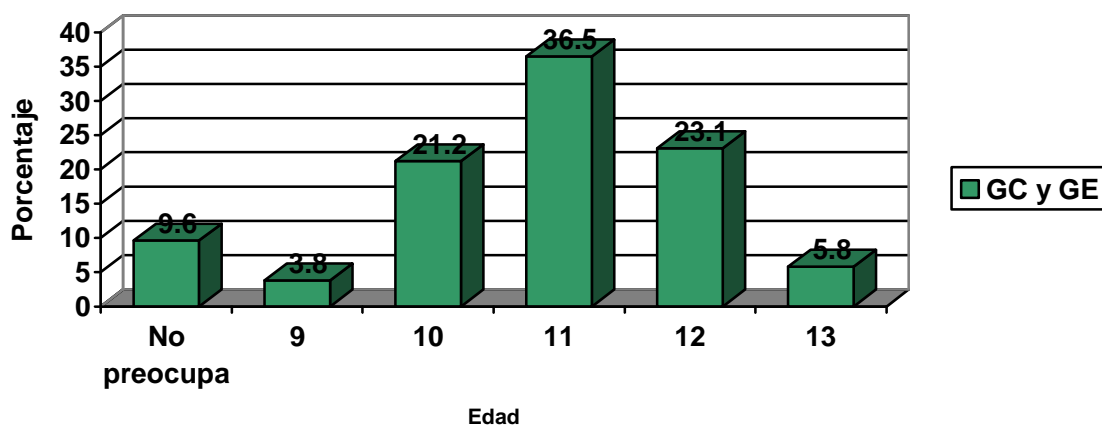


Figura 7.11 Distribución porcentual de la variable “edad de inicio por la preocupación del peso corporal” en la muestra total (n = 52).

2. DESCRIPCIÓN PRETEST/POSTEST DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Figura Ideal

Con respecto a la variable figura ideal se observó que el 15% del grupo experimental en la evaluación pretest seleccionó la silueta número uno que corresponde a la más delgada y después de la aplicación del programa preventivo ninguna participante de este grupo la eligió. De igual manera, se reportó una disminución del 22% en la elección de la silueta número dos después de la intervención, centrando así la mayoría de los casos en la silueta número tres y la elección de la silueta número cuatro mostró un aumento del 7% al 26%, lo mismo ocurrió en el grupo control en la evaluación posttest se observó un aumento de un 12% en la elección de esta silueta (ver figura 7.12).

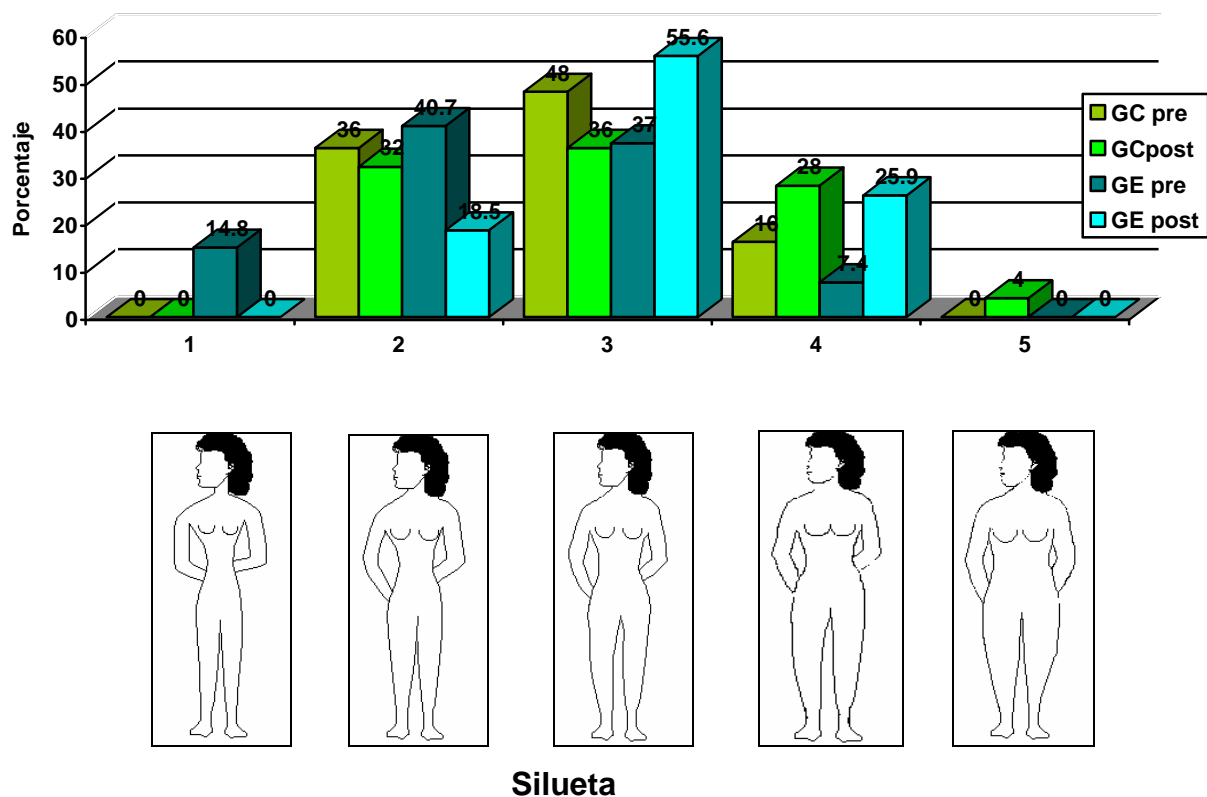


Figura 7.12 Distribución porcentual de la variable "Silueta ideal".

GC pre = grupo experimental pretest, GC post = grupo control posttest GE pre = grupo experimental pretest
 GE post = grupo experimental posttest.

Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal

En la figura número 7.13 se puede observar que antes de la aplicación del programa de prevención se encontraba el 100% de las adolescentes con insatisfacción positiva (deseo de ser más delgada) ya que era uno de los criterios de inclusión; después de la aplicación se observó una disminución del 37% en el grupo experimental, también se observa en ese grupo un alto porcentaje (33%) en satisfacción con su propio cuerpo. Asimismo, se observó una disminución en la evaluación posttest del grupo control en relación a insatisfacción positiva del 96% al 84%.

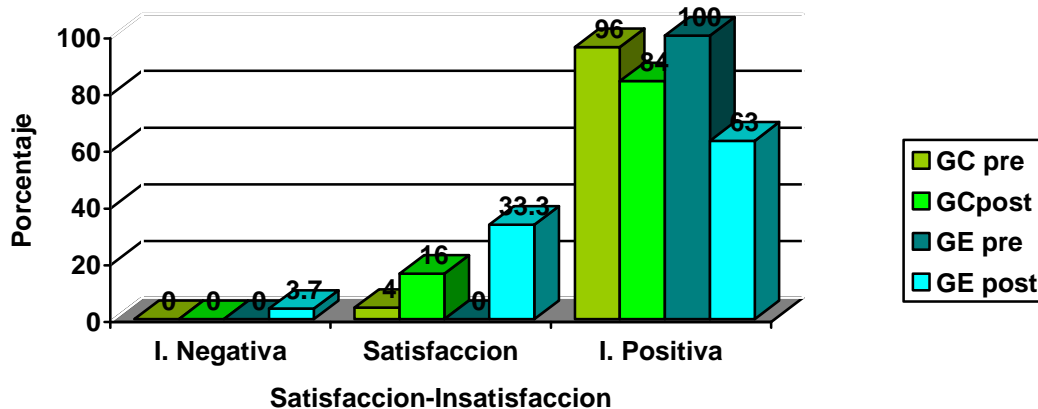


Figura 7.13 Distribución porcentual de la variable “Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal”.
 GC pre = grupo experimental pretest, GC post = grupo control postest GE pre = grupo experimental pretest
 GE post = grupo experimental postest.

Preocupación por el Peso y la Comida

Con respecto a la variable preocupación por el peso y la comida se observó que ambos grupos presentaban antes y después de la aplicación del programa un porcentaje del 93% (gpo. experimental) al 96% (grupo control) en casos de mujeres sin riesgo en la variable. En el grupo control se observa un incremento de porcentaje en mujeres con riesgo en la medición postest a un 8%, por el contrario, en el grupo experimental después de la aplicación del programa preventivo se observó una disminución total en mujeres con riesgo en la variable preocupación por el peso y la comida (ver figura 7.14).

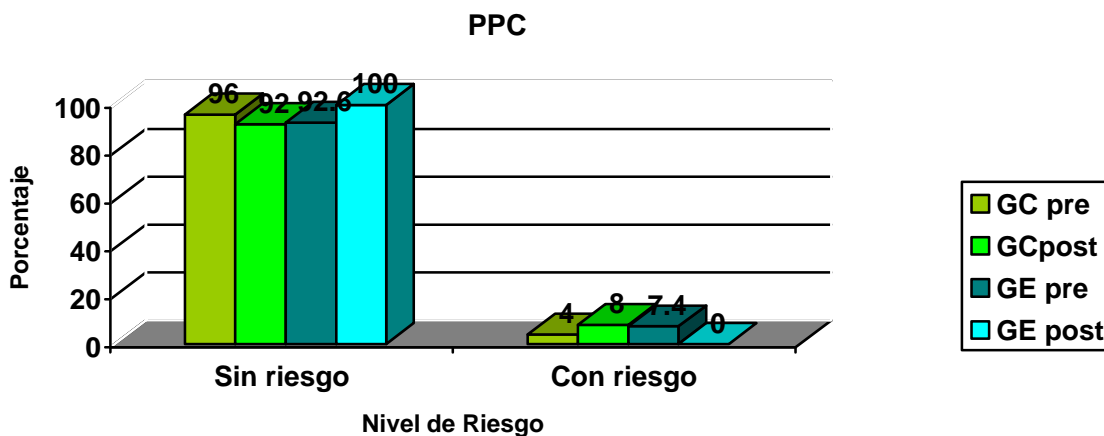
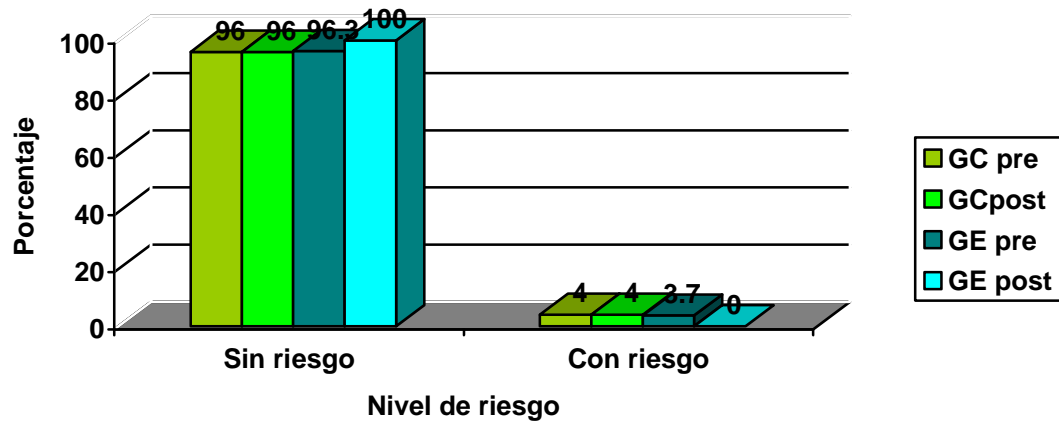


Figura 7.14 Distribución porcentual de la variable Preocupación por el peso y la comida.

*GC pre = grupo experimental pretest, GC post = grupo control posttest GE pre = grupo experimental pretest
GE post = grupo experimental posttest.*

Seguimiento de Dieta Restringida

En la figura número 7.15 se puede observar que ambos grupos presentaban antes y después de la aplicación del programa un alto porcentaje (96% grupo control y experimental, respectivamente) en casos de mujeres sin riesgo en la variable seguimiento de dieta restringida. En el grupo experimental después de la aplicación del programa preventivo se observó una disminución total en mujeres con riesgo respecto a esta variable.

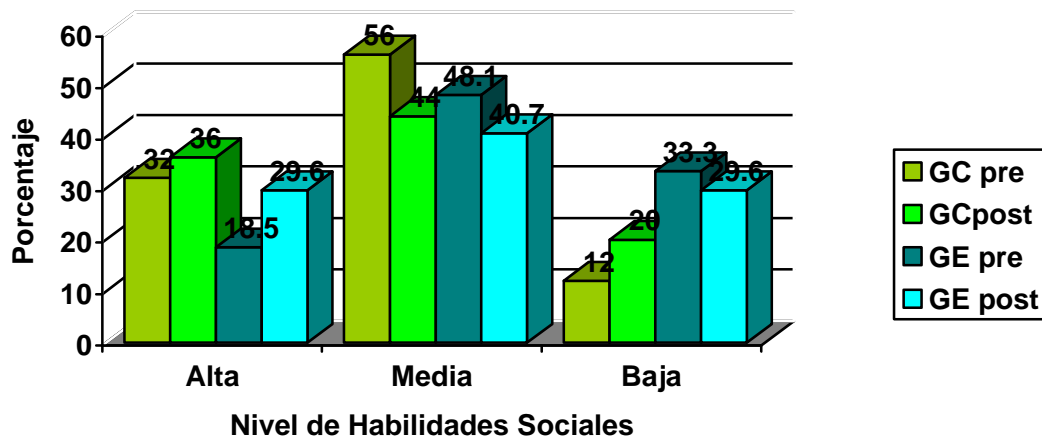


*Figura 7.15 Distribución porcentual de la variable “Seguimiento de dieta restringida”.
GC pre = grupo experimental pretest, GC post = grupo control posttest GE pre = grupo experimental pretest
GE post = grupo experimental posttest.*

Habilidades Sociales

Con respecto a la variable habilidades sociales se categorizó a las participantes en tres grupos dependiendo del nivel de habilidades sociales que reportaron. Se consideró nivel bajo quienes obtuvieron puntuaciones totales por debajo del percentil 25, nivel medio entre el percentil 26 y el 74 y nivel alto mayor al percentil 75. El grupo experimental mostró una disminución al posttest en las categorías de nivel medio de habilidades sociales del 48% al 41% y del nivel bajo de habilidades

del 33% al 30%, lo que refiere un aumento en la categoría de alto nivel de habilidades sociales del 18% al 30%. Igualmente, en el grupo control en la evaluación posttest se observó un incremento del 4% en la categoría de nivel alto de habilidades sociales, una disminución del nivel medio de habilidades sociales del 56% al 44% y un aumento del 12% al 20% de población con nivel bajo de habilidades sociales (ver figura 7.16).



*Figura 7.16 Distribución porcentual de la variable Habilidades sociales.
GC pre = grupo experimental pretest, GC post = grupo control posttest GE pre = grupo experimental pretest
GE post = grupo experimental posttest.*

3. Comparación Entre Grupos

Con el propósito de conocer los efectos de la intervención del grupo experimental en la reducción de factores de riesgo de trastornos alimentarios, se aplicó un Análisis de Varianza (Mediciones Repetidas) para cada una de las variables de interés.

Figura ideal

Respecto a la variable figura ideal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tipo de condición (experimental y control). Sin embargo, se encontraron diferencias en el efecto tiempo y se encontró también una interacción condición X tiempo (ver tabla 7.1). Dicha interacción se puede interpretar a través de las medias en la figura 7.17 que indica que el grupo experimental mostró una mayor preferencia por una silueta más gruesa en comparación con el grupo control que puede atribuirse a la intervención basada en realidad virtual y habilidades sociales.

Tabla 7.1

Análisis de varianza (mediciones repetidas) para figura ideal

| <u>Fuente</u> | <u>g1</u> | <u>F</u> | <u>p</u> |
|----------------------|-----------|----------|-------------|
| Entre sujetos | | | |
| <u>Condición</u> | 1 | 1.10 | .299 |
| Intra sujetos | | | |
| Tiempo | 1 | 19.15 | .000 |
| Condición por tiempo | 1 | 4.62 | .036 |

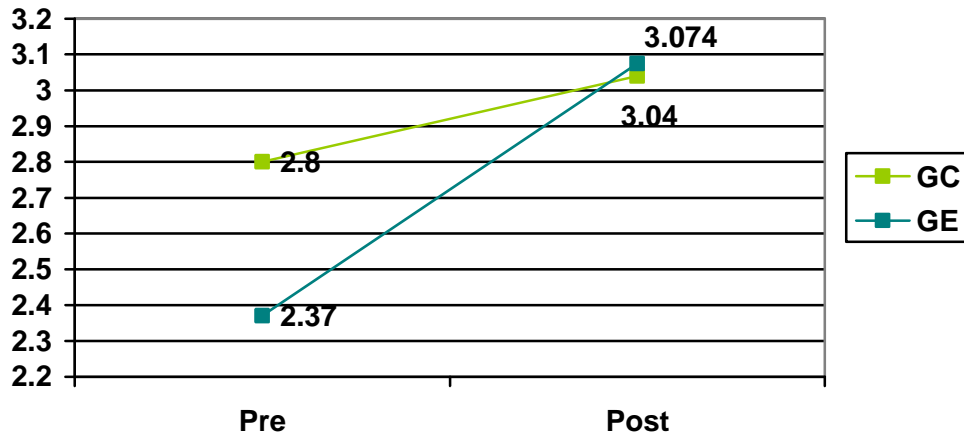


Figura 7.17 Diferencias entre medias pretest y posttest del grupo control y experimental de la variable “Figura ideal”

Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal (IC)

En relación con la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, en la tabla 7.2 se puede observar que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas por condición. En contraste, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo y una interacción condición X tiempo. La figura 7.18 indica que hubo una mayor disminución de la insatisfacción corporal en el grupo experimental en comparación con el control, atribuible a la intervención a la que las participantes fueron expuestas en el grupo experimental.

Tabla 7.2
Análisis de varianza (mediciones repetidas) para satisfacción con IC

| Fuente | g1 | F | P |
|----------------------|----|-------|-------------|
| Entre sujetos | | | |
| Condición | 1 | .58 | .451 |
| Intra sujetos | | | |
| Tiempo | 1 | 10.56 | .002 |
| Condición por tiempo | 1 | 5.99 | .018 |

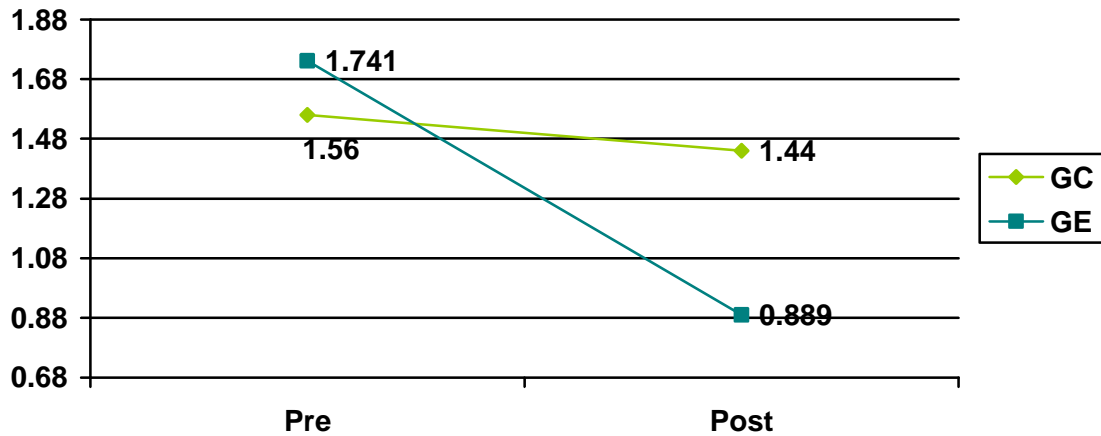


Figura 7.18 Diferencias entre medias pretest y posttest del grupo control y experimental de la variable “Satisfacción con la imagen corporal”

Preocupación por el peso y la comida

Referente a la variable preocupación por el peso y la comida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición, tiempo ni interacción condición X tiempo. No se reunió evidencia suficiente de que existieran diferencias entre el grupo experimental y el control.

Tabla 7.3
Análisis de varianzas (mediciones repetidas) para PPC

| Fuente | g1 | F | P |
|----------------------|----|-----|------|
| Entre sujetos | | | |
| Condición | 1 | .31 | .581 |
| Intra sujetos | | | |
| Tiempo | 1 | .05 | .821 |
| Condición por tiempo | 1 | .73 | .398 |

Seguimiento de Dieta Restringida

Al explorar la variable dieta restringida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición, tiempo ni interacción condición X tiempo. No se reunió evidencia de que existieran diferencias entre el grupo experimental y el control.

Tabla 7.4
Análisis de varianza (mediciones repetidas) para dieta restringida

| Fuente | g1 | F | P |
|----------------------|----|------|------|
| Entre sujetos | | | |
| Condición | 1 | .94 | .337 |
| Intra sujetos | | | |
| Tiempo | 1 | .40 | .529 |
| Condición por tiempo | 1 | 2.46 | .123 |

Habilidades Sociales

Con respecto a la variable habilidades sociales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición ni tiempo. Sin embargo, se muestra en la tabla 7.5 una tendencia en la interacción condición X tiempo. En la figura 7.19 se presentan las medias pretest/postest por condición. El grupo experimental redujo su nivel de déficit de habilidades sociales, mientras que este efecto no ocurrió en el grupo control.

Tabla 7.5
Análisis de varianza (mediciones repetidas) para Habilidades sociales

| Fuente | g1 | F | P |
|----------------------|----|------|------|
| Entre sujetos | | | |
| Condición | 1 | .49 | .488 |
| Intra sujetos | | | |
| Tiempo | 1 | 2.15 | .149 |
| Condición por tiempo | 1 | 3.03 | .088 |

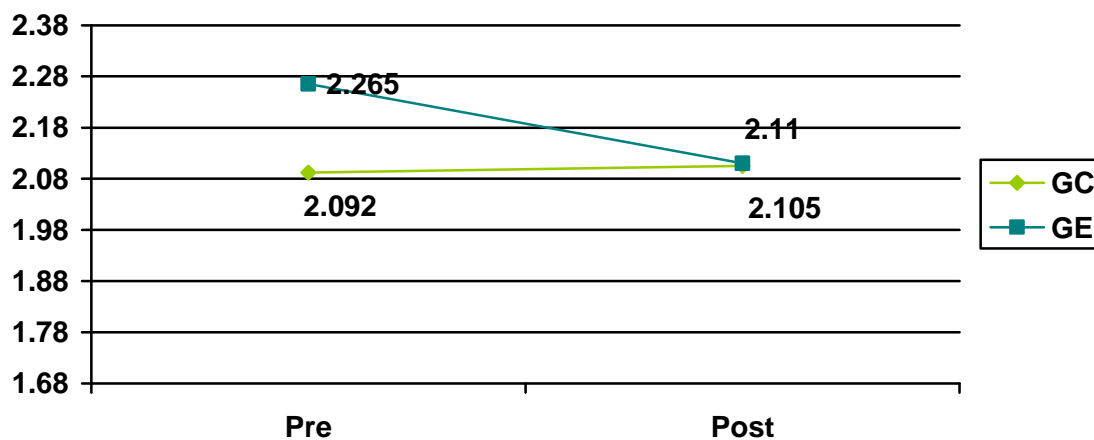


Figura 7.19 Diferencias entre medias pretest y posttest del grupo control y experimental de la variable “Habilidades Sociales”

CAPITULO 8

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente investigación fue evaluar la eficacia de un Programa de prevención basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual dirigido a disminuir o eliminar factores de riesgo asociados a trastornos de la Conducta Alimentaria.

Se trabajó con una muestra total inicial de $N = 146$ mujeres adolescentes estudiantes del primer grado de secundaria, se incluyeron aquellas adolescentes que reportaron la presencia de factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en el cuestionario de alimentación y salud (en las variables “elección de figura ideal 1 y 2” y “satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal” deseando ser más delgada). La muestra final quedó formada por $N = 52$ participantes que fueron las que cubrieron las características señaladas. De esta muestra se formaron dos grupos: grupo 1 (experimental) $n = 27$ y grupo 2 (control) $n = 25$. La asignación de los participantes a cada una de las condiciones fue de acuerdo al grupo escolar al que pertenecían originalmente.

La edad promedio de las adolescentes que formaron ambos grupos fue de 12 años; se trabajó con esta muestra ya que el 90% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres (Chinchilla, 2003), que en su mayoría se encuentran en etapa puberal y adolescente, que como menciona Toro (1996), es el principal factor individual de riesgo.

Los factores de riesgo que pueden desencadenar un TCA son muy variados y de origen multifactorial, entre los principales factores de riesgo con carácter psicológico se encuentran: la insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida; deseo de figura ideal delgada; seguimiento de dieta restringida (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Igualmente la falta de aserción, la baja autoestima, como la percepción del control externo se han tenido en cuenta como factores de riesgo. Diversos autores han señalado que las pacientes con patologías alimentarias presentarían antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de falta de autonomía, independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, inseguridad, dependencia, falta de asertividad, entre otros (Behar, Manzo y Casanova, 2006).

Para fines de la presente investigación se trabajó con los siguientes factores de riesgo: insatisfacción de la imagen corporal, deseo de figura ideal delgada, preocupación por el peso y la comida, dieta restringida y habilidades sociales; por medio de la intervención del programa preventivo “Habilidades Sociales y Realidad Virtual”.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable deseo de figura ideal en el efecto tiempo y se encontró también una interacción condición experimental X tiempo, que indica que el grupo experimental mostró una mayor preferencia por una silueta más gruesa en comparación con el grupo control después de la intervención. Resultado importante debido a la inmersión en la sociedad de un estereotipo corporal delgado y un estereotipo de género femenino, el cual se utiliza como sinónimo de éxito, poder y valía. De acuerdo con Bustos (2003), los medios de comunicación promueven una imagen de mujer seductora, objeto de decoración u objeto sexual, donde es valorada sobre todo por características como “belleza”, “buen cuerpo”, juventud; y en donde el mensaje es que su función es agradar a los demás, o bien, que puede obtener y lograr cosas a través de estos atributos. Chinchilla (2003), menciona que constantemente se emiten mensajes, estableciendo la delgadez como valor altamente positivo, como meta que alcanzar, como modelo corporal a seguir, convirtiéndolo en el criterio central de evaluación de la persona. Estos resultados coinciden con

investigaciones anteriores realizadas por Arriaga (2006), Mercado y Olvera (2007), en donde se han reportado mejoras en la elección de siluetas con normopeso.

Respecto con la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo y una interacción condición experimental X tiempo, el resultado indica que hubo una mayor disminución de la insatisfacción corporal en el grupo experimental en comparación con el control después de la intervención. Este resultado coincide con la investigación anterior realizada por Mercado y Olvera (2007), en donde se han reportado mejoras en la satisfacción con imagen corporal después de la intervención del programa preventivo. Este cambio cobra importancia ya que como menciona Toro (2004), la insatisfacción con la imagen corporal representa probablemente el principal factor que antecede el deseo de adelgazar la iniciación de conductas para lograrlo, lo que a su vez puede determinar el inicio de un trastorno de la conducta alimentaria. Es importante señalar que el adolescente compara su imagen (mental) corporal con el modelo estético corporal vigente en su medio social, modelo asume plenamente, anhelando y procurando que su cuerpo, se aproxime máximamente al expuesto; las discrepancias entre el propio cuerpo o su imagen y el modelo *oficial* suelen interpretarse contra de su propio cuerpo.

Con respecto a la variable habilidades sociales se observó una tendencia en la interacción condición experimental por tiempo, el grupo experimental redujo su nivel de déficit de habilidades sociales, mientras que este efecto no ocurrió en el grupo control. Fue un cambio positivo pues, como menciona Massey-Strokes (2001), la falta de habilidades de comunicación y expresión de emociones puede contribuir a desórdenes del comer; es posible lograr componentes de una comunicación afectiva, con entrenamiento, de esta forma se puede ayudar a las personas con estos déficits a aprender a expresar sus emociones de una manera apropiada, promoviendo respuestas asertivas y saludables dotando de

herramientas que permitan resolver los problemas de una manera asertiva. En investigaciones anteriores realizadas por Arriaga (2006), Mercado y Olvera (2007), no se reportaron cambios positivos en el nivel de déficit de Habilidades Sociales.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a las variables preocupación por el peso y la comida y dieta restringida, esto se podría deber a que en la evaluación pretest la mayoría de la población se encontraba en la categoría sin riesgo. Sin embargo, se logró una disminución total de riesgo en adolescentes del grupo experimental después de la intervención del programa preventivo, lo que representa un cambio positivo ya que como menciona Chinchilla (2003) y García-Camba (2002), la dieta restringida es el principal desencadenante de un trastorno de la conducta alimentaria.

Dado lo anterior se concluye que:

- El programa preventivo basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual contribuyó de manera positiva en la reducción de la preferencia por siluetas delgadas en adolescentes de secundaria.
- El programa preventivo basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual contribuyó de manera positiva en la reducción de la insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria.
- El programa preventivo basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual mostró una tendencia respecto a la reducción del déficit de Habilidades Sociales.
- No se reunió evidencia de que el programa preventivo basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual mostrara reducción del riesgo respecto a las variables: “seguimiento de dieta restringida” y “preocupación por el peso y la comida”.

De esta forma, los resultados obtenidos contribuyen a las evidencias que existen de los programas preventivos en los trastornos de la conducta alimentaria y destaca la importancia que tiene la prevención en este campo ya que, como mencionan Pineda y Gómez Pérez-Mitré (2006), los costos de la enfermedad no

son únicamente físicos y emocionales, a nivel individual y familiar, sino también económico. Striegel-Moore & Steiner-Adair (2000), refieren que la complejidad de estos trastornos, sus graves consecuencias y difícil pronóstico que se tiene, aumenta la importancia de la prevención que evita el sufrimiento.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- Se sugiere realizar seguimiento para observar si las mejorías se mantienen.
- Considerar una sesión de reforzamiento para mantener las mejorías obtenidas.
- Elaborar programas de apoyo para los padres de las adolescentes que se encuentran en riesgo esto con el fin de mantener y promover el mantenimiento de los cambios obtenidos durante la intervención.
- Realizar el programa en hombres adolescentes con riesgo de TCA, haciendo las adaptaciones necesarias.
- Realizar estudios con pacientes con trastorno de la conducta alimentaria para conocer resultados en prevención secundaria.
- Realizar el estudio con muestras de mayor tamaño en aquellas variables que presenten un tamaño del efecto de medio a grande.
- Poder contar con espacios de trabajo adecuados para una mejor interacción entre sujetos y facilitador.
- Se sugiere complementar instrumentos de corte cuantitativo y cualitativo para próximas investigaciones.

REFERENCIAS

Ackard D., Peterson C. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *Int J Eat Disord*, 29. 187-194.

Arriaga, C.G. (2006). *Una primera aproximación. Realidad Virtual y entrenamiento en Habilidades Sociales como estrategias de prevención en trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de licenciatura inédita. UNAM: México.

Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

Baños, R., Botella, C. y Perpiña, C. (2000). *Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios: Evaluación y Tratamiento por medio de Realidad Virtual*. Valencia: Promolibro. 8-12, 13, 16-21.

Baños, R., Botella, C. & Perpiña, C. (2003). Virtual Reality in Eating Disorders. Valencia: Promolibro. *European Eating Disorders Review* 11,261-278.

Barriguet Meléndez, JA., Parra Cabrera, M. y Rivera Gallardo, M. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud Pública*, 47, 308-318.

Becoña Iglesias, E. y Oblitas Guadalupe, L. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdes Ediciones.

Behar, R., Manzo, R. y Casanova D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista médica de Chile*, 134, (3), 312-319.

Burdea, G. y Coiffet, P. (1996). *Tecnologías de la realidad virtual*. Barcelona, España: Paidós.

Bustos, R. O. (2003). Imagen corporal, mujeres y medios de comunicación. *Revista del Instituto Colímense de las mujeres*, 2, (3), 4-8.

Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Calvo, S. R., Delgado, L. C., Rodríguez-Vega, P. V. y Santo-Domingo, C. J. (1987). Anorexia nerviosa: tratamiento y evolución a uno, tres y cinco años. *Actas luso-españolas de neurología psiquiatría y ciencias afines*, 15, 255-262.

Carboles, J. A. (1988). "Prólogo" al libro de V. E. Caballo. *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.

Cash, T.F. y Pruzinski, T. (1990). *Integrative themes in body-image development, deviance and change*. New York: Guilford Press.

Chad, K. E., Thompson, A. M., (2002). The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *J Adolesc Health*, 31. 183-189.

Chinchilla, M. A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosas. Obesidad y Atracónes*. Barcelona: Masson.

Delvan, J. (1998). *El desarrollo humano*. México: Siglo Veintiuno.

Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.

Fernández, F. y Turon V. (2002). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. España: Masson.

Frías Osuna, A. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

Friedman, S. (1999). Discussion groups for girls: decoding the language of fat. En N. Piran, Levine, M. & Steiner-Adair, C. (Eds.). *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges*. Filadelfia: Brunner/Mazel.

García-Camba, E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. Barcelona: Masson.

García-Vera, M., Sanz, J. y Gil, F. (1998). Entrenamientos en Habilidades Sociales. En F. Gil y J. Leon (Ed). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. (pp. 63-73) Madrid, España: Síntesis.

Gismero, G. E. (1996). *Habilidades Sociales y Anorexia Nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 35-36.

Gil, F. y León, J. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. España: Síntesis S. A.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudes asociadas con la imagen corporal y desordenes del comer: Problemas de peso. *Investigación psicológica*, 1, 95-112.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista mexicana de psicología*, 2, 185-197.

Gómez Pérez-Mitré., G. (1997). Alteraciones de la imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 ,(1), 31-40.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Desordenes del Comer: Imagen Corporal en México. *La Psicología Social en México*

Gómez-Pérez-Mitré, G. (2001). Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Teoría, Práctica y Prevalencia en Muestras Mexicanas. 450 años de la Universidad, 21-22.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A. E. (1997). Como medir factores de riesgo asociados con imagen corporal: insatisfacción y distorsión. *Libro de resúmenes del 5º Congreso de Metodología de las Ciencia de la Conducta Humana y Sociales*. España.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A. E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6, 10-21.

Gómez Pérez-Mitré, 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*. 3, 313-324.

Gómez Pérez-Mitré, G., Pineda, G., L'Esperance, P., Hernández, A., Platas, S. y Leon, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 1, 125-132.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Saucedo, M. T. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*, 18 (1), 19-27.

Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo, M., y Unikel, S. (2001). *Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en el Campo de la Salud*. México: Fondo de Cultura Económica.

González, J.J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.

González, S. M. (2006). *Piloteo de un programa de prevención en trastornos de la conducta alimentaria basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Tesis de licenciatura, inédita. Facultad de Psicología: UNAM.

Gresko, R. & Rosenvinge, J. (2000). El modelo preventivo escolar noruego: desarrollo y evaluación. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. (pp.101-129). Barcelona: Granica.

Hermes, F.H., Keel, P. K. (2003). The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *Int J Eat Disord*, 33. 465-467.

Hidalgo, C., C. y Abarca, M., N. (1999). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Chile: Alfaomega.

Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer H. & Stewart W. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *American Psychological Association, Inc.* 130, 1, 19-65.

Johnston, Y. (1998). Atribución e imagen corporal en adolescentes obesos y no obesos. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología: UNAM.

Kimmel, D. y Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel Psicología.

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.

Lora Cortez, C. y Saucedo Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al IMC de una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 60-67.

Lowe, J., Wade, T., (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about personal implications of body shape and weight in a female population adolescent. *Int J Eat Disord*, 32. 39-45.

Luca, C. (2001). *Programa de Habilidades Sociales en la Enseñanza Secundaria Obligatoria. ¿Cómo puedo favorecer las habilidades sociales de mis alumnos?* Málaga: Aljibe

Márquez, J., Alvarado, R. y Malfanti, I. (2001). *Introducción práctica a la realidad virtual*. Chile: Universidad del Bio-Bio.

Massey-Stokes, M. (2001). Communicating, expresing feelings, and creative problem solving. En S. Robert-Mc Comb, J. Jacalyn (Ed). *Eating in women and children: Prevention, stress managment, and treatment*. (pp. 291-315). Estados Unidos: CRC Press.

Moraleda, M. (1999). *Psicología del Desarrollo: Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud*. Barcelona: Alfaomega. 183, 190.

Morales Calatayud, F. (1991). La promoción de la salud como problema de la psicología en la atención primaria. *Revista Cubana de medicina General Integral*, 7(4), p. 367.

Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Argentina: Paidós.

Moreno, A. B. Y Thelen, M. H. (1993). A primary prevention program for eating disorders in junior high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 109-124.

Monterrosa, C. (2000). Causas e implicaciones medico-sociales del embarazo en la adolescencia. Recuperado el 23 de Marzo de 2007 de www.encolombia.com/go_causasei.htm.

Oblitas Guadalupe, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta Ottawa*. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Canadá: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor.

Organización Panamericana de la Salud, OPS (1996). *Promoción de la salud: Una antología*. Washington, D. C: OPS.

Olvera, R. A. y Mercado, G. L. (2007). *Programa de Realidad Virtual y Entrenamiento en habilidades Sociales como prevención de factores de riesgo asociados con la imagen corporal*. Tesis de licenciatura inédita. UNAM: México.

Palma, E. M. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de Nutrición*, 20 (5), 21-30.

Papalia, A. y Wendkos, O. (2001). *Psicología del desarrollo*. Colombia: McGraw Hill.

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2001, 8va. Ed.). *Desarrollo Humano*. Colombia: McGraw-Hill.

Paxton, S. J. (1993). A prevention programme for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A one year follow-up. *Health Education Research*, 8, 43-51.

Pineda, G. G., (2003). Factores de riesgo en trastornos de la alimentación. Estrategias de prevención. Proyecto de Doctorado.

Pineda, G. y Gómez Pérez-Mitré (2006). Estudio Piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (1), 87-89.

Prette, Z., y Prette, A., (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. Brasil: Manual Moderno.

Raich, R. (2000) *Imagen corporal: aprender y valorar el propio cuerpo*. Madrid, España: Pirámide.

Rodríguez-Tomé, H. (2003). Pubertad y Psicología de la adolescencia. *Los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona: UOC.

Roth, U. E. (1986). *Competencia social*. México: Trillas.

Ruiz-Lázaro, P. M. y Comet, P. (2003). Seguimiento a los 36 meses del programa escolar controlado de prevención de trastornos alimentarios Zarima prevención. Fuente: *Interpsiquis 2003*.

San Martín, H. (1981, 4ta. Ed.). *Salud y Enfermedad*. México: Ediciones Científicas.

San Martín, H. y Pastor V. (1988, 2ª. Ed.). *Salud comunitaria. Teoría y Práctica*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.

Saucedo, T., (2003). Modelos predictivos dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de Doctorado en Psicología, inédita. Facultad de Psicología, UNAM, México.

Stewart, A. (2000). Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. (pp. 131-171). Barcelona. Granica.

Striegel-Moore, R. & Steiner-Adair, C. (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: Nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. (pp.13-37). Barcelona. Granica.

Toro, J. (1996). *El Cuerpo como Delito*. España: Ariel Ciencia.

Toro, J. (2004). *Riesgo y Causas de la Anorexia Nerviosa*. España: Ariel. 189, 235-237.

Unikel, S. C. (2003). Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de doctorado en Psicología, inédita. Facultad de Psicología, UNAM, México.

Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). *La Prevención de los Trastornos Alimentarios. Un Enfoque Multidisciplinario*. España: Granica.

Anexos

1. Cuestionario de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré
2. Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva de Gismero
3. Programa de Realidad Virtual de Gómez Pérez-Mitré

ANEXO 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré

Facultad de Psicología, UNAM

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

| |
|------------------|
| SECCIÓN A |
|------------------|

1. ¿Qué estás estudiando?

- A) Secundaria
- B) Carrera Técnica
- C) Carrera Comercial
- D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
- E) Licenciatura
- F) Posgrado

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amiga(o)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

5. Edad de tu primera menstruación

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de (considera 35.00 el salario mínimo por día):

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10,000
- F) \$ 10,001 a 12,001
- G) \$ 12,0001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposo o pareja

10. 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. 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

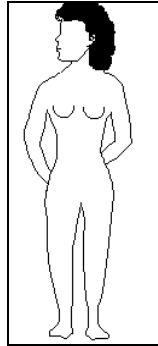
12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario
- F) Jubilado

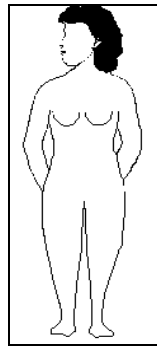
13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Empresaria
- G) Jubilada

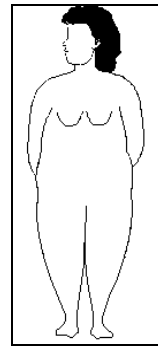
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



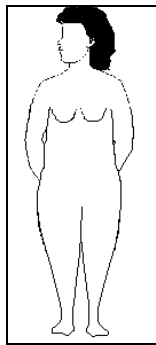
(A)



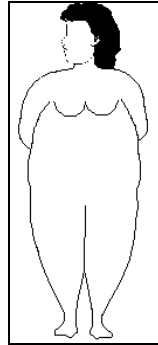
(B)



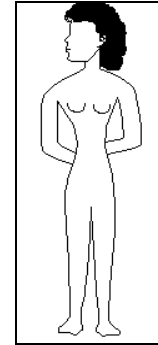
(C)



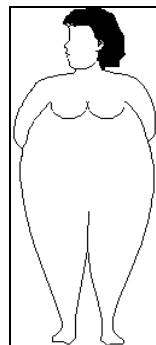
(D)



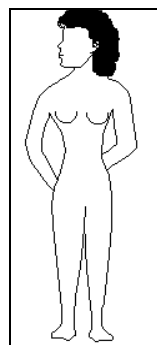
(E)



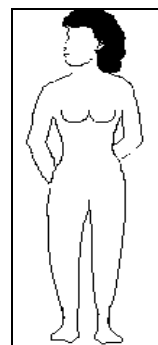
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN E

1. En el último año :

- A) Subí de peso
- B) Baje de peso
- C) Subí y baje de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

2. Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes :

- A) Menos de un año
- B) De uno a menos de tres años
- C) De tres a menos de cinco años
- D) De cinco y más de cinco años

3. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

- A) No. (Pasa a la pregunta 5)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

5. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- A) No. Pasa a la siguiente sección
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

6. El problema consiste en que:

- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- B) Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago
- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

7. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

8. ¿Cuándo sientes más hambre?

- A) En el desayuno
- B) En la comida
- C) En la cena
- D) Entre una comida y otra

9. ¿Con que intensidad sientes hambre?

- A) Poca
- A) Regular
- B) Demasiada

10. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

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

SECCIÓN E1

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

| A Nunca | B a veces | C frecuentemente (aprox. La mitad de la veces) | D muy frecuentemente | E Siempre |
|-------------------|---------------------|---|-----------------------------------|---------------------|
|-------------------|---------------------|---|-----------------------------------|---------------------|

| | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Cuido que mi dieta sea nutritiva. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Siento que la comida me tranquiliza. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Procuro comer verduras. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Me avergüenza comer tanto. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Como lo que es bueno para mi salud. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. “Pertenezco al club” de las que para controlar su peso se saltan las comidas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. No me gusta comer con otras personas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. No como aunque tenga hambre | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Siento que no puedo parar de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Como sin medida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 32. Me deprimó cuando como de más. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
37. Me sorprende pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).. (A) (B) (C) (D) (E)
39. Como a escondidas. (A) (B) (C) (D) (E)
40. Disfruto cuando como con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente llena (A) (B) (C) (D) (E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

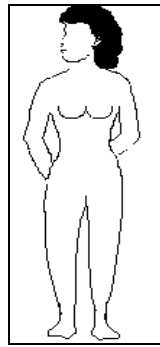
SECCIÓN F

Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas) :

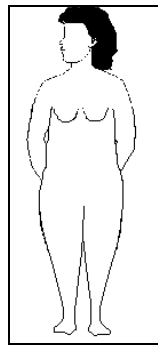
| A Muy de acuerdo | B De acuerdo | C Indecisa | D En desacuerdo | E Muy en desacuerdo |
|------------------------|-----------------|---------------|--------------------|---------------------------|
|------------------------|-----------------|---------------|--------------------|---------------------------|

1. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
2. Las personas que comen con medida (con medida) son dignas de respeto. (A) (B) (C) (D) (E)
3. Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que “genio y figura hasta la sepultura”. (A) (B) (C) (D) (E)
4. Admiro a las personas que pueden comer con medida (A) (B) (C) (D) (E)
5. Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema “todo con exceso nada con medida”. (A) (B) (C) (D) (E)
6. No sé porqué se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria. (A) (B) (C) (D) (E)
7. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. (A) (B) (C) (D) (E)
8. Es muy difícil mantener control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. (A) (B) (C) (D) (E)
9. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. (A) (B) (C) (D) (E)
10. Creo que “comer y rascar el trabajo es comenzar”. (A) (B) (C) (D) (E)
11. Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras conductas (A) (B) (C) (D) (E)
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Creo que soy insegura. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Me cuesta trabajo hacer amigas. (A) (B) (C) (D) (E)
18. Mi familia me exige demasiado. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Me considero una persona agradable. (A) (B) (C) (D) (E)
20. No tengo confianza en los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
21. Creo que en lugar de controlar mis alimentos ellos me controlan. (A) (B) (C) (D) (E)
22. Sólo se debe competir para ganar (A) (B) (C) (D) (E)
23. No importa a que se dedique uno en la vida, el chiste es ser el mejor (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter (A) (B) (C) (D) (E)

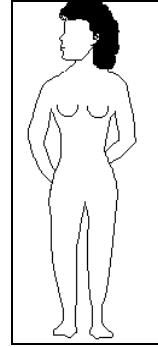
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



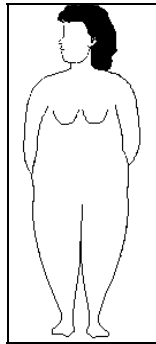
(A)



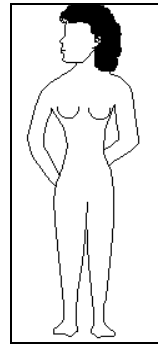
(B)



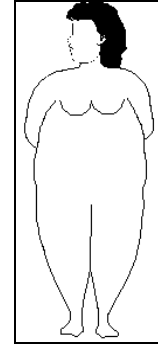
(C)



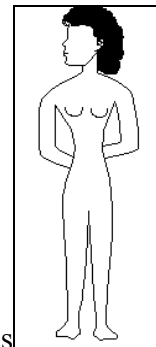
(D)



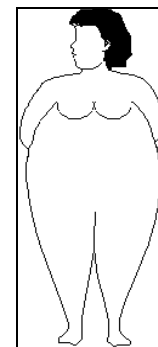
(E)



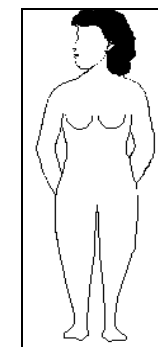
(F)



(G)



(H)



(I)

ANEXO 2

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES

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.

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".

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 regresar encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo.

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 aunque no me agrada, me quedo sin decir nada.

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 entregan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo hagan bien.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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 él.

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 una persona cercana 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.

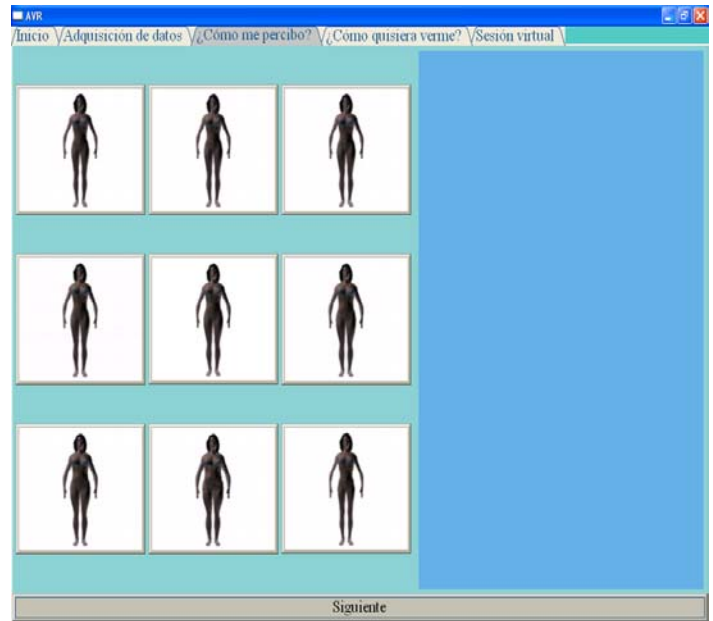
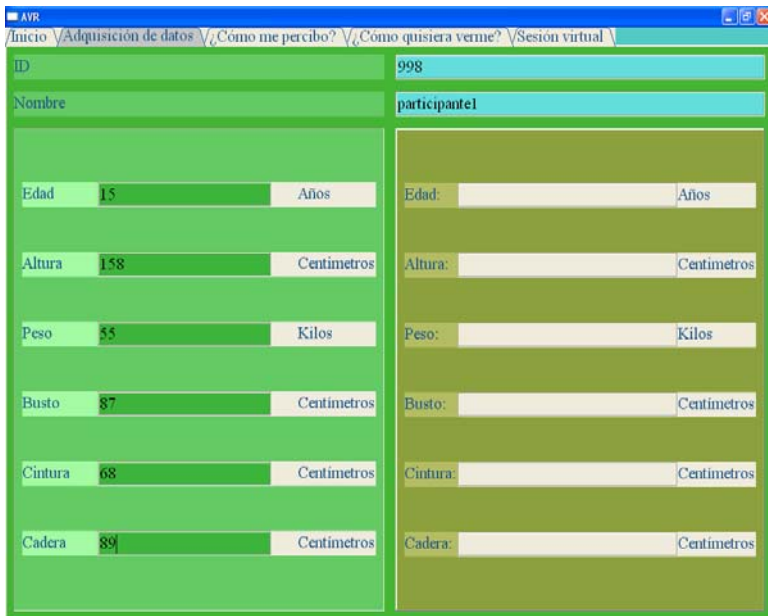
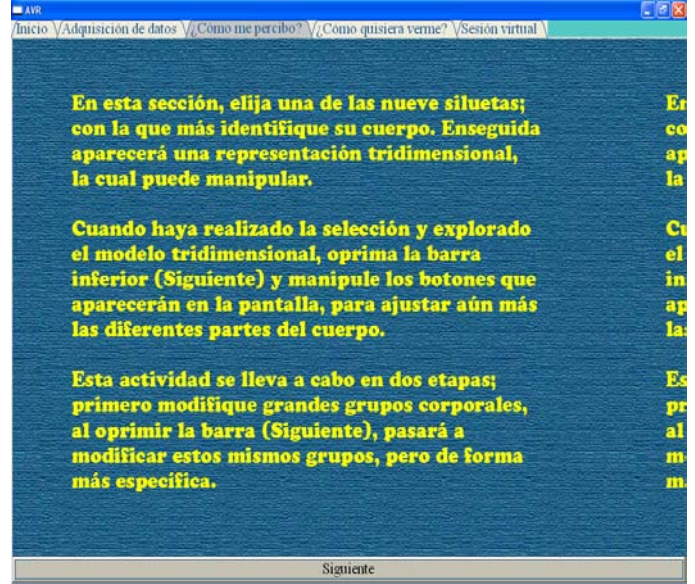
Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

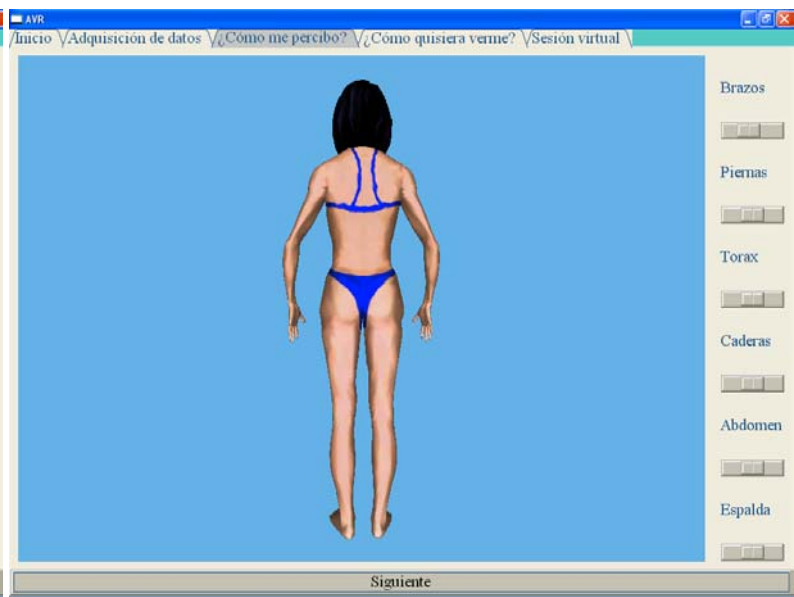
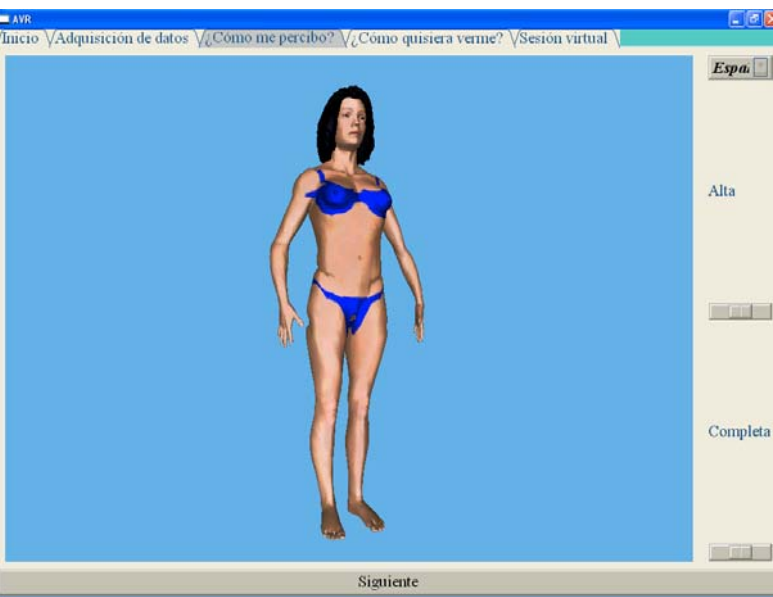
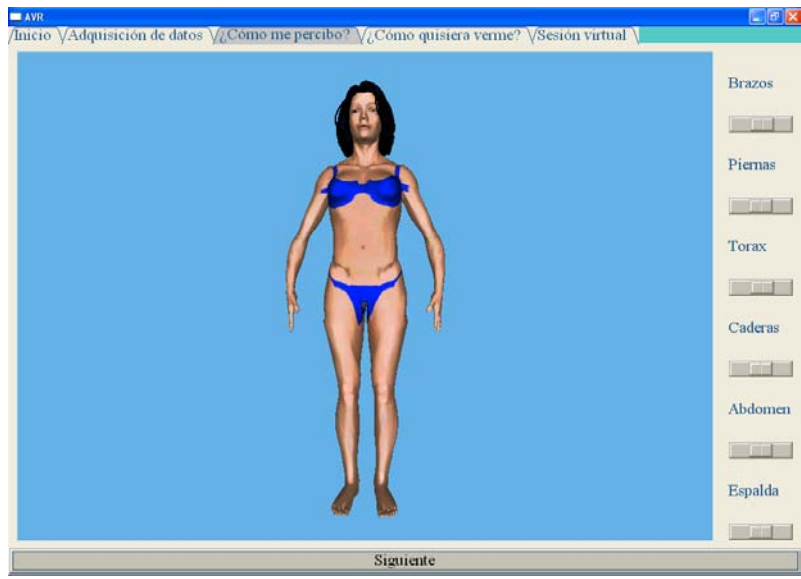
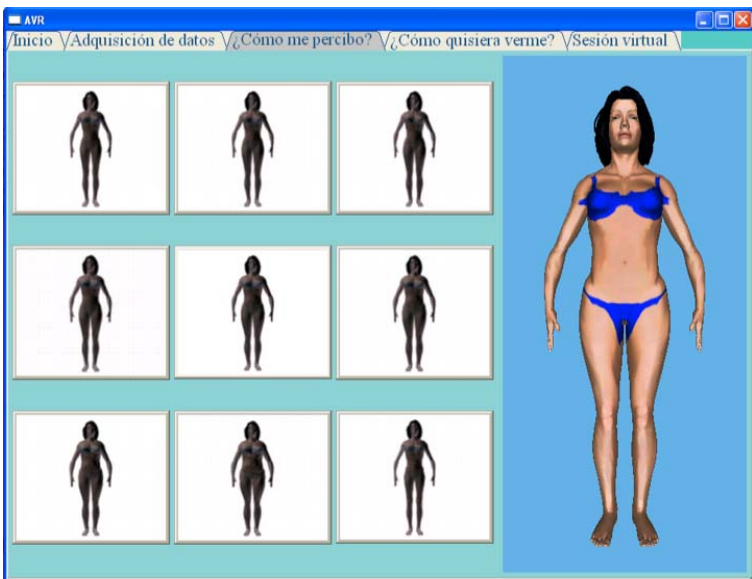
33. Prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

ANEXO 3 Programa de Realidad Virtual

Selección de figura real





Selección de Figura Ideal

